

EDUCAÇÃO E
TRABALHO NA SAÚDE:
RUPTURAS, DESAFIOS
E PERSPECTIVAS

Desafio maior:

retomar a pauta histórica
da Saúde Coletiva:
a interface saúde/
educação nos interpela
e nos implica

Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop

Nancy Krieger,¹ Margarita Alegría,²
Naomar Almeida-Filho,³ Jarbas Barbosa da Silva,⁴
Maurício L Barreto,⁵ Jason Beckfield,⁶ Lisa Berkman,⁷
Anne-Emanuelle Birn,⁸ Bruce B Duncan,⁹ Saul Franco,¹⁰
Dolores Acevedo Garcia,¹¹ Sofia Gruskin,¹²
Sherman A James,¹³ Asa Christina Laurell,¹⁴
Maria Inês Schmidt,¹⁵ Karina L Walters¹⁶

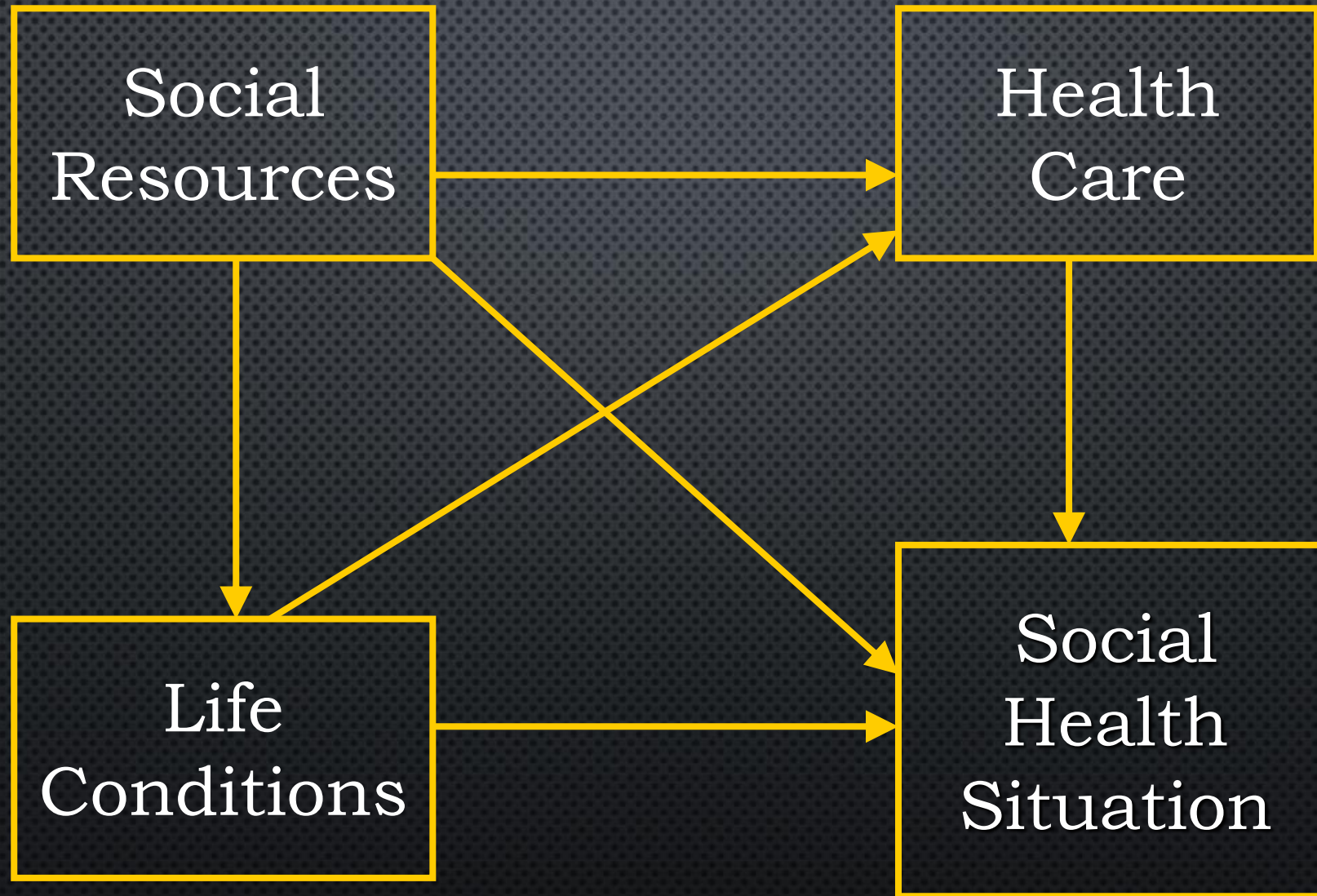
¹Department of Society, Human, Development and Health, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, USA; ²Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA; ³Universidade Federal Da Bahia (UFBA) and Professor of Epidemiology and Director, Instituto De Saude, Coletiva, UFBA, Bahia, Brazil; ⁴Health Surveillance and Disease

