

**Artigo de Revisão de Literatura**  
**Literature Review Article**

# Desigualdade em saúde

## Health inequalities

Juliana Yassue Barbosa da SILVA\*

Bianca Zimmermann SANTOS\*

Renata Mesquita e OLIVEIRA\*

Vera Lúcia BOSCO\*\*

**Endereço para correspondência:**

**Address for correspondence:**

Juliana Yassue Barbosa da Silva

Avenida José Gulin, 1.571 – Bacacheri

CEP 82600-360 – Curitiba – PR

E-mail: juyassue@hotmail.com

\* Mestres em Odontopediatria pela UFSC.

\*\* Doutora em Odontopediatria pela USP. Professora associada aposentada da disciplina de Odontopediatria da UFSC.

**Recebido em 8/4/09. Aceito em 25/5/09.**

**Received on April 8, 2009. Accepted on May 25, 2009.**

**Palavras-chave:**

desigualdade; saúde;  
Odontologia.

**Keywords:** inequality;  
health; Dentistry.

### Resumo

**Introdução e objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar aspectos da desigualdade em saúde no Brasil, correlacionando teoria e prática, bem como enfatizá-los na área odontológica. **Revisão de literatura:** Segundo estudos recentes, classes economicamente privilegiadas e com maior nível de escolaridade têm mais acesso a informações sobre saúde, a tratamentos médicos e a saneamento básico. As doenças bucais também têm seu surgimento e evolução determinados por fatores sociais, podendo gerar níveis de nocividade que favoreçam agravos à saúde bucal. **Conclusão:** Políticas de inclusão social devem ser desenvolvidas com efetiva participação da sociedade, a fim de proporcionar melhores condições de vida à população e conseqüentemente de saúde, visando à solução das desigualdades.

### Abstract

**Introduction and objective:** The aim of this study is to describe aspects of health inequalities in Brazil, correlating theory and practice, as well as emphasizing these aspects in dentistry. **Literature review:** According to recent studies, economically privileged classes with

higher educational level have easily access to health information and treatment. Oral diseases have also their origin and clinical evolution determined by social factors, getting easily to harmful stages that can lead to oral health damage. **Conclusion:** Social inclusion policies should be developed with effective participation of society in order to provide better living conditions for the population, thus better health conditions, aiming at solving inequalities.

## Introdução

O conceito de saúde modificou-se com o passar do tempo. Na Antiguidade, a presença de saúde ou doença era atribuída aos desejos divinos. Egípcios, hebreus e romanos consideravam a saúde em termos de saúde física [33]. Atualmente, utiliza-se a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948: “Saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim o bem-estar humano nas vertentes física, psíquica e social” [41].

O conceito de saúde está muitas vezes associado à qualidade de vida. Esta por sua vez é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Considera-se qualidade de vida a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e o sistema de valores no qual ele vive, em relação aos seus objetivos, às expectativas, aos padrões e às preocupações. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimento, experiências e valores de um indivíduo e coletividades a que se reporta em várias épocas, espaços e histórias diferentes [26, 39].

Para gozar de saúde faz-se necessário ter uma boa qualidade de vida, com condições para viver uma vida digna, tais como moradia, alimentação, água tratada, esgoto, transporte, educação, trabalho e lazer [33].

Em 1978, em uma conferência realizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas, foi criada a Declaração de Alma-Ata, que expressou a necessidade de ação urgente por parte de todos os governos, dos que trabalham no campo da saúde e da comunidade mundial com o objetivo de promover a saúde dos povos do mundo. Segundo essa declaração, a saúde é um direito humano fundamental, e atingir o mais alto nível de saúde mostra-se a mais importante meta social mundial. Afirma ainda que a chocante desigualdade existente no estado de saúde da população é política, social e economicamente inaceitável e que, por esse motivo, constitui objeto de preocupação comum de todos os países [33].

O objetivo deste trabalho é relatar aspectos da desigualdade em saúde no Brasil e as condições de acesso da população brasileira aos serviços de saúde,

correlacionando teoria e prática, bem como enfatizar tais informações na área odontológica.

