

**Me. Mariza Maria Barbosa
Carvalho**



Centro Universitário Católica de
Quixadá, UNICATÓLICA, Brasil
mariza@unicatolicaquixada.edu.br

AS NECESSIDADES SOCIAIS EM SAÚDE NO CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO BRASILEIRO

As necessidades sociais em saúde no Brasil, por muito tempo, estiveram associadas, quase que exclusivamente, às condições epidemiológicas e sanitárias, período marcado por endemias e epidemias, por doenças contagiosas, desnutrição e doenças decorrentes das aglomerações urbanas nas cidades, das condições precárias de trabalho nas lavouras e principalmente pela ausência de políticas de saúde voltadas para a população.

Com proposição democrática e cidadã, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi incluída na agenda política e, em 1986, tornou-se projeto para um novo sistema de saúde, o SUS, na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, espaço participativo que propiciou o debate sobre as necessidades sociais em saúde e os problemas do então sistema, destacando-se o conceito ampliado de saúde, e desta, o reconhecimento como direito de todos e dever do Estado. A criação do SUS passou a ser norteadas por princípios sociais de igualdade e justiça, posteriormente desdobrados em princípios doutrinários tais quais equidade, universalidade e integralidade, com ações de saúde mais amplas como as de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

O SUS, enquanto produto da RSB, passou a ser integrante do sistema brasileiro de proteção social inserido na Constituição de 1988, conhecida como constituição cidadã, e promulgada em 1990. A inclusão da saúde como direito de cidadania representou um avanço por sepultar o modelo excludente de saúde anterior e, ao incluir todas as pessoas, passa a ampliar também a obrigação do Estado perante as necessidades em saúde.

As necessidades sociais em saúde, a partir da década de 1990, passaram então a ser compostas por um conjunto mais amplo que se desloca da categoria das necessidades básicas para se constituir de necessidades produzidas pelo coletivo na relação que estabelece com o meio e com as estruturas sociais, políticas e econômicas. Ao Estado coube e cabe prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício de atenção e resolutividade de tais necessidades por meio de políticas públicas econômicas e sociais.

Numa análise sobre as necessidades sociais em saúde, o Brasil encontra-se entre os dez países com maior desigualdade, o que, em parte, explica as diferenças internas na composição de diferentes indicadores de saúde no país. O grau de escolaridade, elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes sociais da saúde, como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, encontra-se em baixo nível. Quanto às condições sanitárias e epidemiológicas, apesar dos avanços no acesso da população ao saneamento básico, persistem as insuficiências de cobertura, podendo ser observadas profundas desigualdades regionais na distribuição dos serviços.

Quando analisados os hábitos de vida da população, a hipertensão arterial sistêmica, o colesterol alto, o excesso de peso, a inatividade física, o tabagismo e o alcoolismo estão entre os principais fatores de risco para a maior parte das doenças do sistema cardiovascular. O ritmo acelerado e o stress da vida nas grandes cidades, as tensões do mundo do trabalho – competitividade alta, subemprego e desemprego – e as barreiras econômicas e culturais para uma alimentação equilibrada têm tornado inquestionável a tendência de crescimento das doenças não-infecciosas no país, sinalizando um quadro de difícil enfrentamento.

O impacto da globalização na economia sobre as sociedades contemporâneas, redefinindo padrões de trabalho, nutrição e consumo, assim como o envelhecimento populacional, tem sido indicado como responsável pelo aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e o câncer. Ainda que se tenha obtido grandes êxitos na prevenção (combate ao tabagismo, programas de saúde da mulher) e na assistência (diagnóstico precoce, avanços terapêuticos), o grande desafio para o SUS, diante de um cenário de crescimento dos casos, consiste na constituição de uma rede intersetorial capaz de prover o acesso universal ao cuidado em todos os níveis.

Das causas externas, os homicídios são principais responsáveis pelas mortes, sendo as maiores entre os negros e nos municípios de grande porte. Segundo os dados do Ministério da Saúde, nas cidades acima de 500 mil habitantes, os negros possuem um risco duas vezes maior que os brancos, sendo que no Nordeste este risco é sete vezes maior.