Rapidly rising interest—from national and international health organisations, governments, civil society, the private sector and myriad academic disciplines—in what has become known as the ‘social

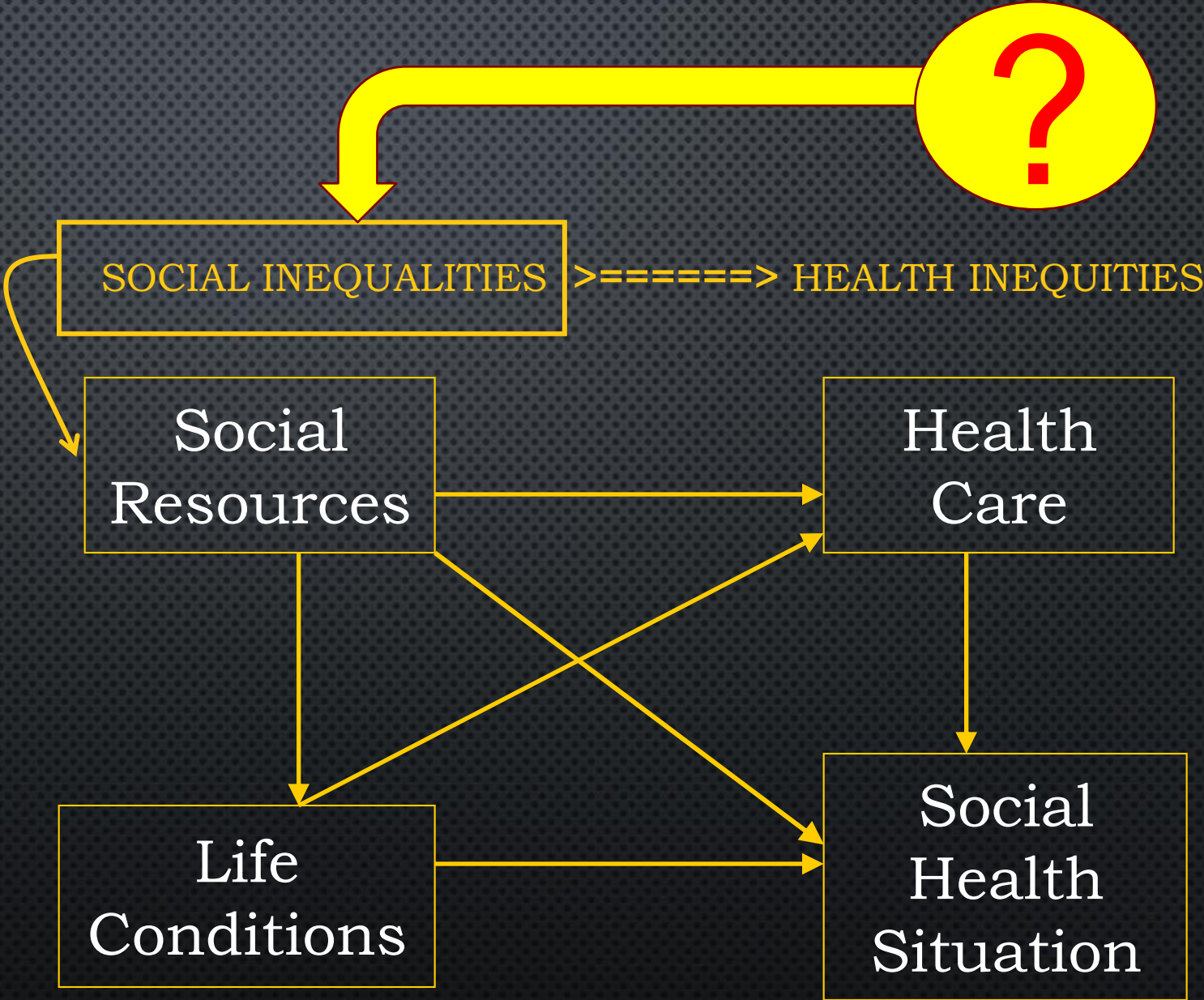
institutional affiliations were with universities, hospitals, and government and international agencies. Common to all participants, each of whom contributed to the range of ideas expressed in this editorial, were: 1. a concern with how social injustice harms health, 2. recognition that social inequalities in health have long been documented and debated, 3. appreciation of the importance of theory in shaping analysis of health inequities, that is, group differences in health outcomes (within and between nations) due to injustice, and 4. awareness of the context of the discussion, including the gross and growing inequities in income and wealth that exist within and between countries (box 1).

