SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: disputas de concepção, apropriação e constituição da esfera pública

Betina Ahlert[1]
Rosana Rocha Guedes Klein[2]
Thays Oliveira Silva[3]
Yonara Lorena Bosco Vieira da Silva[4]

RESUMO
O presente artigo tem por objetivo tecer considerações sobre saúde pública enquanto direito de todos e dever do Estado, e nesse sentido, compreender o mesmo como agente garantidor de tal política, em todas as suas contradições. O texto, mediante pesquisa bibliográfica, discorre sobre a complexidade que envolve o tema no interior da lógica neoliberal, marcada pela proposta de um Estado mínimo no campo das políticas sociais, executado a partir das contrarreformas do Estado no Brasil. Conclui apontando um conjunto de retrocessos que impactam na saúde enquanto esfera pública, tanto no fornecimento de serviços, quanto na desconstrução ideológica do reconhecimento da saúde como direito.

Palavras-chave Saúde Pública; Estado; Direito Social.

ABSTRACT

This article goal is to make considerations about public health as a right of all and a duty of the State, in that way, understand it as a guaranteeing agent of such a policy, in all that contradictions. The text, through bibliographical research, describes the complexity that involves the theme within the neoliberal logic, marked by the proposal of a minimal State in the field of social policies, performed from the counter-reforms of the State in Brazil. It concludes by pointing to a set of setbacks that impact health as a public sphere, both in the provision of services and in the ideological deconstruction of the recognition of health as a right.

Keywords: Public health; State; Social right.

[1] Assistente Social. Docente do Departamento de Serviço Social, do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular – PRIMSCAV e do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCR/RS).
[2] Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular – PRIMSCAV da Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT. E-mail:rosanaguedes200@gmail.com
[3] Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular – PRIMSCAV da Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT. E-mail: thays.osp@gmail.com
[4] Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular – PRIMSCAV da Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT. E-mail: yonaralorena17@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

E só o acaso estende os braços a quem procura abrigo e proteção. (Legião Urbana)

Refletir sobre o conceito de saúde tem sido fundamental frente ao desmonte que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sofrido. Soma-se a isso a pandemia de COVID-19 e a (des)cobertura vivenciada por centenas de brasileiros. São tantas perguntas, angústias e insatisfações, que a única sensação de amparo fica a cargo do acaso, como refere a epígrafe que introduz esse artigo. Qual é o papel do Estado na constituição da saúde enquanto esfera pública?

As inquietações que precedem esse artigo partem da inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase em atenção cardiovascular, da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Os Programas de Residência cumprem a função da formação em serviço e possibilitam, em muitas ocasiões, uma primeira experiência profissional daqueles que ingressam como residentes, momento em que a relação da vida profissional com a saúde pública toma corpo e quando os ingressantes passam a se perceber enquanto profissionais da saúde no Brasil. Nesse sentido, questionamentos, inquietações e estratégias de luta e resistência ampliam-se com o fazer profissional.

Sendo este o ponto de partida, o artigo tem por objetivo tecer considerações sobre saúde pública enquanto direito de todos e dever do Estado, na perspectiva de compreendê-lo como elemento essencial para produção e reprodução da vida social. A princípio, o diálogo é apresentado de forma a trazer elementos sobre a saúde enquanto uma política pública e sua complexidade na estrutura social que, após 1988, passou a ser reconhecida como um direito universal. Nessa perspectiva, a problemática se dá na complexidade da compreensão do que norteia o papel do Estado.

No segundo momento, discorreremos sobre o conceito de saúde, partindo do pensamento de que saúde está para além da perspectiva clínica, mas engloba igualmente aspectos sociais, ambientais, físicos e mentais. Apesar do reconhecimento formal do conceito de saúde ampliada, trata-se de um debate permeado pelo avanço do neoliberalismo no processo de contrarreformas, precarização e desmonte da saúde pública brasileira, e nesse sentido, avanço do capital sobre o fundo público.

2. O ESTADO E A SAÚDE ENQUANTO ESFERA PÚBLICA NO BRASIL

A discussão sobre esfera pública e qual seu papel é fundamental para compreender a saúde pública brasileira. Desde 1988, com a Constituição Federal, ela foi legalmente concebida como direito universal, que deve ser prestado de forma pública e gratuita. No entanto, entender os desafios e as fragilidades na institucionalização da prática é uma tarefa um tanto complexa, face à diversidade de instituições envolvidas, agentes e interesses antagônicos.

