UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**As raízes das desigualdades em saúde no Brasil
e a produção científica no campo da Saúde
Coletiva: Uma revisão de escopo.**

Felipe Daiko Fraga

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Política, gestão e saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina da Costa Marques

SÃO PAULO

2021

**As raízes das desigualdades em saúde no Brasil
e a produção científica no campo da Saúde
Coletiva: Uma revisão de escopo.**

Felipe Daiko Fraga

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Política, gestão e saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina da Costa Marques

VERSÃO ORIGINAL

SÃO PAULO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Às universidades públicas, à ciência e ao SUS;
À todas as vidas impactadas pela pandemia do coronavírus;
Aos caminhos percorridos com amor.

AGRADECIMENTOS

Nas escolas públicas das periferias é comum o sentimento de impotência ou a sensação de que as barreiras sociais impostas aos alunos são intransponíveis. Tais condições, muitas vezes, apagam sonhos e impõe limites importantes às jornadas que os jovens podem trilhar. Eu sempre tive a convicção de que os caminhos que percorremos na vida não são fruto exclusivamente de escolhas individuais, mas também de estruturas sociais que limitam as possibilidades de escolha da maior parte de nós. Por conta de todos os desafios, primeiramente agradeço incondicionalmente a todos os Professores que acreditaram em mim, nos meus sonhos e na minha vida. Ingressar na Universidade de São Paulo, finalizar a minha graduação e, agora, o mestrado nessa instituição não é uma vitória minha; é uma vitória nossa;

Entre esses Professores, destaco a minhabrilhante e queridaorientadora Maria Cristina da Costa Marques que, desde 2014, tem investido em mim. Agradeço por todo o acolhimento, todo o afeto e todas as orientações preciosas que me proporcionou até aqui. Que sorte a minha encontrar alguém com tamanha generosidade, competência e responsabilidade social. A admiração que sinto por você transcende as palavras que posso escrever. Mais do que um exemplo acadêmico, você é um exemplo de vida;

Agradeço também a Professora Cristiane da Silva Cabral, a Professora Ana Figueiredo, ao Professor André Mota e à Carla Lisboa pela leitura cuidadosa e pelas contribuições preciosas que possibilitaram o aperfeiçoamento desse trabalho;

À minha mãe, Natália, por ser tão amiga e tão forte, por ser o espelho de todas as coisas mais bonitas que aprendi na vida. Obrigado por me ensinar que o amor é a maior força e a maior virtude que alguém pode ter. Você é a minha maior inspiração. O maior amor do mundo é o nosso;

Ao meu pai, Marcelo, por sua coragem, empenho e por todo o suporte que sempre me ofereceu. Sou grato por todo o carinho que me proporciona. Amo você.

A vocês dois, mãe e pai, devo tudo o que sou;

Aos meus irmãos, Fernando e Rebeca, agradeço por sempre estarem ao meu lado e por serem tão gentis e amorosos comigo;

Aos amigos que fiz durante a vida, aos que encontrei no teatro e aos que conheci na Universidade, obrigado por todos os momentos divertidos, de apoio e de luta;

Aos amigos do “bandejão filosófico” da FSP-USP por todos os almoços repletos de reflexão e pelos momentos de estudo compartilhado. Vocês ajudaram a nutrir esse trabalho;

A todos os membros do grupo “História, Memória e Proteção à Saúde”, coordenado pela Professora Maria Cristina da Costa Marques;

Ao Rodrigo, à Jéssica, à Talita e à Mariana, que se tornaram bases sólidas e importantes na minha trajetória. Obrigado por estarem ao meu lado nas lutas da vida e nas realizações que ela também proporciona. Agradeço por sempre me motivarem. Tudo é mais feliz quando estou com vocês! Rodrigo, assim como boa parte da minha vida, essas páginas também contém um pedacinho de você;

Aos amigos do trabalho que bravamente estão atuando na linha de frente durante essa pandemia que nos aflige. Esse contexto intensificou a minha admiração por vocês. Obrigado por tudo o que estão realizando e por acreditarem no SUS. Estar na linha de frente e escrever essa dissertação ao mesmo tempo não foi fácil, mas vocês ajudaram a tornar todo esse processo mais leve;

Aos funcionários da FSP-USP, especialmente aos da biblioteca, por me orientarem quanto aos aspectos administrativos e me auxiliarem nas buscas nas bases de dados com tanta atenção, paciência e competência.

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito
como coisa natural, pois em tempo de desordem
sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade
consciente, de humanidade desumanizada, nada deve
parecer natural. Nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht

DAIKO, Felipe Fraga. **As raízes das desigualdades em saúde no Brasil e a produção científica no campo da Saúde Coletiva: Uma revisão de escopo**. 175 p. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

RESUMO

Tendo em vista as profundas desigualdades no Brasil e a ausência de consenso teórico-metodológico nos estudos sobre desigualdades em saúde, esse trabalho adotou como problema de pesquisa o seguinte questionamento: “Como as desigualdades estão sendo abordadas no campo da Saúde Coletiva no Brasil?”. Para tanto, foram definidos dois objetivos específicos, sendo que o primeiro consistiu em identificar e analisar o uso de diferentes concepções sobre desigualdade em saúde no campo da Saúde Coletiva, enquanto que o segundo pretendeu discutir de que modo a historicidade foi utilizada – ou não – na compreensão das desigualdades nesse mesmo campo, tendo como recorte os artigos publicados na Revista de Saúde Pública no ano de 2019. Para tanto, foi realizada uma revisão de escopo, metodologia que permitiu identificar as opções adotadas no delineamento dos estudos e no referencial escolhido para o tratamento do objeto em questão. Em relação ao primeiro objetivo específico, foi possível identificar que os estudos publicados não definiram conceitualmente o que compreendem por desigualdades em saúde, o que acarretou, na maior parte dos estudos, em uma confusão terminológica entre diversos conceitos, corroborando com a perda do sentido histórico e político das desigualdades em saúde. Ademais, a dimensão histórico-estrutural das análises não foi incorporada nos estudos, resultando, para além da ahistorização dos conceitos, na ahistorização das condições e dos processos sociais que produzem e reproduzem as desigualdades, que ao serem convertidos em fatores, perderam sua capacidade explicativa na perspectiva da historicidade. Tal modelo de produção científica no contexto neoliberal, representa um interesse histórico bem definido: a manutenção das relações que permitem a acumulação de poder e o ocultamento dos processos que produzem e reproduzem as desigualdades em saúde.

Palavras-chave: Desigualdades em Saúde; Ciência; Saúde Coletiva;

DAIKO, Felipe Fraga. **The roots of health inequality in Brazil and the scientific production in the field of Public Health: a scope review**. 175 p. Dissertation - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Portuguese.

ABSTRACT

In view of the profound inequalities in Brazil and the lack of theoretical and methodological consensus in studies on health inequalities, this study was worried about the question: What are the origins of these inequalities in the country? Based on this question, the central objective of this research is analyzing the theoretical approach on health inequalities in scientific production in the field of Public Health in Brazil. For that, two specific objectives were defined. The first is identifying and analyzing the use of different conceptions about health inequality in the field of Collective Health, while the second is discussing how historicity was used - or not - in the understanding of inequalities in the field, represented by the Revista de Saúde Pública in 2019. For this purpose, a scope review was carried out as a methodology, that allowed the identification of the options adopted in design and in the theoretical reference chosen for these studies. About the first specific objective, it was possible to identify that the published studies did not conceptually define what they understand by health inequalities, which resulted, in most of them, in a terminological confusion between different concepts, corroborating the loss of historical and political meaning of inequalities in health. Furthermore, the studies did not incorporate a historical-structural dimension in the analyzes, which result in a loss of historical sense in the concepts used on it and a loss of historical sense of the social conditions and processes which produce and reproduce the origins of inequalities. The social conditions on these studies was converted into independent factors, losing their explanatory capacity from the perspective of historicity. This model of scientific production in the neoliberal context represents a well-defined historical interest: the maintenance of relationships that allow the accumulation of power and the concealment of the processes that produce and reproduce health inequalities.

Keywords: Health Inequalities; Science; Collective Health;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1. PENSAR O BRASIL: REFLEXÕES INICIAIS	25
CAPÍTULO 2. A SAÚDE PÚBLICA NA FORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO	39
2.1. A saúde pública e o saneamento dos não cidadãos (1889 a 1930)	39
2.2. Saúde pública, cidadania e cidadania regulada (1930 a 1945)	51
2.3. Saúde, economia e desenvolvimento: o sonho brasileiro (1945 a 1964)	61
2.4. O golpe de 1964: a mercantilização da saúde e a cidadania mutilada (1964 a 1985)	67
2.5. Saúde, democracia e cidadania formal: expressões da Reforma Sanitária (1985 aos anos 2000)	73
ASPECTOS METODOLÓGICOS	82
Identificação da pergunta de pesquisa	82
Descritores, Identificação e Seleção de estudos relevantes	84
Caracterização da revista	90
Critérios de inclusão e exclusão	94
CAPÍTULO 3. DESIGUALDADES EM SAÚDE: TENDÊNCIAS E DILEMAS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA	97
3.1. A discussão teórica e conceitual sobre desigualdades no campo da Saúde Coletiva e suas expressões na revista de saúde pública.	102
3.2. Determinantes sociais da saúde e determinação social da saúde: dilemas e implicações no campo da Saúde Coletiva	119
3.3. As “raízes” das desigualdades na revista de saúde pública	128
CAPÍTULO 4. RAÍZES DAS DESIGUALDADES: A IMPORTÂNCIA DA HISTORICIDADE PARA A SUA COMPREENSÃO	149
4.1. As raízes da desigualdade na perspectiva da determinação social da saúde: contribuições de Jaime Breilh	151
4.2. Reflexões: A relação entre a produção científica e a cidadania no Brasil	162
CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	172

APRESENTAÇÃO

Este estudo pretende compreender como as desigualdades em saúde estão sendo abordadas atualmente no campo da saúde coletiva brasileira. Para tanto, parte-se do pressuposto de que a reflexão crítica proporcionada pelas ciências sociais e humanas na consolidação da Saúde Coletiva seja fundamental para a pesquisa em questão. Nesse sentido, a fundamentação teórica deste trabalho encontra-se ancorada na compreensão de que a historicidade seja um elemento determinante e fundamental para a reflexão da saúde pública e da constituição da Saúde Coletiva no Brasil.

Tanto Hartog (2013) quanto Certeau (1982) compreendem a historicidade como a maneira que uma determinada sociedade se relaciona com o tempo, bem como as implicações que essa relação pode gerar nessa sociedade. Assim, para ambos, a historicidade pode expressar a maneira como as coletividades ou os indivíduos se estabelecem e se desenvolvem no tempo, em meio a uma determinada condição histórica.

Essa relação, entretanto, não pode ser compreendida como um “fato” observável, signo de uma verdade absoluta. O olhar pela historicidade compreende que a “verdade” pode ser alterada quando o estatuto pelo qual um determinado “fato” é compreendido também muda. Desse modo, “quando a ‘verdade’ muda de estatuto, deixa pouco a pouco de ser aquilo que se manifesta para tornar-se aquilo que se produz” (CERTEAU, 1982, p.23)

Em consonância, Hartog (2013) aponta que a historicidade, portanto, não trata de uma realidade dada, nem diretamente observável, mas construída por quem conta a história, o historiador. Dessa maneira, a historicidade possibilita compreender que não há sociedade sem história e ela exige que a própria história seja abordada em uma perspectiva histórica, o que leva à existência de uma historicidade da própria história (LE GOFF, 2002). Com isso, a historicidade articula a relação entre uma prática interpretativa, realizada pela estruturação de um determinado tipo de discurso que possibilita a inelutabilidade de uma realidade, e uma prática social, modo pelo qual as relações se realizam na sociedade em um determinado tempo e espaço (CERTEAU, 1982, p.25; LE GOFF, 2002).

Nessa dissertação, a historicidade, tal como destacada acima, é central para compreender a singularidade do contexto da produção científica sobre as desigualdades em saúde. Isso porque ela possibilita desenvolver duas questões centrais nessa pesquisa, a partir da apreensão de que as correntes teóricas e metodológicas que configuram um determinado tipo de discurso estão situados em um contexto histórico específico. A primeira questão trata do próprio desenvolvimento do texto, com o objetivo de situar historicamente a construção de conceitos no campo da Saúde Coletiva que fundamentam as discussões sobre desigualdades, como o contexto do surgimento de noções interpretativas como as de “determinantes sociais da saúde” e “determinação social da saúde”, bem como as implicações do uso de uma ou de outra no campo da saúde, de modo específico, e da sociedade, de modo geral. A segunda se relaciona com a articulação realizada entre o pensamento social brasileiro mais amplo e o papel da saúde pública na configuração do Estado, na conformação de diferentes status de cidadania e na produção e reprodução de desigualdades no país.

Assume-se também que a interpretação social brasileira desempenhou e ainda desempenha um papel relevante para a compreensão dos nexos que articulam o sistema político e o sistema sanitário. Assim, após a introdução das intenções dessa pesquisa, será abordado como as diferentes perspectivas de interpretações sobre o Brasil se articulam e se chocam. Nesse sentido, a indagação “Como pensar o Brasil?” é adotada como um disparador para tal discussão.

Em seguida, com base na discussão anterior, há uma análise acerca da relação entre saúde e cidadania nos diferentes momentos históricos da República brasileira. Tal escrita não pretende enfatizar a trajetória normativa e institucional das políticas de saúde, mas evidenciar os caminhos percorridos em relação às escolhas políticas que o movimento sanitário adotou desde 1889 e as suas implicações no status de cidadania efetivados no Brasil. Essa data é emblemática justamente por representar o momento de cisão com o modelo de monarquia no Brasil, instaurando uma República, de modo que os presidentes dos estados (antigas províncias) seriam eleitos pelos cidadãos, representando seus interesses de cidadania (CARVALHO, 2018). Todavia, como será discutido mais adiante, o desenvolvimento da noção de cidadania no Brasil

enfrentou e enfrenta obstáculos profundos, de modo que, em relação à representação política, a Proclamação da República não acarretou em mudanças significativas.

Ademais, a divisão temporal adotada não dialoga com a ideia de que os processos históricos sejam lineares ou evolutivos, também não compreende que não existam contradições implicadas nos diferentes momentos históricos. Ela foi adotada como estratégia prática de delimitação de discussão e execução do trabalho. Acrescido disso, cabe ressaltar que o capítulo em questão não tem em vista analisar todo o desenvolvimento das políticas de saúde ao longo dos mais de cem anos de história elencados, mas sim identificar aspectos específicos da formação do Brasil, em especial no campo das políticas de saúde, que confirmem solidez à interpretação central da pesquisa no que tange ao decurso da consolidação das desigualdades em saúde no Brasil. Assim, acredita-se que a construção dessa análise nos diferentes momentos possibilita uma reflexão crítica acerca das desigualdades em saúde e os desafios para a efetivação do direito à saúde, da própria Reforma Sanitária Brasileira e do papel da ciência em relação a esses elementos.

Assim, na seção denominada “a saúde pública e o saneamento dos não cidadãos”, que demarca o período de 1889 até 1930, são destacadas algumas marcas da formação social brasileira vinculadas ao projeto nacional, que legitimam a identificação de um ideal de cidadão. Na seção “saúde pública, cidadania e cidadania regulada”, que aponta os anos de 1930 até 1945, a ênfase da análise recai sobre a conformação de dois arranjos institucionais que dicotomizaram as ações de saúde pública de um lado e as ações da medicina previdenciária de outro, implicando em desdobramentos importantes nas desigualdades sociais e na cidadania brasileira. Na seção “saúde, economia e desenvolvimento: o sonho brasileiro”, referente ao intervalo de tempo entre 1945 e 1964, o enfoque é conferido para as disputas entre a corrente camponesa e a corrente desenvolvimentista na conformação da saúde pública brasileira em rumo ao desenvolvimento nacional. Na seção “o golpe de 1964: a mercantilização da saúde e a cidadania mutilada” que retrata o período ditatorial (1964-1985) o relevo recai sobre as estratégias políticas de manutenção e aprofundamento das desigualdades, vinculado à relação entre

direitos civis e políticos de um lado e direitos sociais de outro. Por fim, na seção “saúde, democracia e cidadania formal: expressões da reforma sanitária” que data do período de redemocratização brasileira (a partir de 1985), há uma grande valorização do movimento sanitarista na defesa da democracia e do fortalecimento da Reforma Sanitária Brasileira como ferramenta emancipadora e legitimadora da cidadania no Brasil, bem como uma problematização acerca de seus desdobramentos.

Após a discussão metodológica, são realizadas as apresentações dos resultados e discussões. O capítulo “Desigualdades em saúde: Tendências e dilemas na produção científica” contém o debate acerca da discussão teórica e conceitual sobre as desigualdades em saúde no campo da Saúde Coletiva. Nele são destacadas as expressões da produção do campo na Revista de Saúde Pública com base na diferenciação conceitual e política da perspectiva dos determinantes sociais da saúde e da determinação social em saúde. A partir dessa discussão é realizada uma caracterização de quais são as raízes das desigualdades para essa produção científica em específico. Assim, esse capítulo é capaz de responder as questões do primeiro objetivo específico desse trabalho.

Por outro lado, no capítulo 4 “Raízes das desigualdades: A importância da historicidade para a sua compreensão”, é realizada uma reflexão crítica acerca da ausência da perspectiva histórico-estrutural nos estudos analisados, enfatizando as consequências dessa lacuna para o campo da Saúde Coletiva. Para a realização dessa discussão, as contribuições de Jaime Breilh, na perspectiva da epidemiologia crítica, no escopo da epidemiologia social, são acionadas, uma vez que essa é uma corrente interpretativa do campo da Saúde Coletiva que dialoga com a noção de historicidade abordada anteriormente. Breilh (2006; 2013) elabora uma teoria epidemiológica que se fundamenta em uma perspectiva crítica para compreender a historicidade na saúde. Nessa corrente interpretativa, há justamente um esforço de ampliação do entendimento sobre os processos históricos que condicionam o processo saúde-doença e o modo como ele é interpretado pela ciência. Com a premissa de que há umareciprocidade entre o pensamento científico e as configurações sociais de vida, compreende-se que os problemas teóricos e práticos que

mobilizam os cientistas sempre possuem alguma relação com as condições de existência social em um determinado momento histórico (IANNI, 1971).

Nesse sentido, a perspectiva histórica, auxilia na compreensão das escolhas de questões científicas e das abordagens metodológicas com que são exercidas (MOTA, MARQUES, 2018). Assim, se a historicidade possibilita compreender como uma determinada sociedade se relaciona com o tempo e atribui significados aos acontecimentos que nela ocorre, bem como permite analisar as implicações dessa relação para a própria sociedade, o olhar com historicidade para as desigualdades em saúde possibilita compreender, para além do “como” as desigualdades são analisadas, as implicações dessas interpretações para a ciência e o seu papel na própria produção e reprodução de desigualdades na sociedade.

Por fim, como desdobramento de todos os processos anteriores, é discutida a relação entre a produção científica e a cidadania no Brasil, destacando as determinações históricas da produção de conhecimento sobre as desigualdades na Revista de Saúde Pública, além de realizar problematizações gerais entre os resultados analisados nessa dissertação com o campo da Saúde Coletiva, de modo que esse capítulo seja capaz de responder ao segundo objetivo específico dessa dissertação.

INTRODUÇÃO

José Bonifácio afirmou, em representação enviada à Assembléia Constituinte de 1823, que a escravidão era um câncer que corroía nossa vida cívica e impedia a construção da nação. A desigualdade é a escravidão de hoje, o novo câncer que impede a constituição de uma sociedade democrática (CARVALHO, 2018, p. 228).

Com essas palavras, José Murilo de Carvalho finaliza a conclusão do livro *Cidadania no Brasil: o longo caminho*(2018), obra em que analisa a construção da cidadania brasileira, seus percursos e implicações. O autor comenta que, após 65 anos da advertência realizada por José Bonifácio, a escravidão foi formalmente abolida e resultou na incorporação dos negros escravizados aos direitos civis mesmo que de modo mais formal do que real.

Em suas palavras, “a precária democracia de hoje não sobreviveria a espera tão longa para extirpar o câncer da desigualdade” (CARVALHO, 2018, p. 228). Esse apontamento emblemático data de 2001, ano em que foi lançada a primeira edição do referido livro, e desperta inquietações quanto ao enfrentamento das desigualdades sociais no país.

Quanto a isso, alguns relatórios, periodicamente, buscam representar as expressões dessas desigualdades na sociedade brasileira.

Como exemplo, o relatório da OXFAM (2017), apontou que, entre 1988 e 2015, o Brasil reduziu de 37% para menos de 10% a parcela da população abaixo da linha da pobreza e, considerando os últimos 15 anos, foram retirados da pobreza mais de 28 milhões de pessoas. Entretanto, ainda assim, segundo o relatório de Desenvolvimento Humano, elaborado pelas Nações Unidas em 2016, o Brasil é o décimo país mais desigual do mundo. Outrossim, de acordo com esse mesmo relatório, 80% dos brasileiros vivem com uma renda *per capita* inferior a dois salários mínimos mensais, que na época equivalia a R\$ 880,00, enquanto o 1% mais rico recebia mais de R\$ 40.000,00 por mês.

Considerando a renda média por gênero, em 2015, as mulheres recebiam apenas R\$ 938,00, enquanto os homens R\$ 1.508,00, representando uma diferença de R\$ 570,00. O quadro é ainda mais desigual quando se faz o recorte de raça/cor. Enquanto os brancos recebiam R\$ 1.589,00, os negros recebiam R\$ 898,00 por mês, com uma diferença de R\$ 610, 00 mensais (OXFAM, 2017). Tais desigualdades se aprofundam após 2020. A conjuntura de políticas austeras no país, articulado com a crise sanitária causada pela pandemia do coronavírus, significou um aumento da taxa de desemprego, especialmente

entre as mulheres e a população negra, populações que se encontram em maior proporção de empregos informais, sendo um dos fatores estruturais que colaboraram para o aumento da população em situação de rua, que aumentou 140% desde 2012, atingindo, aproximadamente, 222 mil brasileiros em março de 2020 (OXFAM, 2021; SOUZA, 2021).

A mesma instituição aponta ainda que seis bilionários brasileiros – todos homens brancos – concentram a mesma riqueza que a metade mais pobre da população, que corresponde a mais de 100 milhões de pessoas. Acrescentam ainda que os 5% mais ricos do país recebem mensalmente o equivalente ao que os demais 95% da população recebem juntos.

Todos esses dados descaram desigualdades estruturais da sociedade, mas somente a perspectiva econômica não é suficiente para elucidar o problema. Para tanto, é necessário evidenciar os aspectos culturais, políticos e sociais das desigualdades. Nesse sentido, aponto alguns dados sobre violência, que perpassam todas essas dimensões e, embora estejam longe de refletir toda a complexidade do tema, permitem uma certa compreensão sobre sua dimensão.

Nesse âmbito, é importante enfatizar que o Brasil é o quinto país em que há mais assassinatos de mulheres no mundo, além de ser o primeiro em assassinatos de mulheres transexuais e travestis, representando mais de 40% das mortes desse grupo populacional em todo o mundo (ONU, 2016; BENAVIDES e SAYONARA, 2021).

Além disso, de acordo com o Atlas da Violência (2020), entre os anos de 2017 e 2018, houve uma queda de 12,3% dos homicídios entre mulheres não negras (brancas, amarelas e indígenas), enquanto que entre as mulheres negras (pretas e pardas), houve uma redução de 7,2%. Quando o recorte de tempo é ampliado em 10 anos, entre 2008 e 2018, a desigualdade é ainda mais expressiva. Enquanto o feminicídio entre as mulheres não negras caiu 11,7%, entre as mulheres negras aumentou 12,4%. Esses dados demonstram a intersecção entre gênero e raça, com profundas marcas da escravidão e do patriarcalismo no Brasil.

Em relação ao racismo no país, o Atlas da Violência (2020) assinala que uma de suas maiores expressões pode ser representada pela concentração dos índices de violência letal na população negra. Em 2018, a população negra

representou 75,7% das vítimas de homicídio no Brasil, com uma taxa de homicídio de 37,8 por 100 mil habitantes, enquanto que os não negros tiveram uma taxa de 13,9 (DA VIOLÊNCIA, 2020). Considerando o mesmo intervalo de tempo que na análise acerca do feminicídio, o relatório aponta que entre 2008 e 2018, a taxa de homicídio entre os negros aumentou 11,5%, enquanto que entre os não negros diminuiu 12,9%.

O próprio Estado, por meio de representantes da Segurança Pública contribuem para esses dados desiguais entre os dois grupos populacionais destacados. O racismo presente na estrutura social e a sua naturalização, bem como a associação criada entre pobreza e criminalidade de modo racializado, influenciam a tomada de decisão da polícia em relação à juventude negra(IPEA, 2013; ANUNCIAÇÃO, TRAD, FERREIRA, 2020).

O resultado deste tipo de atitude é que a taxa de homicídios de jovens negros, com a qual as próprias polícias contribuem de forma significativa, é bem superior às taxas de mortes de jovens de países em guerra(WAISELFISZ, 2012 apud IPEA, 2013, DA VIOLÊNCIA, 2020).

Outro aspecto importante diz respeito ao Painel de Indicadores do SUS nº 10, publicado em 2016 pelo Ministério da Saúde, que mostra como a população negra é mais vulnerável do que a população branca tanto nas doenças crônicas quanto nas infecciosas, além de ser a que mais morre em decorrência de situações evitáveis, como é o caso da mortalidade materna.Carvalho (2020) aponta que nas últimas duas décadas a taxa de mortalidade materna entre mulheres negras foi duas vezes maior do que entre as mulheres brancas, tendo menos tempo de atendimento durante as consultas de pré-natal, esperando mais tempo para serem atendidas, além de terem menor percentual de acompanhantes na hora do parto por desautorização do serviço de saúde.

Além disso, os dados acerca da condição de habitação dos brasileiros, também expressam profundas desigualdades. Um estudo realizado em 63 favelas de 26 estados e Distrito Federal pelo Data Favela/Instituto Locomotiva (2020), aponta que atualmente 13, 6 milhões de pessoas vivem em favelas no Brasil. De acordo com a pesquisa, esse número representaria o quinto maior estado do país em população.

Por certo, todos os números apontados acima expressam diferentes formas de abordar e mensurar as desigualdades sociais em sua perspectiva

quantitativa e exprimem a relevância da questão das desigualdades no Brasil como fator estruturante da sociedade. Entretanto, existe a importância de que tal expressão seja realizada também pela perspectiva da interpretação e contextualização a partir das ciências humanas e sociais, de modo que o entendimento do motivo, das raízes, das implicações e das transformações dessas desigualdades sejam destacadas e aprofundadas. Ademais, todas essas características repercutem, necessariamente, na situação de saúde da população, de modo que os seus impactos manifestem um importante escopo das desigualdades em saúde.

Em consonância com Barata (2009), considero que o primeiro aspecto a ser explicitado em relação às desigualdades em saúde é relativo à existência de diferentes concepções a seu respeito, de modo que diversos significados podem ser conferidos a tal problemática conforme a inclinação teórico-metodológica utilizada. Portanto, cabe afirmar que, nessa pesquisa, o sentido que se pretende percorrer na construção da investigação das desigualdades em saúde corresponde à sua compreensão por meio de sua dimensão histórica e social, enfrentando o reducionismo do entendimento do processo saúde-doença aos seus aspectos biológicos.

Ressalta-se ainda que os estudos sobre desigualdades em saúde não são recentes e, portanto, não representam uma novidade. Elas vêm sendo documentadas com maior destaque desde o século XIX (BARATA, 2009). Entretanto, não há consenso teórico, metodológico e nem político acerca do assunto, como apontam autores como Almeida-Filho (2010), Barata (2009) e Arcaya, Arcaya e Subramanian(2016).

Por conta disso, diversas explicações são conferidas às desigualdades em saúde. Segundo Barata (2009), elas se concentram em quatro dimensões: 1) no acesso diferenciado aos serviços de saúde, seja por incapacidade do indivíduo ou por características de organização dos serviços; 2) no atributo dos diferentes graus de desenvolvimento da assistência médica; 3) na adoção da doença como o principal determinante da posição social, e não o contrário; 4) no estilo de vida dos indivíduos como o principal responsável pelas desigualdades sociais.

Entretanto, a autora considera que todas essas respostas esvaziam o conteúdo social do processo saúde-doença, isso quando as respostas

adotadas não tentam esvaziar o conteúdo político, a injustiça social e o desrespeito aos direitos humanos que se expressam nessas desigualdades, reduzindo-os simplesmente a diferenças entre indivíduos ou grupos de indivíduos definidos segundo características biológicas (BARATA, 2009).

Para além destas explicações, a autora apresenta quatro teorias interpretativas das desigualdades na saúde: 1) Estruturalista/materialista, 2) Psicossocial, 3) Determinação social do processo saúde doença e 4) Ecosocial, em que, em sua concepção, a primeira confere maior importância à estrutura econômica da sociedade e a segunda dá mais importância à percepção da desvantagem social como fonte de estresse e desencadeador de doenças. A terceira, na América Latina, segundo a autora, atribui maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital, à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes, enquanto que no Brasil confere maior destaque explicativo ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo. Por último, a quarta teoria procura adotar uma concepção complexa dos níveis de organização dos seres vivos, considerando impossível a separação entre o biológico, o social e o psíquico (BARATA, 2009).

O entendimento das discussões em torno das desigualdades sociais em saúde é fundamental porque elas colocaram a questão do direito à saúde na pauta política em todo o mundo, como argumenta a autora.

No Brasil, o debate em torno do direito à saúde, por meio da Reforma Sanitária, representou um grande movimento, que para além de uma reforma setorial, pretendeu servir à democracia e à consolidação da cidadania no país. De acordo com Paim (2008), o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de construção da democracia que visa a ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades.

As mudanças sociais da redemocratização do país permitiram que a saúde ganhasse uma nova definição. Com isso, em um sentido ampliado, a saúde passou a ser entendida como resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (PAIM, 2008).

Assim, com a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado e não mais voltada apenas para o corpo do trabalhador que visava manter e restaurar sua capacidade produtiva, mas sim garantir a integralidade, a universalidade e a equidade em todo o Brasil.

Nesse sentido, Lopes (2017) argumenta que o campo da Saúde Coletiva, na dimensão teórica, adotou a compreensão da determinação social do processo saúde-doença como objetivo central para desvendar tanto a estrutura do modo de produção quanto as diferentes relações sociais que se articulam para a sua manutenção.

A autora (2017) também aponta que tal abordagem teve grande destaque de pesquisadores como Juan Cesar Garcia na Argentina, Asa Cristina Laurell no México e de Jaime Breilh no Equador. No Brasil, os destaques apontados são para os estudiosos Guilherme Rodrigues da Silva, Maria Cecília Ferro Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves e Sergio Antônio da Silva Arouca. Esse último é destacado por Lopes por conta de sua análise acerca da Medicina Preventiva, em 1975, que representou um marco na formação do campo teórico da Saúde Coletiva ao construir uma teoria social da medicina (VIANA, SOARES, CAMPOS, 2013).

A Saúde Coletiva brasileira emerge no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 em um de seus “principais momentos políticos, marcado por intensas lutas sociais pela redemocratização do país e por importantes discussões política e científica de redefinição dos rumos da Saúde Pública brasileira” (GARBOIS, 2014, p.15). Além disso, a Saúde Coletiva é concebida como um campo de saberes e práticas que pretende romper com os limites teóricos do paradigma biomédico da doença, vigente até então.

De acordo com Lopes (2017), o intuito de sobrepujar tais limitações parte da pretensão de revelar os processos sociais que determinam o processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que busca superar a sua naturalização, negando o predomínio da dimensão biológica das doenças e agravos.

Resgatando a perspectiva da necessidade de fortalecer a interpretação social na saúde, é possível dizer que o movimento sanitário vivido na América Latina produziu um reconhecimento quanto a importância de repensar as bases sobre a conceituação de saúde e de desigualdade a partir da ideia da determinação social na perspectiva de uma epidemiologia crítica (BORGUI et al.,

2018). Afinal, ancoradas em Sabroza (2005), Borgui et al. (2018) afirmam que a concepção de saúde e doença e os modelos teóricos que buscam sua compreensão se relacionam e entrelaçam com a organização social e seu respectivo acúmulo tecnológico em cada momento histórico. Para tanto, “a noção de ‘determinação social da saúde’ foi uma ferramenta teórica de valiosa importância dos movimentos sociais na luta pela garantia dos direitos, dentre eles, o direito à saúde” (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005 apud GARBOIS, 2014 p.15).

Nesse sentido, com caráter crítico e reflexivo, o conceito de determinação social da saúde teve um papel fundamental na formação da epidemiologia social na América Latina e grande impacto na construção e na história do movimento sanitário brasileiro.

Esse é um referencial que se aproxima da noção de historicidade discutida anteriormente justamente por levar em consideração a historicidade dos processos que produzem as condições de vida e de saúde das populações. A determinação social da saúde, na perspectiva da epidemiologia crítica, compreende que o que se apresenta como realidade inscrita em um discurso científico provém das determinações de um tempo e de um lugar, de modo que se vincule com as concepções de Hartog (2013), quanto ao lugar da escrita. Para o autor, o lugar da escrita, ou do discurso, se insere na relação entre um poder estabelecido socialmente, o domínio de técnicas relativas às estratégias sociais na organização da sociedade, o jogo com símbolos culturais e com as referências que conferem legitimidade e autoridade de uma determinada narrativa diante da sociedade.

Quanto ao movimento sanitário brasileiro, que teve uma de suas mais significativas expressões na Reforma Sanitária Brasileira (RSB) da década de 1970, Paim (2007) destaca que na medida em que a compreensão e crítica das propostas da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária eram elaboradas no Brasil e em alguns países da América Latina, a produção teórica desenvolvida pela Saúde Coletiva concentrou-se nos conceitos de “processo de trabalho” e no de “determinação social das doenças”. Segundo o autor, essa corrente passou a orientar muitas posições do movimento de democratização da saúde em relação às políticas de saúde e às alterações mais profundas de outros setores, como o Estado, a sociedade e as suas instituições.

Aliás, de acordo com Garbois et al. (2017), foi essa corrente que ofereceu suporte teórico, em uma perspectiva crítica, para a elaboração de um pensamento social na saúde para reinterpretar o sentido da Saúde Pública para além da perspectiva positivista da História Natural da Doença (HND). Acrescido disso, Breilh (2013) afirma que o movimento da Medicina Social latino-americana cumpriu um papel importante para transformar o pensamento científico sobre a saúde, especialmente na disciplina da epidemiologia crítica, adotando a determinação social como ferramenta de reflexão sobre o objeto saúde e das práticas sanitárias.

Portanto, assumindo que o processo biológico individual não revela de imediato o social e que, por conta disso, é preciso ultrapassar os limites clássicos da epidemiologia e olhar além do objeto da medicina clínica, torna-se necessário compreender a base da teoria da produção social da saúde não apenas como um fato biológico-natural, mas por uma abordagem histórica, política e culturalmente contextualizada (BREILH, 2013). Nesse sentido, pensar o processo histórico e social da construção da cidadania no Brasil e a sua relação com as desigualdades na saúde bem como refletir sobre os aspectos do pensamento sanitário nacional tornam-se necessários para a realização de uma abordagem crítica dos nexos que articulam sistema sanitário e sistema político.

Assim, ao considerar toda essa construção acerca das desigualdades e os apontamentos de Barata (2009) quanto ao dissenso presente na academia quanto à sua concepção teórica, metodológica e política, os seguintes questionamentos são despertados: Como as desigualdades em saúde se expressam atualmente na produção de conhecimento científico? Existe uma discussão teórico-conceitual sobre as desigualdades em saúde?

Para responder tais questões, optou-se por percorrer um caminho teórico-metodológico que considera a importância de resgatar o papel da saúde pública na construção do Estado para refletir sobre as instituições fundadoras do país, muitas das quais foram pautadas pela interpretação social brasileira.

Por esse motivo, para compreender a complexidade do tema das desigualdades e a sua expressão na sociedade e, conseqüentemente, na saúde, é necessário conferir historicidade ao seu entendimento. Quanto a isso, cabe apontar que Marques et al. (2018), ao proporem a reflexão sobre a importância da perspectiva histórica para o pensamento social em saúde, argumentam que a

perspectiva analítica e interpretativa da história possibilita enfrentar temas atuais da saúde, adotando nossas respostas políticas como elementos centrais “aos processos de viver e adoecer em uma sociedade que permanece desigual e cindida” (MARQUES et al., 2018 p.366).

Versando sobre a produção de conhecimento na Saúde Pública da década de 1970 e 1980, ressaltam ainda que

os estudos mais críticos de proteção à saúde levaram em conta as análises sobre a formação social brasileira e adotaram uma perspectiva histórica que observaram as estratégias e políticas de saúde como fenômenos vinculados às nuances do contexto histórico-social brasileiro (MARQUES et al., 2018 p.357).

À vista disso, acredita-se, portanto, que, um caminho válido para interpretar e significar esses indicadores elencados no início do texto, seja a aposta de refletir sobre a formação social brasileira de modo crítico e ampliado. Contudo, é importante ressaltar que não existe consenso quanto a adoção desse horizonte interpretativo, sendo que existem autores que questionam, outros que negam e aqueles que afirmam as possibilidades de contribuição do “paradigma da formação”¹.

Assim, ao partir desse referencial, torna-se necessário compreender a dinâmica de produção e manutenção das desigualdades sociais e consequentemente das desigualdades em saúde, pois, “a constituição de 1988, que parece ser o fim de um longo processo de luta pela cidadania não implantada na República, em 1889, quando a Saúde Pública passa ao domínio estatal, é apenas um novo recomeçar” (IYDA, 1994 p.15)

Desse modo, além de ter em vista que o campo da Saúde Coletiva é vivo e repleto de intensas disputas teóricas, adoto como problema de pesquisa a seguinte questão: “como as desigualdades em saúde estão sendo abordadas atualmente na produção científica do campo da Saúde Coletiva no Brasil?”.

Para responder a problemática, assumo como objetivo geral “Analisar a abordagem sobre desigualdade em saúde na produção científica do campo da Saúde Coletiva no Brasil” e como objetivos específicos, 1) Identificar e analisar o uso de diferentes concepções sobre desigualdade em saúde no campo da saúde

¹ Como nomeado por Marcos Nobre (2012), o paradigma da formação refere-se ao conjunto de saberes construídos por autores que se dedicaram a estudar a formação social brasileira.

coletiva; 2) Discutir de que modo a historicidade aparece ou não na produção sobre desigualdades nesse mesmo campo.

CAPÍTULO 1. PENSAR O BRASIL: REFLEXÕES INICIAIS

Renato Ortiz (2013) aponta que os autores que fazem parte da tradição de pensamento que se dedicou a refletir sobre a realidade do Brasil e de sua formação, embora não sejam uniformes quanto ao referencial teórico e metodológico, adotam o país como unidade comum e delimitam seus estudos em assuntos semelhantes, como a modernidade inacabada, a mestiçagem, a imitação do estrangeiro, o atraso, dentre outros. Por conta disso, o autor afirma que “a premissa que orienta este esforço classificatório de consagração é a mesma: pertencem ao conjunto os que se dedicaram ao entendimento de ‘nossa realidade’” (ORTIZ, 2013, p. 609).

De acordo com Pericás e Secco (2015), esse pensamento mais radical ganhou impulso e se firmou no Brasil como tentativa de solucionar os dilemas nacionais do começo do século XX e apontam que, embora seja possível identificar uma produção de conhecimento crítico e com profundas inquietações sociais antes de 1920, foi naquele decênio e na década de 1930 que despontaram estudos com a finalidade de explicar as opressões e as misérias das populações exploradas desde a colônia, incluindo os escravos, as massas oprimidas e os proletários.

Entre os intérpretes, considerados demiurgos, há um destaque para o pensamento de Gilberto Freyre, Sergio Buarque de Holanda e Caio Prado Junior, com as obras *Casa Grande e Senzala* (1933), *Raízes do Brasil* (1936) e *Formação do Brasil Contemporâneo* (1942), respectivamente. Curty, Malta e Borja (2021), assinalam que as três abordagens possuem como elemento comum o fato de definirem a colonização portuguesa como ponto de partida sobre a análise da formação do Brasil, ao invés da investigação dessas origens a partir dos povos originários que ocupavam o território nacional antes da chegada dos portugueses.

As problemáticas levantadas por esses autores, o contexto histórico e as suas contradições são elementos centrais para a captação da historicidade e da processualidade desse pensamento social, além de constituírem elementos

importantes para desvendar as disputas políticas acerca das diversas interpretações sociais inerentes aos diferentes modelos teóricos adotados (CURTY, MALTA, BORJA, 2021).

Nesse sentido, as interpretações do Brasil produzidas nesse momento específico levantaram problemáticas que colocaram o país em uma posição crítica e reflexiva quanto à sua constituição, além de promover a ampliação de debates sobre a condição social e o processo da formação histórica do Brasil (CURTY, MALTA, BORJA, 2021). Por esse motivo, esse capítulo pretende sinalizar alguns elementos que constituíram narrativas sobre como pensar o Brasil, a partir do entendimento de que a historicidade do pensamento desses autores possibilita compreender a própria conformação das desigualdades e suas repercussões no desenvolvimento das políticas de saúde, que serão abordadas nos capítulos subsequentes.

Tais questões moviam a busca por respostas a partir de interpretações inovadoras somado à necessidade de intervenção política para transformar o país. Nesse sentido, Pericás e Secco (2015) afirmam que parte desses pensadores possuíam um engajamento incômodo para as elites intelectuais das classes dominantes, que os desprezaram ou excluíram, acarretando na exclusão de diversos interpretes do mundo acadêmico, justamente por não corresponderem aos cânones de seu tempo, mas por transmitirem “perspectivas basilares e influentes no pensamento político, econômico e historiográfico do Brasil” (PERICÁS E SECCO, 2015,p.11).

Os ensaístas, sobretudo dos anos 1920-1930, já tinham seu papel reconhecido de modo seletivo e desigual quanto à formação das ciências sociais no Brasil. Porém, com a institucionalização das ciências sociais na década de 1930 nos cursos universitários, tal produção de conhecimento sofreu uma importante minimização, de modo que a sua relevância intelectual tenha sido ainda mais marginalizada e menosprezada pelo status científico. Com isso, a produção intelectual desses interpretes acabou diferenciada como “pensamento social e político”, desprovida de uma validação pelo método científico (BOTELHO e LAHUERTA, 2005).

Segundo os autores, a demarcação das ciências sociais como campo científico foi pautada a partir da polarização mais ou menos disjuntiva entre o

caráter “científico” do campo e o “pré-científico” do pensamento social e político (BOTELHO e LAHUERTA, 2005,p.7)

A criação da “pré-cientificidade” tinha uma pretensão para além dos termos históricos, conforme é apontado pelos autores. Ela pretendia reduzir a importância da produção intelectual brasileira do período pré-institucional, uma vez que o “pré-científico tornava-se praticamente sinônimo de conhecimento não-válido” (BOTELHO e LAHUERTA, 2005,p.7). Desse modo, afirmam que o conhecimento produzido antes da institucionalização das Ciências Sociais passou a ser associado com a qualificação de “interpretações do Brasil”.

Os autores apontam que tal designação assumiu dois sentidos importantes. O primeiro procurou acentuar a discrepância entre um padrão cognitivo "interpretativo" da sociedade de um padrão "explicativo". Enquanto o interpretativo seria vinculado a ideia de ficção, o explicativo representaria o objetivo último de um novo padrão cognitivo. O segundo sentido pretendeu enfatizar o caráter social e politicamente interessado, não de modo crítico, mas pejorativo. Sendo assim, a compreensão do pensamento social e político como valorativo fortaleceu a ideia de que tais estudos não tivessem nenhum significado mais profundo para a história da sociedade brasileira, sendo desqualificados como puramente ideológicos(BOTELHO e LAHUERTA, 2005).

Tais considerações são realizadas para que os autores possam apontar que em sua compreensão, toda “interpretação” sempre procura conferir algum significado e motivação à própria ação e que mesmo a noção positivista de neutralidade é difícil de ser operada por conta do intrínseco caráter reflexivo do conhecimento sociológico.

Aliás, há uma ênfase argumentativa nessa linha de raciocínio que compreende que as teorias sociológicas (e não apenas elas) "são construções que dependem de compromissos políticos e existenciais, de tradições de pensamento e escolhas de prioridades, de objetos e objetivos" (DOMINGUES, 2004, apud BOTELHO e LAHUERTA, 2005, p.10). Nessa perspectiva, há a necessidade, ainda, de reconhecer que

[...] não apenas o pensamento social e político "interpreta" o Brasil, como também o fazem as próprias pesquisas acadêmicas contemporâneas e do passado recente. E tenham estas pesquisas clareza ou não, retomam em geral - direta ou indiretamente e com continuidades e descontinuidades que apenas uma pesquisa comparativa sistemática pode identificar - preposições centrais do

pensamento social e político (BRANDÃO, apud BOTELHO e LAHUERTA, 2005, p.10).

A partir de tais posicionamentos acerca do pensamento brasileiro, os autores concluem que tanto os ensaios quanto as pesquisas interpretam o Brasil. Ademais, afirmam que tais estudos são constitutivos e constituintes das ideologias que constroem o social, perpassando as estruturas de valores, bem como as relações de poder na sociedade. Portanto, concluem que repensar as “interpretações do Brasil” não é uma escolha, mas uma necessidade, uma vez que, para além de serem uma perspectiva interpretativa do país, são, também, matrizes do Brasil. Assim, a efetivação dessas interpretações dependetanto das forças sociais e políticas em disputa, quanto dos atores sociais que as executam (BOTELHO e LAHUERTA, 2005).