## Revisão de literatura

### A saúde no Brasil

Em 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, caracterizada como o documento legal que define e determina as funções e os deveres do governo e dos cidadãos. O capítulo VIII – da Ordem Social – e a seção II, referente à saúde, definem no artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” [6].

Portanto, a lei brasileira assegura a saúde como um direito fundamental do ser humano, e o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [33]. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição de 1988 para melhorar a saúde da população. O texto constitucional demonstra que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Essa visão refletia o momento político por que passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar em que a cidadania nunca foi um princípio de governo.

Apesar de o SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, sua regulamentação ocorreu somente em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei n.º 8.080. Tal lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento [7].

De acordo com essa lei, a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e

serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”. Nela são definidos os princípios doutrinários do SUS:

- **Universalidade:** o acesso às ações e aos serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;
- **Equidade:** princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- **Integralidade:** significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

O SUS, ao longo da sua existência, sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. Porém, mesmo com as dificuldades existentes, pode-se afirmar que no âmbito da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência em nível secundário e terciário. Esses setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente, em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços. Assim, o atendimento insuficiente e muitas vezes precário retrata o não cumprimento de ações governamentais que deveriam proporcionar cobertura assistencial gratuita à população brasileira.

Segundo o Ministério da Saúde, grande parte dos 120 milhões de brasileiros que dependem do SUS não conta com assistência básica, que poderia ser prestada por postos de saúde dotados de profissionais e equipamentos básicos.

## Discussão

Como se verificou na revisão de literatura, a lei brasileira garante a saúde como um direito de todos, sendo dever do Estado provê-la. A Constituição Federal e a Lei n.º 8.080 determinam o acesso garantido de todos os cidadãos aos serviços do SUS e ainda a igualdade e a integralidade na assistência à saúde. Todavia sabe-se que nem sempre isso é observado na prática.

Logo no início da implantação do SUS, vários paradigmas surgiram. Entre eles destaca-se a filosofia de acesso universal à saúde, em um contexto no qual uma demanda cada vez maior de pessoas fica dependente do serviço público de saúde, por um lado, e de recursos cada vez mais limitados, por

outro. Na realidade é um grande problema assegurar o tratamento igualitário de indivíduos em um país com inserções sociais tão díspares [17, 23, 36].

De acordo com um levantamento realizado pelo IBGE [18], considerando o total da população brasileira, 79,3% dos entrevistados declararam ter um serviço de saúde regular. Os postos ou centros de saúde foram os serviços mais referidos pela população como serviços de uso regular (52,4%), seguidos, por ordem de importância, pelos consultórios particulares (18%), ambulatórios de hospital (16,9%), pronto-socorro ou emergência (5,8%), ambulatório ou consultório de clínicas (4,4%) e farmácia (1,4%).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) efetuada em 2003 estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,6% da população do país. Destes, 79,2% estavam vinculados a plano de saúde privado, individual ou coletivo. O restante (20,9%) possuía planos de instituição de assistência ao servidor público (municipal, estadual ou militar). A cobertura por um plano de saúde mostrou-se expressivamente maior (28%) na população de áreas urbanas, comparativamente à que residia em áreas rurais (6%). Observou-se também uma forte associação positiva entre a cobertura de plano de saúde e o rendimento escolar. Na classe de rendimento escolar inferior a um salário mínimo a cobertura era de 2,9%, enquanto na classe de 20 salários mínimos ou mais ficou em torno de 83,8%, marcando um perfil de desigualdade social no acesso da população à saúde suplementar [18].

A literatura demonstra que a existência de desigualdade social na utilização de serviços de saúde é determinada por vários fatores. A relação entre o nível de escolaridade e o acesso aos serviços de saúde foi testada recentemente, por intermédio de razões de chances, e foi constatado que indivíduos com um elevado nível de escolaridade têm maior probabilidade de ter acesso a tais serviços [40].

Alguns autores relatam que o uso dos serviços de saúde é bastante desigual nas classes socioeconômicas, favorecendo as camadas mais privilegiadas da população [28], que detêm um maior tempo de estudo. Os indivíduos menos favorecidos possuem menor tempo de escolaridade e apresentam maior índice de analfabetismo [36].