The rationale for our emphasis on frameworks and our limited geographical focus was twofold. First, we prioritised theory because theoretical frameworks critically shape the questions asked (or not asked), the determinants and outcomes considered (or not considered), the data collected (or not collected), the methods used (or not used) and the approaches taken (or not taken) to interpreting the resulting data.³ Second, attention to theory in relation to conceptualising and analysing societal determinants of health inequities has typically been stronger,

MODELING HEALTH INEQUITIES



MODELING HEALTH INEQUITIES



NUM CONTEXTO DE PLENA JUSTIÇA SOCIAL, EQUIDADE EM SAÚDE SE TRADUZIRIA EM QUATRO COMPONENTES:

- RISCOS HOMOGÊNEOS PARA TODOS OS GRUPOS DA POPULAÇÃO
- TODAS AS PESSOAS IGUALMENTE COBERTAS POR PROGRAMAS EFICIENTES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE
- SISTEMAS E SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE A TODOS/AS GARANTIDOS
- HUMANIZAÇÃO, RESOLUTIVIDADE E QUALIDADE DO CUIDADO IGUALMENTE DISPONIBILIZADOS A TODOS/AS

para superar iniquidades
em saúde precisamos
problematizar...

“las causas,
de las causas,
de las causas”

(Benach & Muntaner, 2008)

rever a agenda da
Saúde Coletiva:
da determinação
das desigualdades à
sobredeterminação
das iniquidades

HIPÓTESE SOBRE A INIQUIDADE ESTRUTURANTE DA SOCIEDADE BRASILEIRA

A SOCIEDADE BRASILEIRA CONFIRMA
SUAS RAÍZES HISTÓRICAS NO
COLONIALISMO E NA ESCRAVATURA,
ESTRUTURANDO-SE SOBRE/SOB
DESIGUALDADES, INIQUIDADES,
OPRESSÕES E PRIVILÉGIOS

HIPÓTESE SOBRE A RESPONSABILIDADE SOCIAL DO ESTADO BRASILEIRO

O ESTADO BRASILEIRO NÃO CUMPRE
SUA RESPONSABILIDADE DE GARANTIR
À SOCIEDADE SERVIÇOS PÚBLICOS DE
QUALIDADE, COM ACESSO UNIVERSAL
E EQUIDADE

ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL

- *SOZIALSTAAT* GERMÂNICO
- *STATO SOCIALE* ITALIANO
- *L'ÉTAT-PROVIDENCE* FRANCÊS
- *WELFARE STATE* BRITÂNICO
- *VÄLFÄRDSSTATEN* ESCANDINAVO
- *ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL* (CONSTITUIÇÃO PORTUGUESA DE 1976: “QUASE-ESTADO-PROVIDÊNCIA”)