Marcos Nobre (2012), por outro lado, considera que o paradigma da formação é um entrave para construir novas possibilidades interpretativas para o país. O autor chega nessa conclusão após discorrer sobre o sentido da concepção de um projeto de nação para o Brasil e suas implicações. Para tanto, inicia sua análise considerando que há um padrão de modernização dissonante no Brasil e na América Latina em relação ao restante do mundo.

Em sua percepção, a Primeira República (1889-1930) não pretendeu edificar um sentido de nação, pois, “desde 1822, o país tinha conquistado sua independência formal, mas não tinha se constituído efetivamente em nação, em unidade de território, população e soberania que se expressa em uma cultura própria e autêntica” (NOBRE, 2012, p.1) Nesse sentido, não houve a inclusão de grupos marginalizados em direitos de cidadania, mas uma permanente exclusão daqueles que legitimamente reivindicavam uma cidadania plena², citando como exemplo a população negra que havia sido escravizada, os indígenas, os imigrantes e o proletariado urbano. Por conta disso, o autor afirma que a Primeira República foi um acordo de elites, sem interesse efetivo de realizar um projeto nacional.

Segundo José Murilo de Carvalho (2018) a ausência de sentimento nacional não deveria ser algo surpreendente. Segundo o autor, antes da corte portuguesa se instalar no país, o que havia era um arquipélago de capitanias

² Cidadania exercida a partir do gozo, tanto dos direitos civis, quanto dos direitos políticos e sociais. (CARVALHO, 2018).

sem unidade política e econômica, além de afirmar que, naquele momento, a própria percepção “intuitiva e pouco elaborada de direitos e deveres” (CARVALHO, 2018, p.81) poderia suscitar o questionamento acerca da existência de algum sentimento de pertencimento a uma comunidade nacional ou mesmo de ser brasileiro.

Mesmo nos discursos de rebeldia e movimentos que visavam a independência, Carvalho aponta que “o Brasil aparecia apenas como ‘as províncias [de] um vasto continente’; uma coleção de unidades políticas unidas por contiguidade geográfica” (CARVALHO, 2018, p.82). Em manifestações como a Sabinada, a Cabanagem e a Farroupilha que ocorreram no período da Regência, ou mesmo na revolta de 1817 em Pernambuco, a identificação emotiva estava vinculada com a província e não com o Brasil, que “era uma construção política, um ato de vontade movido antes pela mente que pelo coração” (CARVALHO, 2018, p.82).

Quanto à República, o autor indica que a sua proclamação não causou o efeito de marcar a memória popular, de modo que o movimento republicano que se organizou desde 1870 atingiu apenas os setores da elite de São Paulo, Minas Gerais e do Rio Grande do Sul, mormente os cafeicultores incomodados com o processo de abolição da escravidão, da classe média urbana e de categorias profissionais como professores, advogados, médicos, jornalistas, engenheiros, militares e estudantes de escolas superiores (CARVALHO, 2018). Ademais, aponta ainda que o ato da proclamação aconteceu de surpresa e comandado pelos militares, com pouco envolvimento popular, que, em suas palavras, assistiu “bestilizado” aos acontecimentos, sem entender o que se passava, como se as pessoas assistissem a movimentação desses processos como se fosse algo alheio aos seus próprios interesses. Por conta disso, Carvalho (2018) considera que

[...] sob certos aspectos, a República significou um fortalecimento das lealdades provinciais em detrimento da lealdade nacional. Ela adotou o federalismo ao estilo norte-americano, reforçando os governos estaduais. Muitos observadores estrangeiros e alguns monarquistas chegaram a prever a fragmentação do país como consequência da República e do federalismo. Houve um período inicial de instabilidade e guerra civil que parecia dar sustentação a esses temores. A unidade foi mantida afinal, mas não se pode dizer que o novo regime tenha sido considerado uma conquista popular e, portanto, um marco na criação de uma identidade nacional. Pelo contrário, os movimentos populares da época tiveram todas características antirrepublicana (CARVALHO, 2018, p.86).

Retomando as ideias de Marcos Nobre, o autor afirma que a ideia de um projeto nacional começa a se firmar somente ao longo da década de 1930, a partir de um modelo de desenvolvimento e construção de nacionalidade que compreendia a busca do moderno e da modernidade. Tal característica tinha como principais objetivos o combate às diferentes formas de “arcaísmo” e a criação das condições para a emergência de uma nação em sentido autêntico (NOBRE, 2012).

Em sua concepção, tal feito só seria possível a partir de um desenvolvimento autônomo que pudesse ser capaz de atenuar ou mesmo superar a situação de subordinação em que o país se encontrava, uma vez que sua economia era pautada essencialmente pela exportação de bens primários³. De acordo com o autor, esse modo de produção sustentava a política do café com leite da Primeira República, que acabou minada pela depressão iniciada em 1929.

Nobre (2012) aponta que embora a oposição entre “arcaico” e “moderno” tenha subsidiado a autocompreensão do país, na década de 1950, as obras *Formação da Literatura Brasileira* (1957) e *Formação Econômica do Brasil* (1959) de Antônio Candido e Celso Furtado, respectivamente, ofereceram um novo grau de complexidade ao vincularem a ideia de desenvolvimentismo⁴ com a de democracia. Assim, a noção de um “processo de formação em curso, parcialmente realizado, permitiria delinear tendências de desenvolvimento e mesmo de continuidade” (NOBRE, 2012, p.3). Portanto, não seria mais atraso ou moderno, mas uma lenta e progressiva solidificação das instituições sociais que demarcariam o caminho de modernidade para o Brasil.

O autor coloca ainda que com o golpe civil-militar de 1964, a democracia foi suprimida, mas ainda assim, houve uma acelerada modernizaçãono sentido

³ Produção a partir dos recursos naturais existentes para exploração, normalmente ligados a atividades de mineração, pesca e silvicultura, pecuária, extrativismo vegetal, caça e obtenção de outros produtos)

⁴Para Ricardo Bielschowsky (2010), desenvolvimentismo pode ser definido como um projeto de superação do subdesenvolvimento através da industrialização integral, por meio de planejamento e decidido apoio estatal. Já para Bresser-Pereira, ele pode ser pensado tanto como uma forma de organização econômica e política do capitalismo alternativa ao liberalismo econômico quanto como uma escola de pensamento econômico por sua vez, Fonseca afirma que não há uma definição precisa para o termo, de modo que o seu sentido pode alterar-se total ou parcialmente de acordo com a abordagem teórica em que está inserido ou mesmo com os objetivos de quem o usa.

econômico. Nessa perspectiva, Nobre (2012) aponta que foi necessário deixar de revisitar o paradigma da formação com a finalidade de compreender como tal processo obteve sucesso por meio de forças políticas autoritárias. Coloca ainda que foi nesse momento de “autocrítica” que o paradigma solidificou sua hegemonia, destacando o papel do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)⁵

Como resultado desse momento intelectual, o autor afirma que Francisco de Oliveira, que, dentre outros grandes nomes, como Boris Fausto, Elza Berquó, Octavio Ianni e Fernando Henrique Cardoso, também foi membro do CEBRAP, produziu a obra que, em sua opinião, adensou o pensamento acerca do desenvolvimento. O autor comenta que o livro *Crítica à Razão Dualista* (1981) foi capaz de elucidar que o “arcaico” e o “moderno” não estão em oposição, mas amalgamados. Assim, ao invés de serem opostos, “imbricam-se de maneira necessária, o que, não por último, mostra o caráter ideológico da sua lógica dualista” (NOBRE, 2012,p.4). Aponta ainda que Roberto Schwarz enfatizou que o “moderno” e “arcaico” se encontrariam amalgamados, de modo que o “moderno” serviria de legitimação ideológica para o “atraso”, assim o moderno não representaria a constituição do progresso, mas teria um importante desempenho na legitimação de uma lógica de dominação periférica (NOBRE, 2012).

Em seguida, o autor aponta que, nas décadas seguintes, a conjunção de movimentos vividos pelo Brasil, como a saída da ditadura e a redemocratização do país, articulados com a crise de crédito da década de 1970 e a revolução microeletrônica que, em seus apontamentos, minaram a estabilidade do padrão tecnológico dos países centrais, bem como afetaram a capacidade indutora de desenvolvimento por parte do Estado, tornaram o paradigma da formação caduco. Assim, seria inviável qualquer ideia de projeto de país vinculada ao

⁵Fundado em 1969 e sediado em São Paulo. O destaque se deve, em grande medida, ao fato de o Cebap ter sido provavelmente o único consórcio intelectual que a ditadura militar não conseguiu dismantlar, razão pela qual acorreram para lá jovens pensadores de todas as partes do país. Incluindo aquele que produziu o texto emblemático desse “momento reflexivo” do paradigma da “formação”: Francisco de Oliveira e seu *Crítica à Razão Dualista* (ensaio de 1972, publicado em livro em 1981).

modelo de desenvolvimento articulado a essa perspectiva interpretativa (NOBRE, 2012).

Por fim, o autor afirma que “a partir da década de 90, o debate brasileiro passa a se estruturar segundo a alternativa entre um paradigma da ‘formação’ caduco e um neomodernismo internacional acrítico” (NOBRE, 2012, p.11). Em suas considerações, a conjugação de tais correntes ocorreu em um momento de abertura teórica e econômica na década de 1990 no Brasil e no mundo, vinculado às teorias neoliberais, que trouxeram uma nova lógica de rede⁶ como princípio de articulação e organização da produção cultural em perspectiva mais geral e do conhecimento acadêmico produzido em universidades de modo particular (NOBRE, 2012).

Todavia, o autor considera que ambas as alternativas necessitam de superações, partindo do pressuposto de que para avançar na compreensão dos processos contemporâneos, de modo crítico, seja necessário abandonar as perspectivas teóricas e práticas dos interpretes do Brasil (NOBRE, 2012). Com base nisso, argumenta que a crítica só será possível com “o reconhecimento de que um processo de formação se encerrou – ainda que não tenha se completado da maneira como esperava o paradigma” (NOBRE, 2012, p.13).

Renato Ortiz (2013), por outro lado, ao invés de negar ou afirmar a necessidade de resgatar a interpretação acerca da formação social brasileira, aponta que o olhar para a mesma, bem como as respostas conferidas a pergunta “quem somos nós?” varia de acordo com as bases teóricas, dos contextos históricos e dos interesses políticos de quem as responde.

Em sua visão, o Brasil e a América Latina possuem uma “obsessão pelo nacional”, o que, em sua perspectiva, representa uma recorrente reflexão acerca da identidade nacional, de modo que haja um “eterno retorno” à sua reflexão. Por conta disso, ele realiza uma digressão acerca do tema, propondo que o conceito de “nação” e de “cultura” sejam elementos centrais na composição da “identidade”.

⁶Em suas palavras, tais redes são compostas de pontos articulados mundialmente em plano físico ou virtual, podendo ser desde movimentos sociais, empresas e Estados até mesmo indivíduos, dentre outros. Refere ainda que a força de uma rede se encontra na quantidade de conexões que é capaz de produzir, extrapolando barreiras geográficas e culturais. considera que

O autor aponta que os pensadores do século XIX, momento em que o debate acerca do Estado-Nação adquiriu ampla discussão, consideravam que poucos lugares poderiam ser considerados como “Nação”, de modo que o Brasil, assim como boa parte da Ásia e da África ficaram alheios aos padrões que poderiam configura-los como tal (ORTIZ, 2013. p. 610). Não é uma preocupação do mesmo encontrar uma definição específica de “nação”, embora realize um debate importante ao ressaltar algumas características significativas desse assunto para discutir a temática da identidade.

Para tanto, resgata os argumentos de Marcel Mauss, em texto publicado em 1969 e intitulado *La nation*, em que discute a ideia de que o Estado-Nação se configura como uma sociedade com poder central estabelecido, com fronteiras delimitadas e com relativa unidade moral, mental e cultural dos habitantes que aderem conscientemente ao Estado e suas leis. Assim, para ele, nação foi entendida como “um tipo de organização no interior do qual se exprime uma comunidade de cidadãos [de modo que] a ideia de cidadania é um dos elementos chaves na sua definição” (ORTIZ, 2013, p.610). Nesse sentido, o autor destaca a dimensão integradora da nação, uma vez que a mesma tenha adquirido o sentido de “um todo integrado, totalidade capaz de vincular as pessoas no interior de um mesmo território, de um mesmo mercado, de um Estado cujas normas são legítimas para todos.” (ORTIZ, 2013, p.610).

Ortiz aponta ainda que a ideia de cultura também adquire uma dimensão integradora quando relacionada à questão nacional. Embasado na contribuição de Otto Bauer (1979) acerca da concepção de nação como uma “comunidade cultural”, no sentido de que o autor enfatiza que a cultura foi pensada como uma consciência coletiva, uma unidade comum, que vincula os membros de uma população mesmo quando separados por distâncias geográficas ou origem de classe. Tal apontamento é realizado com a finalidade de demonstrar a afinidade entre as noções de nação e de cultura e a importância das mesmas para a elaboração da “identidade” ou, como prefere, do “caráter nacional”.

Essas duas pontuações servem de base para o desenvolvimento de seu raciocínio quanto à questão da totalidade no debate sobre a cultura brasileira. Para tanto, recorre a tradição discursiva do pensamento social ao resgatar elementos centrais na produção de alguns pensadores. O primeiro resgate que realiza refere-se a Paulo Prado, com *Retratos do Brasil (1944)*, quando sinaliza

que este autor adota como pressuposto a existência de traços sentimentais intrínsecos às nacionalidades e considera que a tristeza seja o principal elemento psicológico da personalidade do brasileiro.

Outro elemento que ganha destaque no âmbito da identidade brasileira é a mestiçagem, que, de acordo com Ortiz (2013), foi tema central na construção da identidade nacional no país. O autor assinala ainda que no final do século XIX, com a abolição formal da escravatura e a proclamação da República, o entendimento de que “o Brasil é um país mestiço resultado do cruzamento de três raças, o branco, o negro e o índio” (ORTIZ, 2013, p.614) assumiu grande peso na condução do país e impactou todo o sistema de pensamento sobre a nação. Nesse período, pesquisadores como Oliveira Vianna, Arthur de Gobineau, Nina Rodrigues e Sílvio Romero tiveram importante participação na construção de lógicas raciológicas e racistas que formaram o tecido social brasileiro e impregnaram a ciência no país por meio da construção de verdades que produziram e legitimaram hierarquias sociais, consubstanciados por normas legais, políticas públicas, pelo ensino e por instituições como prisões, manicômios e hospitais, destinadas a uma parcela específica da sociedade (MAIA; ZAMORA, 2018).

Ortiz (2013) aponta que a concepção de mestiçagem predominante no período partia do pressuposto de que a população brasileira seria constituída de uma raça superior (a branca) e duas inferiores (a negra e a indígena). Tal característica foi representada como um dos principais elementos do atraso do Brasil, configurada em uma subalternidade intransponível, que, segundo ele, conduziu diferentes pensadores brasileiros, como os mencionados anteriormente, a objetivarem um ideal de embranquecimento populacional.

A ideia de mestiçagem só é ressignificada após 1930, com Gilberto Freyre, quando há um deslocamento do sentido negativo da mestiçagem para um sentido positivo, por meio da proposição de uma visão mais promissora do percurso nacional. Ortiz (2013) aponta que o mestiço passa a ser retratado como o ideal harmônico exprimindo o “segredo do sucesso do Brasil”. A “mestiçagem encerra a capacidade de se conciliar as contradições: políticas, culturais, sociais e econômicas” (BASTOS apud ORTIZ, 2013, p.615) e possibilita assinalar outro diagnóstico que não o de imobilidade para a nação. Por um lado, a ideia de tristeza e da mestiçagem elaboradas pela perspectiva

pessimista colaboraram para a criação da ideia de imobilidade do Brasil e pela impossibilidade de avanço rumo a uma nação moderna. Por outro, a visão positiva de Freyre, abriu novas possibilidades para o Brasil, ao remove-lo da condenação e indicar a perspectiva de intervenção nas fragilidades internas por meio de atuações coordenadas pelo Estado (ORTIZ, 2013).

O autorrealiza toda essa discussão no intuito de desconstruir a referida tradição intelectual que acreditava na existência de uma essência inerente aos povos, passível de descrição e/ou intervenção a algo que se pretende alcançar. Sua argumentação aponta que a identidade é uma representação, uma construção simbólica que é realizada em relação a um referente. Em suma, ao invés de ser um dado concreto que pode ser descoberto, a identidade seria uma representação, de modo que as dicotomias “identidade autêntica x inautêntica”, “verdadeira x falsa” não seriam pontos finais, mas representações de um país e de seus habitantes. Sua conclusão, portanto, é de que não existe “o brasileiro”, “o francês”, “o americano” ou “o japonês”. Assim, enfatiza a importância de compreender o modo como as representações simbólicas das referidas nacionalidades se estruturam historicamente, além de entender o seu papel nas disputas políticas e nas formas de distinção sobre “o outro” e suas implicações políticas e sociais (ORTIZ, 2013).

Afirma também que o Brasil do século XXI não é o mesmo do início do século XX e levanta provocações quanto ao sentido desse debate no mundo contemporâneo. O primeiro ponto que destaca é em relação ao fato de que

Há uma mudança do contexto histórico. O Brasil do início do século XX é um país agrário e não integrado do ponto de vista geográfico. As vias de comunicação são precárias, a herança da escravidão faz-se ainda presente e o país não tinha ainda conhecido plenamente sua revolução industrial. O grau de analfabetismo é elevado, 84% em 1890, 75% em 1920, e a República Velha não consegue instituir uma unidade centralizadora, um governo capaz de organizar a vida política como um todo. (ORTIZ, 2013. p. 618).

Para demonstrar tais mudanças, levanta dados comparativos entre 1950 e 2018, como

A composição setorial do Produto Interno Bruto (PIB): entre 1950 e 2008, o peso do setor primário (agricultura) declinou, do setor secundário (indústria) também diminuiu, e o do setor terciário (serviços) passou a responder por dois terços da produção nacional. Composição setorial da ocupação: em 1950, a agricultura empregava 60,9% da força de trabalho, em 2008 apenas 18,4%; a indústria 16,9% em 1950, 24% em 2008; o setor de serviços 22,5% em 1950, 57,6% em 2008.

Taxa de urbanização: 1960: 45,1%; 2010: 84,3%. O Brasil de hoje é um país urbano no qual predomina o setor de serviços. Uma última informação, de natureza demográfica: taxa de fecundidade em 1950: 6,21 filhos por mulher; 2010: 1,86. (ORTIZ, 2013. p. 619).

Com isso, pretende afirmar que a temática da globalização e da mundialização da cultura emerge como uma grande questão para o mundo e tal mudança coloca em cena, necessariamente, “a fragilidade da unidade central em torno da qual girava a questão da identidade: o Estado-nação” (ORTIZ, 2013, p. 622). Nesse sentido, o debate sobre o Estado-nação começa a ficar cada vez mais limitado e, na visão do autor, perde sua soberania de diante de crises financeiras e impactos ambientais, por exemplo.

Por fim, para o autor, no mundo globalizado, não é mais a Nação, mas a inter-relação dos países que detém o poder de definir suas probabilidades de expansão e desenvolvimento. O mundo se torna uma arena na qual diferentes atores, organismos internacionais, grandes corporações, grandes bancos, ONGs e as nações atuam (IANNI, 1997; ORTIZ, 2013). Além disso, situa também que a identidade extrapola a dimensão do Estado-Nação e diferentes afirmações identitárias emergem no seu interior ou no espaço da modernidade-mundo, como a afirmação de movimentos étnicos, de gênero, geracionais e regionais ou com o que chama de desterritorialização do universo do consumo, “como marcas de prestígio, Dior, Gucci, Paco Rabane, ou “populares” como McDonald’s” (ORTIZ, 2013, p.623).

Apresento esses autores com diferentes compreensões acerca da pertinência de refletir sobre a formação social brasileira para demonstrar brevemente a complexidade do tema e para me propor a responder à questão levantada por Renato Ortiz: “Qual o sentido deste debate no mundo contemporâneo?”

Adotar a formação social brasileira como fundamental para compreender o Brasil contemporâneo não significa assumir que o país não mudou, mas reconhecer que as interpretações do Brasil “operam tanto no sentido cognitivo da compreensão das relações sociais, quanto no sentido normativo delimitando posições mais ou menos definidas nas disputas de poder travadas no âmbito da sociedade” (BASTOS, 2002, p. 184).

O parágrafo anterior está no presente e não no passado, justamente porque, como aponta Ortiz (2013), as imagens do Brasil não pararam de ser construídas. Além disso, embora as ideias dos intérpretes sejam referentes ao passado, elas se constituíram como um importante repertório que pode ser acessado de acordo com as estratégias de quem os utiliza. Assim, ao partir do entendimento de que a cultura seja uma representação e não uma essência do que foi/é o Brasil e a população brasileira, torna-se possível identificar os interesses e os conflitos envolvidos na construção da identidade, bem como o modo de sua construção e os modelos de relações de força que recobre. (ORTIZ, 2013).

Por conta disso, diferente daqueles que consideraram as interpretações do Brasil como não relevantes devido à preocupação em revelar seu caráter ideológico (como se por isso fosse um conhecimento inválido) como apresentado no discurso de Botelho e Lahuerta ao longo do texto, parto do pressuposto de que é justamente por esse motivo que a reflexão sobre a formação social seja fundamental para compreender o país.

Nesse sentido, a identidade ideológica identificada nas ideias sobre o Brasil não pode ser desconsiderada, mas utilizada como ferramenta de assimilação dos caminhos, dos sentidos, dos motivos e das motivações de seus respectivos autores e do impacto de suas obras na sociedade. Ademais, em sentido oposto ao atribuído pela corrente positivista, Dias (1998) afirma que os termos “compreender” ou “interpretar” sugerem “a necessidade de reconstruir o conhecimento de modo a poder trabalhar com especificidades e não com conceitos abstratos”

Tal enunciação pode ser vinculada com a argumentação de Villas Boas (2003), quando afirma que não apenas os intérpretes, mas também a produção científica da tradição intelectual brasileira, interpretam o país, seja por meio da leitura que rejeita a sua validade, seja por meio da retomada de suas análises com a finalidade de formular de novas hipóteses sobre Brasil. Tal perspectiva, para a autora, se constituiria em uma política de interpretação das interpretações do país (BÔAS, 2003).

A especificidade é um elemento considerado importante por diferentes autores quanto à sua pertinência para a construção de um pensamento crítico sobre o país. Além de Bôas, Francisco de Oliveira (2001) defende tal

posicionamento e acrescenta um outro elemento: a radicalidade. Para ele, a radicalidade é um elemento fundamental para romper tanto com a “compassividade acrítica” que repercute na estagnação crítica do pensamento quanto com a “agressividade personalizada” em relação aos pensadores que são dissonantes das interpretações hegemônicas. Por sua vez, pontua que a especificidade é importante para compreender a formação da sociedade e do Estado pelas singularidades dessa formação, por aquilo que apresenta de único e/ou particular.

Além destes, Dias (1998), ao escrever sobre a ideia de política e de sociedade na obra *“Raízes do Brasil”* (1936) de Sérgio Buarque de Holanda, também destaca a importância da especificidade. Para ela, o mais importante na obra e na vida do referido autor era documentar diferenças e estudar as especificidades da formação social brasileira. Tal característica constitui um elemento importante para a construção da noção de “raízes”. Segundo a autora, considerar as especificidades significa “valorizar os pormenores, o fragmentário e o não determinante para que se possa construir um conhecimento que nasce da desocultação” (DIAS, 1998, p.19).

Seguindo a ideia da autora, tal posicionamento é fundamental para um percurso interpretativo que vise desvendar ideologias como a da construção do ideal nacional. Para ela, a historiografia do Império foi central na produção discursiva do sentido da nacionalidade e no estudo das instituições públicas da nação. Também afirma que tanto as fontes quanto a historiografia, por muito tempo, adotaram e não estão isentas de adotar uma linguagem do poder, de modo que os saberes institucionalizados assegurassem e possam, ainda, assegurar a consolidação do domínio das elites, por meio da hegemonia política que arquitetou o país, ao mesmo tempo em que esconderam e podem ainda esconder o que chamou de “figurantes mudos”, bem como as “suas falas” (DIAS, 1998).

De acordo com ela, tal projeto homogeneizante “consistia em uma missão de controle social, disciplinadora e civilizadora das imensas desigualdades sociais herdadas da sociedade escravista” (DIAS, 1998, p.12). Por isso, o caminho interpretativo da década de 1930 que preza pelas especificidades, em sua análise, é capaz de desvincular conjunturas específicas de ajustamentos institucionais fixados, pois, naquele momento, como aponta Dias (1998), atentar

para conjunturas específicas da formação social significava renovar a historiografia.

Por fim, cabe salientar que toda essa discussão repercute no pensamento sanitário brasileiro nos diferentes momentos históricos que serão destacados a seguir. Elementos como a identidade nacional, a raça, a doença, o atraso, entre outros, permearam a conformação das políticas de saúde no Brasil, expressando algumas de nossas especificidades na construção de um projeto de modernização que aprofunda e transforma as nossas persistentes desigualdades.

CAPÍTULO 2. A SAÚDE PÚBLICA NA FORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO

2.1. A saúde pública e o saneamento dos não cidadãos (1889 a 1930)

Segundo Vaitsman (2002), o que somos hoje, enquanto sociedade, sujeitos e atores, só pode ser entendido à luz de processos históricos que produziram certos padrões sociais, políticos e culturais. Para tanto, neste capítulo será percorrido um caminho para compreender a construção da saúde pública no Brasil à fim de evidenciar seu papel na formação do Estado, dos próprios brasileiros e das relações desiguais na sociedade brasileira.

Desse modo, seguindo a ideia da autora, que discorre sobre os determinantes históricos do padrão de desenvolvimento do Brasil e as suas implicações para as relações entre Estado e sociedade, há um esforço de realizar um olhar pela historicidade de cada um desses processos a partir da compreensão de alguns dos elementos-chaves nas análises dos intérpretes brasileiros. Desse modo, com esse referencial, não há a intenção de realizar uma reconstrução do passado ou de prever o que está por vir, mas sim de compreender o presente e as raízes que o sustentam (HARTOG, 2013). Portanto, essa fundamentação teórica possibilita identificar algumas pistas sobre o pensamento desses autores em relação às raízes das desigualdades no Brasil, de acordo com a perspectiva da historicidade abordada anteriormente.

Em sequência ao pensamento de Vaitsman (2002), existem dois elementos-chaves presentes nas diferentes análises de intérpretes brasileiros para a compreensão das origens das desigualdades sociais, passando por

alguns dilemas dicotômicos como, por exemplo: “tradicional/moderno”, “universalismo/particularismo” e “individualismo/hierarquia”. Além disso, cita alguns autores importantes que pensaram sobre tais dilemas a partir de pressupostos diferentes, como a análise “híbrida” (Freyre, 1992; Santos, 1993), a “relacional” (Da Matta, 1979, 1990), e “as várias gramáticas” (Nunes, 1997). Tendo isso como base, destaca que os dois elementos-chaves desse processo são: 1) o nosso tipo de colonização, que produziu, uma ordem estatal burocratizada, derivada do patrimonialismo ibérico e 2) uma organização social estruturada pela lógica particularista, “familística”, dos grupos e facções. A partir disso, segundo ela, duas leituras foram dominantes, sendo que a primeira associa o atraso brasileiro ao patrimonialismo derivado do transplante do Estado português para o solo nacional e a segunda identifica o patrimonialismo na instituição da própria organização da sociedade.

Como interpretação alternativa para a compreensão das desigualdades, Souza (1999) apresenta a tese de que a base do nosso padrão de desigualdades e da construção de instituições modernas, como a cidadania, está nos primórdios da modernização do Brasil e pelo modo como ela se estruturou. Assim, para o autor, a exclusão social tem como raiz a própria forma de construir a modernidade. Desse modo, no lugar de cidadania, que pressupõe universalismo, o que existe no Brasil é uma subcidadania e uma supercidadania, sendo que nem a primeira e nem a segunda são subprodutos do não acesso ou acesso às relações personalistas privilegiadas, mas produtos da forma como se deu o processo de modernização do país. Tal ideia dialoga ainda com o que Milton Santos (2007) propõe como “o não cidadão do terceiro mundo”, em que afirma que há cidadania e cidadania, sendo que nos países subdesenvolvidos existem cidadãos de classes diversas, de modo que existem aqueles que são mais cidadãos, os que são menos cidadãos e há, ainda, os não cidadãos (SANTOS, 2007).

Nessa perspectiva, José Murilo de Carvalho (2018) é enfático ao afirmar que o Brasil herdou uma tradição cívica frágil ao proclamar sua independência de Portugal em 1822. O autor aponta que, se por um lado os portugueses construíram um enorme país dotado de unidade territorial, linguística, cultural e religiosa durante os três séculos de colonização (1500-1822), por outro, deixou marcas profundas na constituição de uma sociedade

escravocrata e de uma economia monocultora e latifundiária, em que a maior parte da população era analfabeta e dependente de um Estado absolutista. A partir disso, o autor sustenta a máxima de que “à época da independência, não havia cidadãos brasileiros, nem pátria brasileira” (CARVALHO, 2018, p.24).

Vinculado ao desafio da realização da plena cidadania no Brasil, com a Proclamação da República, ocorrida em 1889, a própria consolidação da democracia constitui-se como uma grande dificuldade histórica no país (CARVALHO, 2018). Como aponta Delgado (2016), alguns movimentos são frequentes e marcam o processo da formação do Estado brasileiro. O primeiro deles, refere-se à facilidade com que experiências democráticas são interrompidas no decorrer da República que se articula com o segundo movimento, caracterizado como a persistência do exercício político autoritário, mesmo em momentos democráticos.

Quanto a isso, tais limites e problemas da democratização podem ser percebidos na experiência que marca os 60 anos, de 1930 a 1990, do período que corresponde ao padrão de industrialização da segunda revolução industrial. Nesse intervalo de tempo, o país foi governado durante 35 anos por ditaduras abertas, enquanto que os outros 25 anos foram marcados por tentativas de golpe a cada três anos (OLIVEIRA, 2001. p. 93).

Além disso, em uma sociedade escravista, o processo de formação de classes trabalhadoras diferia bastante do modelo dos países europeus industrializados (DIAS, 1998). A exploração portuguesa no Brasil acontece sob influência do feudalismo em sua fase de transição para o capitalismo, em sua fase mercantil. Desse modo, segundo Lyda (1994) o Brasil seria base para a acumulação primitiva dos países europeus de modo que as características da colonização realizada aqui tenham representado obstáculos para a instituição de relações capitalistas no país, uma vez que não houve aumento de riquezas e não existia uma mão-de-obra livre, sendo parte dela vinculada à economia agroexportadora e outra parcela a relações escravocratas e não capitalistas de produção, determinando a criação de relações sociais específicas.

Ademais, a autora refere que embora a República tenha se destacado pelo esforço investido na constituição de um Estado-nação, ela não rompeu com as oligarquias regionais e nem com os resquícios monárquicos centralizadores. Em relação a tal rompimento, aponta que, historicamente, ele

aconteceu acompanhado por três crises, a de integração nacional, a de participação política e a de redistribuição de riqueza em todos os países capitalistas. No Brasil, as crises mencionadas ocorreram simultaneamente e, considerando que o seu enfrentamento possibilita a inclusão de novas parcelas populacionais à cidadania, impactaram profundamente o desenho das políticas sociais, sobretudo a partir de 1930 (IYDA, 1994).

Embora essa perspectiva seja hegemônica no campo das ciências sociais e humanas, Saraiva e Almico (2017) apresentam a ideia de “Segunda Escravidão”, perspectiva interpretativa que considera que a escravidão, ao invés de se constituir enquanto elemento estrutural do atraso industrial brasileiro, foi, contraditoriamente, o elemento definidor desse processo, integrando a economia brasileira ao mercado global via escravidão. Assim, a escravidão seria raiz da modernização capitalista do Brasil.

Em relação a cidadania no Brasil, o seu fator mais negativo foi a escravidão. As consequências dessa instituição fundadora do país atingiram a população de modo geral, afetando tanto os negros escravizados quanto os senhores feudais. Enquanto os primeiros não desenvolviam a consciência de seus direitos, os segundos não admitiam os direitos dos escravizados e exigiam privilégios para si próprios. “Se um estava abaixo da lei, o outro se considerava acima. A libertação dos escravos não trouxe consigo a igualdade efetiva. Essa igualdade era afirmada nas leis, mas negada na prática” (CARVALHO, 2018. p. 58).

O Brasil foi o último país de tradição cristã e ocidental a abolir formalmente a escravidão, que ocorreu em 1888. Carvalho (2018) aponta que desde o início do tráfico negreiro até 1850, aproximadamente 4 milhões de negros escravizados tenham entrado no Brasil e sido distribuídos de modo desigual no território nacional. Além disso, o processo de abolição do tráfico negreiro no Brasil só ocorreu sob imposição da Inglaterra, tendo início em 1821 e prolongou-se até 1850, quando o número de pessoas escravizadas com entrada no país decaiu de 23.000 para 3.000 (IYDA, 1994). Importante enfatizar o papel da escravidão, pois ela invadiu todas as dimensões da vida em todo o território nacional. Desse modo,

Toda pessoa com algum recurso possuía um ou mais escravos. O Estado, os funcionários públicos, as ordens religiosas, os padres,

todos eram proprietários de escravos. Era tão grande a força da escravidão que os próprios libertos, uma vez livres, adquiriam escravos. A escravidão penetrava em todas as classes, em todos os lugares, em todos os desvãos da sociedade: a sociedade colonial era escravista de alto a baixo (CARVALHO, 2018, p.26).

Esse é um dos aspectos mais importantes para que o período colonial tenha se encerrado com a maior parte da população excluída de seus direitos civis e políticos e sem um sentido de nacionalidade (CARVALHO, 2018). Embasado nisso, Venceslau Souza (2006) diz que o Brasil não foi capaz de realizar transformações basilares com o processo de independência no que tange a concretização desses direitos e na construção de sentido de cidadania no território nacional. Isso porque, de acordo com ele, a independência foi realizada com a manutenção da escravidão, exprimindo importantes limitações aos direitos civis ou ao trato de liberdade, princípio constituinte da mesma. Esse é um recorte do contexto que a República brasileira encontrou como desafio.

A saúde pública, como parte constituinte na formação do Estado, dentro do desenvolvimento capitalista tardio e dependente, assume papel de destaque tanto na construção da autoridade estatal sobre o território quanto na conformação de uma ideologia de nacionalidade (IYDA, 1994; LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

No início do século XX, as grandes imigrações e a economia agrário-exportadora, principalmente cafeeira, marcaram as ações sanitárias no país. Voltada aos interesses econômicos, a prioridade da agenda pública durante o período esteve relacionada com a higiene dos espaços urbanos e de portos, em especial onde havia maior circulação de mercadorias, à fim de controlar e erradicar qualquer ameaça que as doenças infectocontagiosas prevalentes no momento, como a febre amarela e a varíola, pudessem oferecer ao crescimento econômico brasileiro (IYDA, 1994; CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013).

Para tanto, grandes campanhas foram mobilizadas, como a vacinação em massa, a demolição de moradias consideradas insalubres e a fiscalização do comércio de alimentos com o objetivo de garantir a salubridade urbana. O modelo campanhista, como ficou conhecido, tinha, portanto, como maior compromisso o controle de endemias para potencializar o poder das exportações brasileiras. A criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, em

1910, foi uma forte expressão de tal objetivo, sendo resultado de pressões da burguesia cafeeira articulada com as questões internacionais (CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013).

Esse é um exemplo que assinala como a saúde passou a ser incorporada à atividade estatal, além de elucidar as prioridades que definiram a sua organização, os momentos e os locais de sua atuação. Aliás, aponta também como as elites econômicas, em destaque a burguesia cafeeira, foram capazes de transformar ações do Estado em ferramentas de seus próprios interesses (IYDA, 1994).

Além disso, a historiografia dedicada aos estudos da Saúde Pública nesse período adota o movimento sanitarista da primeira república como um dos temas centrais, significando uma importante expressão quanto aos projetos nacionais e a reforma social que se intensificaram no contexto da primeira guerra. Nesse sentido, a problemática da saúde, ou melhor, da doença, além de estar diretamente relacionada com a abordagem acerca da questão nacional no Brasil desde a virada do século XIX para o século XX, assume um papel primordial na agenda política, conformando-se como central na formação do próprio Estado brasileiro (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

A ciência foi a linguagem que legitimou o processo da construção nacional a partir da identificação do atraso dos brasileiros com a finalidade de superar as barreiras que impediam o progresso do país. Natureza tropical, herança colonial, melancolia, preguiça e diversidade racial, em especial a inferioridade atribuída a negros, indígenas e mestiços foram objetos de referência aos males do Brasil (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

O Brasil pensado pelas suas ausências e os brasileiros vistos como atrasados, indolentes, doentes e resistentes aos projetos de mudança serviram como base para a estruturação de políticas nacionais, configurando-se em questões culturais e políticas (LIMA, HOCHMAN, 2000). Para a concretização deste projeto, a higiene, dentre outros discursos de base científica, foi determinante para fundamentar e legitimar os caminhos para a recuperação e/ou fundação da nacionalidade brasileira e mais do que isso, para salvar a nação daquilo que representaria o seu maior obstáculo: os brasileiros.

A corrente higienista, ancorada nos saberes da bacteriologia, encontra grande expressão na Reforma Sanitária desse período. Em um país

predominantemente rural, e com 70% da população analfabeta, segundo o censo de 1920; sua principal missão foi caracterizada pelo movimento de saneamento do interior do país, ou como reconhecido, o “saneamento dos sertões” como esforço civilizatório das elites políticas (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

Nessa perspectiva, o movimento sanitarista, fortemente vinculado com os ideais nacionalistas, assume grande importância e é marcado por quatro eventos que legitimam a sua fundação:

Primeiro, o enorme impacto da publicação, em 1916, do relatório da expedição médico-científica do Instituto Oswaldo Cruz, realizada em 1912 por Arthur Neiva e Belisário Penna, ao interior do Brasil. O relatório revelava um país com uma população desconhecida, atrasada, doente, improdutivo e abandonada, e sem nenhuma identificação com a pátria (Neiva & Penna, 1916; Casa de Oswaldo Cruz, 1991). o discurso – tomado como inaugurador do movimento pelo saneamento do Brasil, dado seu impacto – de Miguel Pereira, pronunciado em outubro de 1916, caracterizando o país como um imenso hospital. Por último, a própria atuação da Liga Pró-Saneamento, entre 1918 e 1920, período em que se inicia a implementação da reforma dos serviços de saúde federais (LIMA, HOCHMAN, 2000).

O relatório da expedição científica organizada pelo Instituto Oswaldo Cruz e chefiada por Arthur Neiva e Belisário Penna Pereira, realizada em 1912, teve como objetivo realizar um amplo levantamento das condições epidemiológicas e socioeconômicas da população e foi peça fundamental no diagnóstico do Brasil doente. Foram percorridos o norte da Bahia, o sudoeste de Pernambuco, o sul do Pará e Goiás e os apontamentos mais importantes correspondiam ao relato de uma população abandonada e esquecida que sofria com as doenças endêmicas existentes no país. Tal situação realçava a ausência absoluta de qualquer identificação com o Brasil e foi capaz de mobilizar intelectuais e políticos em prol do saneamento (IYDA, 1994; LIMA & HOCHMAN, 2000).

Se antes as relações entre doenças como malária, ancilostomíase e doença de Chagas eram atribuídas exclusivamente à origem racial da população ou à natureza, com o discurso médico-higienista seriam o governo e a doença os grandes culpados pelo abandono da população à sua própria sorte. Lima e Hochman (2000) apontam que os esforços científicos pautados na construção dessa perspectiva pretendiam superar a ideia que parecia condenar o Brasil a sua condição racial, mas o que houve foi uma articulação entre as

interpretações, de modo que não só o higienismo, mas também o eugenismo assumiu grande força no país.

A compreensão da doença como elemento distintivo de ser brasileiro e a percepção dos males sociais da doença influenciou diferentes formas de interpretação sobre o Brasil. As diferentes construções do personagem Jeca Tatu, de Monteiro Lobato, expressam tais concepções. Após entrar em contato com as propostas da campanha em prol do saneamento, Lobato transforma o caboclo indolente e parasitário em um agente de mudança social e de modernização redimido pelo sanitarismo (LIMA, HOCHMAN, 2000).

Importante salientar que a ideia de que o traço negativo do Brasil tinha como uma de suas fundamentações a sua composição étnica, de modo que a nação era constituída de raças inferiores, não foi superada, mas transformada. Dessa maneira, novos dispositivos, como a eugenia negativa, positiva e preventiva, ganharam poder sobre os corpos indesejados no tão sonhado Brasil (KOBAYASHI et al., 2009).

De acordo com Verzolla e Mota (2017), a eugenia foi utilizada como um termo médico no país, especialmente em São Paulo. Seu discurso foi capilarizado em diversas especialidades médicas e discutido como tecnologia científica a ser implementada amplamente, desde a perspectiva obstétrica até às de cirurgia, das práticas sanitárias às experiências psiquiátricas.

Acrescido disso, de acordo com Marinho e Mota (2013), São Paulo sediou a primeira sociedade eugênica do Brasil, sendo responsável por disseminar a busca pelo aperfeiçoamento racial brasileiro. Os médicos, especialmente, assumiram protagonismo ao longo dos anos de 1920 na consolidação de ideia raciais e no fortalecimento da utilização da raça como elemento central na produção de conhecimento científico. De acordo com os autores, os médicos da elite paulista, nesse período, compreendiam que a segregação das raças, segundo hierarquias ancoradas no preconceito racial, era um processo natural, uma vez que essa segregação corresponderia “a reação de um espírito superior frente ao inferior” (MARINHO, MOTA, 2013, p.205).

Nesse sentido, a eugenia, por meio da medicina, foi utilizada como estratégia de salvação dos brasileiros, com destaque aos paulistas (MARINHO, MOTA, 2013).

Em um país que teve mais de 300 anos de escravidão e abandonou milhares de negros escravizados à própria sorte após a sua abolição, a raça nunca deixou de ser um marcador de desigualdade. Quando essa especificidade é articulada com o saber eugênico⁷ e perpassa estratégias como a disciplinarização da sexualidade, o controle reprodutivo, os exames médicos pré-nupciais e as ações de esterilização, há uma reconfiguração dos discursos e das práticas que marcam a inferiorização racial por meio da produção do pensamento médico-científico e social. A ampla divulgação científica dessa linha de pensamento teve o poder de legitimar, “mesmo que implícita e cautelosamente, comportamentos discriminatórios e racistas, alguns dos quais se fazendo presentes até os dias atuais” (VERZOLLA, MOTA, 2017, p.622).

Naquele momento, sanear os sertões significava superar o atraso nacional ocasionado pela doença de forma que o conceito “sertão” assumiu mais caráter político e social do que geográfico, sendo sinônimo de abandono. Assim, a ciência e a atuação médica representaram uma esperança à perspectiva interpretativa que condenava o país ao eterno atraso devido a sua composição racial, de modo que as considerações de que o programa de imigração europeia para “branqueamento” do Brasil não fosse mais entendido como a única saída nacional. Esse é um acontecimento fundamental para o país, pois até certo momento do início do século XX, a ideia de modernização vinculada ao projeto nacional significava necessariamente um Brasil europeizado. À vista disso, não somente as instituições e comportamentos, mas a imigração branca e europeia teria como missão “limpar” (sic) os brasileiros dos efeitos da escravidão e da miscigenação (CASTRO SANTOS, 1985).

Entretanto, como expresso anteriormente, um movimento não anula o outro. As ações dos sanitaristas da Primeira República possuíam grande articulação com a eugenia. Aliás, os próprios médicos Belisário Penna e Artur Neiva eram membros de destaque da Sociedade Eugênica de São Paulo, que marcou a institucionalização da eugenia no país. Destes, Penna foi convidado por Renato Kehl, principal representante do movimento eugenista brasileiro e

⁷ Eugenia: do grego eugenēs, “bem-nascido” – foi empregado pelo inglês Francis Galton pela primeira vez em 1883. Com status de disciplina científica, objetivou implantar um método de seleção humana baseada em premissas biológicas (DIWAN, 2015).

latino-americano durante a Primeira República, a ser vice-presidente honorário da Sociedade. Sua atuação propiciaria a expansão dos ideais eugenistas para além de São Paulo (STEPAN, 2004; KOBALACHI et al., 2009).

Tal proposição fica evidente quando Kobaiachi et al (2009) argumentam que, para Renato Kehl, existiam três possibilidades de regeneração racial: 1) a eugenia positiva, 2) a negativa e 3) a preventiva. Em sua concepção, o saneamento seria um ponto de partida para a efetivação da eugenia e poderia ser compreendido como estruturante da eugenia preventiva. Segundo ele,

A higiene profilática, a inimiga dos fatores hostis à humanidade se bate pelo saneamento rural e urbano, luta pela supressão do álcool e de outros venenos intoxicantes, esforça-se pela regulamentação do trabalho [e] consiste enfim na prática da higiene em todos os seus artigos” (KEHL, 1923, p.201 apud KOBALACHI et al, 2009, p.321).