A formação deficitária contribui para o desconhecimento dos mecanismos de adoecimento e das formas de prevenção e tratamento. Assim, muitos agravos na saúde que poderiam ser evitados acabam sendo frequentes na população com baixa instrução escolar, como, por exemplo, a reidratação oral, que é deficiente nas crianças pobres, ainda que a diarreia seja mais comum nesse grupo [16].

Em acordo com o exposto, observou-se na literatura que indivíduos com maior escolaridade tendem a ter uma melhor percepção dos efeitos do tratamento sobre a saúde, bem como mais conhecimento das especialidades médicas para cada tipo de doença. Assim, grupos com maior escolaridade procuram mais os serviços de saúde [29].

Há concordância na literatura de que indivíduos residentes nas regiões de periferia e favelas parecem mais suscetíveis a lesões por armas e à morte por causas externas. Entre estas se enfatizam agressões com arma de fogo, não especificadas, e com objetos contundentes e os homicídios. Os números revelam o aumento da violência social, que, por sua vez, está ligada a problemas estruturais como desigualdade social e econômica brasileira, facilidade de aquisição de armas de fogo, abuso de álcool e drogas, falta de redes de apoio comunitário e falta (ou ineficiência) de policiamento. Portanto, ainda que a relação da violência com a pobreza e a desigualdade não seja linear, essa associação vem sendo demonstrada em alguns trabalhos [4, 24].

Estudos verificaram que a ausência de saneamento básico adequado traz graves reflexos à saúde da população. Países de nível socioeconômico baixo tendem a apresentar um pior desempenho sanitário e, conseqüentemente, mais agravos à saúde do povo em relação aos mais abastados [36]. Indivíduos com acesso aos serviços públicos de água, esgoto, coleta de lixo e luz elétrica possuem chances aumentadas em 8, 3, 6 e 15%, respectivamente, de ter serviços de saúde quando comparados àqueles que não detêm esses serviços no seu domicílio [28].

Uma série de dificuldades de acesso aos diferentes níveis de atenção em saúde é criada mediante distância, condições de transporte, precariedade de instalações, falta de insumos, pior treinamento e desmotivação dos profissionais que atendem no SUS [36].

A literatura descreve que a saúde e o nível de vida são produtos da forma de organização da produção social e da inserção concreta do indivíduo no sistema produtivo e na sociedade. Na área da saúde, estudos epidemiológicos privilegiam a ocupação dos indivíduos como o indicador principal do lugar onde ele se encontra na sociedade, em que o maior nível socioeconômico corresponde ao melhor acesso aos serviços de saúde [34].

Em um estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto em 1993, foram avaliadas as categorias de hospitalizações ocorridas associadas ao nível de ocupação dos pacientes. Os resultados descrevem que 66,2% dos casos de hospitalização de paciente dos níveis profissional (médicos, engenheiros, advogados e dirigentes empresariais), intermediário

(técnicos, gerentes e administradores) e qualificado não manual (professores secundários, vendedores e agentes financeiros) acontecem em serviços privados e de medicina de grupo, enquanto as hospitalizações de pacientes dos níveis qualificado manual (operadores de máquinas, cabeleireiros e artesãos), semiquualificado (encanadores, ferreiros e marceneiros) e não qualificado (pedreiros, lixeiros e serventes) ocorreram de 56% a 79,7% pelo SUS. Os indicadores confirmam a grande desigualdade existente entre as hospitalizações por sistemas privados e pelo sistema público, em que as diferenças no sistema de financiamento da assistência médico-hospitalar têm conhecidas conseqüências, como a repressão de demanda e restrições de procedimentos [34].

Em estudo recente observou-se que trabalhadores formais possuem maior percepção da própria saúde e também melhores indicadores de saúde. O crescimento dos vínculos precários de trabalho e do mercado informal e o aumento do desemprego, sem proteção previdenciária nem trabalhista, reforçam a necessidade de que a situação no mercado de trabalho também seja considerada nos estudos das desigualdades em saúde [15].