Apesar dos avanços do SUS, o enfrentamento das doenças não tem encontrado êxito somente com o uso isolado das tecnologias médicas. Uma análise mais ampla permite situar grande parte de suas causas nas iniquidades sociais. Quando analisada a associação entre mortalidade por doenças infecciosas e raça, é possível perceber graves diferenças. Segundo o Ministério da Saúde, a chance de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos de idade por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior que o de uma criança branca. Evidentemente, o risco aqui atribuído não se refere ao atributo biológico específico, mas antes à condição de classe na qual a maioria da população de afrodescendente brasileira se encontra.

Outro aspecto relevante na mudança de perfil demográfico, é a tendência de envelhecimento da população brasileira em função do aumento significativo da expectativa de vida e, principalmente, do declínio sustentado da fecundidade, uma vez que a população de zero a vinte anos apresenta taxas de crescimento extremamente reduzidas ou até negativas, ao passo que a população de mais de 65 anos cresce a taxas elevadas. Além do aumento da expectativa de vida e com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2005, outras tendências na dinâmica populacional já apontavam para um aumento significativo da gravidez na adolescência, para a violência e os acidentes de trânsito.

Os óbitos por causas externas vitimaram, predominantemente, indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 39 anos e de cor parda. Pode-se atribuir este perfil à maior exposição de homens jovens a algumas atividades laborais de maior risco, ao consumo de álcool, aos comportamentos agressivos e à direção perigosa de veículos automotores. Quanto à raça/cor da pele, esta não deve ser considerada como fator de risco, mas sim relacionada à vulnerabilidade exercida pela inserção social adversa de alguns grupos étnicos.

O predomínio da mortalidade por agressão no total de óbitos por causas externas, em jovens e adultos, constitui um fenômeno bastante estudado nas últimas décadas, sendo reconhecido como problema complexo e multicausal. Este fenômeno está associado às más condições de vida, à instabilidade familiar, à falta de oportunidade para escolarização de qualidade e conseqüente dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal, às barreiras para ascensão social, às precárias opções de lazer e ao assédio atraente do tráfico de drogas e acesso às armas. Essas condições determinam e traduzem diferentes faces das desigualdades sociais, uma realidade recorrente da vida dos adultos jovens pobres no Brasil, vítimas e agressores frequentes da violência urbana.

A complexidade, que envolve o fenômeno das causas externas, demanda ações conjuntas entre vários setores (Saúde, Educação, Judiciário, serviço de trânsito, serviço social, entre outros) para canalizar ações de prevenção e promoção para obter uma melhor qualidade de vida nos níveis individual, familiar, coletivo e cultural.

Os desafios em produzir saúde integral, com acesso universal e equitativo em direção às reais necessidades sociais em saúde, envolvem a aquisição de direitos dos cidadãos que têm relação com movimentos de luta pelo desenvolvimento do país e por consolidação de espaço de proteção social. Nesse caso, há que se lutar nos interstícios do estado, sempre tendente ao autoritarismo e à burocracia, nos interstícios das categorias profissionais, sempre tendentes ao corporativismo, e entre os interstícios das comunidades, sempre tendentes ao assistencialismo. O confronto de ideias, o planejamento participativo, as decisões consensuadas, as avaliações qualitativas e as trocas solidárias de saberes destinam-se à construção de um compromisso cidadão com a produção de sujeitos e de saúde, quer seja na comunidade junto aos usuários do sistema de saúde, nos espaços de gestão, nos serviços de saúde com os trabalhadores do SUS e na academia junto aos docentes e discentes da saúde, espaço de análise, crítica, responsabilidade e cuidado com a saúde/ bem comum social da população.

REFERÊNCIAS

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. A. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BERNSTEIN, B. **A estruturação do discurso pedagógico**: classe, códigos, controle. Petrópolis: Vozes, 1996.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

POLIGANO, M. V. **História das Políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Belo Horizonte: UFMG, 2009.