Além disso, a eugenia preventiva também objetivava a higiene da raça e estabeleceu medidas de controle por meio da puericultura, da educação sexual e da orientação pré-natal. A eugenia positiva, por sua vez, correspondia a preservação da ideia de pureza de alguns grupos por meio do casamento/cruzamento entre os humanos considerados superiores, garantindo a melhor seleção genética para os filhos. Por fim, a eugenia negativa consistia no desencorajamento da proliferação dos grupos considerados degenerados. Enquanto os Estados Unidos e a Alemanha adotavam a eugenia negativa, o Brasil oscilou entre as três, com maior predomínio da eugenia preventiva e positiva (KOBAYASHI, FARIA, DA COSTA, 2009)

Importante salientar que a Fundação Rockefeller⁸ teve um papel fundamental na disseminação dos ideais sanitários e eugênicos no Brasil, contribuindo para a institucionalização da higiene e da saúde pública, sobretudo com a formação de profissionais, com a produção científica e com consolidação das instituições vinculadas a essa corrente de pensamento (CAMPOS, MARINHO, 2015). Sua chegada no país ocorreu justamente quando a discussão do saneamento dos sertões eclodiu e não demorou a agir de modo decisivo na implementação de ações voltadas para a saúde pública nas primeiras décadas do Século XX. “Nesse mesmo período, a eugenia brasileira era equivalente ao

⁸Rockefeller, instituição norte-americana que agiu globalmente em áreas como a saúde pública, o ensino, a pesquisa e a filantropia.

sanitarismo, onde defendia-se a máxima de que sanear era eugenzar” (KOBAYASHI, FARIA, DA COSTA, 2009 p. 314).

Campos e Marinho (2015) salientam que, para além da perspectiva econômica, o caráter eugênico da Fundação Rockefeller, associado com os desejos da elite paulista, que desde o início do governo republicano pretendeu eliminar as doenças epidêmicas pelo receio do enfraquecimento dos negócios vinculados à lavoura e à exportação, culminaram em uma aproximação, principalmente, com São Paulo. Isso porque São Paulo já mostrava uma estrutura estatal organizada que se articulava com as visões e princípios da Rockefeller, como as campanhas de saneamento do meio e de prevenção de doenças e manutenção de saúde tanto nas regiões urbanas quanto nas rurais (CAMPOS, MARINHO, 2015).

Nesse momento histórico, a saúde pública esteve articulada aos interesses oligárquicos dos cafeicultores paulistas, que visavam o fortalecimento de sua hegemonia. Nesse sentido, Campos e Marinho (2015) reforçam que essa característica também se mostrou favorável ao apoio da Fundação Rockefeller, uma vez que o Brasil havia se tornado um dos principais fornecedores de café para os Estados Unidos, sendo que esse também era o país com maior importância quanto à importação desse produto no país.

Ademais, a ideia força do saneamento, para além de promover a manutenção da agricultura de exportação, repercutiu na organização de projetos com a finalidade de fortalecer a presença do Estado em todo o território brasileiro. Sua expansão estava ligada com a compreensão das elites de que o Estado deveria assumir a responsabilidade para enfrentar os problemas sanitários do país e a compreende-los como uma questão relacionada a interdependência da saúde. Quanto a isso, Hochman (2012) demonstra que a transformação da saúde em bem coletivo esteve diretamente relacionada com o processo de ampliação do poder do Estado.

Em consonância, Haguet (1982) afirma que o processo de desenvolvimento da cidadania no Brasil e na América Latina, de modo geral, colocou o Estado em uma posição de implementar os direitos dos cidadãos no sentido de obterem legitimidade e poder. Dessa maneira, a cidadania se restringe ao aspecto formal e fica completamente descolada de seu escopo substantivo. O resultado que esses países obtiveram foi a incapacidade de

garantir o exercício efetivo dos mesmos direitos, além de ter propiciado abertura para regimes autoritários e repressivos, somado ao cerceamento da consciência sócio-política das massas (HAGUETTE, 1982).

Outrossim, em nosso caso, não houve uma transição de luta contra o feudalismo, como ocorreu na Europa Ocidental, sendo que o liberalismo, no Brasil e em outros países da América Latina, não foi uma ideologia libertadora de grupos emergentes, mas uma doutrina dos grupos dominantes (HAGUETTE, 1982).

A educação foi um dos principais dispositivos utilizados para cumprir tal objetivo e ganhou maior relevância na década de 1920, quando a reforma do Código Sanitário realizada em 1925 propôs a criação da Inspetoria de Educação Sanitária e de Centros de Saúde como eixo central do processo de descentralização, além de recomendar a inclusão do Curso de Educação Sanitária no Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo. Importante enfatizar que diferente dos países capitalistas centrais, no Brasil, a educação não representou um valor liberal para a prática da cidadania, mas serviu de base para “a construção do trabalhador dentro da ‘democracia’ social, em um regime ditatorial corporativista” (IYDA, 1994 p. 50)

Outra importante dimensão da atuação da Saúde Pública, a partir de 1920, que se relacionou com a cidadania foi a organização do mercado de trabalho, bem como o papel que o Estado assumiu em relação à assistência médica. Embora as ações de saúde e saneamento tenham sido definidas pela Constituição de 1891 como responsabilidade dos estados, as medidas de assistência médica, incorporadas à proteção social, só adquiriram relevância enquanto política pública a partir da Lei Eloy Chaves, de 1923, que instituiu o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) e se caracterizou como um modelo assistencial-privatista (IYDA, 1994; CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013).

Embora esse modelo previdenciário tenha emergido de um longo processo de luta dos trabalhadores, ele gerou uma oferta de assistência médica desigual, uma vez que grande parte da população brasileira não estava vinculada a atividades de natureza empresarial (IYDA, 1994; CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013). Além disso, o sistema previdenciário não foi baseado no conceito do direito à previdência social, inerente à cidadania, mas

considerado um direito contratual, baseado em contribuições ao longo do tempo (POSSAS, 1981 apud BERTOLOZZI, GRECO, 1996 p. 383)

A partir de todos os elementos citados até aqui é possível concluir que primeira República estabeleceu as bases para a criação de políticas de saúde verticalizadas e autoritárias na tentativa de levar a população para dentro da esfera de atuação do Estado à fim de ampliar o seu poder. Tal processo de expansão da autoridade estatal contribuiu para que o Estado Novo, iniciado em 1930 tenha sido marcado pelo início de políticas sociais que a Primeira República não instalou (IYDA, 1994, CARVALHO, 2018).

Em seu lugar, durante as três primeiras décadas da República, a saúde pública cumpriu um papel de modernização da estrutura econômica e administrativa do Brasil. Ademais, a primeira reforma sanitária do país, fortemente mobilizada pelo movimento do saneamento rural, não foi uma conquista de lutas pela cidadania, como a ocorrida nas décadas de 1970 e 1980; ela foi concedida pelas elites intelectuais e políticas.

Assim, o poder público não foi um instrumento garantidor de direitos, de modo que no lugar de cidadania, houve a semeadura de um processo de estadania, isso quando não ocorreu a tentativa de extermínio daqueles indesejados, ou melhor, dos pobres e/ou não brancos.

2.1. Saúde pública, estadania e cidadania regulada (1930 a 1945)

A estadania, como cunhado por Carvalho (2001), se realiza a partir da institucionalização das políticas sociais no país, como a saúde, principalmente a partir de 1930. Tais políticas não resultam de reivindicações cívicas, mas de concessões realizadas pelo Estado para a população, tendo como consequência a construção de relações clientelistas que articulam as elites e os habitantes do território nacional.

É durante o regime autoritário do Estado Novo que acontece a primeira incorporação em massa, via direitos sociais, no Brasil (CARVALHO, 2018). Esse período representa um marco na construção e consolidação de um modelo de Welfare State nacional, com a incorporação decisiva da política social como atribuição do Estado (FONSECA, 2007). Tendo isso em vista, cabe apontar que embora o período seja considerado um divisor de águas na

modernização e na extensão de direitos no país, ele corresponde a um dos momentos mais significativos quanto ao aumento da desigualdade no Brasil nos últimos cem anos (SOUZA, 2016).

Nesse momento, o Brasil instaura um novo padrão de institucionalização de políticas sociais e, consequentemente, um novo padrão especificamente periférico de cidadania (SOUZA, 2016). Todo esse movimento ocorre em meio a uma grande base reformadora do Estado Novo que responde a uma profunda transformação econômica devido à crise de hegemonia do setor agrário exportador brasileiro, com grande influência da crise internacional de 1929.

Tais considerações são relevantes para a compreensão dos diversos sentidos de disputa política e de construção de proteção social na sociedade brasileira. Por isso, para aprofundar o entendimento acerca da produção de proteção social no país, as contribuições de Sonia Fleury (2008) serão levadas em conta, uma vez que sua narrativa possibilita uma maior elucidação dos percursos contextuais de configuração de seguridade social, vinculado a resultados específicos de cidadania nas sociedades ao longo da história.

Segundo a autora, a cidadania é parte constitutiva da construção dos Estados nacionais e da instauração do capitalismo, de modo que a sua existência implica em contradições gerais, num contexto global, mas, ao mesmo tempo, com formas e conteúdos inerentes a cada singularidade espacial em que se desenvolve. Tal dinâmica ocorre porque enquanto a classe social está fundamentada na desigualdade econômica, a cidadania, na contemporaneidade, garante os mesmos direitos e deveres a todos (FLEURY, 2008).

Além disso, no âmbito da proteção social, é importante destacar que o modelo a ser instaurado implicará diretamente no tipo de cidadão constituído, do mesmo modo que o tipo de cidadão, dialeticamente, interferirá no modelo de proteção social a ser instaurado, desenhando e criando cenários de disputas sociais, econômicas, culturais e políticas à sua maneira, de acordo com seu contexto e momento histórico (FLEURY, 2008).

Fleury (2008) aponta três modelos distintos de proteção social: 1) Assistência Social; 2) Seguro Social e 3) Seguridade Social. Tais modelos variam quanto à concepção de políticas sociais e suas instituições, logo, cada um deles gera condições distintas no status atribuído de cidadania, podendo implicar em 1) medida de caridade, 2) benefício adquirido mediante pagamento

prévio, 3) usufruto de um direito de cidadania. Quanto aos modelos de proteção social, têm-se:

1) Assistência Social: neste modelo, as necessidades são satisfeitas de acordo com interesses individuais e a capacidade de cada um de adquirir os bens e serviços de que precisa. Acrescido a isso, o mercado é central, enquanto que para a ação pública resta um lugar mínimo e complementar, assumindo caráter compensatório e discriminatório sobre aqueles grupos sociais que recebem proteção social porque demonstram incapacidade para manterem-se adequadamente no mercado (FLEURY, 2008). Como resultado, suas ações possuem caráter temporal, emergencial e pontual, gerando estruturas fragmentadas e ações descontínuas de atenção social. O tipo de cidadania gerado por esse modelo é o de cidadania invertida, termo concebido por Fleury em 1994, considerando que o indivíduo ou grupo ao invés de ser considerado em sua totalidade e visto como garantidor de direito, passa, na verdade, a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social.

2) Seguro Social: cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Esse modelo estratifica e seleciona grupos não por sua incapacidade, mas produz uma hierarquia valorativa em favor do seu público-alvo. Enquanto a assistência é focalizada nos pobres, o seguro social está voltado para grupos de trabalhadores regulamentados, expressando uma concepção de benefícios como privilégios diferenciados das diferentes categorias de trabalhadores, na medida em que cada uma delas tem uma política distinta para reivindicar melhorias no seu padrão de benefício (FLEURY, 2008). Este modelo produz a chamada cidadania regulada, como formulada por Wanderley Guilherme dos Santos (1979).

3) Seguridade Social: este modelo tem como inspiração o princípio de justiça social e, de acordo, com Fleury (2008), “estabelece um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado” (FLEURY, 2008, p.13). Este movimento de universalização, pretende corrigir as desigualdades geradas no mercado por intermédio de um sistema de políticas e instituições públicas responsabilizadas e capacitadas para garantir a efetivação da coordenação e da execução dessas políticas. O tipo de cidadania construído aqui é a universal.

Tendo conhecimento disso, convém questionar qual desses modelos foi construído no Brasil. Especificamente na saúde, considero relevante apontar que embora Castro Santos (1985)⁹ considere que o governo Vargas, com vistas a priorizar uma ideologia de controle e integração dos trabalhadores urbanos, tenha deslocado o projeto de construção da nacionalidade dos sertões para as grandes cidades, o que houve, diferente do argumento do autor, não foi a substituição da bandeira do saneamento rural, mas a sua incorporação ao projeto político ideológico do governo, sendo reorganizado de acordo com o contexto do período (FONSECA, 2007). Assim, não ocorreu um rompimento com as atividades da saúde pública da Primeira República, mas a inclusão de suas instituições e de seus atores ao novo processo de fortalecimento do Estado.

Desse modo, foram configuradas duas esferas distintas de políticas públicas de saúde, responsáveis pela construção de dois formatos institucionais de inclusão social, sendo um corporativo, por meio do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e outro mais próximo de parâmetros universais, por meio do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) (FONSECA, 2007).

Essa divisão estruturou modelos diferenciados de reconhecimento de direitos sociais e, conseqüentemente, de status de cidadania. Enquanto o primeiro consolida a assistência médica individual previdenciária para os indivíduos considerados cidadãos, ou seja, para aqueles inseridos no mercado de trabalho e amparados por princípios corporativos, o segundo ficou responsável pelos pré-cidadãos: pobres desempregados ou em situação de trabalho informal (FONSECA, 2007).

A definição das políticas adotadas pelo MTIC resultou de negociações entre o governo, os trabalhadores e a burguesia industrial, sendo expressa na condução do Estado a operar a política social enquanto um instrumento político utilizado para incorporar o empresariado e as classes trabalhadoras na vida política organizada (SANTOS, 1979). Tal inserção ocorreu não pela mobilização dos partidos políticos ou dos segmentos sociais, mas principalmente pela força do Estado, reforçando a ideia de cidadania mencionada anteriormente.

⁹Ver Castro Santos 1985: 207

Esse modelo de institucionalização da proteção social contributiva, no formato de seguro, é marcado por um processo de inclusão seletiva e fragmentada da força de trabalho formal. O critério de inclusão da categoria profissional foi desigual e as ocupações com maiores interesses conjunturais à produção econômica corresponderam a um objeto de racionalidade, que estrategicamente estratificou de forma hierárquica mesmo aqueles reconhecidos enquanto cidadãos (SPOSATI, 2013).

Como elencado anteriormente, a Lei Eloy Chaves representou o início das ações previdenciárias no Brasil e determinou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores, tendo início pelos ferroviários e, posteriormente, sendo expandida para outros ramos, como os portuários, o de aviação e o de navegação marítima (WESTIN, 2019).

Com a reformulação das CAPs pelo decreto 20.465 de primeiro de outubro de 1931, a prestação de serviços médicos passou a ser considerada como não obrigatória e condicionada às disponibilidades financeiras das instituições previdenciárias (BRASIL, 1931). Além disso, não demorou muito para que o Estado substituísse as Caixas por um novo modelo de instituição previdenciária.

Com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais em âmbito nacional e não mais por empresas, como ocorria com as CAPs, houve uma hierarquização na prestação de serviços por conta da variação de arrecadações de acordo com os salários de cada categoria profissional. Desse modo, aqueles com maiores contribuições receberiam as melhores provisões e atendimentos. Tal situação só foi alterada em 1960 com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que desvinculou a prestação de assistência médica do pagamento de benefícios (FONSECA, 2007).

Os IAPs tinham como principal função a concessão de aposentadorias e pensões e, durante o início de suas atividades, a prestação de serviços de assistência médica, cirurgia e hospitalar aconteceu de modo restrito, colaborando para que os mesmos fossem induzidos a comprar serviços médicos de pequenas instituições privadas. Ademais, a previdência logo fortaleceu seu papel nas atividades de medicina clínica, consolidando-se como a principal fonte de prestação de serviços médicos aos segurados (FONSECA, 2007).

Desse modo, a política social brasileira foi estruturada com base em princípios corporativos que, de um lado, garantiram benefícios aos trabalhadores e, de outro, permitiram o controle do Estado sobre o movimento sindical, atendendo igualmente aos interesses dos industriais. Tal movimento resultou em um formato institucional que implicou na consagração de um modelo de política pública que privilegiava os trabalhadores formais, ou como afirma Fonseca (2007), os agentes do processo de acumulação capitalista, definidos como legítimos destinatários das políticas sociais constituídas no MTIC. Portanto, o modelo de cidadania implicado no período operou-se na área urbana e industrial, via mercado de trabalho.

É assim que se consolida a cidadania regulada no Brasil, conceito cunhado por Wanderley Guilherme dos Santos em 1979. Para ele, os cidadãos no Brasil do século XX foram aqueles que estavam dentro do projeto modernizador do Estado. O autor enfatiza que para compreender a política econômico-social pós-30 - momento de institucionalização e consolidação de diversas políticas no Brasil - bem como “fazer passagem da esfera da acumulação para a esfera da equidade, é o conceito de cidadania que se faz central, implícito na prática política do governo Vargas, e que tal conceito poderia ser descrito como o de cidadania regulada” (SANTOS, 1979).

A cidadania regulada tem como base um sistema de estratificação ocupacional definido por uma norma legal, ao invés de um código de valores políticos. Nessa perspectiva, há a seleção de cidadãos e de pré-cidadãos, de modo que os primeiros são todos os que pertencem a uma comunidade profissional ou ocupacional reconhecida e definida por lei, enquanto os segundos são todos os outros fora desse reconhecimento (SANTOS, 1979).

O autor deixa evidente que esse tipo de estabelecimento da ordem política produz um sentido de extensão de cidadania via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, relacionando-se diretamente com a ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões.

Portanto, as apostas políticas e sociais na condução de um tipo de sociedade capitalista, tendo como especificidade a via colonial, uma economia voltada para fora, marcas profundas da escravidão e uma aposta seletiva de cidadania, produziram desigualdades estruturais e estruturantes, desde a sua concepção até a sua execução. Nesse sentido, todos esses caminhos apontam

para as raízes das desigualdades sociais no país, somado a um tipo ideal de engenharia institucional firmada no projeto de modernização do Estado.

Ancorada na ideia das marcas sociais de construção de políticas convergentes ao processo de industrialização nacional, bem como dos impactos na efetivação das políticas sociais no Brasil, Sposati (2009) afirma que:

A institucionalização da previdência social, ainda na primeira república (1923), demarca a regulação estatal da força de trabalho como insumo para a industrialização emergente e, ao mesmo tempo, a aliança do Estado com a burguesia em trânsito da produção agrícola para industrial, o assentamento do populismo varguista em meio às lutas e greves operárias no contexto do movimento anarquista (SPOSATI 2009).

Para ela, a configuração de um desenho bismarkiano na orientação das políticas sociais de caráter liberal no país deixaram marcas persistentes no que chama de “mistura entre política social e política trabalhista ou da legislação social do trabalho com a legislação social no campo da cidadania”.Entretanto, mesmo que tenha resultado em uma estrutura institucional estratificada e desigual, formatando disputas por direitos e benefícios por décadas, ela gerou uma expectativa de proteção social, atuando como promessa universalizável de integração (CARDOSO, 2010).

Desse modo, a população urbana e rural que se encontra a margem do mundo de trabalho formalizado, ou melhor, os pré-cidadãos, serão alvo das políticas de saúde implementadas pelo MESP. Basicamente, tudo o que concernia às ações preventivas de saúde estava no escopo de ação desse ministério. Nesse sentido, algumas doenças e regiões foram priorizadas estrategicamente de acordo com interesses nacionais. A preocupação com as endemias rurais, herança das duas primeiras décadas do século XX, não deixou de ser pauta política pós 1930 e a partir do momento em que foram abordadas a partir de um arcabouço ministerial, suas ações ganharam forças normatizadoras e centralizadoras (FONSECA, 2007).

Diferente do MTIC, que possuía um modelo fragmentado de prestação de serviços, o MESP tinha o objetivo de consolidar as ações da saúde pública em nível nacional, com ações mais complexas e abrangentes, embora desvinculada da noção de direito social, como apontado por Fonseca (2007).

A autora sinaliza ainda que outra diferença entre os ministérios diz respeito ao público-alvo de suas ações. A população civil, centro das ações do MESP, não exercia papel como ator político, uma vez que não tinha poder de

interferência sobre o desenho institucional adotado e nem sobre as áreas que seriam foco de atenção prioritária que, por sua vez, ficavam a critério de agentes públicos, de acordo com os interesses do Estado.

Como resultado disso, algumas parcelas populacionais foram alvos estratégicos das políticas de saúde pública, principalmente os grupos identificados como basilares para a manutenção do projeto político ideológico de construção nacional durante o governo Vargas. Dentre eles, destacam-se mulheres e crianças.

Brasileiro, Ferro e Marques (2018), por exemplo, evidenciam o papel da saúde pública na construção de um projeto biopolítico, por meio de estratégias de educação sanitária voltada para as mães paulistas, na conformação de uma população produtiva e saudável.

A partir de uma análise documental do Livro das Mãezinhas, disseminado pela Seção de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento de Saúde do estado de São Paulo (SPES-DSESP) e de autoria do pediatra Wladimir Piza, os autores identificam o esforço que o estado de São Paulo desempenhou na construção de um padrão de maternidade e na legitimação do papel social da mulher enquanto representante oficial da modulação de hábitos de higiene preconizados no período para a formação de cidadãos paulistas.

A divulgação do material pretendia reduzir a mortalidade infantil utilizando como ferramenta a instituição da responsabilização das mães quanto a construção de filhos de acordo com os ideais paulistas. Para tanto, a SPES-DSESP divulgou amplamente, por aproximadamente trinta anos, regras normatizadoras quanto a amamentação, alimentação, hábitos higiênicos no preparo de alimentos, atualização de vacinas, dentre outros (BRASILEIRO, FERRO, MARQUES, 2018).

Tal experiência ocorreu fortemente no estado de São Paulo na consolidação de um projeto de sociedade constituída por sujeitos fortes, sadios e produtivos. Esse é um exemplo paulista, mas à nível nacional, como elencado anteriormente, durante a Segunda República não houve a substituição do projeto nacional de saneamento rural por um urbano, mas uma readequação que redefiniu a atuação da saúde naquele momento. Com a crise econômica mundial de 1929, houve uma redução de gastos federais quanto aos serviços de profilaxia rural de modo temporário, sendo que os investimentos logo voltaram à

tona, uma vez que a preocupação com as endemias rurais e o desejo de expansão da força do Estado em todo o território nacional continuavam sendo importantes interesses políticos (FONSECA, 2007).

As ações da saúde pública ganharam maior abrangência no enfrentamento de doenças endêmicas com a criação de serviços nacionais de saúde, tendo destaque os de tuberculose, lepra, febre amarela, malária, peste, câncer e doenças mentais. Além dos investimentos federais, alguns desses serviços contavam com a cooperação direta de instituições internacionais, como a Fundação Rockefeller que já estava presente no país desde a década de 1910 (FONSECA, 2007; HOCHMAN, 2005).

Durante a década de 1930, as ações contra a febre amarela e contra a malária foram destaque da Fundação Rockefeller no Brasil. Em relação a primeira, diversos postos foram instalados em núcleos rurais pelo interior do país. Quanto a segunda, uma grande campanha de erradicação foi mobilizada contra o mosquito vetor da malária, *Anopheles gambiae*, na região nordeste. Vale ressaltar que tais ações ocorreram de modo centralizado e autoritário, sem a oportunidade de participação da sociedade civil nas tomadas de decisão. Ademais, a saúde pública, continuou fortemente associada ao ideário de construção da nacionalidade e foi parte da formalização da separação entre as noções de direito à saúde e seu usufruto (HOCHMAN, 2005).

As ações de saúde pública organizadas pelo MESP não eram identificadas pelo Estado enquanto um direito, diferentemente daquelas organizadas pelo MTIC. Desse modo, se por um lado a assistência médica previdenciária pelo MTIC contribuiu para a construção da cidadania regulada, a construção da saúde pública pelo MESP não produziu cidadania. Todavia, Fonseca (2007) destaca que o processo de formalização da saúde pública brasileira difere da prática assistencialista que ocorreu na Inglaterra quando houve a criação da Lei dos Pobres. A estratégia da referida lei é concebida como estigmatizante por direcionar-se somente aos pobres e aos não-capacitados ao trabalho, enquanto que para a autora, as estratégias de saúde no Brasil diferiram-se desse processo por estarem voltadas para a população em geral, mas de modo hierarquizado e valorativo. A autora assinala também que as ações de saúde pública desse período perduraram por décadas e consolidaram uma maior densidade tecnológica e profissionalizante para o campo no país.

Portanto, no Brasil, ao invés de cidadania negativa, o Estado produziu um modelo de subcidadania, como formulado por Souza (2016), aos não trabalhadores formais, no qual o papel da saúde pública foi reconhecido e institucionalizado a toda a população. Seu caráter de desenvolvimento reforçou a configuração de estadania, por meio de concessões e dádivas, de modo que a divisão dos dois ministérios contribuiu para a consolidação de uma hierarquia valorativa entre os brasileiros.

Como resultado dessa divisão, Fonseca (2007) afirma que a própria política de saúde foi produtora de desigualdade e que o sistema de Welfare State agiu como um sistema de estratificação, legitimando distâncias sociais que beneficiaram uns em relação aos outros.

Nesse sentido, o pensamento da autora se articula com a construção de José Murilo de Carvalho (1996), quanto a sua análise a partir da obra de Marshal, que categoriza a cidadania em três dimensões, sendo elas: 1) direitos civis, 2) direitos políticos e 3) direitos sociais. O autor adota a Inglaterra como referencial de análise, apontando uma correlação entre as três dimensões e uma ordem de construção de cidadania, sendo os direitos civis uma realidade no século XVIII, os políticos no XIX e os sociais no XX. No Brasil, há uma inversão desse modelo, de modo que, na concepção do autor, não há uma integração entre essas dimensões políticas. Além disso, aponta quatro caminhos de construção histórica de cidadania: 1) quando é conquistada de baixo para cima dentro do espaço público; 2) conquistada de baixo para cima dentro do espaço privado; 3) conquistada com a universalização de direitos individuais no espaço público, mas com base em concepção do cidadão como súdito e 4) construída de cima para baixo dentro de espaço privado.

No caso brasileiro, o autor diz haver uma grande proximidade com o quarto modelo, pois nossa cidadania ocorreu de modo verticalizado e embora o Estado tenha sido central, o autor afirma que seu caráter público e universalista é esvaziado, uma vez que o Estado cooptou seletivamente os cidadãos e, por sua vez, estes últimos buscaram o Estado para o atendimento de interesses privados.

Nessa perspectiva, o direito como dádiva e não como resultado expressivo de lutas serviu mais como instrumento de dominação política e

capilarização do poder do Estado sobre a população e menos como dispositivo de garantia efetiva de direitos.

Acrescido disso, o modo como ocorreu a construção de cidadania nesse período favoreceu também uma visão corporativista dos interesses coletivos. O modelo de Previdência Social representou a base da assistência pública no Brasil a partir da metade do século por meio de um modelo assistencial-privatista que moldou a atenção à saúde da população brasileira até o início da década de 80. Como consequência, a distribuição dos benefícios sociais por cooptação sucessiva das categorias profissionais para o sindicalismo corporativo manifestou-se mesmo durante a Constituinte de 1988, momento em que a cidadania aparece como pauta universalizável a todos os habitantes do Brasil (CARVALHO, 2018).

2.2. Saúde, economia e desenvolvimento: o sonho brasileiro (1945 a 1964)

Embora a construção da saúde enquanto direito tenha sido efetivada somente na década de 1980, com a reforma sanitária, e contribuído com o processo de redemocratização do país, o Brasil viveu 19 anos de experiência democrática pré-golpe militar, que foi marcada por uma importante atuação dos movimentos sindicais e de militância. Assim, pela primeira vez, tanto a saúde pública quanto a assistência médica foram debatidas em um ambiente mais democrático, embora com limites, por meio de disputas político-partidárias e de organização de demandas por direito e incorporações (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005). Além disso, Schraiber (2015) e Mota, Schraiber e Ayres (2018) apontam que é nesse período, entre 1945 e 1964, que surgem as raízes da proposta da Saúde Coletiva no Brasil, referindo-se a movimentos como a medicina preventiva e a medicina comunitária.

Importante salientar que o período também representou uma expansão da cidadania regulada, contribuindo para a manutenção da estrutura social referida no capítulo anterior. De acordo com Carvalho (2018), a urbanização, devido a delimitação da regulamentação do trabalho ao setor formal urbano, foi um importante marcador para tal expansão, de modo que o percentual de associados a sindicatos cresceu quase 5,5% ao ano entre 1952 e 1961 (CARVALHO, 2018). Assim, houve uma proliferação das organizações

sindicais, que assumiram grande influência social e interferência nos processos de tomada de decisão.

A saúde teve um papel importante na expansão da cidadania regulada e da manutenção de ações do modelo hegemônico ao fortalecer o modelo assistencial privatista da saúde, com o INPS, em 1966. Além disso,

O sistema de pagamento para os serviços médicos contratados de acordo com a especialização e a complexidade fortaleceu a capitalização das companhias médicas e a incorporação tecnológica no Brasil, com a reorganização do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013).

Além disso, não houve ruptura quanto a persistente tensão e disjunção entre saúde pública e assistência médica, de modo que tal permanência trouxe à tona a discussão acerca da necessidade de ampliação dos serviços sanitários para o setor rural sob a justificativa de superar o atraso econômico (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

De acordo com Alves (2014), se por um lado, o governo de Juscelino Kubitschek promoveu avanços relativos ao desenvolvimento econômico entre 1956 e 1960 com o fortalecimento das estruturas instituídas por Getúlio Vargas, por outro, desprezou as questões agrárias anunciadas no seu Plano de Metas. Entretanto, segundo a mesma autora, a questão agrária fez parte da composição das discussões acerca dos rumos que o Brasil deveria seguir, uma vez que o atraso da agricultura nacional foi visto como um obstáculo ao desenvolvimento econômico.

Devido a isso, Carvalho (2018) aponta para emergência política de movimentos camponeses que pautaram a melhoria de condições de vida no campo bem como a reforma agrária, destacando a articulação das Ligas Camponesas, que ganharam força por meio de associações civis que ofereceram apoio e acolhimento aos camponeses excluídos dos direitos sociais, firmando-se a partir do questionamento da concentração dos meios de produção e da terra (ALVES, 2014; ARAUJO, 2014).

Os autores citados acima apontam que as Ligas Camponesas tiveram uma grande importância na mobilização e organização dos trabalhadores rurais, principalmente na região nordeste, pois o desenvolvimento industrial também foi orquestrado de modo desigual nas diferentes regiões do Brasil. Tal

apontamento foi importante para o próprio desenvolvimento da saúde pública no citado período.

O lugar da saúde na construção do Estado e da nação assumiu novos sentidos, engendrando um espaço favorável para a adoção de uma perspectiva médico-sanitária que passou a relacionar o “atraso econômico” com as más condições de vida da população (CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013). Tal perspectiva esteve relacionada com o “otimismo sanitário” do cenário internacional, que, com a disponibilidade de recursos como inseticidas, antibióticos e antimaláricos, estimulou a ambição de controlar e erradicar as doenças do mundo subdesenvolvido no pós-guerra (CARDOSO, 2007; HOCHMAN, 2009).

O discurso civilizador já não ocupava mais lugar central na construção das ações de saúde, dando espaço para o protagonismo da ideologia do desenvolvimento, que enfatizava a necessidade de combate às endemias rurais, das quais a malária era o grande paradigma, tida como a “doença econômica” por excelência (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005; HOCHMAN, 2009).

A dicotomia entre doença e atraso foi uma das permanências no pensamento social e sanitário, de modo que as novas associações entre saúde e desenvolvimento passaram a definir os espaços institucionais da saúde pública a partir da premissa da saúde enquanto um bem de valor econômico. Desse modo, a economia foi adotada como principal determinação das condições da saúde e deu sustentação para o sanitarismo desenvolvimentista, assumindo papel importante no progresso das nações, sobretudo nos países mais pobres (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005). Isso ocorreu devido ao entendimento de que a atenção à saúde seria o elemento transformador das sociedades, capaz de resolver o problema das nações tidas como atrasadas em relação a sua estagnante pobreza (ARAUJO, 2014).

Essas foram as bases do pensamento tanto do âmbito internacional quanto nacional, de modo que instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), concebidas para conduzir planos mundiais de desenvolvimento relacionados com a saúde, passaram a se

dedicar à erradicação de doenças tropicais na intenção de prevenir doenças que causariam o subdesenvolvimento dos países (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

A política norte-americana assumiu um papel importante na disseminação de investimentos e estratégias na América Latina. O programa PONTO IV, posterior *Aliança para o Progresso*, embora tenha sustentado um discurso interessado na cooperação com países menos desenvolvidos e com a melhora das condições de saúde dessas populações, tinha em vista a disputa de influência geopolítica da Guerra Fria vinculado à incorporação dos países alvos de suas atividades ao mundo capitalista (ANDRADE, 2015). Tal processo foi marcado por ações autoritárias e por um intenso controle hegemônico, caracterizado como “ocidentalização” dos países periféricos (ANDRADE, 2015).

Desse modo, a erradicação das doenças tropicais, em especial da malária, consistia em um projeto de dominação internacional, revestido de expansão de características dos países considerados desenvolvidos para todo o mundo (ESCOBAR, 2007).

No Brasil, havia uma disputa importante entre dois projetos políticos sanitários. O primeiro representado por uma corrente campanhista, com ampla participação dos sespianos¹⁰, defendia a ideia de que as doenças representavam um obstáculo para o desenvolvimento econômico e social. Assim, a erradicação das doenças e a garantia de uma saúde de qualidade seriam pré-requisitos para atingi-lo. O segundo, representado pelos sanitaristas desenvolvimentistas, pautava-se em perspectiva contrária, de maneira que, em sua concepção, o pré-requisito para uma melhor qualidade de saúde seria um bom desenvolvimento socioeconômico. Assim, a erradicação das doenças não seria o bastante para vencer a pobreza (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005; ARAUJO, 2014).

Os sanitaristas desenvolvimentistas criticavam as ações do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), instituição criada em 1942 para promover o saneamento, educação sanitária e prestação de serviços médico-hospitalares para a população rural por acharem suas abordagens restritas e reduzidas ao

¹⁰ Diz respeito à autodenominação que profissionais da saúde vinculados ao SESP e aos seus ideais adotaram para demarcar sua atuação.

cunho biomédico. A efetivação do SESP ocorreu por meio de uma parceria entre Brasil e Estados Unidos, com fomento da Fundação Rockefeller. Ademais, “as construções apoiadas pela Fundação Rockefeller legitimaram as grandes desigualdades das sociedades capitalistas e a miséria que resulta da apropriação privada de recursos humanos e do meio ambiente” (ARAUJO, 2014 p. 59).

Arturo Escobar (2007) aponta que as noções de pobreza, atraso e doença foram centrais para a invenção do terceiro mundo. Segundo o autor, tal processo foi pautado na estruturação de um discurso de poder dos países centrais em relação aos países periféricos por meio da naturalização da necessidade de desenvolvimento positivista. Em sua perspectiva, a criação do terceiro mundo universalizou e homogeneizou as sociedades de modo a-histórico, seguindo uma lógica de dominação. Assim, o combate às doenças infectocontagiosas tinha por objetivo produzir uma hierarquização valorativa entre os países, de maneira que a incorporação dos mesmos ao mundo capitalista pudesse ocorrer de modo desigual, uma vez que o discurso desenvolvimentista colonizou as sociedades consideradas subdesenvolvidas (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005 p. 487).

Além disso, as diferentes experiências sociais, culturais e políticas nos países metrópoles e satélites também devem ser levadas em consideração. De acordo com Haguette (1982), num contexto global, a cidadania está associada à divisão internacional do trabalho. Isso implica que o próprio desenvolvimento da cidadania seja desigual e estratificado, segundo a experiência e a posição de cada país no mundo, de modo que as metrópoles ocupem lugar de força, enquanto que os satélites ocupem lugar de fraqueza, segundo a lógica da economia mundial.

Como mencionado anteriormente, o período entre 1945 e 1964 também marca a emergência de movimentos como a medicina preventiva e a medicina comunitária no Brasil, considerados como raízes da saúde coletiva no país (MOTA, SCHRAIBER E AYRES, 2018). O preventivismo teve uma proposta reformadora da prática médica, que pretendia enfrentar a especialização fragmentadora da formação dos médicos a partir da compreensão integral dos sujeitos. Assim, a reforma da prática médica

(...) seria alcançada pela formação do médico, como se cada médico em sua prática fosse o principal recurso transformador da forma de prestar assistência à população. Esse modo de olhar a reforma da prática médica foi bem caracterizado, como uma leitura liberal e individualizante das questões sociais, bastante próprio à cultura norte-americana relativamente ao papel do Estado na sociedade (OSMO E SCHRAIBER, 2015).

Carvalho, Marques e Mota (2013), afirmam que esse modelo, pautado na História Natural da Doença, acabou por se constituir como um instrumento de normatização. A medicina preventiva partiu do pressuposto de que a intervenção no percurso da história da doença seria capaz de prevenir a sua manifestação clínica, dando origem a três formas de prevenção hierarquizadas em prevenção primária, secundária e terciária. A primária ocorreria no período pré-patogênico, com a promoção da saúde e proteção específica, como por exemplo, a vacina. Tais ações ocorreriam sobre o ambiente e/ou sobre o comportamento individual, evitando o surgimento da doença. A secundária ocorreria no período patogênico, a partir do diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação da incapacidade. Por fim, a terciária teria por objetivo reabilitar e limitar as incapacidades crônicas (CARVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013).

A medicina comunitária também surgiu nos Estados Unidos como alternativa para responder ao baixo acesso que a população mais pobre e idosa tinha à assistência médica.

Assim como na Medicina Preventiva, havia, na proposta da Medicina Comunitária, uma ênfase nas “ciências da conduta”. Nesse caso, entretanto, o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais destinava-se “a possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades ‘problemáticas’, através da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998 APUD OSMO, SCHRAIBER, 2015 p.209).

Entretanto, tanto a medicina comunitária quanto a preventiva, mitificaram conceitos como “população” e “comunidade” “que seriam utilizados para neutralizar a ideia de classes e os interesses conflitantes, despolitizando a pluralidade dos grupos e das minorias” (MOTA, SCHRAIBER, AYRES, 2018 p. 346).

Os autores também apontam que, para além da reformulação das escolas médicas, o preventivismo e a medicina comunitária produziram experiências plurais, repercutindo em configurações variadas da organização

curricular e prática das instituições. Uma dessas experiências foi a medicina social, que surgiu na América Latina entre as décadas de 1960 e 1970.

A medicina social emerge como um movimento que pretendeu enfrentar o reducionismo biomédico do campo médico por meio da mudança da própria sociedade. Em sua base estava o questionamento dos modelos teóricos tradicionais, de modo a não assumir o social de maneira fragmentada, mas como estruturante na determinação da saúde, por meio de uma abordagem histórico-estrutural (OSMO, SCHRAIBER, 2015; MOTA, SCHRAIBER, AYRES, 2018)

Todas essas concepções geraram disputas importantes entre projetos político-sanitários no final do período democrático. Em um momento em que os sanitaristas desenvolvimentistas assumiram a maior influência social, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, o período foi favorável para o desenvolvimento das propostas que compreendiam a saúde como consequência do processo de desenvolvimento econômico, e não o contrário. Ideias como a descentralização, a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, o fortalecimento da rede básica de serviços médico-sanitários e a municipalização dos serviços de saúde ganhou maiores projeções e possibilidade de concretização. Entretanto, logo eclodiu o golpe civil-militar, em 31 de março de 1964, abortando qualquer construção democrática no Brasil.

2.3. O golpe de 1964: a mercantilização da saúde e a cidadania mutilada (1964 a 1985)

Após diversos apelos ao golpe de Estado, como nos anos 1950, 1955, 1961 e 1963, a consumação do golpe militar ocorreu em 1964 colocando fim à curta experiência democrática sob as justificativas de restaurar a ordem social e política, ameaçada por uma suposta atuação comunista. Além disso, ainda pretendia recolocar a economia nos eixos, que acabou por excluir grande parte da população da aparente melhora econômica, além de despolitizar o debate sobre o tema, que passou a ser tratado de modo tecnicista (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005; SOUZA, 2016).

Tal acontecimento evidencia os limites e problemas da democracia brasileira, que nunca conseguiu se sustentar por muito tempo, sendo interrompida ou sofrendo tentativas de golpe constantemente ao longo de sua história (OLIVEIRA, 2001).

O golpe militar ocorreu em um período tencionado que dividiu o mundo em duas dimensões ideológicas com uma grande disputa conhecida como Guerra Fria, protagonizada pelas potências da época, uma socialista e outra capitalista, representadas pela União Soviética e Estados Unidos, respectivamente. Lyda (1994) considera que as raízes da ditadura se encontram em meados da década de 1950, quando o capitalismo internacional com predomínio estadunidense se acentuou, aumentando os investimentos financeiros no Brasil como forma de disseminar seu poder de influência, de modo a diminuir influências políticas socialistas ou a emergência de movimentos contrários ao capitalismo.

Carvalho (2018) assinala que, assim como no golpe de 1937, o regime militar foi caracterizado, por um lado, pela restrição violenta dos direitos civis e políticos e, por outro, pela expansão dos direitos sociais que foram paulatinamente estendidos à população rural. Isso ocorreu por meio de atos do poder executivo, começando com a cassação de mandados, aprisionamento de pessoas consideradas subversivas e instalação de Inquéritos Policiais (IPMs) a líderes políticos, estudantis e operários. Tais ações foram possibilitadas pelo Ato Institucional 1 (AI-1), que além de tudo isso, concedeu poderes ao Congresso para eleger o presidente da República (SCOREL, 2012).

Os Atos Institucionais 2, em 1965, e os AI-3 e AI-4, em 1966 contribuíram para a mitigação dos direitos civis e políticos. O AI-2 institucionalizou a eleição indireta para a Presidência da República e possibilitou que qualquer funcionário civil ou militar que fosse considerado antagônico aos ideais “revolucionários”, fosse demitido. Já o AI-3, estabeleceu eleição indireta aos governadores, que poderiam nomear os prefeitos das capitais, enquanto que o AI-4 foi estratégico para a convocação dos votos para uma nova constituição, promulgada em 1967, que conferiu amplos poderes ao presidente da República (SCOREL, 2012).

Embora restritivos, nenhum deles foi tão repressivo quando o AI-5, de 1968, que cassou mandatos políticos, interveio no poder judiciário,

concedeu poderes absolutos ao regime militar e fechou o Congresso Nacional. Além disso, esse ato proibiu a realização de reuniões, aumentou a censura e cancelou o *habeas corpus* para qualquer crime que fosse considerado político.

Entre 1964 e 1968, a repressão política foi exercida de modo impetuoso, combinado com a contenção da inflação e com a queda do salário mínimo. De acordo com Carvalho (2008), na perspectiva dos direitos civis e políticos, os anos de 1968 a 1974 representaram o momento mais sombrio da história brasileira, sendo marcado pelos militares mais violentos de todo o período ditatorial e por um dos períodos com maiores crescimentos econômicos do país, o chamado “milagre econômico”.

O milagre econômico teve um poder ideológico importante na disseminação da ideia de progresso e prosperidade, processo que fez com que alguns grupos da sociedade fossem consoantes ou omissos quanto à perda dos direitos civis e políticos, de modo que o desenvolvimento econômico pôde assumir uma posição superior à construção da cidadania no Brasil (SANTOS, 2007; CARVALHO, 2018).

Ademais, diferente da representação mais comumente realizada, o milagre econômico não significou melhora homogênea no território nacional, mas sim um projeto político que aprofundou desigualdades estruturais no país, aumentando a concentração de riquezas e injustiças sociais (SANTOS, 2007; CARVALHO, 2018). De acordo com Santos (2007), o milagre teve o poder de alargar uma nova classe média em prejuízo aos mais pobres, além de ter sido um componente importante para a mutilação da embrionária cidadania brasileira.

O êxodo rural foi outro acontecimento importante, pois o deslocamento da população do campo para as cidades culminou em um crescimento acentuado da população urbana, que passou de 44,7% em 1960 para 67,6% em 1980 (CARVALHO, 2018). Tal dinâmica, articulada com a formação da cidadania brasileira, causou impactos diretos na alteração da composição de empregos no Brasil.

A ocupação no setor primário da economia (agricultura, pecuária, mineração) caiu de 54% do total em 1960 para 30% em 1980. A ocupação no secundário (indústria) cresceu de 13% para 24% no mesmo período, e o terciário (transporte, serviços, administração) cresceu de 33% para 46%. Isso quer dizer que paralelamente a migração para as cidades houve um deslocamento maciço de

peças do setor primário para o secundário e para o terciário (CARVALHO, 2018 p.170).

O processo de urbanização desigual ocorrido no período é avaliador da própria construção cidadã no país. Santos (2007) aponta que a cidadania rural, sobretudo, sofria com muitas questões, uma vez que serviços públicos essenciais como educação, eletricidade e assistência médica lhes eram negados. Assim, a população rural acabou sendo, em boa parte da história, deixada à margem, como “menos titular de direitos do que a urbana” (SANTOS, 2007, p.105). Quando fazia parte de alguma agenda governamental, especificamente da saúde, era alvo de ações de saneamento em perspectiva higienista e/ou eugenista, como abordado anteriormente, ou de ações desenvolvimentistas, de cunho curativo e pontual, mas dificilmente promotora de cidadania.

Ademais, o cerceamento de direitos políticos e civis ocorreu simultaneamente com a ampliação dos direitos sociais com o objetivo de obter legitimidade e de controlar os conflitos de classes. Destes direitos sociais, o mais significativo para a argumentação desenvolvida neste capítulo, refere-se à reforma institucional centralizadora no campo da previdência social, que impactou diretamente na organização da saúde pública e da medicina previdenciária (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005; SOUZA, 2016).