A maioria dos autores afirma que pessoas com piores condições de vida e saúde tendem a morrer mais cedo. Isso porque elas costumam procurar atendimento médico já em situação de doença e não para prevenção, uma vez que sofrem grandes privações no acesso à saúde. A literatura tem mostrado também que o nível de escolaridade materna tem associação com mortalidade infantil, provavelmente em virtude de o estado nutricional no nascimento e a maternidade na adolescência, conhecidos fatores de risco para morbidade e mortalidade das crianças, serem menos frequentes em mães com maior nível de escolaridade [12, 15, 35].

Vários autores asseguram que, no Brasil, as taxas de cesariana são mais altas entre as mulheres com melhores condições socioeconômicas, de etnia branca [19, 20] e naquelas com parto em hospitais privados [37], ou seja, mulheres potencialmente de menor risco obstétrico [13]. Além disso, há maior concentração de grávidas adolescentes entre as negras, com menor grau de escolaridade e pertencentes a classes menos favorecidas economicamente [14, 20]. Ao avaliar as desigualdades sociais envolvidas nas taxas de cesariana no Rio Grande do Sul, referentes a 1996, 1998 e 2000, foram verificados índices maiores na região da serra (59%), onde o PIB *per capita* é maior. Entretanto todas as regiões apresentaram taxas elevadas de cesariana [13].

As maiores taxas de cesariana nos grupos com melhores condições de saúde materna, menor risco

obstétrico e maior exposição à tecnologia médica sugerem abuso dessa cirurgia no atendimento ao parto, demonstrando a grande desigualdade no acesso a esse tipo de parto, considerado tradicionalmente sem dor e com sexualidade preservada. É bastante relevante o fato de que mulheres com menores condições econômicas e com maior risco de complicações no parto tenham menor probabilidade de cesariana do que aquelas com baixo risco obstétrico e alto poder aquisitivo [13].

Alguns trabalhos afirmam que a discriminação racial é a origem de grande parte das desigualdades étnico-raciais, com seus efeitos próprios na saúde. A desvantagem econômica e social, a assistência inadequada à saúde e as experiências diretas de atos ou atitudes de discriminação contribuem para as desigualdades raciais de saúde. Os efeitos sobre a população negra são inúmeros, podendo ser evidenciados com base na análise da sua situação socioeconômica, condições de vida, participação no mercado de trabalho, acesso aos bens e aos serviços e sua morbimortalidade [5, 8].

Conforme dados censitários de 2000, a população branca estudava 6,9 anos, e a negra, 4,7 anos. No Brasil, a negligência do ensino diante das inequidades geradas por séculos de escravidão potencializa a manutenção e a ampliação das disparidades. Torna-se preocupante a exclusão da população negra do nível superior de ensino, já que um curso superior geralmente significa maiores remunerações e posições de comando e deliberação. A escolaridade mostra-se um elemento de grande importância no tocante ao acesso aos serviços, à comunicação com o profissional de saúde, à consequente efetividade na prevenção, ao tratamento e à cura de enfermidades e a noções de saúde e doença [22].

Os negros possuem menor escolaridade e salário, moram em bairros de periferia das grandes cidades e estão excluídos de vários direitos sociais. Quando se compara a taxa de mortalidade de homens negros e brancos, aqueles morrem mais cedo que estes, tendo como principais causas os óbitos por transtornos mentais, doenças infecciosas e parasitárias e causas externas. As causas de morte não mostram associação com a doença, mas sim com os processos sociais ligados à raça, com as condições sociais, com a dificuldade de acesso a serviços de saúde, com o desconhecimento do sistema de saúde de seu perfil saúde-doença e com a inexistência de políticas públicas de saúde para tal população [4].

Os povos indígenas também foram submetidos à escravidão, além de epidemias de doenças infecciosas que resultaram em grande mortalidade e desorganização social. Atualmente, a migração indígena para cidades brasileiras perpetua sua

situação de marginalidade socioeconômica. Em 2001, 9% dos indígenas faleceram sem assistência médica e 25% por causas mal definidas, enquanto entre brancos os valores foram de 6% e 10%, respectivamente [8].