> Vê-se, assim, que a incursão ao tema da relação entre Estado e sociedade e da constituição da esfera pública põe em evidência vários fatores, princípios e processos, sem contar que tanto o Estado como a sociedade são instâncias complexas, contraditórias, que variam no tempo e no espaço e não são de fácil explicação. Por isso, não há uma única concepção dos mesmos, assim como não há um único entendimento sobre o tipo de relação que eles estabelecem entre si (PEREIRA, 2009, p. 288).

A compreensão do Estado enquanto instância pública parte do reconhecimento e sua diversidade e relatividade, pois ele não possui características engessadas e sem movimento, pelo contrário, é permeado de transformações e mudanças. Desta forma, se vincula ao movimento histórico da sociedade, pois está diretamente relacionado com a sociedade civil, seus anseios e necessidades materiais e imateriais, assim como a formas de manutenção do poder. É, portanto, resultado da luta de classes.

É no âmbito do Estado entendido como esfera pública que refletir sobre a saúde brasileira enquanto política social implica em resgatar a forma como esta se desenvolve em um país que não foi palco da Revolução Industrial, nem do Estado de Bem Estar Social no modelo dos países europeus (BEHRING; BOSCHETTI, 2011), e que se constituiu como periférico na dinâmica do capitalismo global. Assim, é preciso considerar as particularidades da nossa formação sócio-histórica ou, como diria Machado de Assis, “vamos à história dos subúrbios” (ASSIS, 2000, p. 184), o saudoso Joaquim deixa expresso nas entrelinhas de suas obras a denúncia da fundação de um país ufano, óbvio, sem grandes motivos para tal. Ou seja, sem “glórias no

passado", pois teve como base o colonialismo, o escravismo e o desenvolvimento desigual e combinado, vivenciando a transição para o modo capitalista de maneira consubstancial ao velho regime.

Introduzir aqui tais características é importante para resgatar o processo de desenvolvimento capitalista no Brasil, pois são elementos fundantes da formação social brasileira e consequentemente tornam-se imprescindíveis para compreender a relação e o desenvolvimento do e para com o Estado, que "contém em si uma dinâmica que articula passado, presente e futuro. O passado nunca é completamente superado, porque se infiltra no presente e se projeta no futuro" (PEREIRA, 2009, p. 291).

Dessa forma, o Estado adquire a característica histórica e relacional, podendo ser traduzido como um caldeirão efervescente de relações contraditórias, que se coloca de forma a ora atender interesses da classe dominante, ora da classe trabalhadora, de forma a garantir a sua reprodução para fins de acumulação do capital. Nesse sentido, as políticas públicas no Brasil emergem desse bojo estrutural, num contexto de democracia burguesa. Nas palavras de Behring e Boschetti (2011, p. 78):

> A primeira constatação é a de que seu surgimento no Brasil não acompanha o mesmo tempo histórico dos países de capitalismo central. Não houve no Brasil escravista do século XIX uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si com partidos e organizações fortes.

Para as autoras e para Fernandes (1987 *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 77), a presença do trabalho escravo persistiu e se confrontou com o trabalho livre, que, por sua vez, foi atravessada pela condição histórica do mandonismo, paternalismo e do conformismo. É a partir da primeira década do século XX que a classe trabalhadora toma palco de reivindicações e manifestações para conquistar direitos sociais e trabalhistas. Nessa leitura histórica é possível compreender que a mediação das relações sociais nunca é executada a partir do princípio da neutralidade, logo, a questão persistente é desvelar se a instituição legitimada pelo povo e responsável pela garantia e execução das políticas sociais não perdeu seu caráter público ou universal.

> [...] o Estado adquire todas as características de um aparelho administrativo das classes e grupos dominantes, ou dos blocos de poder predominantes em escala mundial. Trata-se de um Estado comprometido principalmente com a abertura e a fluência dos fatores de produção nos mercados, tendo em conta

> os dinamismos do capital produtivo e especulativo, bem como das tecnologias eletrônicas, informáticas e cibernéticas, além dos movimentos do mercado de força de trabalho; tudo isso conforme as sugestões, injunções ou imposições das corporações transnacionais, em geral secundadas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BIRD), Organização Mundial do Comércio (OMC), Grupo dos 7, Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e outras organizações empenhadas em favorecer a dinâmica dos fatores de produção; com escassa ou nula atenção por suas implicações ou custos sociais (IANNI,1999, p.132).