Em 1966, houve a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que centralizou as contribuições previdenciárias e passou a administrar as aposentadorias, pensões e assistência médica, mantendo a lógica de cidadania regulada restrita aos trabalhadores formais urbanos, excluindo dos benefícios os trabalhadores rurais (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER; 2005).

De acordo com os autores, o projeto político militar aparelhou a expansão da assistência médica associado à hegemonia de uma burocracia técnica que contribuiu para a mercantilização da saúde e para o exílio da saúde pública a um segundo plano, cuja atuação ficou restrita a campanhas pouco eficazes (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER; 2005).

A expansão da abrangência da assistência médica ocorreu mesmo em meio a diretiva de redução de custos, no sentido de incorporar setores e grupos populacionais ainda sem acesso a esse serviço. Alguns exemplos

significativos são a introdução dos acidentes de trabalho nas atividades previdenciárias em 1967; a contemplação da população rural à assistência médica com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) e do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) em 1971; e a incorporação de empregadas domésticas e de trabalhadores autônomos à cobertura previdenciária em 1972 e 1973, respectivamente (ESCOREL, 2012).

Escorel (2012) argumenta ainda que, nesse mesmo período, a medicina de grupo assumiu grande expressão na perspectiva previdenciária. Os convênios com empresas privadas conferiam a possibilidade de deixar de contribuir com o INPS, uma vez que a prestação de assistência médica aos seus trabalhadores fosse realizada pela contratação de uma empresa médica mediante o pagamento prévio mensal por cada trabalhador. De acordo com a autora, a medicina de grupo era um privilégio da elite da força de trabalho no Brasil e foi responsável por ampliar as desigualdades entre os beneficiários, divididos em três programas: “o Ipase, para os funcionários públicos; o INPS, para os trabalhadores urbanos; e o Funrural, para os trabalhadores rurais” (ESCOREL, 2012 p.489).

A substituição do Estado pela rede privada na prestação de serviços médicos assistenciais ganhou maior evidência na década de 1970. Em 1976, por exemplo, as internações nos hospitais da Previdência Social representavam apenas 2,6% do total de internações, de maneira que, conseqüentemente, os hospitais particulares foram responsáveis por 97,4% das internações (PONTE, DO NASCIMENTO, 2010). Outro exemplo é o aumento da quantidade de hospitais com fins lucrativos no intervalo de 1964 até 1974, de modo que, em dez anos, os estabelecimentos passaram de 944 para 2.121 (PONTE, DO NASCIMENTO, 2010)

Nessa mesma década, dez anos após o início do regime militar, houve uma demonstração de insatisfação popular expresso nas eleições de 1974. O período também foi marcado pelas denúncias quanto à situação de saúde pública no país e pela rearticulação de movimentos sociais, a partir da mobilização de profissionais da saúde, acadêmicos e sindicatos, possibilitando uma abertura para a emergência de reivindicações relativas à melhora da saúde, “que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos

como dimensões imanentes à democracia” (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER; 2005 p. 62).

No mesmo ano, em 1974, foi instituído o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) desmembrando-o do Ministério do Trabalho. Concomitantemente, o Conselho de Desenvolvimento Social foi concebido, sendo presidido pelo Presidente da República e composto pelos Ministérios da Educação e Cultura, do Trabalho, da Saúde, do Interior e da Previdência e Assistência Social, além de contar como Secretário-Geral o Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Planejamento (BRASIL, 1974). O principal objetivo do Conselho foi assessorar o presidente na formulação de uma política social, além de contribuir na coordenação das atividades ministeriais, segundo orientações do Plano de Desenvolvimento Nacional (BRASIL, 1974; IYDA, 1994).

Tais estratégias foram respostas diretas aos desafios apresentados pelo apontamento quanto à carência de capacidade gerencial e estrutura técnica, com impactos diretos tanto na saúde pública quanto na assistência médica. Vale ressaltar que a emergência da educação, da saúde e da infraestrutura de serviços urbanos no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND)¹¹ só foi possível devido à inflexão política do regime militar, iniciada justamente em 1974, a partir da posse de Ernesto Geisel. As concessões econômicas restritas e a política social paternalista foram uma das principais estratégias encontradas pelo governo para enfrentar a oposição e disseminar sua legitimidade social (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER; 2005).

Embora a estrutura tenha representado uma abertura para ampliar a atenção quanto à política social, a própria construção da política privilegiou a prestação de serviços privados na saúde. A extensão da natureza desses serviços ocorreu por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), um mecanismo financeiro que pretendia agilizar a destinação de recursos a projetos dos setores público e privado, com maior ênfase no segundo, o que contribuiu para o alargamento da assistência médico-hospitalar privada no Brasil (IYDA, 1994). Tal processo pode ser demonstrado no

¹¹ O II Plano Nacional de Desenvolvimento foi um plano quinquenal voltado ao desenvolvimento econômico e social que manteve a orientação ideológica na perspectiva da construção do “Brasil Grande Potência” (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005 p 66).

apontamento de Lyda (1994), quando argumenta que dos US\$ 240.000.000 destinados à saúde entre 1974 e 1977, 65,3% foram designados ao setor privado.

Nessa perspectiva, a prioridade conferida à medicina curativa, o financiamento público e o crescimento dos grupos privados no setor saúde são as engrenagens de um processo em que a capitalização e expansão da rede privada, por um lado, e a degradação dos serviços públicos e a sangria dos recursos do Estado, por outro, são faces da mesma moeda (PONTE, 2010 p.187)

Esses são exemplos concretos que demonstram como o período militar aprofundou a mutilação da cidadania, no que diz respeito tanto à privação dos direitos civis e políticos quanto ao enviesamento das manifestações populares (SANTOS, 2007). Em consonância, a partir da política econômica adotada pelo Brasil que, no tocante à formação dos direitos sociais, privilegiou o setor privado em detrimento do público, ao invés de desenvolver uma lógica de direitos, produziu uma lógica de consumo, formando ao invés de cidadãos, consumidores (SANTOS, 2007). Desse modo, os direitos sociais não foram efetivados a partir do reconhecimento do cidadão, mas sim construídos a partir da regulamentação das profissões e pelo consumo (SANTOS, 1979; SANTOS, 2007). Nessa perspectiva, a cidadania mutilada expressou os modos de ser não-cidadão no Brasil a partir do processo de subalternização dos indivíduos e do aumento das desigualdades no país, fortalecendo a manutenção de diversas classes de cidadania. Foi esse entendimento que embasou a afirmação de Milton Santos, quando assinala que, no Brasil, “há os que são mais cidadãos, os que são menos cidadãos e os que nem mesmo ainda o são” (SANTOS, 2007 p 87).

2.4. Saúde, democracia e cidadania formal: expressões da reforma sanitária (1985 aos anos 2000)

Os anos de 1970 foram marcados pela abertura política e pela autorreforma do período ditatorial devido a uma crescente crise econômica e política do regime autoritário, que teve como uma das suas principais expressões o aumento da desigualdade no país. Desse modo, o governo militar adotou posturas mais flexíveis e de maior abertura aos direitos sociais, objetivando a manutenção de seu poder e a ampliação de sua legitimidade.

Foi nesse cenário que movimentos da sociedade civil começaram a se organizar e que propostas políticas, como a Reforma Sanitária, encontraram

espaço de disputa e de maior divulgação, visando o enfrentamento do modelo de proteção social excludente desenvolvido no Brasil, atrelado ao movimento de redemocratização do país, permeado por ideias de justiça social. (VIANA, BAPTISTA, 2012).

Portanto, foi diante dessa necessidade de ampliação de legitimidade que diversos espaços institucionais voltados ao desenvolvimento de políticas sociais foram elaborados. Somado à insuficiência de um quadro profissional composto por pessoas vinculadas às ideologias do governo militar, a conjuntura política e as reivindicações populares possibilitaram que os espaços institucionais construídos para a execução das políticas sociais fossem ocupados por atores que disputavam outras perspectivas de articulação sanitária, antagônicas ao pensamento dominante no período. Assim, sujeitos vinculados ao movimento sanitário conseguiram permear a burocracia estatal e ocupar lugares importantes na área da Saúde e da Previdência Social (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER; 2005).

Scorel (2012), afirma que os espaços institucionais criados nesse momento, diretamente vinculados ao II PND, foram: 1) o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/Ipea), 2) a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e 3) o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Opas (PPREPS/Opas). A autora aponta ainda que as bases institucionais do movimento sanitário surgiram a partir dessas instituições, tendo uma função significativa durante a articulação e crescimento do setor, desde a elaboração de projetos, até o financiamento de pesquisas, contratação de profissionais, dentre outras atividades (SCOREL, 2012).

Foi na década de 1970 que os movimentos políticos ganharam maior destaque e capacidade de impulsionar forças sociais antagônicas ao modelo de saúde vigente até então. Entretanto, como mencionado anteriormente, autores como Nunes (1994), Scorel (2005), Schaiber (2015) e Mota, Schraiber e Ayres (2018) apontam que as raízes históricas da Saúde Coletiva no Brasil e na América Latina, de modo geral, datam das décadas de 1950 e 1960.

Tal período correspondeu justamente aos anos em que os países latino-americanos enfrentavam ditaduras declaradas, e especificamente no Brasil, correspondeu ao momento de maior autoritarismo e repressão política

do regime militar no território nacional. Ianni (2015) destaca ainda que, entre 1960 e 1980, o pensamento social em saúde adquiriu maior importância em países como Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, México e Venezuela, firmando-se no campo da Medicina Social.

Portanto, foi durante o regime militar brasileiro que a ressignificação dos problemas de saúde ocorreu, marcada especialmente pela instauração do projeto preventivista e da medicina social, que, a partir de 1980, em meio a diversas disputas, consolidou o campo da Saúde Coletiva (NUNES, 1994).

Assim, a construção do campo da Saúde Coletiva emergiu em um cenário de crescentes desigualdades sociais, piora de condições de vida, com amplo interesse social em reformas sociais, de modo que a redemocratização do país e a Reforma Sanitária estiveram intimamente articulados (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998; OSMO, SCHRAIBER, 2015)

Se por um lado, Escorel (2012) aponta que as bases institucionais do movimento sanitário estiveram ligadas com a criação de espaços de políticas sociais a partir do II PND, por outro, afirma que as bases universitárias estiveram ligadas aos Departamentos de Medicina Preventiva (DPM), que a partir da Reforma Universitária de 1968, passaram a ser obrigatórios em todas as faculdades de medicina do Brasil (ESCOREL, 2012).

Tais departamentos foram centrais na organização do movimento sanitário que, a partir de uma abordagem histórico-estrutural, passou a questionar a prática médica e pretendeu transformar o sistema de saúde a partir da articulação entre produção de conhecimento, prática política e envolvimento de organizações da sociedade civil (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER; 2005; ESCOREL, 2012).

A revisão crítica do preventivismo contribuiu para a mudança na concepção do processo saúde-doença e só foi possível a partir da incorporação das ciências sociais nas análises de saúde, como ferramenta teórica de exercício crítico e reflexivo, a partir dos fundamentos do materialismo dialético, resultando, no contexto brasileiro, na constituição da Saúde Coletiva (IANNI, 2015).

Nesse sentido, a reformulação da noção de saúde buscou privilegiar as análises na coletividade e na demografia da situação de saúde das populações, em detrimento do foco individual e somatório. Portanto, as visões

estritamente biológicas e ecológicas passaram a ser disputadas por uma perspectiva de análise pautada na historicidade acerca das condições sanitárias do país (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER; 2005; ESCOREL, 2012).

Ademais, tanto Escorel, Nascimento e Edler (2005) quanto Ianni (2011) afirmam que foi na década de 1960 que o pensamento do sanitarista Juan Cesar Garcia ganhou espaço na produção acadêmica brasileira. Garcia foi um dos principais teóricos da medicina social na América Latina e foi um grande articulador de debates, junto à OPAS, que questionou os modelos de saúde norte-americanos. Estes debates encontravam-se pautados em concepções avessas ao positivismo da ciência universal, de modo que a mesma deixou de ser entendida como neutra, atemporal, empírica e isenta de valores e passou a ser adotada enquanto um instrumento de luta política (ESCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005; IANNI, 2011).

Nesse cenário, a perspectiva teórica de Jaime Breilh também se insere no movimento latino-americano de crítica à construção positivista da saúde. Uma de suas principais contribuições para o campo foi a reflexão e a transformação do pensamento científico sobre a saúde, especificamente na área da epidemiologia, a partir da inserção do conceito de “determinação social da saúde” como ferramenta de análise para repensar o conceito de saúde e as práticas sanitárias (BREILH, 2016).

Portanto, para compreender a complexidade da saúde seria necessário romper com o modelo biomédico que se restringia à doença individual. Tal perspectiva decorre do pressuposto, imbutido na noção de determinação social da saúde, de que as raízes do processo saúde-doença encontram-se na dimensão coletiva, na realização dos modos de viver das coletividades historicamente determinadas e nas suas respectivas relações sociais (BREILH, 2006).

Nesse sentido, o pensamento linear e unidimensional da compreensão da saúde como ausência de doença do corpo individual, ou do enfoque da noção de “estado de completo bem-estar físico, mental e social” passa a ser disputado por uma corrente de pensamento que adota o conceito de processo saúde doença como complexo, multidimensional e socialmente determinado (BREILH, 2016). Essa adoção, em conjunto com a aplicação da

concepção de determinação social, foram realizadas a partir da pretensão de superar a dicotomia entre saúde e doença pelo pensamento positivista, evidenciando que os processos da vida não se esgotam em nenhuma dessas polaridades e estão para além do estado em que os indivíduos se encontram (IANNI, 2015).

Outra base estruturante da concepção da determinação social da saúde, como mencionado anteriormente, vincula-se à ideia de que o processo saúde-doença é historicamente determinado. Desse modo, a incorporação da análise da historicidade social torna-se fundamental para a compreensão dos eventos de saúde (IANNI, 2015). Logo, a história, enquanto disciplina científica, teria um importante papel na avaliação dos permanentes confrontos teóricos e políticos, além da criação de estratégias de saúde de cada tempo e lugar, uma vez estes poderiam desvelar os diferentes interesses que motivaram a atuação de diferentes atores e instituições (BREILH, 2016). Tal ótica, segundo o autor, possui implicações diretas tanto na alteração do objeto da história da saúde, quanto no marco interpretativo histórico correspondente.

Portanto, a partir da determinação social da saúde implica-se uma ruptura com o modelo histórico liberal que estava pautado, sobretudo, na historiografia individual de personalidades, na história das causas e dos efeitos de saúde e das práticas e instituições sanitárias (BREILH, 2011). A partir desse marco, a saúde coletiva passaria a adotar as ciências humanas e sociais como ferramenta para compreender a estruturação das relações de poder, das desigualdades sociais em saúde e do conteúdo político-ideológico das práticas de saúde.

Em decorrência disso, essa corrente teórica influenciou diversas proposições das políticas de saúde em direção à democratização da saúde e, conseqüentemente, na alteração das instituições, da sociedade e do próprio Estado (PAIM, 2008). Nesse sentido, o movimento da Reforma Sanitária estava para além de uma reforma setorial da saúde, configurando-se em uma articulação estratégica para uma reforma social pautada na

a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo,

assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência dos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma 'totalidade de mudanças', em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (Paim, 2008, p. 173).

O fortalecimento político do movimento sanitário foi basilar na proposição contestatória à ditadura militar e para a democratização da sociedade. Não descolado disso, o movimento sanitário construiu alguns caminhos para tornar as ideias até então formuladas exequíveis na construção de um sistema de saúde democrático e universal, visando a vinculação da saúde enquanto um direito de cidadania.

Assim, tais propostas se deram a partir da ação de algumas instituições. O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) foi uma delas, fundado em julho de 1976, sendo uma das instituições protagonistas da Reforma Sanitária a partir da reconstrução do pensamento em saúde e da socialização da produção acadêmica em perspectivacrítica da Saúde Coletiva (OSMO, SCHRAIBER, 2015). Ainda em 1976, o CEBES idealizou um veículo de comunicação, expresso na revista *Saúde em Debate*, que serviria como um canal de lutas e debates do movimento sanitário que, para além de pautar a redemocratização do país e a racionalização da organização dos serviços de saúde, denunciou as iniquidades sociais no Brasil (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER; 2005).

Outra instituição importante para o movimento foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979. Esta, por sua vez, caracterizou-se enquanto uma associação dos programas de pós-graduação e instituição formadora de gestores sanitários para o Sistema Nacional de Saúde. De acordo com Scorel, Nascimento e Edler (2005), a ABRASCO exerceu duas funções centrais para a RSB, enquanto a primeira possuiu caráter mais corporativo, assumindo a defesa da pesquisa e do ensino em Saúde Coletiva durante a construção do campo, a segunda se efetivou a partir da consolidação da Associação enquanto porta-voz da comunidade científica da Saúde Coletiva, disputando a reformulação da política de saúde no país.

Já em cenário democrático, diversos tensionamentos políticos culminaram na convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, um dos eventos mais significativos da disputa pela saúde enquanto direito universal, lançando as bases da Reforma Sanitária Brasileira, sendo a criação do Sistema Único de Saúde uma de suas mais importantes concretizações. Este, foi promulgado em 1988 pela Assembleia Nacional Constituinte, resultando na separação total entre previdência e saúde, pretendendo ampliar a esfera pública, a aperfeiçoar a inclusão social e a reduzir as desigualdades sociais (BRASIL, 2006; IANNI, 2015; PAIM, 2008).

No parágrafo anterior, embora façam parte de um mesmo processo, a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde não são elencados como sinônimos, pois a RSB é mais ampla e extrapola o setor saúde. Paim (2008) ao citar Sérgio Arouca, presidente da 8ª CNS, afirma que o mesmo pautava o entendimento da Reforma Sanitária em dois sentidos:

O primeiro seria específico da saúde em relação às instituições, do Estado e do setor privado, enquanto que o segundo seria mais global, pautado a partir do conceito ampliado de saúde. Portanto, levaria em consideração as condições de “educação, lazer, habitação, liberdade, saneamento, salário, transporte, terra, meio ambiente, lazer e paz” (AROUCA, 1988, p.3-4 apud PAIM, 2008 p.138).

Desse modo, a Reforma Sanitária, para além da constituição de um Sistema Único de Saúde, pretendeu representar um conjunto amplo de mudanças sociais, pressupondo o exercício pleno da cidadania, não perdendo o plano econômico, político e cultural de seu horizonte (PAIM, 2008).

Tal compreensão é resultado do processo específico latino-americano de redefinição da concepção de saúde, alterada de modo radical pelos intelectuais dessa região, ao incorporarem reflexões sobre o social na saúde, ou então, sobre a saúde enquanto processo social.

Cabe salientar a diversidade de interesses e conflitos pelos quais esse processo foi constituído, o que resultou na configuração da Saúde Coletiva enquanto um campo polêmico e articulado por debates internos tensionados e permanentes, sejam de ordem epistemológica, da natureza político-ideológica, das configurações institucionais ou das práticas de saúde (IANNI, 2018).

Ademais, a íntima relação entre o movimento sanitário brasileiro e a construção da cidadania também é um importante marcador na história do Brasil. Se durante os 21 anos do governo militar os direitos civis e políticos foram restringidos, os direitos sociais foram ampliados, na tentativa de compensar a liberdade política com o paternalismo social ou com criação de uma relação de estadania (SANTOS, 2007; CARVALHO, 2018).

Saindo de um cenário com essa configuração de cidadania, a promulgação de uma Constituição mais inclusiva e pautada no reconhecimento dos direitos civis, políticos e sociais, não seria suficiente para a sua efetivação (SANTOS, 2007). Embora o artigo 5º do Título II e Capítulo I da Constituição Federal (CF) disponha que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”, o Brasil ainda sofre com grandes desigualdades que impactam todos os setores da vida de cada pessoa que vive no país.

Nesse sentido, embora a saúde tenha sido adotada enquanto um direito social, “a cidadania é incipiente num país onde predominam a exclusão social e econômica, a desigualdade social e a violência difusa” (CREMONESE, 2007 p.60). Somente 99 anos após a Proclamação da República, a saúde foi reconhecida enquanto direito social e a cidadania compreendida em um cenário mais amplo em um texto constitucional. A máxima “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” expressa no Artigo 196 da CF parte do pressuposto de que a saúde seja fundamental na garantia da vida, rompendo com a lógica da saúde enquanto um negócio da doença (BRASIL, 2006).

Outrossim, a expressão das desigualdades no Brasil, mencionadas na introdução desse trabalho, articulada com a discussão do processo de desenvolvimento díspar do país, discutido até aqui, suscitam a importância de diferenciar a cidadania formal da cidadania substantiva. Enquanto a primeira é manifestada nas leis, especialmente nas constituições dos diferentes países, relativa à nacionalidade, a segunda é aquela que é experimentada no cotidiano pelos diferentes grupos e indivíduos em uma sociedade (DA SILVA, 2019). Destarte, a saúde coletiva enquanto projeto de transformação social assume um compromisso fundamental no enfrentamento das desigualdades em saúde, resultantes de um processo histórico que não pode ser desconsiderado. Tais

questões demonstram os desafios duradouros na transformação da sociedade civil enquanto sujeitos ativos e atores coletivos na consolidação de seus interesses, além de denunciar a quantidade de pessoas vulnerabilizadas, que ainda não possuem garantia do direito à vida, do direito real, do direito substantivo à cidadania (DA SILVA, 2019).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para a realização da pesquisa proposta nessa dissertação de mestrado, a abordagem metodológica adotada foi a revisão de escopo, uma vez que a sua aplicação permite compreender a extensão e a natureza das produções científicas de uma determinada área de conhecimento, além de possibilitar a assimilação de conceitos que fundamentam um campo (ARKSEY e O'MALLEY, 2005). Em decorrência disso, a revisão de escopo é apropriada para efetivar uma sistematização categórica das aplicações dos conceitos que se tem interesse em investigar nas diferentes produções científicas, seja em sua dimensão teórica ou metodológica. Assim, a revisão de escopo permite ao pesquisador compreender como a ciência é produzida e conduzida em uma determinada área de conhecimento, proporcionando a identificação das opções adotadas no delineamento dos estudos e no referencial escolhido para o tratamento de um objeto de pesquisa definido (ARKSEY e O'MALLEY, 2005).

Ademais, a revisão de escopo tem se destacado internacionalmente enquanto método de síntese de evidências em saúde, especialmente a partir de 2012, apoiado no mapeamento da literatura de diversos campos, a depender do interesse de quem os investiga (CORDEIRO, SOARES, 2019).

Importante salientar que, diferente da revisão sistemática que é realizada a partir de uma questão de pesquisa mais restrita, a revisão de escopo visa a construção de uma síntese de literatura em perspectiva qualitativa e é construída a partir de uma questão de pesquisa ampla, o que permite a análise de variadas abordagens acerca de um mesmo conceito, campo, intervenção ou experiência em saúde (ARKSEY, O'MALLEY, 2005; CORDEIRO, SOARES, 2019). Outro aspecto significativo quanto à diferença entre a revisão sistemática e a revisão de escopo, refere-se ao seu propósito. Enquanto a primeira pretende avaliar formalmente a qualidade dos estudos e identificar a melhor técnica ou condução científica realizada sobre um certo objeto, a segunda objetiva rastrear e reunir os diversos estudos sobre o assunto de interesse e apresentar como foram produzidos, identificando, potencialidades e lacunas científicas em um corpo de literatura (ARKSEY e O'MALLEY, 2005; CORDEIRO e SOARES, 2019).

Por fornecer um método rigoroso e transparente para mapear as diversas áreas de estudo, a revisão de escopo pode tanto ser utilizada como uma etapa preliminar para a realização de uma revisão sistemática, quanto para a efetivação de uma pesquisa independente, como se pretende nessa dissertação (ARKSEY e O'MALLEY, 2005; PHAM et al, 2014).

De acordo com Pham et al (2014), a primeira estrutura metodológica que orientou a condução de revisões de escopo foi publicada em 2005 por Arksey e O'Malley, pretendendo elucidar o percurso a ser realizado na articulação de pesquisas dessa modalidade, uma vez que até então não existia um parâmetro universal ou procedimento definitivo para a sua execução. Atualmente ainda não há um processo fechado para a elaboração de revisões de escopo, mas existem referências que orientam a sua construção de modo confiável, sendo a proposição de Arksey e O'Malley uma das mais utilizadas.

Nesse trabalho, também será percorrido o caminho metodológico proposto pelas autoras citadas acima, adotando complementarmente as recomendações de Tricco et al. (2018). Portanto, as cinco etapas principais (1) identificação da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção de estudos; (4) mapeamento de dados e conceitos e (5) resumo e relato dos resultados; serão adotadas e norteadas pelo roteiro de redação de revisões, elaborado em 2018 e denominado Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), para fortalecer a consistência desse estudo.

O PRISMA-ScR¹² é composto por 22 itens, sendo 20 deles considerados essenciais e 2 opcionais na condução de uma revisão de escopo, agindo como um guia com recomendações de escrita que englobam desde o título, o resumo estruturado, a justificativa, os objetivos e os critérios de elegibilidade, até a avaliação crítica das fontes individuais de evidência, a síntese de resultados e as conclusões do estudo.

Identificação da pergunta de pesquisa

A questão de pesquisa é o componente central de uma revisão de escopo, uma vez que ela se constitui enquanto elemento orientador do

¹²<http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>

levantamento da literatura de interesse, desempenhando um papel fundamental na definição das estratégias que serão utilizadas em todos os estágios seguintes (ARKSEY e O'MALLEY, 2005).

Para a sua elaboração, o PRISMA-ScR recomenda que seja realizada uma formulação explícita da questão e dos objetivos estabelecidos pelo pesquisador em relação aos elementos-chave para a realização do trabalho. Para tanto, algumas possibilidades seriam a utilização de estruturas como a PICO (População, intervenção, procedimento e outcome (desfecho, resultado esperado)); e a PCC (População, conceitos e contexto). Em consonância com as orientações do Instituto Joanna Briggs (2015), a estrutura PCC foi adotada.

Desse modo, a questão de pesquisa foi definida da seguinte maneira: “Como as desigualdades em saúde estão sendo abordadas atualmente na produção científica do campo da Saúde Coletiva no Brasil?”. A população corresponde aos “artigos científicos/produção científica”, o conceito diz respeito às “desigualdades em saúde” e o contexto é relativo ao “campo da Saúde Coletiva no Brasil”.

Destaco o termo “atualmente” utilizado na questão. Por uma perspectiva prática, considerando a capacidade da revisão em termos de intervalo de tempo, houve a necessidade de delimitar o período de análise para a execução do mestrado. Portanto, realizou-se um recorte temporal, sendo o ano de 2019 o privilegiado para o estudo pretendido.

Complementarmente, as indagações quanto ao uso da historicidade ou não nos artigos, bem como o questionamento acerca das posições adotadas quanto à concepção de desigualdade neles empregada, possibilitarão a realização de uma análise crítica em consonância com o referencial teórico apresentado até aqui.

Desse modo, compreende-se que a metodologia escolhida possibilitará responder à pergunta de pesquisa dessa dissertação, alinhando-se com os pressupostos teóricos adotados na construção do problema de pesquisa apresentado anteriormente. Portanto, nesse trabalho que corresponde a uma pesquisa de natureza exploratória, de perspectiva qualitativa e de modalidade bibliográfica, será possível compreender como as desigualdades em saúde têm sido abordadas na produção científica do último ano no Brasil.

Descritores, Identificação e Seleção de estudos relevantes

Para identificar a produção científica brasileira capaz de responder à questão central da pesquisa, adotou-se a estratégia de realizar uma busca no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O Portal Regional BVS integra informações em saúde e tem como proposição a democratização do acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe a partir da reunião, organização e disseminação de informações em saúde e da disponibilização de bases de dados bibliográficas referenciais e de textos completos de cartilhas, manuais, revistas, cartazes, folders, políticas, programas nacionais, legislação, além de outros serviços (BRASIL, 2014; BVS, S/D)

Desse modo, a definição dos descritores a serem utilizados na realização da busca foi uma etapa essencial desse trabalho. Para tanto, recorreu-se aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), um vocabulário estruturado e multilíngue elaborado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), que objetiva a adoção de uma linguagem consistente e única na indexação de artigos científicos, livros, relatórios técnicos e outros documentos da área da saúde (DECS, 2017).

Dessa forma, a utilização dos descritores organizados pelo DeCS possibilita maior efetividade na recuperação de assuntos de interesse na literatura científica disponibilizados em bases de dados como LILACS e MEDLINE, vinculadas à BVS (DECS, 2017).

Assim, foram identificados seis descritores a partir da pesquisa pelo termo exato no DeCS, referente a “desigualdades em saúde”, “iniquidade”, “equidade”, “inequidade”, “determinantes sociais”, “determinação social” e “fatores de risco”.

Os descritores obtidos a partir de então foram:

1) **Fatores Socioeconômicos**, tendo como termos alternativos: Aspectos Socioeconômicos; Desigualdade; Desigualdades; Iniquidade; Iniquidades; Iniquidades das Políticas Econômicas; Iniquidades das Políticas Econômicas e Sociais; Nível de Vida; Padrão de Vida; Padrões de Vida;

2) Disparidades nos Níveis de Saúde cujos termos alternativos são: Desigualdade em Saúde; Desigualdade na Saúde; Desigualdades Socioespaciais em Saúde; Desigualdades em Saúde; Disparidades em Saúde; Disparidades nas Condições de Saúde; Disparidades no Estado de Saúde; Iniquidade em Saúde; Iniquidade na Saúde; Saúde e Desigualdade;

3) Determinantes Sociais da Saúde com os seguintes termos alternativos: Determinante de Saúde, Determinantes Sociais de Saúde.

4) Iniquidade Social, com os termos alternativos: Desigualdade Social; Inequidade Social;

5) Fatores de Risco possuindo como termos alternativos: Fatores de Risco Biológicos; Fatores de Risco Não Biológicos; Fatores de Riscos Biológicos; Fatores de Riscos Não Biológicos; População em Risco; Populações em Risco.

6) “Equidade”¹³que não possui termos alternativos.

Vale destacar que para a busca “determinação social” o DeCS não foi capaz de localizar nenhum resultado. Esse dado é importante, pois, teoricamente, determinantes sociais e determinação social não são equivalentes (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017; BORGHI, OLIVEIRA e SEVALHO, 2018). Essa discussão ganhará um capítulo específico ao longo da dissertação.

Outro aspecto relevante na busca realizada no DeCS é referente aos termos de “inequidade social” e “desigualdade social” serem considerados como alternativos para o descritor “iniquidade social”. Embora não haja consenso quanto à definição teórica desses elementos, diversos autores destacam a importância de distingui-los para a realização de uma pesquisa efetiva quanto às desigualdades, iniquidades e inequidades sociais e em saúde

¹³Quanto ao descritor “equidade”, cabe a consideração de que esse termo foi incorporado na busca por ser um conceito que, historicamente, foi construído com a pretensão de “corrigir” as desigualdades, por meio da justiça social, como será discutido mais adiante. Universalidade e integralidade, outros dois princípios do SUS, não foram incorporados ao buscador por não possuírem a mesma conotação política, como discutido anteriormente com base na fundamentação de Barata (2009).

(BARROS, 2002; ALMEIDA-FILHO, 2004; BREILH, 2006; ARCAYA; ARCAYA e SUBRAMANIAN, 2016). Essa discussão também ganhará destaque ao longo da pesquisa.

Após a identificação dos descritores, a busca no Portal Regional BVS foi realizada considerando os seguintes tópicos:

1. **Título, Resumo e Assunto:** "fatores de risco" or "equidade" or "disparidades nos níveis de saúde" or "fatores socioeconomicos" or "Determinantes Sociais da Saúde" or "Iniquidade Social"
2. **AND País/Região como assunto:** "Brasil"
3. **AND País de Afiliação:** "Brasil"
4. **AND Ano de Publicação:** "2019"

A partir dessa busca foram obtidos 793 artigos, publicados em 236 revistas, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Número e percentual de revistas, segundo quantidade de artigos publicados referentes ao assunto de interesse. Brasil, 2019

Artigos	N de Revistas	%
1 a 9	220	93,22
10 a 19	9	3,81
20 a 29	3	1,27
30 a 39	1	0,42
40 a 49	1	0,42
50 a 59	0	0,00
60 a 69	1	0,42
70 a 79	1	0,42
Total	236	100

Fonte: BVS

A tabela acima mostra que 93,22% do total de revistas encontradas contém menos de dez artigos sobre o tema de interesse publicados no ano de 2019. Complementarmente, 6,78% dessas revistas, o equivalente a 16 delas, foram responsáveis por produzir metade da produção de interesse para o mesmo ano, representando 49,43% do total de publicações.

Das 220 revistas com menos de dez artigos encontrados, 68,64% contém apenas um artigo sobre o assunto de interesse, como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2. Número e percentual de revistas com menos de dez artigos publicados para o assunto de interesse. Brasil, 2019

Quantidade de Artigos	N de Revistas	%
9	3	1,36
8	4	1,82
7	1	0,45
6	3	1,36
5	7	3,18
4	7	3,18
3	15	6,82
2	29	13,18
1	151	68,64
Total	220	100

Fonte: BVS

Finalmente, quanto às dezesseis revistas com mais de dez artigos publicados no assunto de interesse, foi possível perceber que a Revista Brasileira de Epidemiologia, os Cadernos de Saúde Pública e a Revista de Saúde Pública foram os periódicos mais volumosos no tema, com 73, 65 e 46 artigos levantados, respectivamente, como apontado na tabela 3.

Tabela 3. Número e percentual de artigos, segundo revista com dez ou mais artigos publicados referentes ao assunto de interesse. Brasil, 2019.

Revista	N	%
Revista Brasileira de Epidemiologia	73	18,62
Cadernos de Saúde Pública	65	16,58
Revista de Saúde Pública	46	11,73
PloS One	35	8,93
Revista da Associação Médica Brasileira	22	5,61
Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	22	5,61
Brazilian Journal of Psychiatry	20	5,10
Revista Latino-Americana de Enfermagem	15	3,83
Brazilian Oral Research	14	3,57
Ciência & Saúde Coletiva	14	3,57
Revista Brasileira de Enfermagem	13	3,32
Revista Paulista de Pediatria	12	3,06
Arquivos de Neuro-Psiquiatria	11	2,81
Cadernos de Saúde Pública (Online)	10	2,55
Einstein (São Paulo)	10	2,55
São Paulo Medical Journal	10	2,55
Total	392	100

Fonte: BVS

Após tais levantamentos, também considerando a capacidade da realização da revisão durante a pesquisa, aplicou-se mais um critério para a seleção dos estudos a serem analisados. Considerando as dezesseis revistas com maior número de publicações encontradas de acordo com a busca aplicada na BVS, foi realizado o levantamento do fator de impacto de cada uma delas, afim de selecionar aquela com maior grau de influência na comunidade científica.

O fator de impacto (FI) é utilizado como um critério de avaliação de publicações científicas e é calculado a partir da quantidade de citações recebidas pelos artigos publicados no periódico nos dois anos que antecedem à avaliação, dividido pela quantidade de artigos publicados no mesmo intervalo de tempo (STREHL, 2005).

Assim, o fator de impacto é uma medida que reflete o número médio de citações de artigos publicados nos periódicos em um determinado intervalo de tempo, sendo, atualmente, o indicador bibliométrico mais utilizado internacionalmente (PORTUGAL, BRANCA E RODRIGUES, 2011).

Embora apresente algumas limitações importantes, como a possibilidade de que os editores possam encorajar autocitações ou até mesmo aumentar a quantidade de artigos de revisão sistemática na intenção de inflacionar o seu fator de impacto, esse indicador ainda é utilizado como instrumento de avaliação da confiabilidade e da relevância dos periódicos científicos. Consequentemente, tal avaliação de qualidade reflete nos artigos contidos nesses periódicos, classificando e hierarquizando a produção de saberes em determinada área de conhecimento (PORTUGAL, BRANCA E RODRIGUES, 2011).

Assim, entende-se que o fator de impacto é um indicador que, mesmo controverso, representa um importante critério de legitimação científica. Portanto, quanto maior o FI, maior a sua influência na comunidade científica.

Abaixo, a tabela 4 foi obtida a partir do acesso da Coleção da Biblioteca¹⁴SciELO, utilizando-se como referência o “fator de impacto em um período de dois anos” e o “ano base 2019”.

¹⁴ Disponível no link http://statbiblio.scielo.org/stat_biblio/index.php?&state=04&lang=pt&country=org

Vale apontar que há uma diferença de duas revistas entre a tabela 3 e a tabela 4. Isso se deve ao fato de 1) “Cadernos de Saúde Pública” aparecer duas vezes na tabela 3, uma como fonte “impressa” e outra como “online” e 2) a revista “PloS One” não consta no acesso da Coleção da Biblioteca Scielo e além disso, embora tenha aparecido na busca realizada na BVS, ela não é brasileira. Por esse motivo, optou-se por excluí-la da seleção, uma vez que não se enquadra nos critérios pré-definidos.

Tabela 4. Fator de Impacto, segundo Revista, Brasil. 2019

Revista	Fator de Impacto
Revista de Saúde Pública	1.1161
Cadernos de Saúde Pública	1.0537
Revista Latino-Americana de Enfermagem	1.0041
Revista Brasileira de Epidemiologia	0.9259
Ciência & Saúde Coletiva	0.9143
Revista Brasileira de Enfermagem	0.7313
Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	0.3641
Revista Paulista de Pediatria	0.2672
Brazilian Oral Research	0.2667
São Paulo Medical Journal	0.1911
Brazilian Journal Of Psychiatry	0.1858
Arquivos de Neuro-Psiquiatria	0.1597
Revista da Associação Médica Brasileira	0.1197
Einstein (São Paulo)	0.0585

Fonte: Coleção da Biblioteca Scielo

Como demonstrado pela tabela acima, a Revista de Saúde Pública é a que possui o maior fator de impacto dentre os periódicos com maior volume de artigos encontrados no assunto de interesse para o ano de 2019. Considerando esse dado, somado a todos os apontamentos realizados até aqui, elegeu-se a Revista de Saúde Pública para a realização do estudo proposto nessa dissertação.

De acordo com a tabela 3, RSP possui 46 artigos correspondentes à busca aplicada na plataforma BVS. Para a verificação da pertinência de cada um quanto à questão de pesquisa foi realizada a leitura do título e do resumo de todos eles.

Vale apontar que foi realizada a opção de utilizar o ano de 2019 como referência de análise para o desenvolvimento dessa dissertação, pois embora o ano de conclusão do trabalho seja 2021, originalmente o prazo final teria sido 2020, uma vez que a pesquisa teve seu início em 2018. Essa prorrogação ocorreu devido ao contexto de pandemia que vivemos e a minha atuação nos Hospitais de Campanha do município de Santo André, acarretando na necessidade de solicitar um prazo maior para o depósito da dissertação. Ademais, 2019 corresponde ao último ano antes do início da pandemia do coronavírus (SARS-CoV-2), causador da COVID-19. Com a relevância sanitária internacional provocada pela circulação desse vírus, a produção científica quanto a esse objeto tornou-se expressiva ao longo do ano de 2020 em diversas perspectivas de análise. Entre elas, está o tema das desigualdades em saúde, de modo que, ao realizar a mesma busca no Portal Regional BVS para o ano de 2020, foram encontrados 1.247 artigos sobre desigualdades, dos quais 247 retratavam especificamente a relação entre as desigualdades e a pandemia, representando aproximadamente 20% da amostra dos artigos encontrados. Quando realizada a mesma busca para a Revista de Saúde Pública no ano de 2020, o percentual dos artigos acerca das desigualdades que abordam a situação pandêmica foi equivalente a 25%.

Desse modo, o ano de 2019 possibilita compreender a abordagem das desigualdades em saúde na produção científica da Saúde Coletiva alinhando-se com o objetivo geral dessa dissertação. Porém, tendo em vista a expressiva produção sobre desigualdades em saúde relacionadas à pandemia, como apontado anteriormente, há a possibilidade de haver novas questões pertinentes ao estudo das desigualdades em saúde, tanto na construção dos problemas a ser pesquisado, quanto nas bases teóricas e metodológicas da aplicação das pesquisas, de modo que a realização de outras revisões de escopo, como a proposta nessa dissertação, se jarealizada.

Caracterização da revista

A Revista de Saúde Pública (RSP), elaborada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), surgiu em 1967 em substituição aos Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública (1947-

1966), que sucedeu os Boletins do Instituto de Higiene de São Paulo (1919-1946). Assim, a RSP completa 53 anos de atividade em 2020 e 101 anos de atividade editorial científica.

Quanto aos Boletins e aos Arquivos, Marques e Dolci (2016) afirmar que ambos atenderam aos preceitos da comunicação científica, aos interesses políticos e acadêmicos do momento, na intenção de proporcionar legitimidade para a instituição a qual estavam vinculados, além de construir o campo da saúde pública por meio de disputas teóricas e de intervenções sanitárias, especialmente no estado de São Paulo.

As autoras ressaltam ainda que a divulgação científica, historicamente, respondeu aos pressupostos científicos, códigos culturais, interesses políticos e econômicos e dos meios de circulação de ideias disponíveis em cada tempo e espaço (MARQUES, DOLCI, 2016).

Considerando os objetivos dos Boletins e dos Arquivos, as autoras consideram que eles foram alcançados com êxito, de modo que em pouco tempo, a instituição ligada aos Boletins e Arquivos passou a ser influente na formulação de políticas de saúde, como a de educação sanitária e de instituição de centros de saúde, adotada a partir de 1925 (MARQUES, DOLCI, 2016).

Considerando esse cenário, no momento em que a Revista de Saúde Pública foi criada, ela encontra um sólido apoio institucional e científico que “lhe permitiu alcançar respeito na sociedade científica do campo e também nos espaços de interesse teórico e prático da saúde coletiva” (MARQUES, DOLCI, 2016, p.6).

Antunes et al. (2015) afirmam que a criação da RSP ocorreu a partir da pretensão de ampliar e atualizar a comunicação científica em saúde pública, cessando a restrição de publicações produzidas exclusivamente pela Faculdade de Saúde Pública. Desse modo, estudos de caráter inter e multidisciplinar de pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa, nacionais e internacionais, passaram a ser incorporados ao periódico, o que implicou na aceleração da periodicidade de publicação (FORATTINI, 1986). Desde o seu início até 1971 as publicações ocorriam semestralmente, de modo que após essa data até 1981 se deu trimestralmente. Posteriormente, as

publicações passaram a ocorrer de modo bimestral e perduram desse modo até o atual momento (FORATTINI, 1986).

Outro aspecto relevante de ser apontado, refere-se ao fato de que a revista adota o sistema de revisão pelos pares como um “importante ingrediente para o sucesso editorial da RSP” (ANTUNES et al., 2015, p.2). Assim, compreendem que tal processo tem sido preponderante para a “avaliação qualitativa dos trabalhos submetidos à publicação”, além de ser reconhecido pela Comissão de Publicações como o método mais recomendado para a seleção dos artigos a serem publicados, mesmo com as falhas apontadas pela literatura (ANTUNES et al., 2015 p. 2).

A revisão pelos pares é um processo colaborativo sobre a produção científica, em que os textos são avaliados por pesquisadores independentes do mesmo campo de pesquisa em questão. Parte-se do pressuposto de que a avaliação realizada seja crítica e possa recomendar alterações que aperfeiçoem os estudos ao mesmo tempo em que possibilita uma avaliação quanto a pertinência ou adequação do estudo para uma determinada revista (CAMARGOS, 2018).

Atualmente, a análise pelos pares da RSP conta com mais de dois mil revisores cadastrados no sistema de submissão online da Revista habilitados para emitir pareceres. Antunes et al (2015) apontam que a qualidade da avaliação editorial dos textos enviados à RSP garante a seleção e o aprimoramento das melhores pesquisas durante esse processo de avaliação.

Ademais, desde 1997 a Revista de Saúde Pública faz parte da coleção Scielo, uma biblioteca eletrônica que reúne diversos periódicos científicos brasileiros e que se propõe a desenvolver uma metodologia que envolve desde a preparação e armazenamento da literatura científica, até a sua divulgação e avaliação (PACKER, 1998). Esse movimento torna a interação com a comunidade científica e com os trabalhadores da saúde mais dinâmica, acessível e democrática, colaborando para o crescimento da relevância da RSP no campo da saúde coletiva no Brasil (ANTUNES et al., 2015). Como exemplo disso, Antunes et al (2015) aponta que de 1996 a 2003, a Revista de Saúde Pública foi o periódico com o maior número de consultas na média por fascículos e na média por artigos publicados, dado que aponta para o crescimento de impacto da revista.

Acrescido disso, em meados dos anos 2000, de todas as revistas do campo da saúde coletiva, a Revista de Saúde Pública era a única indexada na Web of Science, além de possuir a quarta maior classificação quanto ao fator de impacto do sistema Scielo e de ter recebido qualificação internacional A na primeira avaliação de periódicos científicos realizada pela CAPES (ANTUNES et al., 2015).

Atualmente, a Revista de Saúde Pública possui classificação A2 na área de saúde coletiva, segundo o sistema da CAPES. Assim sendo, ela integra os 10% dos periódicos com os maiores indicadores bibliométricos (fator de impacto, índice h e citações por documento) desse campo em nível global (ANTUNES et al., 2015). Outrossim, a Revista de Saúde Pública tem todo o seu material disponibilizado virtualmente, de modo aberto e gratuito, indexados nas principais bases de dados bibliográficos: Web of Science, EMBASE, Lilacs, Scopus, PubMed, PubMed Central, dentre outras.