A literatura garante que as taxas de homicídio estão relacionadas a alguns indicadores socioeconômicos e de saúde. Regiões com alta densidade demográfica evidenciam condições de vida desfavoráveis e maiores taxas de homicídios. Entretanto, em sociedades com distribuição de renda mais equilibrada, há melhores condições de saúde. A convivência com desigualdades sociais profundas exclui pessoas social e materialmente das oportunidades proporcionadas pela sociedade, gerando maior violência urbana [14, 38].

Quanto à odontologia, a 1.<sup>a</sup> Conferência de Saúde Bucal, em 1986, considerou a saúde bucal parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, pois está diretamente atrelada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação [27].

O Ministério da Saúde, por intermédio das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), salienta que as ações de saúde bucal devem ser consideradas na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde. Assevera ainda que a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, devendo integrar-se às demais práticas de saúde coletiva mediante a construção de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso a água tratada, incentivem a fluoretação das águas e o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados [10].

Nota-se que há relação entre desigualdade/pobreza e aparecimento/desenvolvimento de enfermidades. A cárie dentária, assim como outras doenças, tem seu surgimento e sua evolução determinados por fatores sociais. Além disso, a cárie na dentição decídua é forte preditor da ocorrência da doença na dentição permanente e está associada a fatores sociais, tais como escolaridade e renda dos responsáveis e acesso a serviços de saúde [1, 30].

A maioria dos autores concorda que, em regiões socioeconomicamente desfavorecidas, as desigualdades socioeconômicas e ambientais interferem na saúde bucal de sua população. Fatores como renda, taxa de alfabetizados, acesso a água tratada com flúor e oferta de serviços odontológicos

podem gerar níveis de nocividade que favoreçam o surgimento de agravos à saúde bucal [3, 21, 32]. Porém, ao contrário de muitos estudos, uma pesquisa realizada no Paraná encontrou uma correlação positiva entre o índice CPO-D (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) e a quantidade de consultórios disponíveis no serviço público, refletindo uma possível tendência de que os municípios com piores indicadores sociais sejam os que estejam oferecendo uma maior cobertura de serviços públicos à sua população [2].

Em uma pesquisa para avaliar a percepção do paciente em relação ao seu tratamento em uma faculdade de Odontologia, observou-se que a maioria dos usuários se sente objeto de ensino por serem tratados como um caso de exemplificação para os alunos. Além disso, citam como desvantagens a demora no atendimento e na conclusão do tratamento, erros e falhas dos alunos, desrespeito e relação de troca estabelecida entre aluno e paciente. Os pacientes ressaltam a diferença existente entre o tratamento oferecido pela faculdade de Odontologia e pelo SUS, pois elogiam a faculdade e criticam os postos de saúde em relação à infraestrutura, a recursos humanos e ao relacionamento com o usuário. A relação estabelecida entre aluno-professor e paciente é de desigualdade, uma vez que o paciente tem consciência da distância social que os separa. Apesar de os pacientes se sentirem como objeto no ensino de saúde e das falhas ocorridas, eles são gratos pelo tratamento recebido, visto que sem essa possibilidade de atendimento gratuito não conseguiriam resolver seus problemas de saúde bucal [25].

Em 2003 concluiu-se o SB Brasil [11], o maior e mais amplo levantamento em saúde bucal brasileiro. O índice CPO-D, verificado nas crianças de 12 anos de idade, foi de 2,78, alcançando-se a meta da OMS para o ano 2000, que era de no máximo 3. Ressalta-se que, embora a pesquisa tenha encontrado índices de ataque de cárie conforme o indicado pela OMS para o ano 2000, houve uma grande variabilidade da distribuição dos valores de acordo com as macrorregiões. Todavia pouco mais de 52% da população adulta e menos de 10% dos idosos possuem 20 ou mais dentes, quantidade aquém dos 75% e 50% propostos, respectivamente, como meta da OMS para o ano 2000. Além disso, menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam as gengivas saudáveis como condição predominante e aproximadamente 85% da população adulta e quase 99% dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária, tanto na arcada superior quanto na inferior. Outro dado chocante: mais de 13% da população de 15 a 19 anos e quase

3% dos adultos nunca foram ao dentista; entre os idosos o número chega a aproximadamente 5,8%.