É em decorrência desses aspectos que no Brasil, avançando para a cena contemporânea, nos deparamos com as contradições entre a implementação das políticas sociais afirmadas com a Constituição Federal de 1988, e o avanço do neoliberalismo e das contrarreformas determinadas pelos ajustes estruturais pós-Consenso de Washington. Inserir na Constituição Federal de 1988 os anseios das camadas populares, vislumbrado a saúde no escopo da seguridade social, só foi possível através de um longo processo de mobilização, participação e organização política da sociedade. Pela primeira vez, a saúde é reordenada como um direito universal, que foge à lógica do seguro. No entanto, o sonho de prosperidade brasileira logo foi tensionado pelo ajuste fiscal. Para Boschetti e Salvador (2009), o novo modelo sofre dificuldade de implementação desde os primeiros anos de existência, quando não foi cumprido o acordo orçamentário previsto na carta magna.

Nesse sentido, os elementos que estão presentes nas disputas em torno do SUS como sistema público administrado pelo Estado, são as correlações de forças e poder que vão de encontro às classes sociais e a interesses de grupos específicos como os profissionais da saúde, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos, a classe trabalhadora, dentre outros. O Estado exerce seu domínio de forma institucionalizada, através da burocracia, da ideologia, dos aparatos jurídico e policial.

> Disputas que podem tencionar a política de saúde no sentido da consolidação e fortalecimento do SUS ou na direção oposta. Importa compreender como as propostas e disputas que se apresentam no atual governo[5] e no seu antecessor tem fortalecido o projeto privatista e, principalmente, o que caracterizamos como o projeto do SUS submetido totalmente ao mercado (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 193).

[5] Em 2020 ocupa o cargo máximo na política brasileira no governo federal o Presidente Jair Bolsonaro (sem partido), antecedido por Michel Temer (PMDB), que assumiu a presidência através de um golpe parlamentar.

Nessa perspectiva, entender a sociedade dentro da estrutura de divisão de classes sociais, permite a compreensão de que o Estado e as demais instituições públicas não são elementos neutros, mas possuem características que priorizam interesses, que fazem com que se perpetue o poder e a dominação. Dessa forma, é substancial entender que os desafios e o processo de precarização da saúde são inerentes à compreensão de elementos que decodificam o papel do Estado e da esfera pública.

Na história da saúde pública, e marcadamente no contexto atual, esses elementos são tencionados por projetos divergentes, uns priorizam o mercado privado, outros os interesses públicos. Se desde a promulgação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, o SUS não foi implementado em sua totalidade, no contexto atual a correlação de forças tem sido vencida pelo projeto privatista da saúde, face ao desmonte propiciado por Emendas Constitucionais (EC), com destaque para a EC n. 95/2016. Soma-se a isso, a forma com que o governo federal tem conduzido a gestão do Ministério da Saúde, através de uma interferência direta na condução das ações, ou ainda das investidas da ocupação de cargos de gestão e cargos técnicos por militares. Ao mesmo tempo em que a crise sanitária ocasionada pela Covid-19 deu visibilidade ao SUS, a política de saúde, enquanto espera pública, tem sido atacada constantemente.

3. COMPREENDER PARA CRIAR – CONCEITO DE SAÚDE E DESAFIOS ATUAIS

Moacyr Scliar aborda as diferentes concepções que foram atribuídas à saúde no decorrer da história, considerando que “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social” (SCLIAR, 2007, p. 30). Seguindo esse raciocínio, a compreensão de saúde na história da humanidade se deu pelo entendimento místico/religioso, até começar a fundamentar-se na racionalidade, a princípio, na proposta por Hipócrates[6]. Desta forma, à medida que a complexidade da trama social se desenvolve e igualmente a ciência, a

[6] Hipócrates de Cós, 460-377 a.C., considerado o pai da medicina.