Portanto, levando em consideração todos os aspectos mencionados até aqui, é possível afirmar que a Revista de Saúde Pública se configura enquanto um espaço privilegiado na produção científica do campo da saúde coletiva no território brasileiro e internacional. Tal característica revela a sua importância e influência na comunidade acadêmica e profissional, como apontado anteriormente, validada pela seleção daqueles artigos que o corpo editorial avalia qualitativamente como os mais pertinentes e adequados para o campo. Sendo assim, a expressão da produção científica acerca das desigualdades em saúde encontradas conforme a busca indicada anteriormente, representa o que esse periódico avalia como as mais relevantes, dentro do universo de estudos submetidos para publicação, para a saúde coletiva no Brasil.

Critérios de inclusão e exclusão

Considerando toda a construção mencionada até aqui, os resumos dos 46 artigos foram lidos com a finalidade de verificar a sua adequação com os objetivos dessa pesquisa. Sendo assim, foram excluídos os artigos que a) tinham como objetivo principal avaliar a implementação de um determinado serviço de saúde e/ou modelo de gestão em saúde sem discutir as desigualdades; b) privilegiaram uma discussão clínica acerca de uma determinada doença, com foco na discussão de processos biológicos de

adoecimento e/ou agravamento de alguma enfermidade; e c) não consideraram características sociodemográficas da população para analisar algum processo de saúde.

Desse modo, 18 artigos (39,1% da mostra) foram excluídos, permanecendo somente aqueles que realizaram comparações entre diferentes grupos populacionais e/ou aqueles que identificavam características que sinalizavam desigualdades entre os grupos estudados.

Os 28 estudos selecionados para essa pesquisa são apresentados no quadro 1, contendo todos os títulos dos artigos e um “ID” que servirá de identificação de citação no decorrer da pesquisa, conforme a pertinência de citação para exemplificar as análises realizadas.

Quadro 1. Identificação (ID) e título dos artigos incluídos na pesquisa. Brasil, 2019.

ID	TÍTULO
A1	Public open spaces and physical activity: disparities of resources in Florianópolis.
A2	Perdas dentárias em adultos: fatores associados à posição e ao número de dentes perdidos
A3	Association between social conditions and oral health in school failure.
A4	Uso de antibióticos no local do atendimento: Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015
A5	Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos
A6	Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita
A7	Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort.
A8	Capacidade para o trabalho de policiais militares
A9	Prevenção de HIV-Aids na concepção de jovens soropositivos
A10	Qualidade do sono, saúde e bem-estar em estudo de base populacional
A11	Caracterização de mulheres com câncer cervical atendidas no Inca por tipo histológico
A12	Morar perto de áreas verdes é benéfico para a saúde mental? Resultados do Estudo Pró-Saúde
A13	Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care.
A14	Medidas de proteção individual de gestantes contra a infecção pelo zika vírus
A15	Assistência pré-natal no Sul do Brasil: cobertura, tendência e disparidades
A16	Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação
A17	Environmental and socioeconomic analysis of malaria transmission in the Brazilian Amazon, 2010-2015.
A18	Análise de equidade da distribuição de recursos do Programa Farmácia Popular
A19	Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil
A20	Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer.
A21	Fetal and maternal factors are associated with mortality due to circulatory system disorders in children.
A22	Socioeconomic inequality in dietary intake begins before 24 months in Brazilian children.
A23	Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo
A24	Assisted reproductive technology: prevalence and associated factors in Southern Brazil.
A25	Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil
A26	Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência
A27	Impacto da condição dentária na qualidade de vida de indivíduos em situação de rua
A28	Fatores socioculturais associados à atividade física de meninos e meninas: PeNSE 2012

Fonte: Elaboração própria.

CAPÍTULO 3. DESIGUALDADES EM SAÚDE: TENDÊNCIAS E DILEMAS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Consoante com o desenvolvimento da introdução dessa pesquisa, é pertinente ressaltar que a abordagem quanto às desigualdades em saúde é múltipla, de modo que são desenvolvidas diversas explicações e concepções a seu respeito no campo da Saúde Coletiva. Essa é uma característica que amplia a discussão da produção científica acerca da temática, mas que também pode representar dilemas importantes para a sua compreensão (BREILH, 2006; BARATA, 2009). Portanto, entender que os diferentes significados atribuídos às desigualdades variam de acordo com a inclinação teórico metodológica dos pesquisadores é um elemento central para caracterizar a produção científica não somente na dimensão descritiva, mas também em uma perspectiva crítica-analítica.

Sendo assim, o objetivo desse capítulo é apresentar os resultados referentes à abordagem da desigualdade em saúde na Revista de Saúde Pública e caracteriza-los com base na discussão teórica relacionada à temática. Desse modo, esse capítulo pretende responder tanto o objetivo específico que busca identificar e analisar o uso de diferentes concepções sobre desigualdade em saúde no campo da saúde coletiva, bem como o objetivo geral, a partir da análise de como as desigualdades em saúde estão sendo abordadas na produção científica, tendo como recorte a Revista de Saúde Pública no ano de 2019.

Portanto, essa construção será capaz de demonstrar quais foram as inclinações teórico-metodológicas que essa revista enfatizou no ano selecionado. Nessa pesquisa, importa identificar se tais abordagens privilegiaram alguma disciplina científica ou uma corrente teórica específica ou, ainda, se a RSP se constituiu enquanto um veículo científico que representou a diversidade de disciplinas e de abordagens teóricas constituintes do campo. Qualquer uma dessas possibilidades implica de modo significativo a compreensão das desigualdades em saúde e seu impacto na Saúde Coletiva, sendo um elemento de análise importante a ser discutido.

Dessa maneira, de início, será realizada uma breve caracterização dos artigos, seguida de uma discussão teórica embasada em revisões de literatura acerca da discussão conceitual sobre desigualdades em saúde, privilegiando a

análise dos seguintes elementos: *diversidade, desigualdade, diferença, distinção, iniquidade, inequidade e equidade*, destacados na produção científica.

Como caracterização inicial dos artigos incluídos na análise dessa pesquisa, é relevante indicar o tipo de estudo que os compõe. Sendo assim, na tabela 5 são apresentados os tipos de estudos utilizados nos 28 artigos.

Tabela 5. Número e percentual de artigos científicos, segundo tipo de estudo. Revista de Saúde Pública. 2019.

TIPO DE ESTUDO	N	%
Transversal	22	78,6
Coorte	4	14,3
Qualitativo	1	3,6
Ecológico	1	3,6
TOTAL	28	100

Fonte: Elaboração própria.

Como demonstrado pela tabela acima, é possível perceber que a maior parte deles correspondem a estudos observacionais analíticos, sendo que 78,6% dos artigos analisados adotaram um delineamento transversal, 14,3% foram estudos de coorte e 3,6% (equivalente a 1 artigo) corresponderam a um desenho metodológico ecológico. Somados, eles totalizam 27 artigos (96,4%) concentrados na disciplina da epidemiologia.

Apenas um artigo (3,6% da amostra) foi caracterizado como qualitativo, cujo título é *factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care*, sendo o único que não pretendeu quantificar ou verificar associações estatísticas entre determinados fatores e um desfecho. Ao contrário, esse estudo foi desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas com jovens que vivem com vírus da imunodeficiência humana (HIV), cujo diagnóstico foi realizado na adolescência há no máximo 5 anos do início da pesquisa, objetivando uma análise de profundidade quanto a concepção desse grupo populacional em relação aos métodos de prevenção da infecção pelo HIV.

Isso evidencia uma característica importante da relação que se estabelece, a priori, entre os artigos produzidos e publicados nesse periódico

com o campo científico da Saúde Coletiva. É importante ressaltar que a Saúde Coletiva é conceituada como um campo científico em que distintas disciplinas são operadas com a finalidade de produzir saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde, contemplando-o sob diversas perspectivas (PAIM e ALMEIDA FILHO apud OSMO e SCHRAIBER, 2015, p.216), sendo constituída por três grandes blocos disciplinares como 1) a epidemiologia, 2) as ciências sociais e humanas em saúde e 3) a política, planejamento e administração em saúde (OSMO e SCHRAIBER, 2015). Tal pluralidade disciplinar decorre da própria complexidade do campo, sendo um elemento que possibilita a integração das pesquisas e dos saberes produzidos, enfatizando o seu diálogo inter e transdisciplinar. Sendo assim, qualquer modo de expressão de conhecimento que resulte na redução a um paradigma monodisciplinar ou forma monolítica de expressão da Saúde Coletiva representaria um empobrecimento do campo (LUZ, 2009; MOTA, MARQUES, 2018).

Ao analisar os dados apresentados na tabela 5, fica evidente que houve uma primazia da perspectiva epidemiológica nas produções sobre desigualdades em saúde na Revista de Saúde Pública no ano de 2019, em comparação com as outras disciplinas científicas constituintes do campo.

Essa é uma tendência identificada também por Turci, Cuilam e Câmara (2010), quando realizaram um estudo acerca da produção científica no campo da Saúde Coletiva. Naquele momento, as autoras identificaram que o total de artigos epidemiológicos representou 40% da produção em Saúde Coletiva e 55% da produção em revistas internacionais. Das revistas com maior relevância, destacaram tanto os Cadernos de Saúde Pública, quanto a Revista de Saúde Pública e Ciência & Saúde Coletiva (TURCI, CUILAM, CÂMARA, 2010).

Afirmam ainda que destes, os Cadernos de Saúde Pública e a Revista de Saúde Pública são os periódicos brasileiros com maior tempo de dedicação ao campo da Saúde Coletiva e consolidaram-se enquanto referência de publicações para os pesquisadores com bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq (TURCI, CUILAM, CÂMARA, 2010). As autoras assinalam também que partir de 1990, a problemática das desigualdades em saúde voltou a ser tema privilegiado pela epidemiologia e atentam a tensão histórica na formação da saúde pública entre correntes que privilegiam explicações biológicas e as

que privilegiam explicações sociais. Todavia, a multiplicidade de correntes interpretativas dentro da epidemiologia também consolida outro campo de disputas internas e que merece um aprofundamento.

Assim, tendo em vista a proporção de artigos na disciplina da epidemiologia contidas na RSP e considerando que a epidemiologia não é uma disciplina homogênea, mas constituída de tensões e disputas internas quanto à sua perspectiva teórica e metodológica, optou-se, para o desenvolvimento dessa dissertação, adotar como principal referencial teórico a perspectiva da epidemiologia crítica latino-americana. Tal escolha é justificada por entender que essa é uma corrente teórica da epidemiologia que busca uma abordagem histórico-estrutural da compreensão da determinação social da saúde (BREILH, 2006; BARATA, 2009; BARROS, 2016).

Como referido anteriormente, essa é uma corrente teórica que emerge no Brasil e na América Latina com maior força nas décadas de 1960 e 1970 em contextos de enfrentamento de ditaduras militares e de intensificação das desigualdades sociais e em saúde. Foi por meio da articulação de movimentos sanitários e sociais em prol da democracia e de uma perspectiva crítica da compreensão do processo saúde-doença que esse pensamento epidemiológico se desenvolveu no âmbito acadêmico na América Latina, sendo uma das correntes teóricas estruturantes na consolidação do campo da Saúde Coletiva no Brasil (BARROS, 2016).

Como uma disciplina vinculada aos determinantes da vida coletiva, a epidemiologia “pode ser ‘pensada’ e ‘exercida’ de maneiras conservadoras, vinculadas aos interesses do poder, ou assumida como um instrumento de emancipação” (BREILH, 2006, p.19). Portanto, se a Saúde Coletiva pretende se organizar enquanto parte de projeto emancipador da sociedade, conforme a sua proposta original, evocada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a epidemiologia que a constitui deve estar implicada na mesma direção, viabilizando a estruturação de um poder alternativo para além do âmbito acadêmico ou institucional, mas articulado com a consolidação dos movimentos populares (BREILH, 2006, p.26)

Pesquisas anteriores a esse mestrado identificaram que a Revista de Saúde Pública, ao longo de 50 anos, considerando o intervalo de tempo de 1967 à 2016, apresentou alguns estudos sobre desigualdades em saúde

alinhados às bases da epidemiologia crítica, embora não tenha sido representado em grande proporção (BARROS, 2016). De acordo com a autora, esses artigos foram desenvolvidos a partir de propostas de operacionalização do conceito de classe social por meio de uma perspectiva marxista (BARROS, 2016).

Outro destaque realizado por Barros (2016) foi referente à quantidade de artigos sobre desigualdades presentes ao longo dos 50 anos, uma vez que identificou uma tendência crescente na produção científica em relação ao tema, passando de 6 artigos (2,1%) entre os anos de 1967 e 1976 para 133 (46,2%) entre os anos de 2007 e 2016 em relação ao total de 288 artigos publicados durante os 50 anos analisados.

Para justificar a baixa produção científica sobre a temática de interesse nos primeiros anos da RSP, a autora aponta que

“O desenvolvimento de estudos sobre desigualdades sociais em saúde depende, além da motivação dos pesquisadores e do interesse de agências de fomento, da existência de informação adequada, válida e completa de variáveis sociais nas bases de dados disponíveis” (BARROS, 2016, p2-3).

A explicação para o aumento da produção científica sobre desigualdades consiste no fato de a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciar estratégias de enfrentamento das desigualdades em saúde a partir de 1996, de modo que em perspectiva internacional, a produção de pesquisa nessa temática tenha duplicado a cada quatro anos a partir de 1990 (BARROS, 2016). Especificamente na RSP, “a proporção de artigos enfocando desigualdades em saúde aumentou de 1,8% entre 1967 e 1976 para 10, % nos anos de 2007 até 2016 em relação ao total de artigos publicados em cada um dos períodos (BARROS, 2016).

Considerando esse contexto de crescimento de pesquisas sobre desigualdades em saúde e tendo em vista que a RSP privilegiou estudos epidemiológicos no ano de 2019, cabe indagar: Será que a produção científica sobre a temática vinculada à perspectiva da epidemiologia crítica manteve-se presente nesse ano? Como é realizada a abordagem sobre desigualdades em saúde nesses estudos?

Nesse momento, é válido informar que, assim como no trabalho de Barros (2016), nessa pesquisa, diversos estudos foram incluídos mesmo não

tendo a discussão das desigualdades em saúde como foco central. Isso ocorreu porque ao utilizarem “variáveis sociais”, esses artigos acabaram apontando desigualdades entre grupos populacionais a partir de características sociodemográficas em seus resultados e/ou discussões, destacando categorias como *sexo, escolaridade, renda e raça/cor*.

Os artigos que não utilizam nenhum dos termos de interesse apresentados no início desse capítulo representam 25% do total de estudos selecionados, correspondendo aos artigos A4, A6, A8, A10, A11, A20 e A21, conforme apresentado no quadro 1.

Quanto ao total dos artigos analisados, os temas mais estudados foram condições de saúde, doenças crônicas e comportamentos, serviços de saúde, saúde mental/violências/acidentes e saúde bucal, conforme apresentado na tabela 6.

Tabela 6. Número e percentual de artigos sobre desigualdades em saúde, segundo tema focado. Revista de Saúde Pública, 2019.

OBJETO/TEMA	N	%
Nutrição/Alimentação	2	7,1
Mortalidade	1	3,6
Doenças Infecto-Parasitárias	0	0
Saúde Bucal	3	10,7
Serviços de Saúde	4	14,3
Doenças Crônicas e Comportamentos	5	17,9
Condições de Saúde	6	21,4
Saúde Mental/Violências/Acidentes	4	14,3
Hospitalização	0	0
Medicamentos	2	7,1
Conceitual/Metodológico	1	3,6
TOTAL	28	100

Fonte: Elaboração própria.

A categorização dos artigos seguiu o modelo utilizado por Barros (2016) entre 1967 e 2016, quando os estudos mais prevalentes foram classificados nas temáticas de nutrição/alimentação, mortalidade, doenças infecto-parasitárias, saúde bucal e serviços de saúde. Das cinco temáticas mais presentes em cada período destacado, apenas serviços de saúde e saúde bucal estiveram presentes em ambos. As outras três temáticas mais abordadas mudaram de doenças infecto-parasitárias, mortalidade e nutrição/alimentação para condições de saúde, doenças crônicas e comportamentos e saúde

mental/violências/acidentes. Essa informação pode ser explicada pela perspectiva da transição demográfica, nutricional e epidemiológica vividas no Brasil ao longo desse período, quando houve a redução da taxa de fecundidade, da mortalidade infantil, dos óbitos por doenças infecto-parasitárias e do aumento de doenças crônico-degenerativas, bem como o crescimento progressivo do sobrepeso e da obesidade decorrentes das transformações sociais que acabaram interferindo no padrão alimentar da população (DE OLIVEIRA, 2004).

Em virtude do investimento da OMS na ampliação de investigações sobre desigualdades em saúde, para além da mensuração das desigualdades em si, houve uma retomada nas discussões teóricas, metodológicas e conceituais sobre a temática (BARROS, 2016). Entretanto, tal produção científica, longe de consensos, produziu uma diversidade de abordagens, tensões e disputas por dentro do campo da Saúde Coletiva com reflexos importantes nos artigos analisados nessa dissertação.

Cabe ressaltar que a preocupação dessa pesquisa não consiste na identificação de artigos na RSP que discutam a desigualdade em sua dimensão conceitual, teórica ou metodológica, mas identificar de que modo essas discussões se expressam ou não nessa produção científica selecionada. Desse modo, no subtópico seguinte a discussão do resultado dessa análise ocorrerá com base nos autores referidos no início desse capítulo.

3.1.A discussão teórica e conceitual sobre desigualdades no campo da saúde coletiva e suas expressões na revista de saúde pública.

O debate teórico e conceitual sobre a desigualdade, assim como toda a produção de conhecimento, é historicamente condicionado pelos contextos sociais, políticos e econômicos que influenciam a construção intelectual de uma sociedade em um determinado tempo e espaço (BREILH, 2006; SOUZA, 2016). Partir desse pressuposto é fundamental em uma pesquisa que pretende considerar a historicidade dos processos e identificar os interesses inerentes à construção do saber científico acerca da temática.

Em 2009, Naomar Almeida Filho realizou um estudo analisando o processo de construção teórica sobre desigualdades em saúde elaborado por

autores da Saúde Coletiva, conferindo destaque à problemática conceitual e da estrutura terminológica utilizada no campo. Nesse estudo, o autor discutiu as fundamentações teóricas considerando a centralidade do conceito de justiça de John Rawls e de Amartya Sen presentes nas análises sobre desigualdade em saúde, seguido de uma análise conceitual sobre a temática acompanhada de uma crítica terminológica e finalizado com a proposta uma matriz de articulação semântica. Partindo dessa discussão, para o desenvolvimento desse capítulo, o recorte escolhido foi o conceitual, visando compreender o sentido da aplicação dos conceitos presentes nos estudos selecionados na RSP.

Justamente pela ausência de consenso e multiplicidade de usos de expressões como *diversidade, desigualdade, diferença, distinção, iniquidade, inequidade e equidade*, Almeida-Filho (2009) propõe uma matriz semântica sistemática. O objetivo dessa proposição é contribuir com a diminuição da identificada confusão terminológica presente nos estudos que, na visão do autor, dificulta o processo de construção teórica sobre o tema e que, para além disso, possui implicações políticas e repercussões teóricas e metodológicas na produção científica sobre desigualdades em saúde (ALMEIDA-FILHO, 2009).

Segundo Barata (2009), as desigualdades em saúde possuem como principais determinações o modo como se estabelece a organização social, refletindo o nível de iniquidade existente em cada sociedade. Desse modo, podem se expressar de diversas maneiras no processo saúde-doença de indivíduos e de grupos sociais, bem como no acesso e na utilização de serviços de saúde.

Para a autora, a igualdade e a desigualdade são conceitos dimensionais relativos a quantidades mensuráveis, quantitativas, enquanto que equidade e iniquidade são considerados conceitos políticos, dotados de avaliação moral acerca dos fenômenos, tendo como base a ideia de justiça social (BARATA, 2009)

Portanto, para ela, existem as desigualdades mensuráveis e que não necessariamente expressam injustiças sociais e existem as iniquidades que, de acordo com a sua definição, são desigualdades injustas ou provenientes de um processo de injustiça social. A autora assinala que a maioria das desigualdades em saúde podem ser consideradas iniquidades por serem retratos da distribuição dos “determinantes sociais da saúde na sociedade, remetendo,

portanto, à distribuição desigual de poder e propriedade (BARATA, 2009, p.55). Sendo assim, as desigualdades resultantes das diferenças ocorridas pelo processo de reprodução social refletirão nos níveis de saúde das pessoas e serão compreendidas como iniquidades em saúde (BARATA, 2009).

A adoção conceitual de equidade realizada pela autora é categorizada em equidade horizontal, quando a oferta de algum serviço de saúde ocorre mediante a ausência de diferenças entre sujeitos ou grupos que possuem as mesmas necessidades de saúde, e em equidade vertical, quando a oferta de serviços ocorre prioritariamente para sujeitos ou grupos com maiores necessidades. Desse modo, é a equidade vertical que corresponde ao estabelecimento de estratégias que visam reduzir ou anular as desigualdades geradas por uma desvantagem inicial na posição social de pessoas e grupos sociais (BARATA, 2009)

Essas definições convergem com as contribuições realizadas por Margareth Whitehead em 1990, publicadas dois anos seguintes no *International Journal of Health Services*, quando formulou um documento sobre equidade em saúde para a Organização Mundial da Saúde, tornando-se a principal referência internacional sobre esse conceito (ALMEIDA-FILHO, 2009).

Foi Whitehead (1991) quem realizou a proposição da substituição do termo *inequality*(desigualdade) para o termo *inequity* (inequidade/iniquidade), uma vez que, em sua consideração, o uso da expressão *desigualdade em saúde* pode gerar interpretações ambíguas por ser utilizado tanto para indicar situações injustas, quanto análises estritamente matemáticas. Desse modo, inequidade e iniquidade são as expressões recomendadas desde então para demonstrar diferenças que, além de evitáveis, são também injustas (ALMEIDA-FILHO, 2009; BARATA, 2009; ARCAYA, ARCAYA e SUBRAMANIAN, 2016).

Como exemplos de diferenças que não são injustas, a autora destaca a maior prevalência de doença cardíaca coronária em homens de 70 anos de idade em comparação com homens de 20 anos. Segundo Whitehead (1991), essa desigualdade não provoca o sentimento de injustiça porque é compreendida como uma diferença inerente ao processo de envelhecimento do ser humano. Por outro lado, uma inequidade seria expressa pelo acesso desigual aos serviços de saúde em decorrência da falta de renda ou de barreiras ocasionadas por conta da raça, da idade, da religião, dentre outros

fatores, demarcando uma discriminação negativa na utilização dos serviços de saúde (WHITEHEAD, 1991).

De acordo com a autora, as estratégias de equidade devem ser destinadas ao enfrentamento de *health inequities*, objetivando reduzi-las ou eliminá-las. Para tanto, suas ações devem estar centradas nas “causas raízes” dos problemas. Assim, em sua consideração, as políticas de equidade devem promover a descentralização do poder e de decisão, promovendo a participação das pessoas em todos os momentos da formulação das políticas equitativas (WHITEHEAD, 1991).

Essa perspectiva de análise ganhou destaque na literatura científica, de modo que o recente estudo realizado por Albrecht, Rosa e Bordin (2017) identificou que entre os anos de 1993 e 2015, os estudos que adotaram o conceito de equidade apresentaram grande influência dos pressupostos dessa autora, relacionando as “diferentes situações de saúde com a questão da justiça, sendo a equidade um meio para diminuir ou eliminar essas disparidades” (ALBRECHT, ROSA e BORDIN, 2017, p.126).

Aliás, os mesmos autores apontam que o conceito de equidade é utilizado pela primeira vez após a consolidação do SUS em uma cartilha do Ministério da Saúde (Brasil, 1990), vinculado à igualdade entre cidadãos em relação as ações e serviços do SUS, tendo seu sentido alterado nos anos 2000, quando as discussões de Whitehead ganham maior capilaridade nos estudos. Desse modo, há uma alteração do foco na igualdade entre os cidadãos pela perspectiva da redução de desigualdades sociais e regionais existentes no Brasil (ALBRECHT, ROSA e BORDIN, 2017, p.126).

Entretanto, Almeida-Filho (2009), que adota o termo inequidade como expressão de desigualdades injustas, destaca que autores como “Ossanai, 1994; Metzger, 1996; Bambas; Casas, 2001; Braverman; Tarimo, 2002 empregam o referencial de Whitehead (1991) de equidade de modo equivocado, pois referem que, para delimitar o conceito de inequidade, é preciso tomar o termo desigualdade como sinônimo de diferença ou disparidade” (ALMEIDA-FILHO, 2009, p.21). Ademais, embora influente, Whitehead também recebeu críticas de outros pesquisadores, como destacado por Almeida-Filho (2009). Segundo o autor, a definição de inequidade e equidade é questionada no que tange os pressupostos de justiça e

evitabilidade presentes na ideia da elaboração conceitual desenvolvida por Whitehead por serem questões complexas e não resolvidas. Acrescenta ainda que autores como “Macinko e Starfield (2002; 2003) [...] consideram que incluir justiça no conceito de equidade [...] traz problemas operacionais na medida em que recorre a ‘julgamentos de valor’” (ALMEIDA-FILHO, 2009, p22).

Como alternativa, a proposição de Whitehead é substituída pela elaboração da International Society for Equity in Health (ISEqH), que considera a equidade como “a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis (remediables) em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente” (INTERNATIONAL SOCIETY FOR EQUITY IN HEALTH apud ALMEIDA-FILHO, 2009, p.22).

As vantagens operacionais da conceituação de equidade do ISEqH destacadas pelo autor consistem no deslocamento da discussão para uma esfera que, em sua visão, é mais técnica, possibilitando, segundo sua avaliação, uma abordagem metodológica mais efetiva sobre as desigualdades. Isso seria possível por haver “uma aproximação mais instrumental ao assunto, que tipicamente concerne mais mensuração do que teorização” (ALMEIDA-FILHO, 2009, p.22)

Cabe ressaltar a contradição na assimilação de maior vantagem devido a “mais mensuração do que teorização” realizada por Almeida-Filho (2009), uma vez que o próprio autor se propõe a realizar uma discussão teórica a partir da identificação do investimento limitado no estudo sobre desigualdades em saúde na perspectiva da construção teórica, fundamentado em Diederichsen, Evans e Whitehead (2001).

Importante destacar ainda que, embasados no mesmo documento sobre equidade elaborado por Whitehead (1991), Naomar Almeida-Filho (2009) utiliza a expressão inequidade (com e) para se referir às desigualdades que além de evitáveis são injustas, enquanto que Rita Barata (2009) e Arcaya, Arcaya e Subramanian (2016) utilizam a expressão iniquidade (com i) com a mesma finalidade.

Em consonância com Barata (2009), Arcaya, Arcaya e Subramanian (2016) estabelecem o conceito de desigualdade em saúde como referência genérica aos diferentes níveis de saúde entre indivíduos ou entre grupos

sociais. Assim, afirmam que desigualdade em saúde diz respeito às variações quantificadas de aspectos relacionados à saúde entre indivíduos ou grupos, enquanto que iniquidade em saúde ou disparidade em saúde (adotados como sinônimos) correspondem a um “tipo específico de desigualdade que denota uma diferença injusta em saúde” (ARCAYA, ARCAYA e SUBRAMANIAN, 2016, p.2).

As autoras oferecem ainda alguns conceitos para a operacionalização dos estudos sobre desigualdades e iniquidades em saúde apontando dois caminhos já mencionados anteriormente. Enquanto o primeiro consiste na análise das desigualdades e das iniquidades em saúde a partir da perspectiva dos grupos sociais, o segundo concentra-se nas diferenças (injustas ou não) entre os indivíduos.

Segundo a proposição das autoras, a primeira perspectiva visa compreender a distribuição injusta dos determinantes sociais da saúde, categoria que será analisada em subtópico seguinte, em contraposição com a ideia de determinação social da saúde. Sendo assim, a partir do monitoramento da distribuição dos determinantes sociais da saúde e de seus impactos nos grupos sociais, por meio de dados categorizados enquanto “estratificadores de equidade”, seria possível produzir uma resposta equitativa para o que elas chamam de iniquidades em saúde.

Vale notar que os termos “iniquidade” e “desigualdade” são aplicados em diversas situações como sinônimos, mesmo entre os autores que visam conferir significados diferentes aos termos, implicando certa imprecisão nos textos de referência e confusão na aplicação do uso desses conceitos no campo da saúde.

Por outro lado, a centralidade da análise acerca de desigualdades entre indivíduos visa analisar a variação de determinada medida em uma população inteira, ignorando o agrupamento social. Embora essa perspectiva de análise não possibilite identificar a injustiça nos níveis de saúde, as autoras argumentam que “considerar a distribuição geral de saúde de uma população é especialmente útil para comparar a saúde em lugares distintos porque os grupos sociais são definidos de maneira diferente” (ARCAYA, ARCAYA e SUBRAMANIAN, 2016, p.3). Como exemplo, a autora cita o agrupamento social segundo castas por se restringirem a um conjunto pequeno de países.

Para Silva e Barros (2002), as desigualdades podem ser tanto naturais quanto sociais, sendo que as primeiras ocorrem como diferenças entre indivíduos, como estatura, força, inteligência, dentre outros marcadores biológicos. Para os autores, essas desigualdades podem ser assinaladas como diferenças e elas não determinam a ocorrência de desigualdades sociais. Estas, por sua vez, ocorrem mediante a atribuição valorativa de papéis sociais em uma determinada estrutura social a partir da ocupação de diferentes posições na organização social do processo de produção, podendo repercutir no acesso a bens e serviços disponíveis na sociedade (SILVA e BARROS, 2002).

Todavia, na visão dos autores, as desigualdades sociais não representam a presença de injustiça. Para eles, é o conceito de iniquidade que representa a manifestação mensurável de uma injustiça social, conforme postulado por Whitehead (1991). Assim, para a elaboração desses autores, a equidade também representaria uma resposta para a iniquidade por meio do estabelecimento de uma linha divisória entre o justo e o injusto, orientada por princípios morais, éticos e políticos, historicamente condicionados (SILVA e BARROS, 2002). Nesse sentido, a desigualdade é adotada tanto em uma perspectiva negativa quanto positiva, uma vez que ela “pode ser fator tanto de produção quanto de superação de iniquidades [...] visto que uma discriminação positiva operaria no sentido de dar tratamento desigual para reduzir as distâncias sociais (SILVA, BARROS, 2002, p.376).

Todos os estudos citados até aqui foram produzidos por autores que realizaram revisões de literatura acerca da temática das desigualdades em saúde no campo da Saúde Coletiva. A partir da discussão realizada até então é possível perceber que, embora existam variações na conceituação acerca das desigualdades entre esses autores, todos eles concordam que o termo *desigualdade em saúde* pode ser utilizado tanto de modo meramente matemático, à fim de expressar uma *diferença*, quanto de modo político ao expressar uma desigualdade com raiz social. Sendo assim, concordam que a noção de *iniquidade* é mais viável para expressar desigualdades que além de evitáveis são também injustas, tendo como contraposição a *equidade*, que a partir de uma noção de justiça social pode reduzir ou anular as iniquidades. A

única exceção ocorre com Almeida-Filho (2009), na qual o autor utiliza a expressão *inequidade* com a mesma finalidade.

Para ele, distinguir inequidade de iniquidade não representa apenas uma atividade semântica, mas de introdução de elementos de indignação moral e política no processo de construção teórica e conceitual sobre a temática (ALMEIDA-FILHO, 2009). Com isso, esse autor propõe uma matriz semântica com a finalidade de estabelecer uma terminologia mais precisa nos estudos sobre desigualdades em saúde.

Desse modo, partindo da identificação da rara explicitação das teorias sociais que fundamentam os conceitos de desigualdade em saúde nos estudos, Almeida Filho (2009) recorre à contribuição de Jaime Breilh (2003), por considerar que os conceitos utilizados pelo autor são bem demarcados teoricamente. Assim, Almeida Filho assinala que o autor equatoriano consegue atribuir significado às desigualdades em saúde em dimensões individuais e coletivas por meio da sinalização histórica em relação às agendas políticas inerentes à sua aplicação (ALMEIDA-FILHO, 2009).

Sendo assim, adiante será realizada uma discussão acerca das expressões *diversidade*, *inequidade*, *desigualdade*, *iniquidade*, *diferença* e *distinção* presentes nas construções teóricas dos dois autores com a pretensão de identificar em quais aspectos elas se articulam ou se contrapõem.

Para Breilh (2009) a ***diversidade***¹⁵ refere-se aos atributos humanos, na dimensão natural e social que se materializam a partir de processos de *diferenciação*, que podem ser de gênero, étnicos e/ou culturais. Assim, a produção de diferentes gêneros e etnicidades, por exemplo, ocorre a partir da identificação de *diferenças* biológicas “em torno das quais se dão construções culturais e de poder” (BREILH, 2006, p.210).

Almeida Filho (2009), em consonância, também compreende que diversidade corresponde à variação em características dos membros de uma coletividade ou população, sendo utilizada para expressar essa variação em perspectiva coletiva.

¹⁵ O conceito de “diversidade” ganha maior proporção na década de 1990 nas pesquisas da epidemiologia crítica, fundamentando a noção de tripla determinação social da saúde, como será aprofundado no decorrer da dissertação. A incorporação do conceito é proposta por Breilh para desenvolver análises que convergem as situações de classe, gênero e etnonacionais

Quanto ao conceito de **inequidade**, cabe destacar que, para Breilh (2009), a diversidade pode se expressar tanto em relações solidárias e cooperadoras quando presentes em sociedades equitativas, quanto em relações de exploração e subordinação, quando presente em sociedades com inequidade. Dessa maneira, a inequidade corresponde a um processo de apropriação e concentração do poder em determinados grupos sociais, sobretudo segundo características de cor/raça, sexo/gênero e classes (BREILH, 2006).

Já para Almeida Filho (2009), inequidade é o oposto de equidade, significando, portanto, a ausência de justiça em relação às políticas sociais e de saúde. Sendo assim, as inequidades representam desigualdades evitáveis e injustas, conforme destacado anteriormente.

Quanto à **desigualdade**, Almeida Filho (2009) se alinha com os demais autores citados no desenvolvimento desse capítulo, considerando que ela corresponde a uma variação quantitativa em populações, não correspondendo necessariamente às injustiças sociais. Em contrapartida, Breilh (2006), compreende que as desigualdades são as expressões observáveis das inequidades sociais. Assim, as desigualdades são assimiladas com a presença de injustiças sociais, impactando na qualidade de vida dos sujeitos e dos grupos sociais. Desse modo, o conceito de desigualdade é atribuído como sinônimo de iniquidade.

Quanto à distinção entre iniquidade e inequidade realizada por Breilh (2006), Almeida Filho (2009) assinala que sua construção é relevante

tendo em vista que a distribuição desigual de bens numa sociedade não teria apenas uma raiz política diretamente referida a justiça social (iniquidade), mas seria sobredeterminada estruturalmente (inequidade) (ALMEIDA-FILHO, 2009, p. 362).

Entretanto, o autor destaca outro significado para o termo, de modo a indicar que uma iniquidade equivale a uma inequidade que além de ser evitável e injusta, também é indigna, vergonhosa e resultante de alguma forma de opressão social. Portanto, para Almeida-Filho (2009), a iniquidade corresponde à ausência extrema do princípio de equidade.

O último conceito utilizado pelos dois autores é o de **diferença**. Ambos concordam que a diferença corresponde à expressão em âmbito individual dos efeitos da diversidade, participando da gênese da inequidade e da

desigualdade. Dessa maneira, ainda que as diferenças biológicas entre os indivíduos possam decorrer de variações naturais ou genéticas, elas se constroem por meio de relações complexas que articulam processos sociais e biológicos nos sujeitos (BREILH, 2006; ALMEIDA-FILHO, 2009).

Por fim, Almeida-Filho (2009) agrega para a sua construção teórica o conceito de **distinção**, definindo-o como atributo relacional e interpessoal, constituinte da prática cultural dos sujeitos sociais. Ela se expressa por meio da elaboração simbólica “de sentidos mediante expressão, criação e cultivo de gostos e estilos produtores de identidades” (ALMEIDA-FILHO, 2009, p.364). Tal conceito se assemelha ao que Breilh (2006) chama de diferenciação, como explicitado na elaboração da diversidade.

Tendo em vista o amplo debate apresentado até aqui, vejamos como os conceitos sobre desigualdades são abordados na Revista de Saúde Pública no ano de 2019.

Um dado importante a ser destacado refere-se à ausência de definição conceitual em 96,4% dos estudos analisados, de modo que apenas um (A18) sinalizou uma definição em relação ao uso do termo equidade empregado no artigo, de modo que a perspectiva adotada pelos autores

segue a definição de equidade proposta pela Política Nacional de Saúde para orientar as ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a qual o cuidado aos indivíduos deve ser prestado segundo suas necessidades, oferecendo mais àqueles que precisam mais, e menos aos que requerem menos. Dessa forma, ao considerar diferentes condições de vida e saúde, ela visa atender as necessidades dos distintos grupos sociais (SILVA, ALMEIDA e ARAÚJO JÚNIOR, 2019, p.2)

Tal formulação dialoga com a construção conceitual realizada por Whitehead (1991) e endossada por Silva e Barros (2002), Rita Barata (2009), Almeida-Filho (2009) e Arcaya, Arcaya e Subramanian (2016). Entretanto, a perspectiva adotada no referido estudo compreende que a equidade é capaz de reparar a desigualdade em contraposição àquela compreensão de que a equidade seja uma resposta para as iniquidades em saúde (SILVA e BARROS, 2002; ARCAYA, ARCAYA e SUBRAMANIAN, 2016) ou àquela na qual a equidade seja uma resposta para a inequidade (ALMEIDA-FILHO, 2009), como exemplificado nas passagens a seguir:

O índice de equidade (IQ) obtido representa uma medida de déficit relativo de cobertura de serviços, dado pela distância entre o ponto observado e a fronteira de **equidade**, indicando a **desigualdade** na

oferta de serviços entre localidades com vetor de necessidades similar (SILVA, ALMEIDA e ARAÚJO JÚNIOR, 2019, p.3, grifo meu)
Verifica-se que os indicadores de **equidade** refletem as **desigualdades** regionais, de forma que os estados localizados nas regiões mais ricas são mais assistidos pelo PFPB [Programa Farmácia Popular do Brasil] que os estados das regiões mais pobres, Norte e Nordeste (SILVA, ALMEIDA e ARAÚJO JÚNIOR, 2019, p.8, grifo meu)

Além desse estudo, o artigo A13 também utiliza o princípio de equidade como resposta à desigualdade, embora não defina conceitualmente nenhum dos termos. No trecho a seguir, Freitas et al (2019) afirmam que ter seis ou mais consultas de pré-natal refletem o aumento do acesso à Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família (atualmente Estratégia Saúde da Família), bem como a utilização mais equitativa dos serviços de saúde.

On the other hand, the number of prenatal appointments of six or more per pregnancy potentially reflects an increase in access to primary health care with the Family Health Program in Brazil, and a more **equitable** health service use in areas covered by the program (FREITAS, et al, 2019, p.6, grifo meu)

Entretanto, o aumento de consultas, vinculados com o acesso ao auxílio financeiro Bolsa Família não corresponde necessariamente à prevenção da desigualdade no acesso de testagem de HIV e sífilis.

We observed in this study that receiving the family financial assistance (*Bolsa Família*) was insufficient to prevent **inequalities** in access to testing for these diseases. On the other hand, receiving family financial assistance was associated with a greater number of appointments, which suggests financial difficulties to access the testing within the primary care services (FREITAS, et al, 2019, p.7 grifo meu)

Outros artigos também utilizam o conceito de equidade, mas como respostas à diferença (A16) e à iniquidade (A25). Há ainda um estudo (A19) que, por ausência de definição conceitual, adota desigualdade e diferença como sinônimos, entendidas como expressões de iniquidade, de modo que a equidade seria uma resposta a elas.

No exemplo a seguir, com uma passagem extraída do artigo A16, é possível perceber que a *equidade social* é atribuída como resposta à *diferença* existente na assistência do pré-natal de mulheres gestantes, de modo que tal *diferença* seja abordada como sinônimo de *iniquidades sociais*.

Mulheres com condições socioeconômicas, reprodutivas e de morbidade favoráveis apresentaram maior percentual de adequação do pré-natal. Esses achados são corroborados por outros pesquisadores que identificaram um menor percentual de pré-natal

adequado em populações mais vulneráveis. As análises confirmaram a presença dessas **iniquidades sociais** durante a assistência pré-natal, especificamente no que se refere às condições socioeconômicas. Foi observado que ser adulta, com mais anos de estudo e maior renda per capita foram fatores associados à adequação do pré-natal. Os estudos alertam que gestores e equipes de assistência ao pré-natal precisam estar preparados para trabalhar na atenuação dessa **diferença**, colocando em prática o princípio da **equidade social** (SILVA et al, 2019, p.11, grifo meu).

No caso do artigo A25, Barros et al (2019) destacam estratégias equitativas para corrigir as iniquidades no acesso e no uso de serviços de saúde, utilizando o termo equidade em consonância com as conceituações de Silva e Barros (2002) e Arcaya, Arcaya e Subramanian (2016), conforme fragmentos destacados:

Apesar da tendência de estabilização nas taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil, as dos estados com menor nível socioeconômico são crescentes. Isso sugere **iniquidades socioeconômicas** no acesso e uso dos serviços de saúde, com retardo no diagnóstico e/ou na definição e início da opção terapêutica oportuna (BARROS et al, 2019, p.2, grifo meu).

Visando ampliar o acesso aos serviços e aos procedimentos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma ordenada, oportuna, **equitativa** e racional, foram organizadas redes assistenciais que resultaram na estruturação das centrais de regulação; entretanto, o seu funcionamento ainda é incipiente (BARROS et al, 2019, p.2, grifo meu).

Quanto ao artigo A19, que tem como objetivo descrever a utilização de métodos contraceptivos utilizados por mulheres de acordo com características sociodemográficas, os termos diversidade, desigualdade, iniquidade e equidade são empregados sem uma conceituação prévia. Sob a falta de uma estruturação teórica que embase o uso desses termos, é possível perceber que, no trecho em destaque, os autores fazem uma assimilação entre o monitoramento de indicadores de *desigualdades sociais* e o papel contributivo que eles possam ter para a elaboração de políticas equitativas nas diferentes regiões do país que visem diminuir as barreiras de acesso aos métodos contraceptivos. Percebe-se, assim, uma relação entre equidade e aumento do consumo de serviços de saúde, de práticas e de insumos de contracepção, que podem ser variadas, de acordo com as preferências ou necessidades dos sujeitos. Essa variedade de possibilidades e de existência de métodos contraceptivos é indicada no texto pelo termo *diversidade*.

Portanto, considera-se importante monitorar indicadores de **desigualdades sociais** ao avaliar o uso de métodos contraceptivos a partir de realidades regionais específicas. Tais dados podem orientar o planejamento de ações e políticas que garantam os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da **equidade** e da **diversidade**, diminuindo barreiras de acesso a diferentes métodos contraceptivos, conforme as preferências e necessidades das mulheres (GOLÇALVES et al, 2019, p.2, grifo meu).

No segundo fragmento extraído do artigo, o termo *diferença* é utilizado para referir a uma *desigualdade* expressa nos diferentes modos de contracepção em relação ao acesso e as ações em saúde no que tange às diferentes realidades sociais.

Os resultados indicaram que ainda **persistem diferenças** quanto à contracepção, o que pode se relacionar tanto a dificuldades no acesso a esses insumos como a fragilidades das ações em saúde reprodutiva para atingir as necessidades e preferências das mulheres em maior vulnerabilidade social (GOLÇALVES et al, 2019, p.1, grifo meu).

Já no terceiro, o termo *diferença* é utilizado como expressão de *iniquidade* quando os autores afirmam que as iniquidades raciais não são percebidas no uso de métodos contraceptivos porque os mecanismos do racismo institucional são sutis. Entretanto, destacam que tais iniquidades podem ser identificadas em indicadores de atenção pré-natal e ao parto.

O presente estudo também não evidenciou **diferenças** no uso de métodos contraceptivos com relação à cor da pele das mulheres. [...] Além disso, é importante salientar que os processos que operam o racismo institucional na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades são sutis. Essa produção cotidiana de **iniquidades** sob o ponto de vista racial tem sido visibilizada, por exemplo, em indicadores de atenção pré-natal e ao parto no Brasil, e pode ser mais difícil identificá-las no uso de métodos contraceptivos, os quais são muitas vezes adquiridos pelas próprias mulheres como alternativa à dificuldade de acesso pelo SUS (GOLÇALVES et al, 2019, p.10, grifo meu).

Assim como o estudo A19, os artigos A2, A7 e A22 também adotam o termo *diferença* como sinônimo de *desigualdade*.

No estudo A2, que tem por objetivo realizar uma avaliação dos fatores associados à perda dentária em adultos, os autores utilizam a palavra *desigualdade* para designar uma diferença evitável e injusta, enquanto que o termo *diferença* é o utilizado de modo que a sua aplicação possa ser interpretada de maneira ambígua, uma vez que não fica evidente se o uso dessa expressão tem por objetivo expor uma diferença matemática ou se ela possui sentido de atribuição de injustiça presente na sua utilização.