Faz-se importante salientar que os resultados do SB Brasil, além de produzirem informações epidemiológicas, permitem a discussão de inúmeros aspectos ligados à distribuição dos principais agravos em saúde bucal no país. Os dados dessa pesquisa possibilitaram a condução de ações do programa Brasil Sorridente, como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs).

De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) [9], os CEOs são estabelecimentos de saúde participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, no âmbito do SUS, e devem realizar no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e por encaminhar aos centros especializados apenas casos mais complexos.

Além dos CEOs, outra importante atuação do Brasil Sorridente foi a implantação de LRPDs, unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis.

## Conclusão

A identificação e a descrição das desigualdades em saúde não são suficientes. Faz-se necessária a participação da sociedade, em uma discussão aberta, democrática e verdadeiramente participativa para solucionar tais problemas. Deverão ser colocados em prática planos estratégicos nacionais visando à projeção futura de uma sólida capacidade nacional. Políticas de inclusão social precisam ser desenvolvidas para proporcionar melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde à população, diminuindo assim a violência. Faz-se necessário o estabelecimento de condições para que o jovem e os professores permaneçam na escola, entendida como um local para aprendizado, com ambiente agradável e adequado às características e aos interesses desse grupo. É a partir do nível comunitário e local que se constrói um ambiente político para que se possam enfrentar e até mesmo solucionar as desigualdades em saúde de um país.

## Referências

1. Araújo RGD. Relação entre indicadores sociais e situação de saúde bucal em crianças de cinco anos de idade cadastradas pelo programa de agentes comunitários de saúde em Ouro Preto – Minas Gerais. [Dissertação – Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
2. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):143-52.
3. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):709-17.
4. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):71-80.
5. Batista LE, Escuder MLL, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):630-6.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2000.
7. Brasil. Governo Federal. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, de 20 de setembro de 1990.
8. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1586-94.
9. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Centros de Especialidades. [citado em 2009 mar. 31]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/especialidades.php>.
10. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Drachler ML. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):461-70.
13. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):761-7.
14. Gawryszewski VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):191-7.
15. Giatti L, Barreto SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):99-106.
16. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saúde Pública*. 2002;18:103-12.
17. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1171-81.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro; 2003.
19. Jonas O, Chan A, Roder D. The association of maternal and socioeconomic characteristics in metropolitan Adelaide with medical obstetric and labour complications and pregnancy outcomes. *Austr New Zealand J Obstetrics Gynaecology*. 1992;321:1-5.
20. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):100-7.
21. Lima RTS. A saúde bucal e as desigualdades sócio-econômicas e ambientais em contextos intraurbanos do Distrito Federal. [Monografia – Especialização]. Brasília: Associação Brasileira de Odontologia; 2004.
22. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1595-601.
23. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):1-15.

24. Macedo AC, Paim FS, Silva LMV, Costa MCN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(6):515-22.
25. Minas RP. O paciente no contexto do ensino. [Dissertação – Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
26. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
27. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília; 1986.
28. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18:109-18.
29. Noronha KV, Viegas M. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Rev Econôm Nordeste*. 2002;32:877-97.
30. Organização Panamericana de Saúde. Rede Interagencial de Informação para Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília; 2002.
31. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(Sup):1819-29.
32. Pattussi MP. Privação e saúde bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. *Rev Ação Coletiva*. 1999;2(1):3-8.
33. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 2002.
34. Rocha JSY, Simões BJB, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(5):479-87.
35. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):673-84.
36. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):129-42.
37. Souza CM. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Int J Healthcare Ethics Committees*. 1994;3:358-66.
38. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Médici EV *et al*. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(1):15-28.
39. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Sci Medicine*. 1995;10:1403-9.
40. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11:365-73.
41. WHO (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization. **Basic Documents**. Geneva; 1948.

---

**Como citar este artigo:**

Silva JYB, Santos BZ, Oliveira RM, Bosco VL. Desigualdade em saúde. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2009 Dec;6(4):422-9.

---