ESTADO DE MAL-ESTAR SOCIAL

BRASIL: CONSTITUIÇÃO DE 1988

CÓPIA DA CONSTITUIÇÃO PORTUGUESA 1976

DIREITOS **INDIVIDUAIS**: SAÚDE + EDUCAÇÃO +
SEGURIDADE SOCIAL + JUSTIÇA + EQUIDADE (IMPLÍCITA)

NAÇÃO = ESTADO + MERCADO – SOCIEDADE

PRIVATIZAÇÃO LATENTE DE POLÍTICAS PÚBLICAS VIA
SISTEMAS SUPLEMENTARES

JUDICIALIZAÇÃO: “OVO DA SERPENTE”

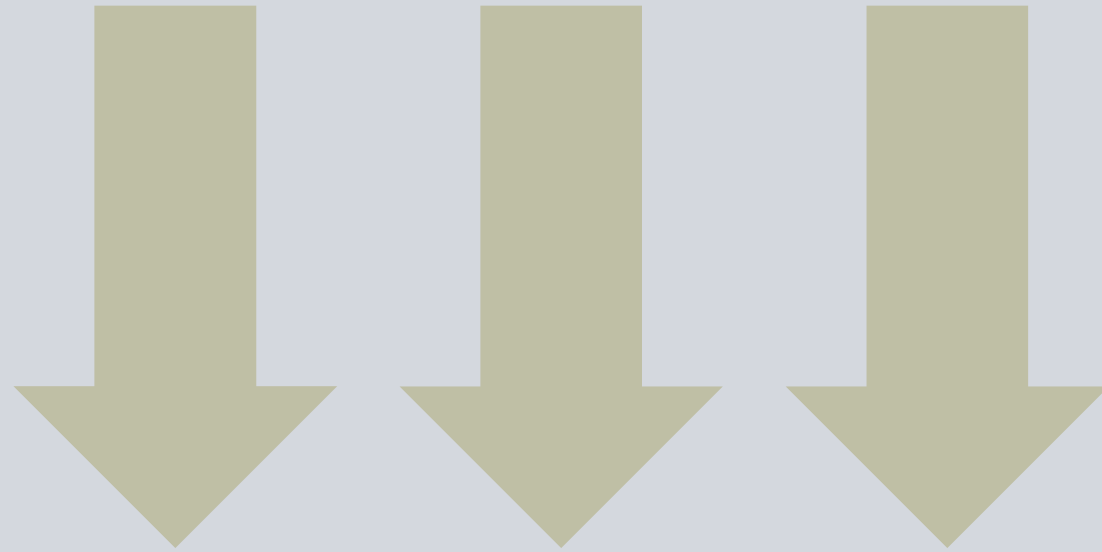
HIPÓTESE SOBRE O PAPEL DO ESTADO BRASILEIRO NA EDUCAÇÃO E NA SAÚDE

NOS CAMPOS DA EDUCAÇÃO E DA
SAÚDE, AO NÃO GARANTIR SERVIÇOS
PÚBLICOS COM QUALIDADE-EQUIDADE,
O ESTADO BRASILEIRO PROMOVE
MAL-ESTAR SOCIAL

ESTADO BRASILEIRO COMO PROMOTOR DE INIQUIDADES SOCIAIS



desigualdades



iniquidades

APRENDER COM A EXPERIÊNCIA DE QUASE TRÊS DÉCADAS DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, COM ACESSO UNIVERSAL, FINANCIAMENTO PÚBLICO, CONTROLE SOCIAL, A PARTIR DE **(E EM CONTRADIÇÃO COM)** UM ESTADO DE MAL-ESTAR SOCIAL, NUM CONTEXTO DE DESIGUALDADES SOCIAIS E PROFUNDAS INIQUIDADES EM EDUCAÇÃO E SAÚDE

NUM SISTEMA DE SAÚDE DE ACESSO UNIVERSAL, EMERGE OUTRA ORDEM DE INIQUIDADES:

- NA QUEBRA DA INTEGRALIDADE, SISTEMAS DE REFERÊNCIA QUE DISCRIMINAM SUJEITOS NOS DISTINTOS NÍVEIS
- NA QUALIDADE DIFERENCIAL DO CUIDADO EM SAÚDE, MEDIANTE FORMAS DE DIFERENCIAÇÃO NEGATIVA INTERNALIZADAS NAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO
- NA DISPONIBILIDADE DESIGUAL DE TECNOLOGIAS DIAGNÓSTICAS, PREVENTIVAS E TERAPÊUTICAS (ASPECTO AGRAVADO PELA JUDICIALIZAÇÃO)

HIPÓTESE SOBRE A PRODUÇÃO-REPRODUÇÃO DE INIQUIDADES NA EDUCAÇÃO/SAÚDE

AS RAÍZES DA QUALIDADE DIFERENCIAL DO CUIDADO ENCONTRAM-SE NAS PRÁTICAS DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PRODUTORAS DE SUJEITOS COMPETENTES PARA REPRODUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE

DISPOSITIVOS FOMENTADORES DE
COMPETÊNCIAS PARA REPRODUÇÃO
DE INIQUIDADES PODEM SER
IDENTIFICADOS NO SISTEMA DE
FORMAÇÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL
DESSES SUJEITOS (UNIVERSIDADES,
FACULDADES, ESCOLAS, CURSOS,
PROGRAMAS ETC.)

- * FILTRO SOCIAL
- * INFORMATION GAP
- * IDEOLOGIA CLASSE-MÉDIA
- * BAIXO VALOR SOCIAL
- * COMPETÊNCIA TECNOLÓGICA ACRÍTICA
- * QUALIDADE DIFERENTIAL DO CUIDADO

fatores de
iniquidade
em saúde
ligados à
educação

A PRÁTICA DOS OPERADORES DE SISTEMAS, POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, VAI REQUERER UMA FORMAÇÃO:

- INTER-TRANSDISCIPLINAR
- INTERPROFISSIONAL
- SENSÍVEL CULTURALMENTE
- POLITICAMENTE RESPONSÁVEL

FORMAÇÃO GERAL (PENTAVIUM):

- I. COMPETÊNCIA LINGUÍSTICA** (DOMÍNIO DO VERNÁCULO E PELO MENOS UMA LÍNGUA FRANCA, DEFINIDA PELA ÁREA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL)
- II. CAPACITAÇÃO EM PESQUISA** (HABILIDADES DE RACIOCÍNIO ANALÍTICO E INTERPRETABILIDADE PARA PRODUZIR CONHECIMENTOS)
- III. COMPETÊNCIA PEDAGÓGICA** (HABILIDADES DIDÁTICAS PARA COMPARTILHAR CONHECIMENTOS)
- IV. SENSIBILIDADE CULTURAL** (EMPATIA E CAPACIDADE DE ESCUTA SENSÍVEL, COM ÉTICA E RESPEITO À DIVERSIDADE HUMANA)
- V. COMPETÊNCIA TECNOLÓGICA CRÍTICA** (COMPREENSÃO PROFUNDA DOS MEIOS DE PRÁTICA E SUAS IMPLICAÇÕES)

QUALIDADE-EQUIDADE

AS FRONTEIRAS TECNOCIENTÍFICAS DA ATUALIDADE (NANOMATERIAIS, NEOQUÍMICA, ROBÓTICA, *BIG DATA*, INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, HEURÍSTICA, BIOMODELAGEM, DESIGN INSTITUCIONAL ETC.) SINALIZAM PARA UM NOVO PERFIL DE FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NECESSÁRIO PARA O SÉCULO XXI

ESTUDOS RECENTES APONTAM PARA REDUÇÃO RELATIVA DOS CUSTOS MÉDICOS EM ESCALA GLOBAL, SOBRETUDO NOS PAÍSES DA OCDE (MARINO ET AL, 2017). POSSÍVEIS EXPLICAÇÕES: INTENSO E RÁPIDO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO-TECNOLÓGICO NO SETOR SAÚDE, TENDO COMO FATOR CHAVE AVANÇO E DISPONIBILIDADE DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E CONECTIVIDADE (TIC), PRINCIPALMENTE AQUELAS DE MAIOR POTENCIAL DISRUPTIVO. AVANÇOS PERMITEM MAIOR EFICÁCIA NA AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE E APLICAÇÃO DE NOVOS DISPOSITIVOS E PROCESSOS, RESULTANDO EM PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE MAIS PRECISÃO, RESOLUTIVIDADE E ECONOMICIDADE, NO QUE SE TEM DENOMINADO COMO *PRECISION MEDICINE / DIGITAL HEALTH* (GOUDA & STEINHUBL, 2018).