Um estudo realizado na Bahia verificou **desigualdade** na utilização de serviços de saúde bucal mesmo entre os usuários do serviço público em diferentes níveis assistenciais. Aqueles que tinham menor escolaridade e que estavam expostos a uma pior organização do serviço usaram menos o serviço (GOMES FILHO, et al, 2019, p.2, grifo meu)

A classificação proposta permitiu a identificação de **diferenças** entre os fatores associados. Assim, fica evidente a necessidade de considerá-la em estudos futuros (GOMES FILHO, et al, 2019, p.11, grifo meu)

Nos artigos A7 e A22, ocorre o contrário. Os autores utilizam de modo explícito as expressões *diferença* e *desigualdade* como sinônimos. No trecho destacado do estudo A7, o primeiro uso do termo diferença é empregado em uma perspectiva biológica, expressando “diferenças sexuais” na atribuição do papel de hormônios sexuais como uma das possíveis explicações para a maior prevalência de transtornos mentais e risco de suicídio em mulheres.

O segundo uso da palavra *diferença* ocorre quando os autores se referem a uma dimensão social, de modo que seja adotada como sinônimo de *desigualdade*, como demonstrado abaixo:

Our results show that women have a higher prevalence of most mental disorders and suicide risk, which corroborates with previous studies²⁶. Although the exact origins of **sex differences** are not yet well understood, the role of sex hormones, response to stress, psychological characteristics (i.e. lower self-esteem and higher tendency for body shame and rumination in women), **social differences** (i.e. gender discrimination and **gender inequality**), and higher likelihood to experience childhood maltreatment and domestic violence are pointed out as possible explanations for the higher prevalence of mental disorders and suicide risk in women, especially of MDD and anxiety disorders (GOMES et al, 2019, p.8, grifo meu).

O mesmo ocorre no artigo A22, que teve por objetivo avaliar os padrões alimentares de lactentes e crianças menores de 24 meses nos anos de 2006 e 2013. Na passagem abaixo, os autores utilizam a expressão “gap” duas vezes como termo substituível à “socioeconomic inequality” e à “inequality”, respectivamente:

In our study, we analyzed if there is **socioeconomic inequality** among Brazilian infants and young children and if this scenario changed in a gap of seven years (2006 and 2013). In 2006, the **gap** between infants and young children in the 1st and 5th wealth index quintiles for DP1 was +1.17 and +0.89 scores, respectively; and the **gap** for young children for DP2 was +0.61. According to the results, **inequality** was greater among infants in 2006 (RINALDI e CONDE, 2019, p.6, grifo meu)

De acordo com o cambridge dictionary, “gap” é uma palavra utilizada para demonstrar uma diferença entre dois grupos de pessoas ou de duas situações (CAMBRIDGE DICTIONARY, 2021). Desse modo, gap é empregado como sinônimo de desigualdade. Além disso, ao substituir o termo “socioeconomic inequality”, utilizado anteriormente para referir o objetivo do estudo, por “socioeconomic inequities”, os autores reforçam a ideia de que o termo desigualdade pode ser utilizado como sinônimo de iniquidade/inequidade, como desenvolvido na discussão dos resultados e conclusão do estudo:

[...] the consumption of fresh foods prevails among richer infants and young children since 2006, when they were assessed isolated or as a component in dietary patterns. Although Brazil has experienced a decrease in maternal and child **health care inequities**, the **socioeconomic inequities** impact the diet quality of the poor² (RINALDI e CONDE, 2019, p.8, grifo meu)

Algo semelhante ocorre no estudo A26, que teve por objetivo compreender o processo de resiliência e a chance de problemas relacionados com a saúde mental em crianças e adolescentes que foram vítimas de violência doméstica, o que denominaram como G1, comparados com estudantes sem relatos de situações de violência doméstica, denominados como G2. (HILDEBRAND et al, 2019). Nesse artigo, embora não seja definido nenhum conceito de desigualdade, a expressão “diferença socioeconômica” é intercalada com a de “vulnerabilidade socioeconômica”, demonstrando que para além de uma atribuição exclusivamente matemática, os autores pretenderam atribuir algum nível de injustiça na utilização dos termos:

Os sujeitos com baixa resiliência (EI) apresentaram maior chance de problemas de saúde mental (SDQ/CA). Embora provenientes das mesmas regiões, os grupos apresentaram **diferenças socioeconômicas**, as quais não apresentaram relação com a resiliência (HILDEBRAND et al, 2019, p1, grifo meu)

Verificou-se que as famílias em situação de violência doméstica (G1) apresentaram maior **vulnerabilidade socioeconômica** em comparação às do G2, mas esses aspectos não se associaram aos preditores de resiliência (HILDEBRAND et al, 2019, p10, grifo meu)

Há ainda a adoção de iniquidade, desigualdade e disparidades como sinônimos no artigo A15, que teve como um de seus objetivos avaliar a redução de disparidades quanto à renda familiar na realização adequada do pré-natal em puérperas do Rio Grande do Sul nos anos de 2007, 2010, 2013 e 2016 (SAAVEDRA, CESAR e LINHARES, 2019). No primeiro trecho em

destaque, os autores afirmam que diversos estudos denunciam as iniquidades na assistência pré-natal e, em seguida, destacam que estudos com análises mais sofisticadas afirmam que a desigualdade está diminuindo devido à maior proporção de gestantes que iniciam o pré-natal.

Vários estudos têm denunciado a existência de **iniquidade** na assistência pré-natal. A grande maioria deles têm feito isso a partir da identificação de fatores associados e constataram que gestantes de pior nível socioeconômico apresentam maior probabilidade de receber cuidado inadequado. Outros estudos têm feito análises mais sofisticadas e mostrado que a **desigualdade** vem diminuindo porque a proporção de gestantes iniciando o pré-natal é cada vez maior, e que o número de consultas por elas realizada se aproxima, cada vez mais, daquelas de melhor nível socioeconômico. Isso diminui a **diferença** entre ricos e pobres, dando a impressão de que a iniquidade na assistência pré-natal vem diminuindo p2

No segundo fragmento, os autores afirmam que para além do número de consultas pré-natal, outro indicador importante para a avaliação da sua adequação refere-se à realização de exames como EQU (Exame Qualitativo de Urina), VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e hemograma. Tal argumento é justificado porque os dados dos estudos demonstram que mulheres com melhores condições socioeconômicas realizam esses exames em maior proporção do que as mulheres em pior condição. Desse modo, os autores afirmam que além de quantitativa, a disparidade também é qualitativa. Assim, os autores utilizam o termo disparidade como sinônimo de desigualdade e iniquidade. Ademais, o uso do termo *diferença* enquanto expressão matemática fica explícito no segundo trecho, quando se refere às categorias de renda familiar mensal de acordo com o salário mínimo para cada ano, divididas em: categoria 1 (Até 0,99 salários mínimos), categoria 2 (entre 1 e 1,99 salários mínimos), categoria 3 (entre 2 e 3,99 salários mínimos) e categoria 4 (4 ou mais salários mínimos).

(...) apesar do aumento da cobertura de pré-natal adequado em todas as categorias de renda, a **diferença** entre categorias extremas em 2016 foi maior que em 2007, passando de 5,6 p.p [ponto percentual] em 2007 para 14,8 p.p. em 2016 (aumento de 164%). Isso ocorreu porque as gestantes de melhor renda familiar realizaram EQU, VDRL e hemograma em maior proporção que as mais pobres, o que explica o aumento tanto da cobertura quanto da **disparidade**. Em relação ao fato de as mais pobres apresentarem pior cobertura, o cuidado por elas recebido está aquém do necessário, quer seja em quantidade, quer seja em qualidade; ao mesmo tempo, entre as mais ricas, ocorre o oposto p6

Em síntese, dos 28 artigos analisados, 25% não utilizam nenhum dos termos de interesse, embora as desigualdades em saúde sejam representadas de alguma forma nos resultados, discussões e conclusões dos estudos. Quanto aos 75% dos estudos que utilizam os termos, em 14,3% a expressão *diferença* é utilizada como sinônimo de *desigualdade*, em 7,1% *desigualdade* é aplicada como sinônimo de *disparidade*, em 7,1% deles, *iniquidade*, *desigualdade* e *diferença* possuem o mesmo significado, enquanto que em 10,7% desses artigos, o uso das palavras *disparidade*, *diferença* e *desigualdade* aparecem de modo intercalado, como termos alternativos. Ademais, em 3,6% dos artigos, *iniquidade* e *diferença* são sinônimos e em 3,6% *iniquidade* é aplicado como sinônimo de *desigualdade*. *Iniquidade* é a única expressão utilizada em 10,7% dos artigos, enquanto que *desigualdade* é exclusivamente utilizada em 14,3% deles. Por fim, em apenas um estudo (3,6%), há uma definição de um dos conceitos de interesse (equidade).

Ameida-Filho, em estudo 2009 havia apontado que os estudos sobre desigualdades no campo da Saúde Coletiva eram constituídos de redundância, inconsistência, imprecisão e ambiguidade devido à frágil definição conceitual e teórica em relação à temática adotada pelos pesquisadores. Com base nos apontamentos realizados até aqui, é possível afirmar que a problemática permanece presente nos estudos sobre desigualdades, refletida na produção científica publicada na Revista de Saúde Pública em 2019.

Naquele momento, o autor havia destacado que a riqueza semântica e a confusão terminológica não são desprezíveis e possuem impacto na produção de políticas equitativas. Tal confusão terminológica seria resultante da ausência da explicitação das teorias sociais e políticas na compreensão dos significados atribuídos aos conceitos que envolvem esse tema de pesquisa. Sendo assim, *diferença*, *desigualdade*, *iniquidade*, *inequidade*, *equidade* e *diversidade* são termos utilizados como se estivessem em um “mesmo patamar hierárquico, como se fossem expressões de processos sociais históricos equivalentes” (ALMEIDA-FILHO, 2009, p.367).

Desse modo, a utilização desses termos desvinculados de um embasamento teórico-conceitual sobre as desigualdades em saúde corrobora para a despolitização do debate sobre o tema no campo científico (ALMEIDA-FILHO, 2009; BARATA, 2009). Portanto, para que a dimensão política das

desigualdades em saúde não se naturalize, é necessário que haja um resgate crítico da epidemiologia, com base no processo de determinação social da saúde, afim de compreender as suas raízes (BREILH, 2006).

3.2. Determinantes sociais da saúde e determinação social da saúde: dilemas e implicações no campo da Saúde Coletiva

A reflexão acerca da determinação social da saúde e dos determinantes sociais da saúde é uma das possibilidades de enriquecimento sobre o papel e o conteúdo do pensamento crítico no campo da Saúde Coletiva. Isso porque, desde que houve a incorporação do tema na agenda institucional da Organização Mundial da Saúde (OMS), essas expressões foram impulsionadas e reativadas com diversas aplicações na literatura científica, podendo acarretar no esvaziamento de seus significados caso não haja fundamentação histórica e teórica sobre os termos (BORGUI, OLIVEIRA, SEVALHO, 2018). Assim, assumindo que determinantes sociais da saúde e que a determinação social da saúde não se referem a mesma coisa, Borgui, Oliveira e Sevalho (2018) afirmam que o surgimento histórico de cada conceito, bem como das bases teóricas que fundamentam cada um deles seja primordial para que um pensamento crítico na saúde seja efetivado.

É importante salientar que esse debate extrapola a perspectiva da epidemiologia e perpassa por todos os outros eixos que constituem o campo da Saúde Coletiva, como política e gestão em Saúde, ciências sociais e humanas em Saúde, vigilância, entre outros. Todavia, levando em consideração que os artigos publicados na RSP estão concentrados na área da epidemiologia, a discussão que será desenvolvida aqui terá por foco as desigualdades em saúde singularmente na perspectiva epidemiológica.

Essa discussão é capaz de expor as disputas presentes na epidemiologia, que foi constituída enquanto disciplina científica somente no início do século XIX, “fortemente influenciada pelos desenvolvimentos científicos da época, seja no campo das ciências naturais, seja no campo das ciências sociais nascentes” (BARATA, 2004, p9). O mesmo período foi propício para o desenvolvimento das condições que possibilitaram o surgimento da medicina social na Europa, com destaque à polícia médica na Alemanha, à

medicina urbana na França e à medicina da força de trabalho na Inglaterra (ROCHA, DAVID, 2015). Entre as condições que viabilizaram o surgimento da medicina social, Foucault (1972) sinaliza um caráter central ao capitalismo, afirmando que “(...) com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário” (FOUCAULT, 1972, p.80).

Assim, a partir do momento em que a corrente de pensamento da medicina social ganha maior visibilidade, a saúde passa a ser compreendida como um elemento de interesse da sociedade, de modo que a sociedade tenha a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros. Somado a isso, a saúde e a doença começam a ser percebidas como resultado de condições sociais e econômicas, de modo que elas devam ser estudadas cientificamente, além de exigir que as medidas de proteção à saúde sejam tanto médicas quanto de outras esferas da sociais (NUNES, 2009; ROCHA, DAVID, 2015)

Em consonância, Rita Barata (2004) afirma ainda que durante a maior parte do século XIX até as primeiras décadas do século XX, a epidemiologia esteve ancorada em explicações sociais para os padrões de distribuição de doenças na sociedade. Entretanto, de acordo com a autora, o enfraquecimento da medicina social ocorreu devido ao desenvolvimento da teoria dos germes, que

[...] favoreceu a substituição de concepções totalizantes, baseadas na idéia de constituição epidêmica e estrutura epidemiológica, por modelos mais ou menos simplificados de multicausalidade (balança de Gordon, rede de causalidade de MacMahon, “pizzas” de causas componentes de Rothman, a tríade ecológica de Leavell&Clark (BARATA, 2004, p.9)

Rocha e David (2015) assinalam que com a derrota da Revolução das Primaveras de 1848 houve um abafamento dos movimentos que defendiam a saúde enquanto um processo político e social. Em seu lugar, a ênfase biomédica começou a ganhar maior destaque, de modo que a teoria da multicausalidade transformou aspectos relativos à organização da sociedade em fatores causais, não representando os determinantes dos processos que geram as condições de saúde das populações (BARATA, 2004; ROCHA, DAVID, 2015).

A proposta de uma medicina social emerge na América Latina entre as décadas de 1960 e 1970 justamente em contraposição à essa perspectiva biomédica, propondo uma alteração do pensamento científico que articula saúde e sociedade a partir de uma concepção fundamentada em abordagens histórico-estruturais, como desenvolvido no capítulo *saúde, economia e desenvolvimento: o sonho brasileiro*, dessa dissertação.

Atualmente, há um consenso na literatura científica quanto à relevância que os aspectos sociais possuem sobre a saúde das populações. Entretanto, existem divergências quanto à utilização terminológica e conceitual, quanto às bases teóricas e metodológicas na construção das pesquisas, além de dissenso quanto ao nível de importância dos planos individuais e coletivos nas investigações produzidas (BARATA, 2010).

Em decorrência disso, diversos modelos explicativos são elaborados por dentro da epidemiologia social, conforme destacado por Almeida-Filho (2004) e Rita Barata (2010). O primeiro autor, ao realizar uma revisão crítica sobre os marcos referenciais e modelos teóricos do processo de determinação social com foco nas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), identifica três modelos, de modo que o primeiro é situado por meio da epidemiologia social norte-americana com a teoria do estresse e a teoria da mudança cultural em saúde, o segundo pela epidemiologia social latino-americana com a epidemiologia das classes sociais e com a teoria do processo de produção e saúde, e, por fim, o terceiro focado na teoria dos signos, significados e práticas de saúde. A partir desses modelos, o autor propõe uma outra perspectiva de análise, denominada modelo teórico de modo de vida como determinante de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Por outro lado, Barata (2010) situa cinco vertentes da epidemiologia social, sendo elas: 1) a Eco-epidemiologia de Susser; 2) a teoria do capital social; 3) a perspectiva do Curso de Vida; 4) a produção social da doença; e 5) a teoria ecossocial (BARATA, 2010).

Não é um objetivo desse capítulo reproduzir a discussão de cada uma dessas correntes, mas aponta-las para demonstrar a complexidade que existe em meio à própria epidemiologia social. Tendo isso em vista, é válido mencionar que é justamente o plano teórico da explicação do processo saúde-doença que distingue a epidemiologia social de outras abordagens epidemiológicas

(BARATA, 2004). Parte-se do pressuposto de que as teorias interpretativas são historicamente condicionadas, vinculadas a determinadas maneiras de pensar a sociedade e estruturadas em meio à diversos projetos políticos, mesmo que de modo velado. Sendo assim, os conceitos *determinação social da saúde* e *determinantes sociais da saúde* serão abordados à fim de identificar os projetos societários que os constituem (ROCHA, DAVID, 2015 p130).

A partir desse destaque, é pertinente mencionar que entre todas as vertentes do pensamento epidemiológico mencionadas acima, a que possui maior relevância para essa dissertação é a epidemiologia social latino-americana. Portanto, o conceito de determinação social da saúde será adotado de acordo com esse referencial. Cabe salientar que ele foi central na construção da epidemiologia na América Latina, bem como na estruturação do movimento sanitário no Brasil (BORGUI, OLIVEIRA, SEVALHO, 2018). Esse conceito teve grande influência de uma perspectiva social e científica da corrente marxista por compreender o processo saúde-doença vinculado à dinâmica da produção capitalista dominante. Assim, a determinação social da saúde é caracterizada tanto por seu sentido crítico acerca da ciência hegemônica, quanto ao seu aspecto propositivo, ao criar ferramentas estratégicas com o objetivo de possibilitar uma nova forma de pensar e interpretar a saúde, bem como de organizar e desenvolver as práticas e as ações sanitárias (ROCHA, DAVID, 2015). Portanto, o caráter histórico e social das condições de saúde é intrínseco ao conceito da determinação social da saúde, utilizado para compreender o processo saúde-doença (ALMEIDA-FILHO, 2014).

A determinação social da saúde expressa elementos políticos, técnicos e científicos de uma corrente do pensamento sanitário latino-americano que se vincula à projetos político-democráticos em contraposição ao modelo social autoritário e biomédico hegemônico da saúde (GONZALES, 2014). Por conta disso, Breilh (2006) considera que o movimento da saúde coletiva na América Latina seja pioneiro na execução de uma produção teórica-política consistente que objetive a articulação da sua formulação conceitual com uma proposta política progressista.

Nesse sentido, o autor afirma que a saúde pode ser compreendida como objeto/conceito/campo, de modo cada dimensão dessa tríade possua

uma profunda concatenação, formando um sistema de relações complexas. A determinação social da saúde é uma construção da epidemiologia crítica que se pretende emancipadora, agindo com base em uma práxis de transformação concreta e fundamentada em uma teoria geral crítica (BREILH, 2006). Desse modo, para essa corrente de pensamento, a saúde deve ser pensada como um objeto de transformação e de modo multidimensional em que se expressam as contradições de processos generativos (um movimento que parte dos fenômenos microssociais ou individuais em relação aos macrossociais) e de reprodução da totalidade social (que parte do macro para o micro). Esses movimentos ocorreriam em três dimensões: singular (à nível individual), particular (à nível grupal) e geral (à nível da estrutura social). Assim, enquanto o movimento generativo parte da dimensão singular para a particular e segue para a geral, o movimento de reprodução parte da dimensão geral em direção à particular e dessa para a singular (BREILH, 2006), de maneira que uma não represente uma oposição à outra, mas sejam influenciadas e transformadas de modo dialético.

Portanto, não haveria apenas uma exposição aos processos sociais, mas uma imposição deles sobre a vida dos sujeitos. Desse modo, embora existam processos singulares da dimensão individual em que seja possível ao indivíduo escolher entre se expor ou não expor, existem outras formas de determinação que não são expostas como algo eventual, mas impostas de modo permanente, limitando, inclusive, as possibilidades de escolha à nível individual que um indivíduo possa ter (BREILH, 2006). Nos casos de imposição, a investigação em saúde não deve ser pautada na verificação de existência de uma intercorrência de um evento ou agravo específico, ou ainda a existência de um risco que resulte no desencadeamento de um processo destrutivo, pois nessa dimensão o processo ocorre de modo crônico.

Sedo assim, Breilh (2006) propõe a identificação de processos críticos de exposição, que podem ser:

[...] os de 'exposição eventual' (que são as formas de exposição de tipo acidental, não ligadas a um estilo de vida), os de 'exposição crônica' (ligados a padrões estáveis, inscritos nos modos de vida ou nos estilos cotidianos), e os de 'exposição permanente', que, mais do que uma 'ex'posição, seriam uma 'im'posição (atuação contínua do processo destrutivo, imposta por uma situação permanente) (BREILH, 2006, p.68)

Para o autor, essa distinção entre processo eventual, crônico ou permanente é central na compreensão dos processos que geram um determinado padrão de saúde, uma vez que para modificar o processo epidemiológico de imposição, os ajustes e as reformas pautadas em estratégias que não transformem o modo de vida ou a geração da imposição seriam insuficientes para extinguir os seus impactos (BREILH, 2006).

Por meio desses movimentos seria possível compreender os processos de determinação da saúde em âmbito coletivo e individual, para além da compreensão fatorial ou de risco. Essa proposição é realizada por meio da medicina social latino-americana e da saúde coletiva brasileira com o intuito de ampliar o enfoque das discussões de dados epidemiológicos da saúde pública (ROCHA, DAVID, 2015; BORGUI, OLIVEIRA, SEVALHO, 2018)

Tal movimento produziu uma tensão entre os projetos da Saúde Coletiva e da Saúde Pública tradicional, de maneira que a ruptura epistemológica, de objeto e de projeto provocada pela Saúde Coletiva e pela medicina social em relação à Saúde Pública tenha configurado a saúde coletiva enquanto “um campo próprio e ao mesmo tempo, em disputa com a saúde pública, compartilhando espaços institucionais, de produção científica ou de intervenção política” (BORGUI, OLIVEIRA, SEVALHO, 2018, p.877)

Por outro lado, a noção de determinantes sociais da saúde emerge em um contexto social e político diferente do mencionado anteriormente. Autores como Zioni e Westphal (2007) e Rocha e David (2015) apontam que esse conceito está atrelado aos efeitos negativos de um modelo de desenvolvimento neoliberal implantado na década de 1980. De acordo com eles, o conceito de determinantes sociais da saúde faz parte de um processo vinculado à concepção positivista de saúde adotado pela OMS sendo ela compreendida como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946) e em relação à OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) com o estabelecimento de políticas de intervenção em diferentes países com a ambição de criar condições sociais que assegurassem uma saúde de qualidade para a população (ROCHA, DAVID, 2015). Entretanto, a noção de determinantes sociais é evocada sem a fundamentação teórica e política que caracteriza o conceito de determinação social da saúde ancorada em uma

vertente crítica do pensamento social em saúde (NOGUIERA, 2010; ROCHA, DAVID, 2015).

Os determinantes sociais da saúde ganharam relevância em 1970 com a Conferência de Alma-Ata e com o estabelecimento das Metas do Milênio, debatidas em 1990, sendo reafirmadas em 2005, com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS. Essa comissão objetivou promover, em âmbito internacional, um maior engajamento político acerca da compreensão dos determinantes sociais da saúde individual e coletiva, à fim de combater as iniquidades sociais a partir de diagnósticos da condição de saúde das populações (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em 2006, em resposta a esse movimento internacional, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) é criada no Brasil por Decreto Presidencial, adotando os determinantes sociais da saúde como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). Sua principal missão tem sido incentivar as pesquisas em saúde com o intuito de identificar iniquidades em saúde e formular políticas públicas capazes de combater as desigualdades injustas. Com tal elaboração, a CNDSS admite a concepção de iniquidades em saúde conforme formulado por Whitehead (1991), de modo que elas são entendidas como as desigualdades em saúde “que além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias” (CNDSS, 2008, p.11).

Assim, é possível afirmar que a CNDSS faz uma opção teórica, conceitual e política ao adotar a noção de iniquidades em saúde conforme formulação de Whitehead (1991), ao invés de utilizar a compreensão latino-americana como fundamentação de suas análises.

Ademais, entre os diversos modelos que pretendem compreender a determinação social e os determinantes sociais da saúde, a CNDSS adotou o modelo de “influências em camadas” de Dahlgren e Whitehead (1991), sob a justificativa da simplicidade do modelo, da fácil compreensão a diversos públicos e da visualização gráfica dos determinantes sociais da saúde. (CNDSS, 2008)

Nesse modelo, os determinantes são identificados em diversos níveis inter-relacionados, dispostos em diferentes camadas, de acordo com a sua abrangência, englobando desde os determinantes individuais até os macrodeterminantes.

Na primeira camada estão situados os fatores individuais, predominantemente de caráter biológico e, no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais, o modelo situa a dimensão dos comportamentos e os estilos de vida, uma vez que os comportamentos não dependem exclusivamente do livre arbítrio, mas também de determinantes sociais como “acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros” (CNDSS, 2008, p13-14).

Na camada seguinte são salientadas as redes comunitárias e de apoio, expressando o nível de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre indivíduos e grupos sociais. Em seguida, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, acesso a serviços de saúde, educação, habitação, entre outros. Nesse nível, o modelo considera que alguns grupos ou indivíduos são mais vulneráveis do que outros, de acordo com a exposição aos riscos à saúde, a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho, além do menor acesso a serviços essenciais. Por fim, na última camada estão situados os macrodeterminantes, incluindo as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem importante influência sobre as demais camadas (CNDSS, 2008).

Em síntese, é possível concluir que a determinação social da saúde preconiza, para além de uma fundamentação teórica e metodológica das pesquisas, uma análise da base epistemológica da ciência. Desse modo, a reflexão acerca das bases em que os estudos são desenvolvidos é fundamental para a compreensão dos fenômenos pelos quais os processos que determinam a condição da saúde das populações se expressam. Diverge, portanto, da perspectiva adotada pela OMS e pela CNDSS, que considera os determinantes sociais como fatores conectados, na busca da compreensão das “causas das causas” da saúde e doença. Perspectiva que reforça o *modus operandi* do causalismo e a perspectiva de atuação sobre os fatores que geram

um determinado evento (ROCHA, DAVID, 2015). Logo, adoção da perspectiva de uma ou outra forma de compreender a saúde e a vida das populações possui implicações no âmbito da definição das políticas públicas, representando uma arena de disputas de interesses político-ideológicos e de suas bases tecnocientíficas (ROCHA, DAVID, 2015).

Portanto, o uso da epidemiologia não é homogêneo e a opção da noção que fundamenta os estudos impacta diretamente em como os problemas de saúde são compreendidos, nas explicações de como se produzem os fenômenos de saúde e de doença, e nas estratégias que são estabelecidas para o enfrentamento dos problemas identificados. Sendo assim, é com base nessa reflexão que os artigos da Revista de Saúde Pública são analisados aqui. Quais são as explicações que eles estabelecem para os fenômenos estudados? A análise a partir dessa indagação possibilita identificar sob qual perspectiva os estudos foram conduzidos, se fundamentados na noção de determinantes ou de determinação, bem como as suas implicações para o campo da Saúde Coletiva.

3.3. As raízes das desigualdades na revista de saúde pública

Para analisar os estudos a partir das noções de determinação e de determinantes sociais da saúde, é importante resgatar o título dessa pesquisa: “As raízes das desigualdades em saúde no Brasil e a produção científica no campo da Saúde Coletiva: uma revisão de escopo”. A ideia subjacente ao título dessa dissertação possibilita endossar que a preocupação central dessa pesquisa não é a questão da desigualdade em saúde em si, mas sim as raízes dessas desigualdades. Desse modo, o uso de determinação ou de determinantes sociais em saúde possibilita compreender o que os autores dos artigos selecionados identificam como as raízes dos problemas estudados.

Tais compreensões não são expressas apenas durante o desenvolvimento das explicações das desigualdades ou das respostas estabelecidas para o seu enfrentamento. Elas estão presentes também no modo como os dados são apresentados. Isso ocorre porque os métodos utilizados para compreender um determinado evento em saúde variam de acordo com a

base teórica e epistemológica que fundamentam a pesquisa, seja ela explicitada ou não (BREILH, 2006).

Como já apresentado, 96,4% dos artigos analisados privilegiaram a epidemiologia, seguindo um delineamento de estudo transversal (78,6%), de coorte (14,3%) e ecológico (3,6%). Todos eles podem ser classificados como estudos analíticos, visando a identificação de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003).

Nos estudos ecológicos não existem informações sobre a doença e exposição de indivíduos, mas do grupo populacional como um todo. Sendo assim, sua finalidade é comparar a ocorrência de uma doença ou condição relacionada à saúde e uma exposição de interesse entre agregados de indivíduos, de modo que essa agregação possa corresponder à população geral de um país, de municípios, de regiões específicas, etc. (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003).

Nos estudos transversais e de coorte, diferente do que ocorre no modelo ecológico, tanto a exposição quanto a ocorrência da doença ou evento de interesse são determinados para os indivíduos, de modo que as associações e inferências sejam realizadas nesse nível de análise (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003). Nos estudos de coorte, a partir da identificação da população de estudo, os participantes são classificados em dois grupos: expostos e não expostos a um determinado fator de interesse. A partir disso, ambos os grupos são acompanhados com a finalidade de identificar a incidência da doença ou da condição relacionada à saúde e comparar os grupos (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003).

A exposição é fatorializada, de maneira que caso a exposição esteja associada estatisticamente à ocorrência da doença, ela seja compreendida como um fator de risco em relação a um determinado desfecho. Por outro lado, nos estudo transversais, a exposição e o desfecho são determinados simultaneamente, representando uma fotografia em um ponto no tempo. Nesses estudos, o resultado esperado é a prevalência de um evento em saúde, de modo que seja possível descrever as características dos eventos na população e detectar grupos de maior risco (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003).

Portanto, a utilização de conceitos como *chance, associação, risco, frequência, prevalência, fatores de risco, desfecho, significância, exposição e probabilidade* indica a perspectiva epidemiológica utilizada nos artigos e sinaliza a aplicação da ideia de determinantes ao invés da noção de determinação.

De acordo com Borgui (2015), o conceito de risco é uma expressão importante desse movimento e serve como um dispositivo da epidemiologia para identificar fatores que podem aumentar a probabilidade da ocorrência de doenças ou agravos em saúde com aumento de sua influência nas decisões com relação ao futuro da sociedade. Assim, a partir do resultado são realizadas inferências estatísticas que podem ser aplicadas a outras populações expostas às mesmas condições, com a finalidade de controlar um determinado desfecho a partir da intervenção nos fatores de risco (BORGUI, 2015).

A identificação de associações entre fatores e desfechos de interesse foi expressa como objetivo principal em 57,1% dos artigos analisados, correspondendo aos estudos A1, A2, A3, A6, A7, A12, A13, A14, A16, A19, A20, A21, A23, A24, A27 e A28. As passagens destacadas abaixo podem expressar o modo como tais associações são apresentadas nos artigos.

Por exemplo, o estudo A2 pretendeu avaliar os fatores associados com a perda dentária em adultos, considerando tanto a posição dos dentes nos arcos dentários quanto a quantidade de dentes perdidos. Com base em uma regressão logística multinomial, concluiu que

[...] a menor renda e escolaridade, a percepção de necessidade de tratamento e última consulta motivada por rotina, dor ou extração foram **associados** à perda dentária, independentemente da classificação [...] O sexo feminino e a presença de bolsa periodontal foram **associados** a perdas dentárias de até 12 dentes, incluindo anteriores, e acima de 12 dentes (GOMES FILHO et al, 2019, p.9, grifo meu).

No caso do estudo A12, os autores tiveram como objetivo investigar a associação entre exposição às áreas verdes na abrangência residencial dos sujeitos investigados com a presença de transtornos mentais comuns, segundo diferentes estratos de renda. Eles chegaram à conclusão de que

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) foram mais **frequentes** entre mulheres, participantes das faixas etárias de 25 a 35 anos e de 66 a 75 anos, participantes com renda mais baixa e os que não praticaram

atividade física nas últimas duas semanas (BARRETO et al, 2019, p.4, grifo meu).

O estudo A19, por sua vez, objetivou descrever a associação entre fatores demográficos e socioeconômicos de mulheres adultas com a utilização dos métodos contraceptivos. Os dados obtidos a partir das análises estatísticas demonstraram que

[...] persistiram **desigualdades sociais** importantes quanto ao uso de métodos contraceptivos, as quais podem estar relacionadas tanto a dificuldades no acesso como a fragilidades das ações em saúde reprodutiva para atingir as necessidades e preferências das mulheres em maior vulnerabilidade. O uso de ACO [Anticoncepcional Oral] foi **significativamente** menor entre mulheres mais jovens de classes sociais mais baixas e menor escolaridade, caracterizando esse grupo como mais vulnerável a gestações indesejadas, conforme encontrado entre países de baixa e média renda (GONÇALVES, et al, 2019, p.9, grifo meu).

Como um último exemplo, pode-se destacar o estudo A24 que pretendeu avaliar a prevalência de sucesso no uso de tecnologia de reprodução assistida por mulheres e identificar os fatores associados a esse sucesso. Os autores concluíram que

characteristics of ART-mothers [assisted reproductive technology] are compared to characteristics of mothers with spontaneous pregnancy in the cohort. ART-mothers were in general older ($p < 0.001$), had a higher level of education ($p < 0.001$) and higher family income ($p < 0.001$) than mothers who had spontaneous pregnancies. Nulliparity ($p < 0.001$), paid job during pregnancy ($p = 0.02$), and pre-pregnancy engagement in LTPA [leisure-time physical activity] ($p = 0.008$) were more **prevalent** among ART-mothers. There were no black-skin mothers at the ART group (SILVA, et al, 2019, p.5, grifo meu).

Women older than 35 years were six times more **likely** to have used ART as women aged 35 years or younger. Nulliparous women were 10 times more likely to have used ART than parous women. Wealthier women were 3.7 times more likely to have used ART services compared to women from the lowest income group (1–3 minimum wages). The crude association with schooling and LTPA was not confirmed in adjusted analysis (SILVA, et al, 2019, p.6, grifo meu).

Em todos os exemplos utilizados, dimensões da vida como gênero (expresso como sexo), raça/etnia, idade e renda foram utilizadas com a finalidade de operacionalizar um modelo estatístico que pudesse identificar a associação estatística ou não com um determinado evento em saúde. Tendo encontrado os fatores de risco em relação à situação de saúde de interesse,

como por exemplo, baixa renda em todos os estudos apontados; menor escolaridade nos estudos A2, A19 e A24; ser mulher nos estudos A2 e A12; ser negra no estudo A24; ser jovem nos estudos A12 e A19; são estabelecidas estratégias com foco no controle dessas dimensões da vida, entendidas como fatores desarticulados entre si.

No estudo A19, os autores entenderam as estratégias de promoção do uso de preservativos como suficientes para reduzir as desigualdades encontradas tanto na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) quanto na prevenção da gravidez. No caso do estudo A12, a proposta de enfrentamento da desigualdade em relação à qualidade de vida identificadas pelos autores consistiu na promoção da melhora das características físicas nos centros urbanos. O objetivo central seria um impacto positivo na saúde mental da população, em especial a mais vulnerável. Já no A2, mesmo tendo em vista a identificação de associação entre renda, escolaridade e gênero com a perda dentária, os autores propuseram a ampliação do acesso aos serviços de saúde, de modo geral, como ação efetiva para enfrentar as desigualdades identificadas. Coisa similar ocorre no estudo A24, quando os autores propõem uma cobertura mais abrangente para a tecnologia de reprodução assistida, entendida como um direito universal no SUS.

Todas essas estratégias partiram do pressuposto de que os fatores de risco constituíram as causas dos problemas estudados. Desse modo, as ações propostas para a solução desses problemas foram orientadas pela lógica de modificar o risco identificado. Ocorre que as estratégias apontadas focam ou em ações de alteração de comportamento individual, como na proposição do estudo A19, de ampliação de acesso à serviços e/ou procedimentos, como nos estudos A2 e A24, ou de melhoria da infraestrutura da cidade em relação aos espaços verdes para melhorar a saúde mental de um grupo, como ocorre no estudo A12. Tal perspectiva não pode ser compreendida como uma abordagem fundamentada na determinação social da saúde, uma vez que a análise dos artigos recai sobre os fatores, ao invés de identificar os processos que produzem determinada situação.

É possível conferir maior consistência a esse argumento ao analisar as explicações que os autores realizam nos estudos quanto à identificação das desigualdades, bem como em relação às proposições de enfrentamento delas.

De acordo com Breilh (2006), a categoria de *exposição*, utilizada na epidemiologia, funciona como um alicerce para o pensamento científico pautado na abordagem causal. Essa abordagem teria como objetivo identificar múltiplos fatores e estabelecer relações entre eles e o comportamento dos eventos em saúde (BARATA, 1997). Breilh (2006) ressalta ainda a dupla acepção etimológica da palavra “expor”, sendo elas: “dispor uma coisa para que receba a ação de um agente ou influência” e “arriscar, pôr uma coisa em uma contingência” (BREILH, 2006, p.206). Dessa forma, o autor destaca a ideia de “ação externa” e de “arriscar” como constitutivas do paradigma epidemiológico que sustenta a noção de risco e de fatores.

Como destacado anteriormente, entre os 27 artigos que utilizaram a epidemiologia como disciplina central na condução dos estudos, esse raciocínio foi identificado em 96,3% deles. Os fragmentos selecionados abaixo, que dizem respeito às explicações das desigualdades elaboradas pelos autores, exemplificam esse apontamento.

O A4, visou estimar o uso da primeira dose de antibióticos no local de atendimento nas crianças de Pelotas no ano de 2015. Um elemento importante destacado pelos autores foi a identificação de que quase metade das crianças que tiveram consulta nos últimos 30 dias receberam prescrição de antibióticos e somente 10,5% delas receberam a primeira dose no local de atendimento. Quanto ao público com mais probabilidade de passar por consulta, o estudo identificou

[...] que as crianças que frequentaram creche tiveram 48% mais consultas quando comparadas às que não frequentaram. Este fato pode ser explicado pela **maior exposição da criança a patógenos** nesses ambientes fechados a partir dos seis meses, o que facilita o aparecimento de infecções, principalmente as respiratórias, para as quais o uso de antibióticos se faz necessário (BERTOLDI, et al, 2019, p.10, grifo meu)

[...] a **escolaridade materna mais elevada** se associou positivamente ao maior número de consultas nos últimos 30 dias, o que pode ser considerado um **fator de proteção** para a saúde da criança, pela busca do atendimento e **acesso ao serviço de saúde** (BERTOLDI, et al, 2019, p.10, grifo meu).

O estudo A11 teve como objetivo determinar a distribuição das características sociodemográficas, reprodutivas, clínicas e de hábitos de vida de mulheres diagnosticadas com câncer cervical. Em seus resultados, os autores identificaram que mulheres com Adenocarcinoma Cervical (AC) tinham menor frequência de tabagismo, de modo que não foi identificado aumento do risco de AC entre as mulheres que fumavam. A discussão estabelecida a partir daí, foi pautada pela consideração de que

[...] o **tabagismo** foi relatado por alguns autores como **fator de risco** para SCC [carcinoma de células escamosas], mas não para AC [adenocarcinoma cervical]. Esse achado é consistente com a hipótese de que as células glandulares são **expostas** a carcinógenos durante períodos de aumento da ectopia, a qual é menor em mulheres que fumam. Além disso, foi relatado que a nicotina estimula o crescimento de células epiteliais em mulheres saudáveis e que também estimula o crescimento de células ectocervicais imortalizadas pelo HPV. Desse modo, a falta de **exposição** aos carcinogênicos da fumaça do cigarro pela diminuição da ectopia e do aumento do crescimento das células ectocervicais pela nicotina poderiam ser responsáveis pela ausência de associação do tabagismo ao AC (ROZARIO, et al, 2019, p.10, grifo meu).

No estudo A12, cujo objetivo já foi mencionado, a renda foi um fator identificado como modificador do efeito entre exposição às áreas verdes e a presença de transtornos mentais. Assim,

[...] enquanto a população de baixa renda apresenta uma dependência maior das condições da vizinhança, em consequência da carência de oportunidades, a população de renda mais alta tem mais oportunidades de lazer e uma vizinhança em melhores condições gerais, incluindo **exposição ao verde**. Tal achado reforça o papel da **renda como modificadora de efeito na associação** entre áreas verdes e transtornos mentais (BARRETO, et al, 2019, p.7, grifo meu).

O estudo A5 teve como objetivo estimar a coocorrência dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adultos e idosos residentes nas capitais dos estados do Brasil. Entre os fatores analisados, os autores entenderam que o

[...] **comportamento** masculino é **determinante no processo saúde-doença** dos homens. Mulheres ainda costumam ter mais adesão às práticas de prevenção e promoção à saúde, além de maior procura aos serviços (FRANCISCO, et al. 2019, p.9, grifo meu)

Como último exemplo, o estudo A10 que pretendeu estimar a prevalência de sono autoavaliado como ruim e identificar os subgrupos da população mais susceptíveis ao problema, identificou que

[...] além de **a insegurança econômica gerada na ausência de trabalho** poder repercutir sobre a qualidade do sono, a **condição de trabalho em si**, ao imprimir um ritmo de atividades durante o dia, pode redundar em uma maior regularidade do sono noturno (BAROOS, et al, 2019, p.9, grifo meu)

Em todos esses exemplos, a exposição, nos estudos A4, A11 e A12; o comportamento, no estudo A5; ou a condição econômica e de trabalho, no estudo A10, foram elementos que identificaram ou representaram eventos que buscaram estabelecer mecanismos explicativos a um determinado desfecho, de modo que a condição identificada fosse atribuída a algo externo, seja ao patógeno, à nicotina, à área verde, ao comportamento ou à condição de trabalho.

Nesse modelo, para conectar um determinado fenômeno ou fator causal com outro fenômeno, o que se realiza é a aplicação de testes matemáticos. Isso pode ser realizado sob a forma de um mapa de contingências, como um sistema de correlações que pode ser uma regressão de diversos tipos, ou ainda como uma prova de análise fatorial, quando se deseja formar pacotes de variáveis. Assim, a partir dos resultados, os autores podem examinar se esses fatores estão associados ou não (BREILH, 2006, p.83).

A identificação desse raciocínio epidemiológico aplicado tanto aos estudos de doenças transmissíveis quanto aos estudos de doenças crônico-degenerativas, como exemplificado nos estudos A11, A12, A5 e A10 é uma permanência do modelo de multicausalidade (BARATA, 1997).

De acordo com Barata (1997), mesmo com as transições demográfica e epidemiológica ocorridas no Brasil, o modelo da multicausalidade permaneceu como central nas análises epidemiológicas, sendo ajustado a esse novo conjunto de problemas. Se por um lado os agentes etiológicos específicos não se adequam aos estudos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em compensação, foram adotados amplos fatores comportamentais, ambientais e de herança familiar para realizar as análises de associação e causalidade dos eventos característicos do atual perfil epidemiológico. Consequentemente, houve a necessidade de desenvolver estratégias de

investigação e técnicas para aprimorar as análises de dados com a finalidade de compreender as relações entre os fatores de risco das DCNT, além de servir como fortalecimento das “evidências encontradas”, do controle das fontes de erro e aumento da confiabilidade científica e da validade interna e externa dos resultados (BARATA, 1997).

Expressão disso é a utilização de métodos estatísticos robustos, como a regressão logística adotada nos estudos A1, A2, A3, A5, A6, A11, A12, A14, A16, A17, A24, A25 e A26, e regressão de Poisson utilizada nos estudos A4, A7, A10, A13, A19, A20, A23, A27 e A28. Todavia, mesmo com os avanços no desenvolvimento técnico e metodológico das investigações epidemiológicas, a literatura científica da epidemiologia crítica aponta fragilidades na compreensão dos processos que geram os problemas identificados por esses estudos (BARATA, 1997; BREILH, 2006; ALMEIDA-FILHO, 2009).

Para esses autores, o modelo adotado pela epidemiologia com ênfase em associações estatísticas, nos que são embasados em modelos de multicausalidade, o social passa por um processo de fragmentação em um conjunto de fatores, de modo que a organização social, as características grupais e individuais sejam reduzidas a fatores de risco (BARATA, 1997; BREILH, 2006; BORGUI, OLIVEIRA, SEVALHO, 2018).

As justificativas do isolamento dos fatores costumam ser fundamentada no argumento de que os aspectos da vida social precisam ser categorizados em fatos observáveis, de modo que seja possível realizar um manejo empírico desses aspectos sob a condição de variáveis. Com isso, essas variáveis podem assumir um estatuto de causas, “enquanto as relações probabilísticas que vinculam essas 'causas' à doença assumem o estatuto de leis científicas” (BARATA, 1997, p.41).

Além disso, Breilh (2006) assinala ainda que a ideia de risco, ao unir essas partes fragmentadas por meio das ferramentas estatísticas em uma conjunção de causa e efeito ou de exame de probabilidade, tem como consequência a demarcação ou culpabilização de uma causa ou fator específico ou de um conjunto de fatores pela geração da doença. Nesse modelo, o sistema social com seus processos generativos e de reprodução social não seriam contemplados nessas pesquisas (BREILH, 2006). Como efeito, há uma priorização da descrição dos eventos e da associação estatística

entre as variáveis em detrimento da compreensão das formas de movimento dos processos sociais e de suas contradições (BARATA, 1997; BREILH, 2006; BORGUI, OLIVEIRA, SEVALHO, 2018).

Em decorrência dessa fragmentação e com a complexidade da vida social e do aperfeiçoamento metodológico da epidemiologia tradicional, pautada em fatores de risco, há uma lista de fatores de risco para cada doença cada vez maior, além de uma perspectiva de análise fragmentada do problema de estudo (BARATA, 1997; BREILH, 2006). Dessa maneira, a dinamicidade que evidencia o quadro de determinação social da saúde fica fragilizada, quando não excluída (BORGUI, OLIVEIRA, SEVALHO, 2018).