humanidade se depara com a necessidade de criar um conceito universal sobre o que é saúde, justamente para atender as demandas de uma sociedade industrial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu a saúde não apenas como a ausência da doença, mas como a situação de perfeito bem estar físico, mental e social. Portanto, o que existia antes dessa concepção era uma organização fragmentada e puramente biomédica com definições centradas na doença e invisibilidade do ser portador da enfermidade. Com a nova concepção considera-se que:

> [...] a promoção da saúde consiste em adotar medidas para aumentar a saúde e o bem-estar, não se dirigindo a uma doença ou desordem determinada, mas incluindo ações de educação e motivação sanitária, e estimulando determinadas condições para o desenvolvimento, como nutrição adequada, condições de moradia. Enfim, a promoção da saúde nesse modelo tem um enfoque centrado no indivíduo, extensivo às famílias e a outros grupos dentro de certos limites (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 5).

A construção brasileira frente ao que se almeja por saúde ganha contornos significativos com o Movimento de Reforma Sanitária e com a 8º Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, momento em que o Estado vivenciava a sua redemocratização, após longos anos de ditadura militar. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu que a saúde deve ser compreendida em seu sentido amplo como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Essa mobilização e organização da sociedade garantiu a instauração da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é reordenada como: “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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s/p).

Desta forma, o que está em pauta é a possibilidade de uma discussão horizontal, baseada na compreensão do ser social de forma abrangente, ou seja, a compreensão da saúde-doença dentro do escopo de determinantes sociais de saúde. Essa concepção de saúde passa a incorporar o sistema de seguridade social brasileiro com a Constituição Federal de 1988.

> [...] no que tange especialmente à saúde na perspectiva da seguridade social, a Constituição Federal de 1988, introduziu importantes inovações, o marco inicial e a concepção de saúde que a não ser mais compreendida como ausência de doenças e estendida como um acesso a um conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade, produzidos pela coletividade, mas apropriado privadamente assim a concepção assume a intrínseca relação da saúde com a política e portanto naturalmente apregoa o direito de todos a saúde daí o acesso ao Sistema Único de Saúde a ser entendido como direito universal, não contributivo onde o sujeito deve ser visto na sua integralidade (MATOS, 2009, p.53).

É importante recordar que esse movimento não acontece de forma pacífica e sem tensões, sua conquista só foi possível através da organização política e pressão popular, ou seja, a via de construção democrática no âmbito de constituição da esfera pública. No entanto, a consolidação desse projeto de saúde foi e continua sendo tensionado pelo ideário neoliberal reformador que se opõe ao revolucionário.

A configuração dualista do Estado, ora favorecendo os interesses da classe burguesa e ora garantindo as necessidades da população, de forma a privilegiar os interesses do capital, comprometeu o modelo de SUS idealizado no movimento de Reforma Sanitária, que nunca fora institucionalizado, aliás encontra-se mais fragilizado do que nunca.

A ilegitimidade do presidente interino Michel Temer[7] demonstrou o fortalecimento de um projeto político ultra neoliberal que, a propósito, traz consigo o objetivo de retirada de direitos e reformas nada favorável para a sociedade brasileira, e o SUS não ficou de fora deste ataque. Reafirmando essa concepção Bravo; Pelaez e Pinheiro (2018) alertam para a aliança conservadora e pró-capital, feita entre o governo ilegítimo e o capital internacional.

Foi com o governo de Temer que houve a aceleração e aprofundamento das contrarreformas estruturais no campo das políticas sociais, que já eram pauta nos governos anteriores. Na saúde, por exemplo, o governo tomou diversas medidas, em áreas diferentes dessa política, que compõe o avanço do mercado no atendimento às situações de saúde, mas também impacta na concepção de saúde ampliada, permeando retrocessos inclusive no campo ideológico.

> No governo Temer temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados

[7] Ocupou o cargo de Presidente do Brasil entre março de 2016 e janeiro de 2019, após o golpe parlamentar que resultou no impedimento da Presidente eleita Dilma Rousseff. É membro do Movimento Democrático Brasileiro (MDB).

> pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão. Em síntese, o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.13).

Uma das primeiras medidas anunciada e aprovada foi a EC n. 95/2016, com o congelamento de gastos nas áreas da saúde e da educação durante vinte anos. Essa medida encontra a saúde brasileira frágil e precária, o que possivelmente só se intensifique nos próximos vinte anos. O repasse de recursos na saúde tem caracterizado não somente um subfinanciamento, mas um desfinanciamento (MENDES, CARNUT, 2020). Em um curto período de tempo há de se notar de forma mais aprofundada a precarização dos espaços, das relações trabalhistas dos profissionais e da escassez de equipamentos, insumos e suportes.