COMPETÊNCIA

TECNOLOGICA

CRÍTICA

COMPETÊNCIA TECNOLÓGICA CRÍTICA

COMPREENSÃO DE LÓGICAS, MECANISMOS E EFEITOS DAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRÁTICAS, A FIM DE DOMINAR PROCESSOS DE GERAÇÃO DE TECNOLOGIAS DESENVOLVIDAS PARA INTERVENÇÕES NOS CORPOS SOCIAIS, INDIVIDUAIS E COLETIVOS.

CAPACIDADE DE APLICAR TECNOLOGIAS PARA PREVENÇÃO, PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MÁXIMO DE EFICÁCIA, TORNANDO-A EFICIÊNCIA (CUSTO-BENEFÍCIO), EFETIVIDADE CONCRETA (QUALIDADE-EQUIDADE) E TRANSFORMAÇÃO SOCIAL SUSTENTÁVEL.

CAPACIDADE DE UTILIZAÇÃO DE SABERES, PRÁTICAS E TÉCNICAS DE CUIDADO EM SAÚDE, A PARTIR DE AVALIAÇÃO NOS SEUS ASPECTOS OPERATIVOS, PRINCIPALMENTE POTENCIAL DE INTEGRAÇÃO SOCIAL.

A CONSTITUIÇÃO DE VALOR DOS PRODUTOS CADA VEZ MENOS SE DEFINE PELOS CUSTOS DA BASE FÍSICA DOS PRODUTOS (MATÉRIA PRIMA, MEIOS DE TRABALHO, INSUMOS MATERIAIS ETC.), PRINCIPALMENTE TEMPO USADO PARA SUA PRODUÇÃO, NUMA DEFINIÇÃO CUMULATIVA DE CARGA HORÁRIA DE TRABALHO ÚTIL.

A PRÓPRIA NOÇÃO DE VALOR DE USO DEIXA DE TER SENTIDO PARA DISPOSITIVOS DE GERAÇÃO TECNOLÓGICA MAIS RECENTE TÍPICAMENTE METAFUNCIONAIS, PROPICIANDO USOS MÚLTIPLOS E FUNÇÕES NÃO FIXADAS PREVIAMENTE.

A INTELIGÊNCIA EMBUTIDA COMO PROGRAMAÇÃO PODEM SER REPRODUZIDOS SEM INSUMOS FÍSICOS, DE MODO QUE, PARA CADA APARELHO, O MAIS-VALOR TEORICAMENTE É REPLICADO SEM CUSTOS E SEM DESGASTES.

A FORMA ATUALMENTE VIGENTE DE AGREGAÇÃO DE VALOR AO PRODUTO É TOTALMENTE DISTINTA DO PARADIGMA INDUSTRIAL CONVENCIONAL: PRIMEIRO, SENDO MINIATURIZADO, FOI FABRICADO NUM PROCESSO DE TOTAL AUTOMAÇÃO; SEGUNDO, SISTEMA OPERACIONAL E RESPECTIVOS APLICATIVOS NÃO TÊM MATERIALIDADE; TERCEIRO, A MULTIPLICAÇÃO MARGINAL DE UTILIDADES DOS PRODUTOS FAZ COM QUE O CUSTO PAGO NÃO PRECISE SER PRECIFICADO POR FUNÇÕES.

QUESTÕES PARA DEBATE:

- QUAIS AS POSSIBILIDADES DE AVANÇO NA CONSTRUÇÃO DOS PROCESSOS EDUCATIVOS PARA O TRABALHO?
- COMO TRATAR OS VAZIOS E AS INSUFICIÊNCIAS DE FORMAÇÃO PARA O SUS?
- COMO INOVAR PARA CRIAR NOVOS PADRÕES DE ENSINO X APRENDIZAGEM?