Além dessas explicações, alguns autores dos estudos analisados também argumentam que a desigualdade é decorrente da ausência de acesso aos serviços de saúde e de outros equipamentos sociais. Ademais, para esses autores, as desigualdades também podem decorrer do diferente nível de desenvolvimento tecnológico nas diferentes regiões analisadas.

Essas desigualdades no acesso podem ser resultado tanto da incapacidade dos indivíduos de acessarem os serviços ou procedimentos de saúde e/ou pela organização dos próprios serviços de saúde. Abaixo são destacados alguns exemplos.

O estudo A6, que teve como objetivo analisar fatores associados à adequação de seguimento ambulatorial de crianças notificadas com Sífilis Congênita (SC), embora não tenha utilizado nenhum conceito de desigualdade, identificou, por meio das análises estatísticas, que as crianças cujas mães eram solteiras apresentaram 1,9 vezes mais chances de ter seguimento inadequado, do que as que tinham mães casadas ou em união estável. Na análise de regressão logística multivariada, as variáveis associadas com o não seguimento adequado foram: ter mais de uma gestação, não ter realizado radiografia de ossos longos e ter resultado do hemograma alterado. Vale destacar que nesse estudo, as características sociodemográficas analisadas foram: faixa etária, estado civil e anos de estudo. As variáveis gestacionais foram: realização do pré-natal, número de consultas, trimestre do início do pré-natal, número de gestações, momento do diagnóstico, realização do tratamento materno, tratamento do parceiro e coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Já as variáveis relacionadas às crianças foram: classificação do

peso conforme a idade gestacional, idade gestacional ao nascimento, titulação do *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) ao nascer, presença de sinais e sintomas e resultado do hemograma, do Líquido Cefalorraquidiano (LCR) e da radiografia de ossos longos (CAVALCANTE, et al, 2019).

Tendo em vista esse cenário, as sugestões estabelecidas pelos autores como possibilidade de intervenção seguiram os seguintes raciocínios:

A baixa adesão ao seguimento poderia ser minimizada se os profissionais de saúde, tanto na ocasião da alta hospitalar como no momento do comparecimento da criança à primeira consulta, **tivessem o cuidado de orientar as mães acerca de sua importância, reforçando o comparecimento às consultas subsequentes**, especialmente no caso da SC, em que a maioria das crianças nasce assintomática (CAVALCANTE, et al, 2019, p.8, grifo meu).

[...] necessidade de refletir acerca da **organização da rede de atenção à saúde**, especialmente no que diz respeito à definição dos locais apropriados para acompanhar as crianças com SC após a alta hospitalar. Faz-se necessário **definir o papel da atenção primária nesse processo, bem como sensibilizar e capacitar os profissionais nesse nível de atenção** (CAVALCANTE, et al, 2019, p.8, grifo meu).

O estudo A9, pretendeu analisar a concepção de jovens que vivem com HIV, quanto à prevenção da infecção por esse vírus. Esse corresponde ao único estudo selecionado que não teve como proposição realizar uma análise epidemiológica, valorizando a narrativa de 39 jovens por meio de entrevistas. Entre os entrevistados, 82% possuía renda familiar menor ou igual a cinco salários mínimos. Mais da metade dos participantes possuíam atraso escolar maior do que dois anos e 66,6% se autodeclaravam como negros. Ademais, para homens, as situações de vulnerabilidade identificadas entre os usuários foram a sujeição sexual, a homofobia e a exploração sexual comercial. As autoras destacam que 75% deles eram homossexuais e 25% heterossexuais. Para as mulheres, os contextos de vulnerabilidade identificados pelos autores foram situações de violência, a baixa idade da iniciação sexual e o contágio pelo HIV por parceiros sexuais fixos (TAQUETTE, SOUZA, 2019).

A percepção dos jovens foi dividida em três dimensões de análise: individual, social e programática. A partir da análise das entrevistas e da discussão do conteúdo encontrado, as autoras concluem que

[...] a **distribuição de preservativos** de forma desburocratizada, confidencial e em larga escala; e **estratégias de educação em sexualidade** nas escolas mais eficazes e permanentes, incluindo a família, iniciando precocemente e ministradas em linguagem que o jovem entenda, mostrando como é a vida de quem tem Aids (TAQUETTE, SOUZA, 2019, p.8, grifo meu).

Outras políticas preventivas e serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva devem ser empregados, principalmente para os grupos de maior vulnerabilidade social, além de **campanhas governamentais permanentes** (TAQUETTE, SOUZA, 2019, p.8, grifo meu).

No estudo A13, que avaliou os fatores associados com a testagem para HIV e sífilis durante a gravidez, foi identificado que a baixa escolaridade e a participação em programas de transferência de renda foram associadas com a baixa cobertura de sífilis durante o pré-natal. Quanto à cobertura do teste de HIV, o fator de risco identificado foi ser participante do programa de transferência de renda (FREITAS, et al, 2019).

In Brazil, **structural problems in diagnostic support services and delays in result returning** seem to be the main limitations for achieving 100% coverage of pregnant women for VDRL and HIV tests (FREITAS, et al, 2019, p.7, grifo meu)

Some weaknesses have been pointed out by the Ministry of Health, among which are: **the increase in the discovery of cases due to the availability of rapid care tests; penicillin shortages; the reference to other levels attention by of the almost half of primary health care units, thus losing patient for not treating** (FREITAS, et al, 2019, p.7, grifo meu)

Como último exemplo, o estudo A16, que objetivou identificar fatores associados à adequação do pré-natal, identificou que “mulheres com condições socioeconômicas, reprodutivas e de morbidade favoráveis apresentaram maior percentual de adequação do pré-natal” (SILVA et al, 2019, p.11). Os autores salientam ainda que entre essas características o pré-natal inadequado se expressa especialmente nas mulheres em maior vulnerabilidade socioeconômica (SILVA et al, 2019).

Um achado que merece atenção é a **pequena parcela de mulheres que realizaram os exames laboratoriais**, como observado em outros estudos. A **realização dos exames no período gestacional** é de fundamental importância na prevenção de possíveis agravos que possam ser previamente solucionados no pré-natal. Polgliane et al. apontam diversas dificuldades potenciais que justificam essa baixa prevalência, decorrente principalmente da **organização dos serviços de saúde, incluindo dificuldades de agendamento do exame, falta de insumos para a sua realização e não funcionamento dos equipamentos**. Esses agravos dificultam o tempo adequado de retorno dos resultados para intervenções necessárias (SILVA et al, 2019, p.10, grifo meu).

[...] no que se refere às condições socioeconômicas, deve ser reforçada a **construção de políticas públicas** voltadas para redução das iniquidades que também norteiam a **assistência ao pré-natal**. Quanto aos aspectos reprodutivos, **a equipe de saúde deve ampliar a captação das gestantes, flexibilizando os horários das consultas para que as mães com maior número de filhos também tenham o pré-natal de forma adequada**(SILVA et al, 2019, p.11, grifo meu).

Em todos os exemplos citados, tanto as explicações quanto as sugestões de enfrentamento para a redução das desigualdades foram pautadas no acesso a insumos e aos serviços de saúde, na organização da rede serviços de saúde e no aperfeiçoamento processos de trabalho das equipes cuidadoras. Tal argumentação enfatiza a compreensão de um arranjo institucional, voltado para dentro dos serviços de saúde. Assim, a lógica da reprodução social que determina os modos de vida da população fica descolada da análise realizada nesses estudos. Quando há proposições de construção de políticas públicas para reduzir as iniquidades, elas são desenvolvidas de modo genérico, como um elemento que pudesse corrigir um fator externo, como ocorre no segundo exemplo dos estudos A9 e A16.

Tais resultados dialogam com as considerações de Osmo e Schraiber (2015), quando apontam que “o âmbito do social foi progressivamente silenciado, no campo da saúde, pelo discurso biomédico” (OSMO, SCHRAIBER, 2015, p.215). Assim, o social passa a ser incorporado como um elemento secundário no processo saúde-doença. Aspecto emblemático para a Saúde Coletiva, que teve o resgate do social como uma das suas principais propostas para compreender o processo saúde-doença (OSMO, SCHRAIBER, 2015).

Esse apontamento pode ser reflexo das orientações da CNDSS. De acordo com Nogueira (2009) e Borgui, Oliveira e Sevalho (2018), o relatório da CNSS assume o social como um fator independente das outras dimensões da vida e não como algo que englobe as dimensões biológica, ambiental e genética do processo saúde-doença. Dessa maneira, o conhecimento epidemiológico, construído com base nessa perspectiva, reduz a compreensão dos eventos de saúde à identificação de variáveis e sua correlação. Consequentemente, o social passa a ser entendimento em um único plano: o plano empírico dos fenômenos observáveis (BREILH, 2006).

Assim os papéis da estrutura social e das condições de vida são negligenciados ou analisados de modo superficial, de modo que a dimensão coletiva da saúde tenha passado a distinguir de um lado, grupos populacionais tomando por base características demográficas, e do outro lado, as variáveis morfofuncionais orgânicas (OSMO, SCHRAIBER, 2015, p. 215).

Esse raciocínio repercute nas proposições estabelecidas pelos autores dos artigos selecionados, de modo que as estratégias que tenham como objetivo reduzir os efeitos dos fatores de risco e que incidam nas escolhas dos estilos de vida da população sejam enfatizadas em uns (A5, A10, A17, A19, A20, A21 e A26) e as que visem a ampliação do acesso a serviços, procedimentos, insumos e políticas públicas sejam mais marcadas em outros (A1, A2, A3, A4, A13, A15, A16, A20, A18, A24, A25 e A27).

Entre esses estudos, há aqueles que reconhecem os determinantes estruturais e intermediários do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) adotado pela CNDSS. O artigo A27, por exemplo, teve como objetivo realizar uma descrição da prevalência do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pessoas em situação de rua, além de realizar associações entre as condições de saúde bucal e os fatores sociodemográficos dessa população. Nos resultados, os autores identificaram que não houve associação entre impacto negativo no desempenho diário da população em situação de rua e a maior parte das variáveis clínicas analisadas (cárie dentária e uso e necessidade de próteses em ambas as arcadas) (LAWDER et al, 2019). Entre elas, apenas a necessidade de prótese superior teve associação com o desfecho, considerando que a ausência da associação com as demais variáveis clínicas é resultado da extrema vulnerabilidade do modo de vida desse grupo populacional, como a passagem a seguir demonstra:

[...] a não associação do impacto negativo com as demais variáveis clínicas (condição de cárie, uso de prótese e necessidade de prótese inferior) pode ser devido às características do grupo estudado. A situação de rua gera constantemente desafios de alta complexidade e requer luta pela sobrevivência, os quais comprometem a saúde e outros aspectos da vida dos indivíduos, sendo a saúde bucal apenas um deles. Assim, diferente do que é geralmente observado na população em geral, a precária condição bucal vivenciada por eles, como o alto percentual de dentes com cárie não tratada e a perda dentária, pode não afetar substancialmente o seu desempenho diário. Da mesma forma, os fatores sociodemográficos individuais estudados não influenciaram na prevalência do impacto (LAWDER et al, 2019, p.7)

Vale destacar que nessa passagem há uma compreensão de que os modos de vida dessa população determinam as suas condições de saúde e os seus padrões de adoecimento. Com essa compreensão, os autores realizam proposições focadas no arranjo organizacional dos serviços de saúde, no acesso ao tratamento e em ações de promoção à saúde, como demonstrado nas passagens a seguir:

[...] importância de **aprimorar a atenção à saúde da população em situação de rua** e dar **respostas às necessidades de saúde bucal percebidas por esse grupo extremamente desfavorecido**, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e o restabelecimento da sua dignidade. **Facilitar vias de acesso ao tratamento e capacitar as equipes de saúde bucal para o atendimento adequado a esses pacientes são medidas essenciais**(LAWDER et al, 2019, p.9, grifo meu).

Considerando que a necessidade de prótese superior foi o principal fator relacionado ao impacto negativo no desempenho diário da população em situação de rua do presente estudo, **o cuidado odontológico deve ir além das extrações dentárias e alívio da dor e incluir a reabilitação protética**. Além do **atendimento às necessidades existentes** e percebidas por essas pessoas, estratégias mais amplas de **promoção de saúde** podem contribuir para a manutenção da saúde bucal na população em geral (LAWDER et al, 2019, p.9, grifo meu).

Algo semelhante ocorre no estudo A3, que pretendeu avaliar a associação do fracasso escolar com as condições sociais e aspectos da saúde bucal de adolescentes no Brasil. Nesse artigo, os autores identificaram que “idade, sexo e cor da pele dos adolescentes foram características demográficas que permaneceram associadas ao fracasso escolar” (CUNHA, et al, 2019, p.3).

Desse modo, os autores citam referências que propõem alterações organizacionais quanto ao enfrentamento do estigma racial e de adaptação institucional que promova a permanência de adolescentes após o parto, como os destaques a seguir mostram:

Evidences from Brazil and international assessments have demonstrated that there were inequalities among the white, black and mixed populations with regard to school failure, which was also observed in the present study. According to Bécares et al. (2015), the unsatisfactory school performance among adolescents of racial minorities goes beyond economic differences, in that school performance in these groups is mainly threatened by negative stereotypes. The authors strongly recommended **combating racial discrimination** as a tool for improving the success of equality in school (CUNHA, et al, 2019, p.7, grifo meu).

Sex was another variable associated with school failure [...] **in the first months after childbirth, the school setting has to be adapted**, by developing a differentiated schedule or creating

strategies that make it easier for the young mothers to take care of their babies (CUNHA, et al, 2019, p.7, grifo meu).

Em ambos os exemplos, a dimensão social é reiterada pela lógica do acesso, de modo que o acesso seja compreendido como resposta fundamental aos determinantes sociais da saúde identificados nos estudos. Nesses artigos, o social não assume simplesmente um lugar secundarizado, mas é admitido por meio da noção de acesso, seja pela necessidade de incluir uma determinada população em uma agenda de serviços e ações, como no estudo A27, ou de garantir a permanência de grupos populacionais, como a população negra e de jovens mulheres gestantes e/ou com filhos, como no artigo A3. Desse modo, a noção de acesso empregada pelos estudos adota o direito social primordialmente em sua dimensão positiva, de modo que o acesso seja entendido como a principal ferramenta no enfrentamento das desigualdades em saúde (IANNI, 2018).

Ademais, mesmo que estes estudos reconheçam os determinantes estruturais e intermediários do modelo citado, a abordagem quanto a eles acontece sem que ocorra o estabelecimento de um nexos histórico entre as dimensões da vida, enfraquecendo a compreensão do conteúdo político do processo saúde-doença (FLEURY-TEIXEIRA, BRONZO, 2010, ROCHA, DAVID, 2015).

Exceção ocorre no estudo A14, o único entre os 28 artigos analisados que fundamenta a discussão dos resultados em bases mais próximas do modelo de determinação social da saúde. Esse artigo teve como objetivo avaliar a adesão de gestantes às medidas de proteção individual contra picadas de mosquitos e investigar os fatores associados com a não adoção das medidas (MELO, SILVA, CORTE, 2019).

Os autores do estudo identificaram que entre as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde,

[...] o uso de mosquiteiros foi a mais utilizada por gestantes residentes na zona rural e de baixa escolaridade, enquanto os repelentes foram mais utilizados por mulheres da zona urbana e com maior tempo de estudo. Mulheres com situação socioeconômica vulnerável apresentaram risco 2,4 vezes maior de não utilizar telas em suas residências, 1,9 vezes maior de não mudar o modo de se vestir e 2,5 vezes maior de não usar repelentes do que gestantes em melhores condições econômicas (MELO, SILVA, CORTE, 2019, p.1).

Embora o artigo tenha como objetivo central a análise da adoção de medidas individuais como estratégias de prevenção às picadas de mosquitos, a argumentação desenvolvida a partir dos resultados obtidos pelos modelos estatísticos incorporaram a dimensão coletiva da produção da desigualdade identificada no estudo. Assim, as características sociodemográficas associadas com a utilização ou não utilização de ações individuais não reforçaram as escolhas individuais das mulheres analisadas como resultado exclusivamente de sua vontade, mas como padrões determinados estruturalmente pelas condições climáticas, econômicas, de gênero e de renda (MELO, SILVA, CORTE, 2019).

Nesse estudo, não houve o privilégio da descrição das variáveis e nem de uma resposta relativa ao acesso à serviços, procedimentos ou insumos. O destaque recaiu sobre a análise da relação entre as ações individuais e a organização social em âmbito coletivo, como exemplificado na passagem a seguir:

A orientação principal para o combate ao ZIKV no Brasil focou-se no vetor como responsável pela doença e não o vírus. Assim, todas as ações foram direcionadas para a eliminação do mosquito como um inimigo personificado cuja eliminação solucionaria o problema, havendo mobilização das forças armadas e mutirões de cooperação e educação da população. **No entanto, considerando que a infestação por *Ae. aegypti* tem se mostrado fortemente relacionada a questões envolvendo saneamento básico, principalmente ao abastecimento de água potável, estratégias de controle vetorial desconectadas do enfrentamento dos desafios sociais podem não ser a solução sustentável em longo prazo** (MELO, SILVA, CORTE, 2019, p.10, grifo meu).

Ao criticar a identificação do mosquito como o inimigo da saúde pública e endossar que medidas descoladas do enfrentamento dos desafios sociais não são sustentáveis, os autores pontuam os mesmos aspectos que Ventura (2016), quando afirma que a guerra contra o mosquito não pode ocultar os outros “inimigos” da saúde pública, como os cortes orçamentários na área social, a falta de priorização dos investimentos em saneamento básico e o enfraquecimento do SUS (VENTURA, 2016). Como exemplificado no fragmento a seguir, os autores afirmam que a necessidade da adoção de medidas individuais decorre do fracasso das ações coletivas e ressaltam a seletividade quanto ao público responsabilizado pela prevenção individual:

As falhas na implantação de ações coletivas efetivas levaram à necessidade da adoção de medidas de proteção individual, e o custo recaiu especialmente na população feminina. As imagens

de crianças afetadas por microcefalia fizeram das mulheres (especialmente as grávidas) o público-alvo das campanhas. **Coube às mulheres a responsabilidade pela adoção de medidas preventivas contra a zika, enquanto o apelo à participação masculina, se houve, foi minimizado no processo.** Assim, o peso da responsabilidade foi colocado sobre as mulheres, em especial as de baixa renda, de quem foi esperada a adoção de medidas preventivas individuais e a procrastinação da gravidez (MELO, SILVA, CORTE, 2019, p.10, grifo meu).

Os autores destacam ainda que as condições da epidemia de ZIKV possibilitou que o mercado produzisse e comercializasse diversos produtos para o controle e prevenção do mosquito. Tal cenário, facilitado pela responsabilização dos indivíduos sobre sua própria prevenção e do estabelecimento do vetor como raiz do problema, é decorrente do enfoque de uma redução da complexidade das relações sociais, como destacado anteriormente.

Para autores como López-Arellano, Escudero e Carmona (2008) e Borgui, Oliveira e Sevalho (2018), o enfoque nas explicações pautadas nos determinantes sociais da saúde não problematizam que as desigualdades sociais em saúde também são produzidas pelo sistema capitalista, de modo que essa perspectiva de produção de ciência não se abstenha da defesa da economia de mercado. Assumem, portanto, que a noção de determinantes sociais da saúde se vincula a uma agenda neoliberal e a rara explicitação do arcabouço teórico que fundamenta a construção das pesquisas pautadas nesse modelo serve de “tapume diante das forças motrizes da organização e estrutura social e sustenta intervenções pontuais, conservadoras e desarticuladas” (BORGUI, OLIVEIRA, SEVALHO, 2018, p. 886).

Em diálogo com essa análise crítica, o estudo A14, diferente dos outros artigos apontados, não entende que as raízes dos problemas pesquisados sejam os fatores de risco, a ausência de acesso, o baixo desenvolvimento tecnológico ou a condição de saúde de uma determinada população, mas sim as questões coletivas que produzem as iniquidades, como destacado nos dois trechos a seguir:

A epidemia de ZIKV foi uma tragédia que atingiu majoritariamente mulheres de situação socioeconômica mais baixa. Em um período de profunda recessão econômica do país, a situação financeira das gestantes influenciou no uso das medidas de proteção individual, desde o custo dos repelentes, gastos com vestimentas, inseticidas e outros recursos até a dificuldade de locomoção para as unidades de saúde, em especial na zona rural. Entretanto, **as medidas de**

proteção coletiva, raiz do problema, continuam sendo negligenciadas, e a população sendo responsabilizada pela redução das doenças de transmissão vetorial (MELO, SILVA, CORTE, 2019, p.10, grifo meu).

Portanto, o controle de vetores como o *Ae. aegypti* e a utilização de medidas de proteção individual são apenas algumas das possíveis estratégias a considerar ao lidar com o ZIKV e sua relação com o nascimento de bebês com síndrome congênita do zika vírus. Uma das mais importantes lições tiradas desse fenômeno é que **a iniquidade social é um fator subjacente para o surgimento da doença e talvez o maior obstáculo para sua eliminação** (MELO, SILVA, CORTE, 2019, p.10, grifo meu).

A discussão dos resultados realizada até aqui é similar com o que Santos e Gerhardt identificaram em uma pesquisa realizada em 2008, quando analisaram a abordagem e a operacionalização sobre desigualdades sociais e em saúde nos artigos científicos produzidos após a criação do SUS. Naquele momento, os autores identificaram que os resultados dos estudos apontavam a tendência em abordar o tema saúde por meio da questão socioeconômica, relacionando-o com a ocorrência de morbidades ou eventos específicos dentro de uma concepção do processo saúde-doença em que a saúde é vista predominantemente por uma lógica positivista. Além disso, argumentaram que o entendimento das desigualdades pelo conceito de exposição a fatores de risco adota uma concepção de desigualdade de saúde baseada em indicadores que refletem a concepção biomédica, associada exclusivamente com a mensuração da morbidade ou da probabilidade de sua ocorrência (SANTOS, GERHARDT, 2008).

Complementarmente, de acordo com Filho e Guzzo (2009), o pensamento liberal oculta as origens das mazelas sociais, ao passo que faz com que os sujeitos se enxerguem apenas como espectadores da realidade. Para os autores, esse processo é conveniente com a responsabilização dos indivíduos pelo seu sucesso ou pelo seu fracasso. Assim, o resultado dessa corrente de pensamento acarretaria em uma estratégia de individualização e culpabilização dos sujeitos por sua situação e lugar no mundo, além servir como justificativa para as desigualdades sociais. Justificativa essa, que segundo os autores, representa a perda do sentido histórico das desigualdades sociais (FILHO, GUZZO, 2009).

Em consonância, o enfoque sobre os determinantes sociais utilizados pela epidemiologia na maior parte dos artigos analisados nessa dissertação,

objetivaram, primordialmente, a identificação de correlações entre variáveis e eventos de morbimortalidade na população, diferentemente do que se pretendia nos anos de 1970 e 1980, quando se buscava uma perspectiva explicativa mais ampla do processo saúde-doença (ROCHA, DAVID, 2015).

Esse deslocamento das grandes questões que mobilizaram a Reforma Sanitária, como a democracia, o papel do Estado e as dimensões estruturais do processo saúde-doença, para questões de caráter mais pragmático e tecnicista é identificado por Amelia Cohn (2009) tanto na produção acadêmica quanto não acadêmica do campo da Saúde Coletiva, quando a autora realiza uma reflexão sobre a Reforma Sanitária após 20 anos de criação do SUS.

A partir dessa análise, a autora considera que essa mudança acarretou na perda do caráter reflexivo da produção do campo da Saúde Coletiva, que acabou subsumida por uma visão tecnicista da implantação e implementação do SUS (COHN, 2009). Assim, embora a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha representado um importante avanço, resultado da dimensão prática dos desdobramentos políticos do movimento do campo da Saúde Coletiva, impulsionado pela Reforma Sanitária brasileira, a sua operacionalização foi pautada majoritariamente pela perspectiva neoliberal que vigorou no final dos anos 1990 no país e com a contrarreforma do Estado, que limitaram os recursos e promoveram a focalização das políticas sociais (STOTZ, ARAÚJO, 2004; COHN, 2009).

Em decorrência disso, Cohn (2009) argumenta que houve uma tendência de utilizar conceitos com conteúdos distintos como sinônimos, como:

[...] (i) universalização: confundido como simples expansão de oferta; (ii) acesso e acessibilidade: ambos confundidos como oferta de serviços; (iii) acesso: também confundido como cobertura e oferta de serviços; (iv) gestão: confundido como gerência de serviços, enquanto aquele se refere ao conteúdo da gerência, e esta à dimensão administrativa propriamente dita; (v) controle social e participação social: sem diferenciar controle da sociedade e promoção e fortalecimento de novos espaços públicos para a criação de novos sujeitos sociais” (COHN, 2009, p.1615)

Aqui, com base nas análises realizadas até o momento, é possível acrescentar a confusão conceitual entre: 1) diversidade, desigualdade, diferença, distinção, iniquidade, inequidade e equidade; e 2) determinantes sociais da saúde e determinação social da saúde.

Para Borgui, Oliveira e Sevalho (2018), a supressão e o silenciamento desses conceitos serve como processo de invisibilização e exclusão da problemática teórica e política que eles representam. Assim, a configuração desses conceitos no marco discursivo neoliberal acaba por naturalizar esses conceitos, outrora críticos (Borgui, Oliveira, Sevalho, 2018).

CAPÍTULO 4. RAÍZES DAS DESIGUALDADES: A IMPORTÂNCIA DA HISTORICIDADE PARA A SUA COMPREENSÃO.

Com a consolidação do campo da Saúde Coletiva nas décadas de 1970 e 1980, a história foi incorporada como disciplina constituinte do movimento das ciências humanas e sociais em saúde (HOCHMAN, 2020). A sua incorporação pela Saúde Coletiva tem sido diversa, recorrendo a demandas pela compreensão do espaço/tempo de seus processos, para conferir legitimidade ao presente, “celebrar conquistas, reforçar identidades profissionais, relembrar eventos e perscrutar marcos do passado com o intento de dar sentido às narrativas do presente e proposições de futuro” (HOCHMAN, 2020, p.2).

Hochman (2020) afirma que outros campos disciplinares se interseccionam com a história utilizando dispositivos metodológicos das histórias de vida e história oral, análise de políticas públicas e análise comparada, como as ciências sociais, a psiquiatria, a educação, a nutrição, a enfermagem, entre outras. Destaca ainda que há um esforço por parte da história em transformar o tempo presente em histórico. Nesse sentido, Mota e Marques (2018) enfatizam que a história do tempo presente, diante dos problemas contemporâneos, tem sido utilizada com diversas finalidades, na compreensão do sofrimento humano, da ruptura social vivenciada por sujeitos, de catástrofes naturais, na conformação de campos de conhecimento, na formação de profissionais e de políticas, entre outros.

Considerando os diversos sentidos que a história pode assumir no campo da saúde, Breilh (2013) sinaliza que ela, quando fundamentada nos paradigmas positivista e racionalista, sofre limitações na construção da complexidade do processo saúde-doença por conta do seu objetivismo e subjetivismo, respectivamente. Para o autor, esses modelos interpretativos realizam uma distinção de modo a segmentar a saúde como objeto, saúde como conceito e saúde como prática. Assim, para além de pensar e historicizar esses três elementos separadamente, tais estudos resultariam em uma historiografia descritiva e individual.

De um lado, o positivismo fragmentaria a saúde e assumiria o causalismo como uma lógica absoluta, de modo que o trabalho histórico fosse

reduzido a contar a história de causas e efeitos, a história das personalidades individuais e de suas reflexões e da história das práticas e instituições que atuaram em causas específicas e/ou dos fundadores que eles os criaram. Por outro lado, o racionalismo teria como resultado o enfoque na história das teorias, na história personalidades individuais que construíram essas teorias e na história das práticas e instituições que atuaram com essas teorias. Com tais colocações, Breilh (2013) enfatiza que os pensamentos positivista e racionalista hegemonizaram conceitos, políticas e práticas de saúde, além de influenciar a construção das ciências em saúde, de modo que a história não escapou desse processo.

Como alternativa, a noção de determinação social da saúde poderia promover um rompimento com o modelo histórico liberal, de modo que a Saúde Coletiva pudesse adotar as ciências humanas e sociais como base na análise das relações de poder e das desigualdades em saúde (BREILH, 2006; BREILH; 2013; IANNI, 2018).

Sob essa perspectiva, a saúde seria compreendida enquanto um processo complexo e multidimensional pela perspectiva da história da saúde, de modo a adotar uma tríplice perspectiva analítica:

a) A história da saúde como campo de prática dos atores individuais e coletivos que impactam a saúde; b) A história da saúde como fato objetivo, como condição dos casos coletivos e individuais emblemáticos; e c) A história da saúde como uma história dos pensamentos e obras dos indivíduos (BREILH, 2013, p.5).

Tal perspectiva ganha maior força nas décadas de 1970 e 1980, quando novas dimensões de análise foram incorporadas ao campo da Saúde Coletiva por meio da historiografia, proporcionando um refinamento da “perspectiva de análise acerca de questões de classes e categorias sociais, de raça e de gênero, entre outras” (BENCHIMOL, 2003, p.109 apud MOTA, MARQUES, 2018, p.16).

É justamente a dimensão crítica da história que fez com que ela fosse considerada fundamental, entre outras disciplinas, para compreender a complexidade dos processos saúde-doença e das formas de organizar as práticas de saúde (MOTA, MARQUES, 2018). Nesse sentido, a perspectiva histórica pode proporcionar uma maior compreensão das particularidades das

escolhas de questões da abordagem científica, bem como das concepções metodológicas com que é exercida (MOTA, MARQUES, 2018).

O próprio estudo sobre a Reforma Sanitária Brasileira tem sido considerado como conteúdo essencial da história da saúde no Brasil, mesmo que a tendência dessa história, na formação de profissionais da saúde, produza maior visibilidade para as trajetórias normativas e institucionais das políticas do que para as escolhas políticas que o movimento sanitário realizou (CARNUT, MENDES, MARQUES, 2020). p.134

Como alternativa a esse caminho, Breilh (2006; 2013) propõe uma perspectiva crítica para compreender a historicidade na saúde, como possibilidade de ampliar o entendimento sobre os processos históricos que condicionam o processo saúde-doença e o modo como ele é interpretado pela ciência. Afinal, parte-se do pressuposto de que há uma reciprocidade entre o pensamento científico e as configurações sociais de vida, de modo que as preocupações teóricas e práticas dos cientistas sempre possuam algum nível de intimidade com as condições de existência social e de suas tendências em um determinado momento histórico (IANNI, 1971).

Com base nesse referencial e considerando que essa pesquisa não pretendeu analisar estudos específicos da disciplina da história na saúde, mas discutir de que modo a historicidade é abordada ou não nos estudos sobre as desigualdades em saúde, esse capítulo poderá responder ao segundo objetivo específico dessa dissertação.

4.1. As raízes da desigualdade na perspectiva da determinação social da saúde: contribuições de Jaime Breilh

Para Breilh (2006), as condições de vida são coletivamente produzidas, de modo que tais produções são constituídas e constituintes das relações sociais e de poder “que determinam a distribuição do sistema de bens dos quais depende a reprodução social” (BREILH, 2006, p.208). Assim, a produção dessas relações repercute na distribuição de processos protetores e destrutivos na saúde, de modo que o conhecimento epidemiológico, necessariamente, deva considerar as relações socioestruturais para compreender as raízes dos

problemas relativos às desigualdades em saúde (BREILH, 2006; BORGUI, OLIVEIRA e SEVALHO, 2018).

Portanto, para a determinação social da saúde na perspectiva teórica de Jaime Breilh, a raiz da desigualdade não diz respeito aos fatores de risco ou ao desenvolvimento e distribuição de serviços de saúde e tecnologia, mas sim no processo que gera tais efeitos. Considera ainda que os processos que geram as desigualdades são estabelecidos por meio das relações de poder entre diferentes grupos, de seus modos e de seus estilos de vida, de acordo com as características históricas da maneira como se estabelecem tais relações (BREILH, 2006; BORGUI, OLIVEIRA e SEVALHO, 2018).

É nesse sentido que o aspecto conceitual discutido no capítulo anterior se torna relevante para compreender as relações sociais, de modo que os conceitos de *inequidade*, *diversidade* e *desigualdade*, propostos pelo autor (2006) sejam considerados como nodais para o desenvolvimento da epidemiologia em uma perspectiva crítica, por possuírem significados distintos e por serem inter-relacionados (BREILH, 2006).

A distinção conceitual entre inequidade e desigualdade, desenvolvida por Breilh (2006), consiste em compreender a inequidade enquanto uma categoria analítica referente à essência ou à raiz do problema, processo que possibilita a concentração de poder, e a desigualdade como uma manifestação empírica da inequidade, sendo mensurável e ostensiva nos conjuntos estatísticos.

Com base nos resultados apresentados e na discussão realizada no capítulo anterior, é possível concluir que os estudos analisados na Revista de Saúde Pública, publicados em 2019, se concentraram mais nas desigualdades em saúde do que na análise da inequidade propriamente dita. Quando isso ocorre, as determinações históricas enraizadas na ordem coletiva não são analisadas.

Esse resultado dialoga com o processo de despolitização da questão da saúde e em uma primazia da abordagem estatística das desigualdades, quase naturalizada, entre diferentes grupos populacionais (BREILH, 2006; ALMEIDA-FILHO, 2009).

Não se trata de compreender que a ordem social é exclusivamente imposta por forças coletivas de modo externo e nem somente determinada por

ações e negociações entre indivíduos, sendo produto de atos contingentes do livre arbítrio. Trata-se de compreender que ela se desenvolve entre processos generativos e reprodutivos, sendo simultaneamente gênese e reprodução, como já destacado (BREILH, 2006).

A crítica estabelecida por Breilh (2006) e outros autores influenciados por ele, como Rocha e David (2015) e Borgui, Oliveira e Sevalho (2018), consiste justamente em afirmar que a epidemiologia tradicional, ao construir o objeto, os conceitos e a ação considerando exclusivamente as condutas que configuram o estilo de vida, as formas de exposição e a presença de condições mórbidas, acaba por desvincular o processo saúde-doença de suas relações determinantes e do conjunto completo da ordem social.

Essa desvinculação não é uma simples ingenuidade, mas se liga a uma operação que despoja os fenômenos de sua historicidade e de sua inserção social, o que equivale a pouco menos do que uma manobra expiatória da referida ordem social (BREILH, 2006, p.93).

Tal crítica não pretende negar a relevância dos modelos matemáticos ou de dicotomizar a ciência em um sentido descritivo, cuja preocupação consiste estritamente em realizar uma caracterização empírica, nos limites próprios do fenômeno investigado, e outro somente interpretativo, que transforma os dados empíricos em elementos ilustrativos das explanações, com níveis de generalizações que não fornecem um suporte seguro para essas análises (IANNI, 1971). A pretensão dos autores é justamente realizar o contrário, afirmando que mesmo com todo o rigor metodológico e com técnicas aperfeiçoadas nas operações empíricas, elas não podem se bastar a ponto de serem o ponto de partida ou o ponto de chegada metodológico dos estudos. Esse instrumental empírico deveria servir de base para a análise das determinações do movimento e das relações generativas (BREILH, 2006).

Portanto, quando as propriedades dos fenômenos são conectadas com a estrutura é possível identificar ou estabelecer as relações que determinam as regularidades inerentes às suas condições de manifestação (IANNI, 1971). Essa é uma dimensão de análise que, para Breilh (2006), consegue identificar o processo de concentração de poder. Por isso, a proposição da determinação social da saúde pretende romper com a ideia de fatores e adotar a perspectiva de processo, que pode se manifestar de modo distinto, conforme os

condicionamentos sociohistóricos em que se encontra a coletividade correspondente (BREILH, 2006).

Como uma possibilidade de compreender os processos que geram as desigualdades, o autor propõe o conceito de *tripla determinação social da saúde*, constituída por três fontes de inequidade: gênero, raça/etnia e classe social. Para o autor, essas três dimensões da vida compartilham uma mesma raiz germinativa, que é a acumulação de poder. Nesse sentido, a proposição aplicada pelo autor, acerca dessas três dimensões da vida, não se restringe a aspectos de diferenciação biológica ou matemática, mas de questões vinculadas à organização social.

Dessa maneira, as concepções que compreendem: a) o gênero como uma estrutura que legitima regimes de poder entre sujeitos e identidades, sendo algo tanto construído quanto desestabilizado socialmente; b) a raça enquanto categoria social que se constrói a partir da diferenciação dos fenótipos dos sujeitos e que legitima a classificação dos seres humanos, podendo gerar hierarquias valorativas entre os grupos; e c) a classe social com base no papel social que os sujeitos desempenham ao se inserirem em um sistema de produção historicamente determinado e pelo modo como se apropriam de parte da riqueza social; são capazes de compreender as raízes das desigualdades (STAVENHAGEN, 2002; BREILH, 2006; BARATA, 2009; GONÇALVES, 2017; GUIMARÃES, CABRAL, 2020).

A premissa que fundamenta a noção de tripla determinação consiste na ideia de que essas três fontes de inequidade se articulam em unidade e movimento, podendo produzir relações de dominação no nível das histórias pessoais de vida, das relações comunitárias e das instituições gerais de uma sociedade. Desse modo, a proposição das análises pautadas nesse pressuposto, pretende enfrentar a fragmentação das análises que utilizam essas categorias de modo isolado para produzir uma compreensão acerca dos movimentos e das relações dialéticas nas três esferas, como parte de uma estrutura de poder (BREILH, 2006)

O que ocorre nos artigos analisados, entretanto, é uma categorização dessas dimensões da vida. Apenas 39,9% dos artigos estabelecem diferenças entre homens e mulheres. Tal diferenciação ocorre por meio da categoria **sexo**, divididos entre masculino e feminino. Nesses estudos, essa categoria foi

utilizada como uma variável que poderia estar ou não associada ao desfecho de interesse, como discutido no capítulo anterior. Ademais, 42,9% dos estudos abordam apenas mulheres, sob temas como pré-natal, câncer de mama, tecnologia de reprodução assistida, licença-maternidade e aspectos gerais da gestação, e 3,6% exclusivamente com homens, abordando a temática de capacidade para o trabalho.

Em nenhum desses estudos há uma fundamentação teórica sobre gênero, o que pode incorrer em equívocos tanto metodológicos quanto teóricos. Nesse sentido, é válido mencionar que Olinto (1998) atenta quanto a importância de diferenciar conceitualmente a categoria sexo da de gênero, uma vez que o gênero, compreendido como eixo organizador das relações sociais, enfatiza um sistema de relações que pode ou não incluir sexo. O sexo, por outro lado, restringe-se a caracterização anátomofisiológica. Desse modo, sexo e gênero expressam objetos diferentes, de modo que, em análises epidemiológicas, realizar apenas uma troca semântica seria insuficiente e implicaria em equívocos. Para compreender o gênero ao invés do sexo, os estudos deveriam reestruturar o modelo de pesquisa (OLINTO, 1998).

Abaixo, em fragmento do artigo A7, é exemplificada a naturalização de desigualdades fundamentada em aspectos biológicos, bem como a divisão entre aspectos sociais e biológicos como independentes entre si:

A7: Although the **exact origins of sex differences are not yet well understood, the role of sex hormones**, response to stress, **psychological characteristics** (i.e. lower self-esteem and higher tendency for body shame and rumination in women), **social differences** (i.e. gender discrimination and gender inequality), and higher likelihood to experience childhood maltreatment and domestic violence are pointed out as possible explanations for the higher prevalence of mental disorders and suicide risk in women (GOMES et al., 2019, p.8, grifo meu).

Os trechos abaixo correspondem, respectivamente, aos artigos A23, A26 e A28 e exemplificam a confusão entre os conceitos de gênero e sexo nos estudos:

O quadro histórico de exclusão social e opressão das mulheres no mercado de trabalho tem colocado o sexo feminino em desvantagem salarial em relação aos homens, o que, somado à dupla-jornada de trabalho (domiciliar e extradomiciliar), tem sobrecarregado a mulher, gerando inclusive uma maior prevalência de doenças ocupacionais nesse público (RIMES, OLIVEIRA, BOCCOLINI, 2019, p.9, grifo meu).

As meninas deste estudo apresentaram mais chance de baixa resiliência na reatividade emocional[...]Pressupõe-se a partir das **discussões acerca das questões de gênero** que as meninas de ambos os grupos podem estar vivenciando situações de maior risco, que aumentam suas limitações emocionais ou as fazem reagir como uma função de autodefesa. **Ter sido vítima de abuso sexual na infância e ser criada por responsáveis com comportamento antissocial** ou algum tipo de **dependência de substâncias psicoativas** são apontados como **fatores de risco para transtornos de conduta entre meninas** (HILDEBRAND et al., 2019, p.11, grifo meu).

Ao analisar o domínio sociocultural, mais especificamente o contexto familiar, constatamos que meninas que relatavam maior número de refeições com os pais apresentavam maior chance de ser ativas. Alguns trabalhos demonstraram que fazer mais de cinco refeições por semana com a família contribui para a melhora da saúde e bem-estar das adolescentes. Entretanto, chama atenção o fato de **tal associação ter sido encontrada somente em meninas. Possíveis explicações recaem sobre diferenças de sexo relacionadas à maior sensibilidade e susceptibilidade das meninas nas relações familiares** (CONDESSA et al., 2019, p.10).

Por fim, a reflexão pautada na subjetividade como ponto de conexão entre o social e o biológico pode ser exemplificada tanto pelo trecho do artigo A26, já citado, quanto pelo fragmento do artigo A20, destacado abaixo:

Women with higher self-confidence, higher emotional stability, positive thoughts, and higher self-esteem have a higher psychological well-being when battling [...] **Since self-esteem is influenced by health perception, religious beliefs, family support, and economic levels**, it is important to note that most of the women in this study were classified as having lower income, less education, and were diagnosed with other diseases; therefore, it is possible that these characteristics affected their self-esteem and worsened their depression symptoms (BOING, et al, 2019, p.8, grifo meu).

Os estudos que adotaram a dimensão de raça corresponderam a 53,6% do total dos artigos analisados. Neles, essa categoria foi estabelecida a partir da cor da pele. No conjunto total dos artigos, o critério de categorização esteve de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), definido em: brancos, pretos, pardos, amarelos e indígenas. Entretanto, o processo de racialização¹⁶, entendido como elemento que atribui certas características e comportamentos a um determinado grupo racial não foi abordado em nenhum dos estudos.

¹⁶ A racialização pode ser compreendida como uma ferramenta que se constitui a partir da atribuição a certas características e comportamentos a um determinado grupo. Ocorre quando o olhar recai para uma coletividade definida pela raça, ao invés de recair para o sujeito, de modo que o grupo sobreponha o indivíduo, acarretando no estabelecimento hierarquia entre grupos racializados e na desumanização dos sujeitos por meio da subtração de sua singularidade (GONÇALVES, 2017).

Nos artigos A1, A3, A7, A11, A13, A23, A24, A25 e A27, os sujeitos foram agrupados em brancos e não brancos. Nos estudos A15 e A19, o agrupamento ocorreu baseado na divisão entre brancos, pretos e pardos. No estudo A5, a categorização foi estabelecida em brancos, pardos, pretos e outros. No estudo A4, o agrupamento ocorreu entre brancos, pretos e pardos/amarelos/indígenas. Por fim, no estudo A28, os autores optaram por manter a análise em brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas, sem realizar um agrupamento.

Na maior parte desses artigos, a categoria raça foi utilizada para aludir os fatores sociodemográficos e, em alguns casos, como proxy do nível socioeconômico (A13), como será demonstrado, a partir de um fragmento retirado de um dos artigos, mais a frente. Entretanto, em nenhum desses estudos o uso da raça foi articulado com uma justificativa teórica que pudesse explicar os fenômenos estudados.

Esse é um aspecto que pode repercutir em um enfraquecimento da expressão das desigualdades raciais, uma vez que é justamente o significado social, e não biológico, que torna a raça um conceito analítico útil (LAGUARDIA, 2004). Ademais, a ausência de um embasamento teórico que fundamente o uso da raça pode gerar interpretações ambíguas e em equívocos de operacionalização dessa dimensão de análise nos estudos epidemiológicos. Por isso, para Laguardia (2004), é necessário que haja um cuidado por parte dos cientistas na compreensão das estruturas sociais sob as quais a raça se apoia, uma vez que tal cuidado poderia reduzir os erros de mensuração e a obtenção de coeficientes enviesados. Quando tal cautela não é utilizada, são potencializadas as possibilidades de reduzir a capacidade analítica e explicativa que a raça pode ter sobre as desigualdades, além de acarretar em implicações na definição de políticas (LAGUARTA, 2004).

Os fragmentos abaixo exemplificam, respectivamente, como a raça é utilizada como explicação a um determinado dado (A1); como categoria associada ao desfecho de interesse de investigação (A9); e como apenas é citada, de modo superficial, sem qualquer explicação para o dado apresentado (A24).

The economic composition of a region and **ethnic differences** are possibly associated with the characteristics of the neighborhoods. Lower quality leisure infrastructure is found in areas with a higher

proportion of **black and low-income residents. In this study, non-white residents accounted for 13.7% of the population in the city and most of them lived in lower-income areas.** Within this context, the presence of physical activity facilities in low-income areas can minimize inequalities (MANTA et al., 2019, p.X, grifo meu).

A **cor de pele/raça materna não branca**, a ausência de companheiro, a realização de menos de seis consultas pré-natais e o uso de chupeta pela criança foram **fatores negativamente associados ao aleitamento materno exclusivo**, de forma similar a resultados de outros estudos epidemiológicos (RIMES, OLIVEIRA, BOCCOLINI, 2019, p.9, grifo meu).