> Com relação ao financiamento, uma medida drástica do governo foi o congelamento dos gastos, através da PEC 95/2016 (BRASIL, 2016a), cujos impactos para a saúde são enormes. O estudo realizado pelo IPEA [...] apresenta algumas questões seríssimas com relação ao orçamento. Uma dessas questões é a perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 anos, em um cenário conservador (crescimento médio do PIB de 2% ao ano). Ao utilizar uma estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R$ 1 trilhão. Ou seja: ao comparar a regra da PEC com a atual, quanto mais a economia brasileira crescer nesse período, maior a perda de recursos para a Saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.15).

Os empresários se tornaram grandes aliados do presidente e estes conjuntamente, propõem um novo modelo de saúde que possui como característica fundamental a privatização e mercantilização, por meio de uma articulação entre governo e o setor empresarial da saúde. Essa proposta prevê a participação da iniciativa privada na gestão da saúde em documentos oficiais, como é o caso do documento *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde,* de 2017. Esse processo de articulação tem início ainda no ano de 2014, com a intenção de influenciar nas eleições, e contava “com a participação da Associação Nacional de Hospitais Privados, em articulação com a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp)” (MATHIAS, 2016 *apud* BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p.197)

Destacasse ainda as ocasiões do último ano em que Temer esteve no poder, nas quais foram adotadas medidas que demonstram mais uma vez seu papel no favorecimento e na ampliação do mercado, através da privatização e das flexibilizações para o capital internacional. A saúde e outras políticas sociais foram direcionadas exatamente a estes propósitos, como demonstram Bravo, Pelaez e Menezes (2020, p.198):

> Por fim, destaca-se ainda, dentre os ataques à saúde, a Medida Provisória 839/2018, que estabelece subsídios fiscais de R$ 9,58 bilhões ao óleo diesel como forma de pôr fim à greve dos caminhoneiros que paralisou o país no final de maio de 2018. A desoneração e consequente abdicação do recolhimento de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), em especial, trará impacto direto para o financiamento da política de saúde e prestação dos serviços, por se tratar de uma das contribuições basilares para o financiamento da Seguridade Social. Além disso, a política de saúde teve seu orçamento reduzido em R$ 179 milhões, valor que seria destinado inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS, responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de mais uma medida que favorece o capital, na disputa pelo fundo público.

E é nesta mesma perspectiva de favorecimento do mercado no fornecimento do atendimento das necessidades básicas da população, contudo, marcado ainda mais pelo conservadorismo e pelo discurso do ódio, que Jair Messias Bolsonaro é eleito para a Presidência da República no ano de 2018. Bravo, Pelaez e Menezes (2020) recuperam que, antes mesmo da vitória eleitoral, a mídia brasileira buscou identificar as propostas dos candidatos à presidência para a saúde pública. Diante da impossibilidade de conseguir informações repassadas pelo então candidato Bolsonaro ou por seus agentes de campanha, foram identificadas algumas propostas no programa de governo do Partido Social Liberal (PSL), onde, na ocasião, o candidato era filiado.

Nesse programa de governo destacam-se alguns aspectos, dentre eles a proposta que envolve a relação da saúde pública com a saúde suplementar, baseada na justificativa de evitar processos de judicialização na saúde. O que indica a necessidade de compartilhamento de esforços da área pública com o setor privado, de forma que se possa “utilizar toda força de trabalho da saúde pelo SUS e que todo médico possa atender a qualquer plano de saúde, compartilhando esforços da área pública com o setor privado, como forma de garantir acesso e evitar a judicialização” (PSL, 2018 *apud* BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p.199). O documento não

apresenta qualquer menção ao financiamento, nem a liberação de subsídios para a saúde, “há apenas a defesa da privatização em geral, como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p.199).

Diante disso, na primeira oportunidade o atual governo propôs desmontar o programa Mais Médicos, que possibilitava a atuação de médicos cubanos no Brasil, e ampliava a capacidade de atendimento à sociedade, muitas vezes em locais geograficamente distantes onde havia dificuldade de empregabilidade de médicos brasileiros. O discurso que legitimou o fim do programa, nos moldes desse governo, apontava o intuito de organizar a saúde para uma prática técnica e menos política. Esse ponto acaba por não considerar que a saúde também é uma prática política, e marca um retrocesso a velhas práticas da política de saúde em momento anterior à existência do SUS.

Dito isto, como fazer valer os princípios de universalidade e equidade, dentro da lógica neoliberal de desmonte de direitos sociais? Bravo, Pelaez e Menezes (2020) apontam como estratégia de defesa e garantia de um sistema estatal, para todos e de qualidade, a participação social e política, através de mobilizações e fiscalização. A Frente Nacional Contra a Privatização de Saúde tem se mostrado o principal mecanismo de combate ao modelo hegemônico de privatização.

4. CONCLUSÃO

Refletir sobre o tema saúde pública é também exercer o papel de cidadania, enquanto usuários do SUS. Tais reflexões permitem indagar sobre o tipo e a qualidade do serviço de saúde almejado. A sociedade brasileira ainda sonha com o sonho que nos foi roubado, com o SUS idealizado no processo de redemocratização do país, proposto pela Reforma Sanitária e disposto na Constituição Federal de 1988. Os entraves encontrados para a materialização de direitos sociais no Brasil são encontrados desde sua formação social, com o desenvolvimento desigual e combinado, acompanhado pelo patrimonialismo e pela lógica do favor, em detrimento do direito.

O reordenamento da saúde, como política pública, ganha destaque apenas na década de 1980. Nesse momento, o sonho de "direito de todos e dever do Estado" parecia possível. Mas a *mão invisível* do capital – que se materializa visível nos agentes e interesses antagônicos em disputa - sempre esteve presente, regulando o financiamento e a cobertura dos serviços prestados. A sequencia de desmonte intensifica-se nos anos 1990, quando a instituição legitimada pelo povo pactua com a política hegemônica neoliberal e exime de suas responsabilidades sociais. Como buscou-se destacar no texto, os aspectos neoliberais, marcadamente composto pela diminuição de investimento no campo das políticas sociais, só tem se agudizado nos governos recentes.

Desta forma, não é possível falar em saúde brasileira sem sentir uma *pontinha de desconforto*, na expectativa de que esse sentimento mais básico faça aflorar as ideias para reestabelecer a saúde que a população necessita e deseja, afirmar a democracia e superar o capital.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Machado de. **Dom Casmurro**, São Paulo: Editora Ática, 2000.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **O Território e o processo saúde-doença:** abordagem contemporâneas do Conceito de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 51-86. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204. Acesso em: 14 de jul. 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história** / Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 9. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca básica de serviço social; v. 2)

BEHRING, Elaine Rossetti. SALVADOR, Evilásio. O financiamento da seguridade social no Brasil no período 1999 a 2004: Quem paga a conta? *In:* MOTA, Ana Elizabete (Org.). **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em: senado.leg.br. Acesso em 14 jul. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília/DF. 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 25 ago. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. PELAEZ, Elaine Junger. MENEZES Juliana Bravo Souza de. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social.** v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em 17 jul. 2021.

GARBOIS, Júlia Arêas. SODRÉ Francis. ARAÚJO, Maristela Dalbello. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, Jan-mar 2017.

IANNI, Otávio. **Globalização e crise do estado-nação**. Revista semestral do departamento de sociologia e pós-graduação em sociologia (Fundo ao desenvolvimento limpo). 1999. 129-135. Disponível em: https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/753/618. Acesso em 20 de agosto, 2021.

MATOS, Maurílio Castro de. Cotidiano, ética e saúde: o Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto. **Tese de Doutorado** (Doutorado em Serviço Social). PUC São Paulo. São Paulo, 2009.

MENDES, Aquilas. CARNUT, Leonardo. Capital, Estado e saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social.** Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136. Acesso em 26 ago. 2021.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. *In*: MOTA, Ana Elizabete (Org.) **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2018.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, Sociedade e Esfera Pública. In: ABEPSS/CFESS. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 de jun. 2021.

SILVA, Marcelo José de Souza e. SCHRAIBER Lilia Blima. MOTA. André. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 29(1), e 290102, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7jH6HgCBkrmFm7RdwkNRHfm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 20 jul. de 2021.