ART-mothers were in general older ($p < 0.001$), had a higher level of education ($p < 0.001$) and higher family income ($p < 0.001$) than mothers who had spontaneous pregnancies. Nulliparity ($p < 0.001$), paid job during pregnancy ($p = 0.02$), and pre-pregnancy engagement in LTPA ($p = 0.008$) were more prevalent among ART-mothers. **There were no black-skin mothers at the ART group.** (SILVA et al., 2019, p.5, grifo meu).

Por sua vez, 85,7% dos estudos utilizaram alguma forma de identificar a posição econômica dos sujeitos estudados. A classificação mais utilizada foi a de nível de renda familiar, dividido em salários mínimos com diferentes critérios. Entre esses artigos, 9 deles utilizaram outras categorias como proxy da condição social ou socioeconômica dos sujeitos analisados, como demonstram as passagens dos artigos A8, A13, A19, A22 e A28, respectivamente:

Residir em moradia não própria (alugada, financiada ou outras formas de posse do imóvel) deve ser tomado como um *proxy* da condição social do policial militar (BARRETO, LINKS-KUSTERER, CARVALHO, 2019, p.6).

These variables were obtained from a questionnaire, which included: age, race, formal education level, work and participation in the Bolsa Família conditional cash transfer program. These variables are representative of these women's socioeconomic position and show how this position can affect the health service access distribution (FREITAS, et.al., 2019, p.1)

A classe econômica segundo a classificação da ABEP [Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa] levou em conta a posse de determinados bens materiais, escolaridade do(a) chefe da família e número de pessoas empregadas pela família (GONÇALVES et al., 2019, p4).

The wealth index was applied as a proxy for income, as recommended by Filmer and Pritchett [...]The wealth index was calculated using information about the assets available on households, sewage disposal facility, and schooling of the breadwinner (RINALDI, CONDE, 2019, p.3).

analisou-se o status socioeconômico por meio de um escore de bens e serviços, categorizado em tercís. Nessa abordagem, foram considerados os bens e serviços com prevalência menor que 70%

(telefone fixo, computador, acesso à internet, carro, moto, chuveiro, empregada doméstica) (CONDESSA et al., 2019, p.3).

Nesses exemplos, é possível identificar uma fratura na leitura dialética em relação à própria contradição intrínseca e necessária entre o biológico e o social, resultando na ideia de um biológico a-histórico, envolto pelo social, ao invés de uma compreensão do biológico como dimensão constantemente transformada pela ação humana (IANNI, 2018). Para Áurea Ianni (2018) essa fragmentação promoveu a permanência da dicotomia indivíduo-sociedade no campo da Saúde Coletiva, de modo que o primeiro seria o portador da biologia, enquanto que a segunda seria a portadora do social.

Nesse cenário, a autora afirma que saberes como a psicologia e a psiquiatria assumiram protagonismo no campo, estabelecendo que a relação entre o biológico e o social seria realizada na dimensão subjetiva, conectando o corpo biológico ao corpo social, por meio dos sentimentos, da percepção, dos desejos, etc. Com isso, as ciências sociais foram secundarizadas, e a contribuição teórica-epistemológica da disciplina foi enfraquecida no campo da Saúde Coletiva, resultando na atribuição de indivíduo e sociedade como autônomos entre si e conseqüentemente do biológico como apartado do social histórico (IANNI, 2018).

Por isso, a dimensão de análise do que Breilh (2006) chamou de inequidade é fundamental para, especificamente, a compreensão das desigualdades em saúde e para o campo da Saúde Coletiva, de modo geral. Isso porque, ao investigar o processo, por meio da determinação social da saúde, há a possibilidade de uma abertura teórica e epistemológica tanto para questionar a biomedicina hegemônica quanto as políticas e as práticas de saúde de modo geral, abordando o social

[...] não mais como elemento variável (trabalho, renda, escolaridade, moradia, bens de consumo, etc), fator determinante, condicionante ou até mesmo meio (o entorno, o saneamento do meio, o ambiente de trabalho, etc), mas como natureza em si (IANNI, 2018, p.343).

Vale lembrar que mesmo dentro das ciências sociais pode ocorrer um processo de ahistorização de conceitos, quando eles são elaborados e engendrados discricionariamente, como se a produção intelectual fosse independente das relações sociais de uma determinada sociedade (IANNI, 1971). Octavio Ianni (1971) cita a classe social como exemplo ao argumentar

que quando não é possível apreender como ela é produzida e como se vincula com outras classes em meio aos processos de produção e destruição do sistema que as geraram, ela é abordada como uma entidade dada, de modo que a dimensão histórica da análise é retirada da perspectiva científica.

Com base nessa argumentação, é possível afirmar que a confusão teórica e conceitual acerca das desigualdades identificada nos estudos analisados nessa dissertação, bem como as explicações para a sua produção e as sugestões de enfrentamento, utilizadas na maior parte dos estudos, ao não abrangerem a dimensão do processo generativo e de reprodução social, colaboram para a ahistorização dos conceitos utilizados. Consequentemente, ocorre uma ahistorização das próprias condições que geram essas desigualdades.

É nesse sentido que a argumentação sobre o “pensar o Brasil” é realizada no início dessa dissertação. Pensar o Brasil e refletir sobre a formação social brasileira possibilita construir e identificar os fundamentos cognitivos da compreensão das relações sociais e das disputas de poder existentes na sociedade (BASTOS, 2002).

Importante ressaltar que a ausência dessa reflexão também é um dado, de modo que não só a utilização desse repertório, mas o não uso para a construção e análise das pesquisas, possibilitam compreender os sentidos, os motivos e as motivações da produção científica.

Desse modo, a percepção de Dias (1998) quanto à noção de *raízes* presente no pensamento de Sérgio Buarque de Holanda (1936) pode ser acessada. A autora afirma que a noção de *raízes* implica na valorização dos pormenores para produzir um conhecimento a partir da desocultação de problemas e do desvendamento de ideologias. Em alusão à tal perspectiva, quando a autora afirma que a produção de conhecimento da historiografia do Império consolidava a hegemonia política das elites, com um projeto homogeneizante, disciplinador e civilizador das desigualdades herdadas da escravidão, é possível afirmar que a produção de conhecimento sobre desigualdades em saúde desvinculada da dimensão histórico-estrutural desempenha o mesmo papel.

Quando isso ocorre, as condições de existência são seccionadas de tal maneira que os comportamentos sociais são adotados como elementos

independentes e autônomos dos condicionamentos histórico-estruturais, desconfigurando a historicidade (IANNI, 1971).

Portanto, a produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva, quando desconsidera os fenômenos sociais da história, impõe obstáculos intransponíveis para o seu conhecimento. Ao se desinteressar de suas circunstâncias históricas, de modo a não se respaldar pela historicidade, a epidemiologia, assim como qualquer outra disciplina científica, se converte em uma disciplina sem memória (BREILH, 2006).

De acordo com Ianni (1971) e Breilh (2006), com a ausência de uma reflexão crítica, a ciência reifica a ordem social hegemônica vigente e se constitui enquanto técnica de realização de interesses de grupos restritos, geralmente os que detêm o poder, de modo que o papel dos pesquisadores seja pautado em

“descobrir” as múltiplas pequenas causas responsáveis pelos eventos. E para agir inteligentemente, precisariam tornar-se reformadores de fragmentos: um aqui e outro lá. Dessa maneira, a ciência é esterilizada, reduzindo-se a um instrumento de dominação e preservação da “normalidade” presente (IANNI, 1971, p.153).

Esse processo não é apenas uma escolha individual dos pesquisadores, mas também é condicionado pelas condições particulares e pelo cenário de trabalho em que se encontram os pesquisadores, bem como das condições históricas da totalidade social (BREILH, 2006). A ciência, como elemento da vida coletiva, e o modo pelo qual se consolida a sua burocratização e a sua institucionalização correspondem aos sentidos da ordem social e aos moldes de pensamentos vigentes em um determinado momento histórico (IANNI, 1971).

Assim, as condições da existência social que tende a tornar a ciência em uma atividade burocratizada, tende a fazer com que quanto mais ela dependa de organizações burocráticas, mais perca sua autonomia individual, social e política e os cientistas tendam a tornarem-se técnicos que realizam procedimentos e teorias segundo os interesses dos financiadores de seus trabalhos (IANNI, 1971).

4.2. Reflexões: a relação entre a produção científica ea cidadania no Brasil

A argumentação realizada até aqui não escapa do tema da cidadania. Como destacado na primeira parte desse trabalho em que foram articuladas as relações entre saúde e cidadania nos diferentes momentos históricos da República brasileira, a cidadania é um conceito de conotação política e de organização social e seu sentido e significado são sujeitos a alterações históricas, de acordo com o tempo e com o espaço (CARVALHO, 2018).

Como apresentado, a saúde ocupou um importante papel na consolidação do Estado e também no status de cidadania desenvolvido no Brasil, seja na legitimação de um projeto nacional e na construção de um tipo ideal de cidadão aos moldes da higiene e da eugenia, seja na institucionalização da saúde pública e da medicina previdenciária com uma cidadania regulada, com a mercantilização da saúde ou com a sua afirmação enquanto um direito social durante a redemocratização do país.

Com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a saúde esteve no centro da pauta da democracia e embora ela seja avaliada como a reforma social mais bem sucedida sob regime democrático no país, os seus desdobramentos, com a criação do SUS, assinalaram limites originais quanto a dificuldade da transição democrática no Brasil (MOTA, MARQUES, 2018). Ancorados no conceito de democracia inconclusa de Silvia Gerschman (2004), os autores Mota e Marques (2018) enfatizam que o processo de transição política realizado no Brasil manteve parte das estruturas de poder no Estado, de modo que os grupos privilegiados permaneceram exercendo seu poder contra grupos menos poderosos em questões essenciais à vida, de tal modo que esse encadeamento seja reflexo das desigualdades produzidas nas relações de âmbito social e político no país (MOTA, MARQUES, 2018).

É nesse sentido que a produção científica desprovida de uma análise histórico-estrutural sobre desigualdades em saúde se vincula com a temática da cidadania. Se as desigualdades em saúde são reflexo do processo pelo qual as relações históricas foram construídas durante a formação do Brasil e das configurações que as relações sociais assumem no tempo presente, a produção científica que não se atenha a elas, ao não assimilar as raízes que

geram e reproduzem as desigualdades, contribui para a construção da acriticidade da própria cidadania (BREILH, 2006).

De acordo com Breilh (2006), é a partir das necessidades em saúde que atores da saúde coletiva realizam pesquisas, planejamento, monitoramento e controle das condições sanitárias. O autor atenta que as necessidades em saúde podem ser definidas e usadas de acordo com diversos interesses, destacando o conflito entre duas correntes que nomeia de liberal e solidária. Enquanto a primeira compreenderia as necessidades em saúde como um valor relativo, vinculado a opções individuais e de suas condições de adquiri-la no mercado, a segunda a entenderia como um processo determinante da vida, devendo ser produzida por meio de uma distribuição equitativa entre os membros da sociedade (BREILH, 2006).

Quando a tendência da produção científica é produzida no sentido de compreender a necessidade em saúde por meio da abordagem liberal, ela se vincula ao âmbito do consumo, do domínio individual, contribuindo para a mercantilização da saúde não apenas na organização de serviços, mas nas formas de viver, com insumos e tecnologias que podem prolongar a vida, como ações de promoção e prevenção à saúde. Desse modo, a compreensão de necessidades em saúde pautada pela perspectiva liberal tende a conferir mais ênfase na responsabilização dos indivíduos sobre as suas condições de saúde do que ao contexto sócio-histórico. Em decorrência, os sujeitos estudados são mais compreendidos como consumidores do que como cidadãos detentores de direitos, ou ainda, envolvendo os cidadãos em uma cidadania ativa, mas funcional (BREILH, 2006).

Esse raciocínio dialoga com as considerações de Milton Santos (2007) quanto à formação dos direitos sociais no Brasil durante o período militar. Naquele momento, o autor destaca que o desenvolvimento das políticas privilegiou o setor privado em detrimento do público, de modo que essa lógica substituiu a noção de direitos pela de consumo, resultando no que Santos cunhou de *cidadania mutilada*: a expressão dos modos de ser não-cidadão no Brasil.

Esses argumentos dialogam, ainda, com a tese de Souza (1999), quando o autor afirma que a base do padrão de desigualdades e da própria cidadania possuem raízes no processo de modernização do Brasil e pelo modo como ela

se estruturou, de modo que o status de cidadania diferenciado entre diferentes grupos não resultem simplesmente do acesso ou não acesso a bens, serviços ou relações personalistas, mas dos modos como ocorreram os processos de modernização da sociedade em que vivemos.

Por outro lado, quando a produção científica compreende as necessidades em saúde por meio da incorporação da estrutura de poder na organização coletiva em suas análises, a dimensão socio-estrutural é contemplada. Com isso, as necessidades em saúde são entendidas pela mesma lógica de processo generativo e de reprodução, tendo sua gênese na dimensão micro e se reproduzindo a partir da ordem macro, de modo que uma não anteceda a outra, mas que se transformem dialeticamente (BREILH, 2006).

Com isso, os processos históricos são adotados como estruturantes na construção da dimensão coletiva das necessidades em saúde. Ou seja, passa-se a considerar que as necessidades sejam historicamente produzidas e não apenas resultado de ações e escolhas individuais. Inclusive, na perspectiva histórica, essas ações e escolhas individuais devem ser compreendidas a partir das possibilidades concretas dos condicionamentos econômicos, culturais e políticos de cada classe social, de cada grupo étnico e racial e de cada gênero. (BREILH, 2006). Tal concepção de necessidade em saúde, para Breilh (2006), contribuiria para a construção de uma cidadania crítica.

A produção científica identificada nos artigos analisados, aproxima-se mais da compreensão de necessidades em saúde pela perspectiva “liberal” do que da perspectiva “solidária”, nos termos de Breilh (2006). Como já destacado em capítulo anterior acerca da avaliação de COHN (2009), MOTA e MARQUES (2018), ancorados em PAIM (2008), também reforçam que houve uma mudança no campo da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária a partir da década de 1990, enfatizando a perda do sentido político e a ampliação do caráter técnico de realização do SUS, de modo que a discussão sobre a democracia brasileira tenha perdido protagonismo progressivamente.

Tais efeitos, para além da transformação do contexto histórico, também é parte de um processo de permanência da manutenção do peso que o passado ocupa nas relações sociais entre os grupos que constituem a sociedade. Nesse sentido, é importante reconhecer os desafios atuais que a sociedade enfrenta, expressos, inclusive, nas formas de produção científica no

campo da Saúde Coletiva, compreendendo que a própria questão das desigualdades está relacionada com o desenvolvimento histórico dessa sociedade (BOTELHO, 2018). Tendo isso em vista, a especificação dos modos de dominação política construídos a partir desse desenvolvimento é necessária para compreender os desdobramentos da cidadania no país e da sua relação com a manutenção, aprofundamento, transformação e criação das desigualdades em saúde. Sem esse olhar analítico na concepção dos saberes e das práticas do campo, associado a uma incorporação da lógica privatista no funcionamento do Estado, ocorre uma naturalização das desigualdades sociais e uma limitação da democratização da sociedade brasileira (BOTELHO, 2018).

MOTA e MARQUES enfatizam que em 2014 há um aprofundamento no discurso liberal e na retórica oligárquica expressos na ampliação de propostas reformistas, privilegiando o mercado ao invés do Estado. O investimento no Estado, segundo esses preceitos, resultaria em aumento do gasto público, em burocratização e em desperdício de recursos, enquanto o investimento no privado representaria aperfeiçoamento técnico, modernização e otimização (MOTA e MARQUES, 2018). Assim,

[...] declarando-se simples gestores dos impactos locais da necessidade histórica mundial, nossos governos se empenham em rechaçar o suplemento democrático. Inventando instituições supraestatais que não são Estados, que não prestam conta nenhuma ao povo, eles realizam o fim imanente a sua própria prática: despolitizar os assuntos públicos, situá-los em lugares que sejam não lugares, e não deixam espaço para a invenção democrática de lugares polêmicos (RANCIÈRE, 2014, p. 103 apud MOTA e MARQUES, 2018, p.29).

Nessa perspectiva, as medidas de proteção realizadas pelo Estado passam a ser combatidas, relegando às pessoas a responsabilidade de garantir a sua qualidade de vida e a sua condição de saúde, movimentos contrários ao que o movimento da Reforma Sanitária teve como proposição durante a redemocratização do país (MOTA e MARQUES, 2018).

[...] a ideia de que a democracia brasileira estaria plenamente ajustada e com isso os direitos dos cidadãos, cada dia mais, seriam ampliados, mostrou-se frágil diante do neoliberalismo e da própria movimentação das parcelas da elite alinhada a determinados interesses internacionais (MOTA e MARQUES, 2018, p.42).

Quando tais interesses são legitimados tecnicamente e cientificamente, de modo que a “expansão dos âmbitos sociais [sejam]

submetidos aos critérios de decisão racional” (HABERMAS, 1987, p.75), ocorre um processo de racionalização da sociedade.

A ciência e a técnica, ao serem incorporadas pelas instituições, adquirem o poder de transformá-las, gerando mudanças estruturais, sociais e culturais, reordenando o próprio funcionamento das instituições. Ocorre que, quando a técnica e a ciência se impõem enquanto processos neutros, na tentativa de ocultar seu caráter político, elas naturalizam “uma forma de dominação política oculta imposta em seu nome” (HABERMAS, 1987, p.76).

Tal ocultação decorre da subtração da reflexão quanto aos interesses sociais e da historicidade das estratégias, das tecnologias e dos sistemas instituídos, de modo que tal fazer científico ressalte apenas o problema do rigor lógico das questões analisadas. Com isso, a racionalização corresponde a institucionalização da dominação política da razão técnica (HABERMAS, 1987).

[...] Finalidades e interesses determinados da dominação não são introduzidos a técnica apenas adicionalmente e a partir de fora - eles já entram na construção do próprio aparato técnico; nela é projetado o que uma sociedade e os interesses nela dominantes tencionam fazer com os homens e com as coisas. Uma tal finalidade da dominação é material e nesse sentido pertence a forma mesma da razão técnica (MARCUSE, 1965, APUD HABERMAS, 1987, p.77)

Fundamentado em um pensamento semelhante, Breilh (2006) afirma que a produção científica se conformou, ao longo do tempo, enquanto força produtiva e enquanto instrumento de manipulação da natureza e das relações sociais em prol da manutenção dos interesses hegemônicos e da ordem social.

No Brasil, tal perspectiva dificultaria a própria constituição da cidadania em seu sentido mais amplo, representando um desafio histórico para a consolidação da saúde enquanto um direito e para o processo democrático no país em meio ao adensamento político do discurso do neoliberalismo (MOTA, MARQUES, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a Saúde Coletiva, como parte do movimento da Reforma Sanitária, pretendeu ser um projeto emancipador da sociedade, representando mudanças sociais e pressupondo o exercício pleno da cidadania (PAIM, 2008), e, uma vez identificada a ausência de consenso teórico e metodológico acerca das investigações sobre a temática das desigualdades em saúde (BARATA, 2009), esse trabalho teve como objetivo central analisar a abordagem sobre desigualdades em saúde na produção científica do campo da Saúde Coletiva no Brasil.

Para tanto, foram definidos dois objetivos específicos: 1) identificar e analisar o uso de diferentes concepções sobre desigualdade em saúde no campo da Saúde Coletiva e 2) discutir de que modo a historicidade é utilizada – ou não – nas compreensões acerca das desigualdades nesse mesmo campo no ano de 2019, representada pela Revista de Saúde Pública.

Tal revista, desde a sua inauguração, contou com um sólido apoio institucional e científico que, no decorrer do tempo, consolidou seu lugar privilegiado na produção científica em território nacional e internacional no campo da Saúde Coletiva (MARQUES, DOLCI, 2016). Ademais, entre todas as revistas brasileiras, a RSP é a que possui maior fator de impacto (1.1161), indicador que reforça a sua importância e influência na comunidade acadêmica e profissional, selecionando os estudos avaliados como mais pertinentes e adequados para o campo em questão.

Os 28 artigos selecionados para o estudo demonstraram que, especificamente em 2019, a produção sobre desigualdades em saúde na Revista de Saúde Pública privilegiou uma disciplina, a epidemiologia, entre as diversas que constituem o campo da Saúde Coletiva brasileira.

Em relação ao primeiro objetivo específico apresentado, foi possível identificar que os estudos publicados não definiram conceitualmente o que compreendem por desigualdades em saúde, o que acarretou, na maior parte dos estudos, em uma confusão terminológica entre diversos conceitos, como desigualdade, iniquidade, diferença, disparidade, entre outros.

Tal confusão e cooptação terminológica corrobora para a perda do sentido histórico e político das desigualdades em saúde, uma vez que, tais

conceitos, outrora cunhados pela perspectiva latino-americana da determinação social da saúde, ao serem incorporados pelo discurso hegemônico, desconfiguram o seu sentido e desconsideram a historicidade de sua construção. Além disso, a produção científica sobre desigualdades em saúde foi analisada, fundamentalmente, pelo modelo de análise do paradigma dos determinantes sociais da saúde ao invés da noção de determinação social da saúde. Com isso, a dimensão histórico-estrutural das análises não foi incorporada nos estudos, resultando, para além da ahistorização dos conceitos, na ahistorização das condições e dos processos sociais que produzem e reproduzem as raízes das desigualdades (IANNI, 1971; BREILH, 2006).

Ademais, ao não incorporarem a dimensão histórico-estrutural na interpretação dos estudos, houve uma opção de analisar o processo saúde-doença a partir da noção de fatores de risco, de modo que o social foi fatorializado, repercutindo na ausência da análise dos processos – ou das raízes – que produzem as desigualdades em saúde (BREILH, 2006). Ao serem convertidos em fatores, os processos de determinação do processo-saúde-doença perdem a capacidade explicativa de sua dimensão histórica (BARATA, 2009; BORGUI, OLIVEIRA e SEVALHO, 2018).

Consequentemente, o que se produz são estudos sobre os efeitos e não sobre as raízes das desigualdades. Importante enfatizar isso, pois, a perspectiva da determinação social da saúde e dos determinantes sociais da saúde não representam somente abordagens teóricas e conceituais distintas, mas representam projetos com interesses históricos distintos (BREILH, 2006).

Nesse ponto, cabe uma reflexão quanto ao próprio título dessa dissertação: “As raízes da desigualdade no Brasil e a produção científica no campo da Saúde Coletiva: Uma revisão de escopo”. Como discutido, a produção científica analisada não abordou as raízes, mas os efeitos das desigualdades, de modo que o termo “raízes” que carrega o nome do trabalho não trate da presença desse elemento nos artigos, mas juntamente da sua “ausência” ou até mesmo de considerar a ausência das “raízes” como uma raiz determinante do processo de naturalização de desigualdades. A análise dos artigos incluídos nessa pesquisa pretendeu considerar para além do discurso escrito, o silêncio em relação à outras perspectivas de análise ou ao próprio elemento histórico-estrutural no desenvolvimento dos artigos.

Nesse sentido, quanto à historicidade, para além de não haver as considerações histórico-estruturais nos trabalhos analisados, há um passado esquecido, nos termos de Hartog (2013), na produção científica analisada, corroborando para a constituição de uma epidemiologia sem memória, como afirma Breilh (2013).

Embora as “raízes” das desigualdades não sejam encontradas nos artigos analisados, o capítulo 2 dessa dissertação representa uma possibilidade de investigação acerca de alguns dos processos de produção e reprodução de desigualdades em saúde no Brasil, em diferentes momentos históricos, evidenciando a conformação dos discursos e das práticas que fundamentaram algumas dessas raízes das desigualdades no país.

No mesmo sentido, em meio à fatorialização da desigualdade, como apontado no desenvolvimento da dissertação, seria possível afirmar que há um “futuro sem horizonte” nos artigos analisados, como expresso por Hartog (2013), culminando para a presença de uma epidemiologia sem sonhos (BREILH, 2013). Assim, a produção científica sobre desigualdades, ao pleitear um lugar de neutralidade não deixa de exercer um poder sobre a sociedade, removendo o sentido crítico da estruturação social e consolidando um tipo específico de expansão de um sistema de produção científica (HARTOG, 2013).

Acrescido disso, é possível afirmar que os artigos científicos analisados não deixaram de adotar um modo de pensar as desigualdades no Brasil. Entretanto, ao não incorporarem uma perspectiva histórica-estrutural, o pensar as desigualdades no país foi pautado no conhecimento majoritariamente técnico da epidemiologia, constituindo uma técnica revestida de “neutralidade”, mas que exerce um poder político na produção de conhecimento em saúde. Desse modo, os artigos não deixaram de pensar o Brasil, mas pensaram-no sem a contribuição de um pensamento crítico das ciências sociais e humanas.

Com base nesses elementos, autores como BORGUI, OLIVEIRA e SEVALHO (2018) afirmam que além de um projeto econômico, o neoliberalismo também impactou o pensamento científico e o modo de se viver.

Essas são características representativas da divulgação científica que podem estar vinculadas aos códigos culturais, interesses políticos e econômicos e dos meios de circulação de ideias sobre desigualdades em

saúde, aos quais a Revista de Saúde Pública optou por publicar no ano de 2019. Importante destacar que a produção científica não se refere somente as escolhas individuais dos cientistas, mas são efeito da determinação político-ideológica, como os sistemas de financiamento, impactando nas configurações epistemológicas e nas relações de poder da reprodução do pensamento científico de uma sociedade (BREILH, 2006).

Assim, para além de ações específicas de segmentos societários, a produção e a circulação do conhecimento fazem parte da história de modo geral e da história do próprio conhecimento em específico, corroborando com estruturas de poder (GUIMARÃES, 2009).

Todavia, é importante salientar que tais resultados não permitem concluir que essas considerações sejam representativas de toda a produção científica da Revista de Saúde Pública, mas apenas do ano analisado. Sendo assim, também não é possível afirmar que tais resultados e interpretações dizem respeito a toda a produção científica do campo da Saúde Coletiva.

Retomando a discussão do título da dissertação, embora a revisão de escopo realizada aqui tenha se restringido à RSP, não podendo responder à produção científica do campo da Saúde Coletiva de modo geral, optou-se por manter “As raízes da desigualdade no Brasil e a produção científica no campo da Saúde Coletiva” por dois motivos. O primeiro vincula-se com a construção teórica do mestrado, fundamentado na conformação da saúde pública e da Saúde Coletiva no Brasil, assumindo diferentes papéis na consolidação do Estado e da cidadania de acordo com cada momento histórico elencado no capítulo 2. O segundo diz respeito à hierarquia valorativa presente no campo da Saúde Coletiva, que valoriza a produção científica da disciplina da epidemiologia em detrimento das outras que constituem o campo em diversos periódicos de referência, como apontado por Turci, Cuilam e Câmara (2010). Se a epidemiologia tem sido privilegiada em outras revistas que não só a RSP, surge o questionamento quanto à corrente epidemiológica presente nas demais revistas. Será que é a mesma perspectiva teórica e metodológica de abordagem das desigualdades em saúde que a RSP? Outras interpretações?

Desse modo, sugere-se que mais estudos sobre desigualdades em saúde sejam realizados a partir da metodologia da revisão de escopo e com base na produção teórica da determinação social da saúde como análise da

produção científica brasileira sobre as desigualdades em saúde em uma amplitude maior de anos e de revistas científicas analisadas.

Essa perspectiva pode contribuir para a compreensão de que a ciência é historicamente determinada e de que a produção científica, as desigualdades em saúde e a cidadania também o são. Sendo assim, recomenda-se que a Saúde Coletiva revise suas produções e o seu olhar sobre as desigualdades a partir do reconhecimento da importância da historicidade em perspectiva crítica para o movimento sanitário brasileiro, considerando que a Constituição de 1988 não encerrou a luta pela cidadania e pela saúde, mas representou apenas um novo recomeçar (IYDA, 1994).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

A REVISTA. REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, S/D. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/revista/>>. Acesso em: 07/01/2020

ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; ROSA, Roger dos Santos; BORDIN, Ronaldo. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 115-128, 2017.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe. Salvador, OPAS, Informe técnico. [Links], 1999.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 865-884, 2004.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.

ALVES, Janicleide Martins de Moraes et al. Memorial das Ligas Camponesas: preservação da memória e promoção dos direitos humanos. 2014.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et al. Desafios editoriais da Revista de Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1997-2006, 2015.

ANUNCIAÇÃO, Diana; TRAD, Leny Alves Bonfim; FERREIRA, Tiago. “Mão na cabeça!”: abordagem policial, racismo e violência estrutural entre jovens negros de três capitais do Nordeste. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e190271, 2020.

ARAUJO, Isabelle Maria Mendes de. **“Saúde e desenvolvimento” no Brasil: o pensamento de Mário Magalhães da Silveira e de Josué de Castro**. 2014. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

ARCAYA, Mariana C.; ARCAYA, Alyssa L.; SUBRAMANIAN, S. V. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. 2015.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

BASTOS, Elide Rugai. Pensamento social da escola sociológica paulista. **O que ler na ciência social brasileira**, v. 2002, p. 183-230, 1970.

BARATA, Rita Barradas. Causalidade e epidemiologia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, p. 31-49, 1997.

BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista Usp*, n. 51, p. 138-145, 2001.

BARATA, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Editora Fiocruz, 2009.

BARRETO, Patricia Amado et al. Morar perto de áreas verdes é benéfico para a saúde mental? Resultados do Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 75, 2019.

BARROS, Ângela Ferreira et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 14, 2019.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Qualidade do sono, saúde e bem-estar em estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 82, 2019.

BARRETO, Carla Requião; LINS-KUSTERER, Liliane; CARVALHO, Fernando Martins. Capacidade para o trabalho de policiais militares. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 79, 2019.

BENEVIDES, B.; SAYONARA, N. B. Dossiê: Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais no Brasil em 2018, Brasil: ANTRA/IBTE. 2019.

BERTOLDI, Andrea Dâmaso et al. Uso de antibióticos no local do atendimento: Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 92, 2019.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996.

BÔAS, Glaucia Villas. Casa grande e terra grande, sertões e senzala: duas interpretações do Brasil. **Iberoamericana (2001-)**, p. 23-37, 2004.

BOING, Leonessa et al. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. **Revista de saúde pública**, v. 53, p. 30, 2019.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 3, p. 869-897, 2018.

BOTELHO, André. **O retorno da sociedade: política e interpretações do Brasil**. Editora Vozes, 2019.

BOTELHO, André; LAHUERTA, Milton. Interpretações do Brasil, pensamento social e cultura política: tópicos de uma necessária agenda de investigação. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, 2005.

BRASIL, Decreto n 20.465, de 1º de Outubro de 1931. Reforma a legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20465-1-outubro-1931-500674-publicacaooriginal-1-pe.html>>

BRASIL, Lei n 6.118, de 9 de Outubro de 1974. Dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6118.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS, Número 10. Vol. VII, 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. O QUE É A BVS. BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE, 2014. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms>> Acesso em: 07/01/2020.

BREILH, Jaime. De la historiografía descriptiva de la medicina, a la historia crítica de la salud colectiva: hacia un paradigma crítico basado en la determinación social de la salud. 2013.

BREILH, Jaime. Epidemiologia Crítica: Ciência Emancipadora e Interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 317p.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CAMARGOS, Einstein Francisco. Revisão por pares: importância, responsabilidades e vantagens. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 3, p. 141-142, 2018.

CAMPOS, Cristina de et al. A Fundação Rockefeller e a Institucionalização da higiene em São Paulo. Da cadeira ao Instituto de higiene (1918-1922). In: **Racionalidades em disputa. Intervenções da Fundação Rockefeller na ciência, medicina e práticas médicas do Brasil e América Latina**. USP, Faculdade de Medicina; UFABC, Universidade do ABC; CDG, Casa de Soluções e Editora, 2015.

CARDOSO, José Leandro R. Saúde e desenvolvimento: a educação sanitária como instrumento do progresso, 2007.

CARVALHO, Denise et al. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. 2020.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania: tipos e percursos. Revista Estudos Históricos, v. 9, n. 18, p. 337-360, 1996.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania no Brasil. **O longo caminho**, - 24ª ed - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CARVALHO, José Murilo de. Cidadania, estadania, apatia. **Jornal do Brasil**, v. 24, n. 06, p. 01, 2001. Texto disponível em: <http://www.ifcs.ufrj.br/~ppghis/pdf/carvalho_cidadania_estadania.pdf>

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

CAVALCANTE, Ana Nery Melo et al. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 95, 2019.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 133-145, 2020.

CERTEAU, Michel de. A escrita da história, 1982. 1982.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões Reflections on Brazilian National Health Reform after 20 years of experience with the Unified National Health System. *Cad. Saude Publica*, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009.

CONDESSA, Luciano Antonacci et al. Fatores socioculturais associados à atividade física de meninos e meninas: PeNSE 2012. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 25, 2019.

CORDEIROI, Luciana; SOARESII, Cassia Baldini. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Síntese de evidências qualitativas para informar políticas de saúde**, p. 37, 2019.

CREMONESE, Dejalma. A difícil construção da cidadania no Brasil. **Desenvolvimento em Questão**, v. 5, n. 9, pág. 59-84, 2007.

CURTY, Carla; MALTA, Maria; BORJA, Bruno. Intérpretes do Brasil: influências na origem do pensamento econômico brasileiro. **História Econômica & História de Empresas**, v. 24, n. 2, p. 463-489, 2021.

DA SILVA, Emanuel Isaque Cordeiro. Cidadania Formal e Cidadania Real: Divergências e Direitos Infantis.

DA VIOLÊNCIA, IPEA Atlas. Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. **Acesso em**, v. 11, 2020.

DA VIOLÊNCIA, Mapa. Homicídio de mulheres no Brasil. Brasília. DF: FLACSO, 2015.

DE OLIVEIRA, M. Sc Ronaldo Coimbra. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. 2004.

DELGADO, Lucília de Almeida Neves. Cidadania e república no Brasil: história, desafios e projeção do futuro. **Cidadania e inclusão social. Cidadania e inclusão social. 1º. Ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Editora Fórum**, v. 1, p. 321-337, 2008.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 07/01/2020.

DIAS, Maria Odila Leite da Silva. Política e sociedade na obra de Sérgio Buarque de Holanda. **Sérgio Buarque de Holanda e o Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo**, 1998.

ESCOBAR, Arturo. Post-development as concept and social practice. **Exploring Post-development: Theory and practice, problems and perspectives**, p. 18-31, 2007.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Editora Fiocruz, 1999.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. 2005. p. 59-81.

FAVELA, Data. Pandemia na favela: A realidade de 14 milhões de favelado no combate ao novo coronavírus. 2020.

FLEURY, Sonia, and Assis Mafort Ouverney. "Política de Saúde: uma política social." *Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz* (2008): 23-64.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; BRONZO, Carla. Determinação social da saúde e política. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**, v. 1, p. 37-58, 2010.

FIOCRUZ. Título. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>>. Acesso em 02/02/2019.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. In: Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. 2007.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. Vigésimo aniversário da Revista de Saúde Pública. 1986.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 86, 2019.

FREITAS, Cláudia Helena Soares de Moraes et al. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. **Revista de saude publica**, v. 53, p. 76, 2019.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. Saúde em Debate, v. 41, p. 63-76, 2017.

GOMES, Ana Paula et al. Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort. **Revista de saude publica**, v. 53, p. 96, 2019.

GOMES FILHO, Valmir Vanderlei et al. Perdas dentárias em adultos: fatores associados à posição e ao número de dentes perdidos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 105, 2019.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro et al. Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 28, 2019.

GONÇALVES, Mônica Mendes. **Raça e saúde: concepções, antíteses e antinomia na atenção básica**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GUIMARÃES, Eduardo. Linguagem e conhecimento: produção e circulação da ciência. **Rua**, v. 15, n. 2, p. 6-14, 2009.

GUIMARÃES, Jamile; CABRAL, Cristiane da Silva. Negociando normalidade (s): construções da identidade de gênero entre meninas. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 3, 2020.

HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como "ideologia"**. Lisboa: Edições 70, 1987.

HAGUETTE, Tereza M. Frota. "Os direitos de cidadania do nordeste brasileiro." *Revista de Ciências Sociais* 12 (1982): 13.

HARTOG, François. Ordens do tempo, regimes de historicidade. **F. Hartog, Regimes de historicidadepresentismo e experiências do tempo**, p. 305-327, 2013.

HILDEBRAND, Natália Amaral et al. Resiliência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 17, 2019.

HOCHMAN, Gilberto et al. "O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. 2009.

HOCHMAN, Gilberto. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. In: **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. 2012. p. 249-249.

HOCHMAN, Gilberto. História, ciência e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4715-4721, 2020.

IANNI, Aurea Maria Zöllner. O campo temático das ciências sociais em saúde no Brasil. **Tempo social**, v. 27, n. 1, p. 13-32, 2015.

IANNI, Aurea Maria Zöllner. Mudanças sociais contemporâneas e saúde: Estudo sobre teoria social e Saúde Pública no Brasil. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2018.

IANNI, Octavio. **Sociologia da sociologia latino-americana**. Civilização Brasileira, 1971.

IANNI, O. Teorias da globalização. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.. As Ciências sociais na época da globalização. **Revista Brasileira de Ciências**.

IYDA, Massako. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. In: **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. 1994. p. 148-148.

KOBAYASHI, Elisabete; FARIA, Lina; COSTA, Maria Conceição da. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. **Sociologias**, n. 22, p. 314-351, 2009.

LAGUARDIA, Josué. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 197-234, 2004.

LAWDER, Juliana Aparecida de Campos et al. Impacto da condição dentária na qualidade de vida de indivíduos em situação de rua. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 22, 2019.

LE GOFF, Jacques. Apresentação para Apologia da história ou o ofício de historiador de Marc Bloch. Rio de Janeiro: J. **Zahar**, 2002.

LIMA, N.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho (Orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2005, p.27-58.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 313-332, 2000.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LOPES, Iara de Oliveira. **O discurso da comissão dos determinantes sociais da saúde: avanço político ou mudança retórica?**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LUZ, Madel Therezinha. "Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano." *Ciência & Saúde Coletiva* 5 (2000): 293-312.

MAIA, Kenia Soares; ZAMORA, Maria Helena Navas. O Brasil e a lógica racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo. **Psicologia Clínica**, v. 30, n. 2, p. 265-286, 2018.

MANTA, Sofia Wolker et al. Public open spaces and physical activity: disparities of resources in Florianópolis. **Revista de saúde publica**, v. 53, p. 112, 2019.

MARQUES, Maria Cristina da Costa; DOLCI, Mariana de Carvalho. Boletim e Arquivos: a comunicação científica até a criação da Revista de Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 62, 2016.

MARQUES, Maria Cristina da Costa et al. A importância da perspectiva histórica para o pensamento social em saúde: a contribuição de Madel Luz e Emerson Merhy. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 2, p. 353-369, 2018.

MARINHO, Maria Gabriela SMC; MOTA, André. Tramas e teias da retórica eugênica em São Paulo: personagens, contextos e instituições médicas (1916-1954). **Eugenia e história: ciência, educação e regionalidades. São Paulo: Casa de Soluções**, p. 201-218, 2013.

MELO, Vladimir Antonio Dantas; SILVA, José Rodrigo Santos; CORTE, Roseli La. Medidas de proteção individual de gestantes contra a infecção pelo zika vírus. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 72, 2019.

MOTA, André; MARQUES, Maria Cristina da Costa. História do tempo presente a democracia oligárquica e a crise da saúde no Brasil. In: **História, saúde coletiva e medicina**. Hucitec, 2018.

NOBRE, Marcos. Depois da 'formação'. **Cultura e política da nova modernização. Revista piauí**, v. 74, 2012.

NOGUEIRA, RP, organizador. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES; 2010.

NUNES, ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo; 2009. p. 19-40.

OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 161-169, 1998.

OLIVEIRA JÚNIOR, Almir de; LIMA, Verônica Couto de Araújo. Segurança Pública e Racismo Institucional. 2013.

ONU, Brasil: Taxa de feminicídios no Brasil é a quinta maior do mundo; diretrizes nacionais buscam solução. **ONU Brasil**, 2016.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 205-218, 2015.

ORTIZ, Renato. Imagens do Brasil. **Sociedade e estado**, v. 28, n. 3, p. 609-633, 2013.

OXFAM. A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras, 2017.

OXFAM. O Vírus da desigualdade: Unindo um mundo dilacerado pelo coronavírus por meio de uma economia justa, igualitária e sustentável, 2021.

PACKER, Abel Laerte et al. SciELO: uma metodologia para publicação eletrônica. **Ciência da informação**, v. 27, n. 2, p. nd-nd, 1998.

PAIM, J.S. “Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica”. Tese (doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: J.S. Paim, 2007.300p. (leitura p.224-274)

PAIM, Jairnilson Silva. 20 anos de Construção do Sistema Único de Saúde. 2008

PHAM, Mai T. et al. Uma revisão de escopo de revisões de escopo: avançando a abordagem e melhorando a consistência. **Métodos de síntese de pesquisa**, v. 5, n. 4, pág. 371-385, 2014.

PONTE, CARLOS FIDELIS; DO NASCIMENTO, DILENE RAIMUNDO. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, 2010.**

PORTUGAL, Maria João; BRANCA, Susana; RODRIGUES, Manuel. Dados de medida de fator de impacto das revistas científicas. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 5, p. 212-215, 2011.

RIMES, Karina Abibi; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; BOCCOLINI, Cristiano Siqueira. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 10, 2019.

RINALDI, Ana Elisa Madalena; CONDE, Wolney Lisboa. Socioeconomic inequality in dietary intake begins before 24 months in Brazilian children. **Revista de saude publica**, v. 53, p. 9, 2019.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

ROZARIO, Suelem do et al. Caracterização de mulheres com câncer cervical atendidas no Inca por tipo histológico. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 88, 2019.

SAAVEDRA, Janaina S.; CESAR, Juraci A.; LINHARES, Angélica O. Assistência pré-natal no Sul do Brasil: cobertura, tendência e disparidades. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 40, 2019.

SALES, Teresa. "Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira." *Revista brasileira de ciências sociais* 25.9 (1994): 26-37.

SALIM, Thais Rocha et al. Fatores fetais e maternos estão associados à mortalidade por distúrbios do sistema circulatório em crianças. **Revista de saude publica** , v. 53, p. 31, 2019.

SANTOS, Daniel Labernarde dos; GERHARDT, Tatiana Engel. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de

Saúde. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 29, n. 1 (mar. 2008), p. 129-136, 2008.

SANTOS, Milton. Espaço do Cidadão: O Vol. 8. Edusp, 2007.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1979.

SARAIVA, Luiz Fernando; ALMICO, Rita. Raízes escravas da modernização capitalista no Brasil. In: **Congresso Brasileiro de História Econômica e Conferência Internacional de História de Empresas**. p. 13.

SECCO, Lincoln; PERICÁS, Luiz Bernardo. **Intérpretes do Brasil: clássicos, rebeldes e renegados**. Boitempo Editorial, 2015.

SILVA, Esther Pereira da et al. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 43, 2019.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 12, p. 375-383, 2002.

SILVA, Maria Eduarda de Lima; ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de; ARAÚJO JÚNIOR, Ignácio Tavares de. Análise de equidade da distribuição de recursos do Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 50, 2019.

SILVA, Shana Ginar da et al. Assisted reproductive technology: prevalence and associated factors in Southern Brazil. **Revista de saude publica**, v. 53, p. 13, 2019.

Sobre a BVS. BIREME – OPAS – OMS, S/D. Disponível em: <http://bvssalud.org/sobre-o-portal/>. **Acesso em: 07/01/2020**

SOUZA, Pedro Herculano Guimarães Ferreira de. A desigualdade vista do topo: a concentração de renda entre os ricos no Brasil, 1926-2013. 2016.

SOUZA, Pedro Herculano Guimarães Ferreira de. A Pandemia de covid-19 e a desigualdade racial de renda. 2021.

SOUZA, Jessé. **Subcidadania brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro**. Leya, 2018.

SOUZA, Venceslau Alves de. "Direitos no Brasil: necessidade de um choque de cidadania." *Revista de Sociologia e Política* 27 (2006): 211-214.

SPOSATI, Aldaíza. Seguridade e inclusão: bases institucionais e financeiras da assistência social no Brasil. Seguridade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: CEBES, p. 580-8, 2009.

STAVENHAGEN, R. Classes Sociais e Estratificação Social. In.: Foracchi, M.M.; Martins, J.S. Sociologia e sociedade: leituras de introdução à sociologia. Rio de Janeiro: LTC, 2002. 365 p.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil: 1917-1940. In: **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. 2004. p. 331-391.

TAQUETTE, Stella Regina; SOUZA, Luciana Maria Borges da Matta. Prevenção de HIV-Aids na concepção de jovens soropositivos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 80, 2019.

TRICCO, Andrea C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

TURCI, Silvana Rubano Barretto; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; CÂMARA, Maria Clara Coelho. Epidemiologia e Saúde Coletiva: tendências da produção epidemiológica brasileira quanto ao volume, indexação e áreas de investigação-2001 a 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1967-1976, 2010.

VAITSMAN, Jeni. Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, p. S37-S46, 2002.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00033316, 2016.

VIANA, Ana L.; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de políticas de saúde. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES, p. 59-87, 2012.

VIANA, N.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, p. 107-142, 2013.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. Flacso Brasil, 2015.

WESTIN, Ricardo. Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. Agência do Senado Federal. **Arquivo S, Edição**, v. 57.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **Health promotion international**, v. 6, n. 3, p. 217-228, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. 2011.