



REVÉS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: a inacessibilidade à saúde pública no Brasil como efeito da marginalização social

[Artigo]

Kelvin Riandson Teixeira de Oliveira

Sobre o autor:

Kelvin é graduando em Psicologia pela Universidade Potiguar - UNP, sendo bolsista integral do Programa Universidade Para Todos - PROUNI. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência e Atenção Pré-Hospitalar pelo programa de especialização técnica da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – CPT-ETS/COFEN/UFPB. Técnico em Massoterapia pela Escola Estadual de Educação Profissional Professor Walquer Cavalcante Maia, da rede de ensino profissionalizante integrado do Estado do Ceará. Técnico em Enfermagem pelo Colégio Politécnico Alencarino. Desde 2021 atua como servidor público de Russas, vinculado à Secretaria Municipal da Educação e do Desporto Escolar – SEMED, atualmente na função de Professor Mediador da Jornada Ampliada na Escola Municipal Coronel Murilo Serpa. É membro-voluntário do grupo de trabalho (GT) em Saúde Mental do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF BRASIL, por meio do TMJ/UNICEF, sendo redator do GT de saúde mental para os textos temáticos dos canais de comunicação UNICEF/ONU BRASIL.

REVÊS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: a inacessibilidade à saúde pública no Brasil como efeito da marginalização social³²

SETUP OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM: inaccessibility to public health in Brazil as an effect of social marginalization

Kelvin Riandson Teixeira de Oliveira

RESUMO

Por um viés de análise histórico-cultural que perpassa o período anterior e posterior a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, pode-se conceber a materialização de um discurso progressista que, mais tarde, virá a servir de base para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde demarcadas pela lógica do tríptico de princípios doutrinários do SUS, inscritos na Lei Maior. No entanto, apesar do genuíno desejo de universalização da saúde pública, silenciosos fatores sociais culminam a renúncia forçada, velada e, portanto, uma negligência do Estado em equalizar a geopolítica expressa nas desigualdades sociais do país, estas fomentadoras dos inaccessos aos serviços de saúde pública. Como método de pesquisa para elaboração das discussões deste projeto se deu a revisão integrativa da bibliografia, qualitativamente, com foco em descrição e associação dos elementos empíricos dos dados censitários da PNS 2019, do IBGE, atravessados com o referencial teórico de livros físicos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, e artigos da Scielo e Pepsic, com foco em saúde pública. O presente trabalho tem por objetivo demarcar as nuances de inaccessos e seus agravantes geradores aos serviços de saúde pública, de modo a consubstanciar uma linha cronológica e referencial propostos a exprimir dados empíricos que contrastam a dissidência na universalização do direito constituído de acesso universal, integral e equânime à saúde pública no Brasil.

Palavras-chave: reforma sanitária, saúde coletiva; direito.

ABSTRACT

Through a historical-cultural analysis bias that permeates the period before and after the creation of the Unified Health System – SUS, it is possible to conceive the materialization of a progressive discourse that, later, will serve as a basis for the development of policies public health services demarcated by the logic of the triple doctrinal principles of the SUS, inscribed in the Major Law. However, despite the genuine desire for universal public health, silent social factors culminate in forced, veiled renunciation and, therefore, negligence on the part of the State

DATA DE SUBMISSÃO: 15/11/2023
DATA DE APROVAÇÃO: 18/12/2023

32 LINHA 2: Saúde, Meio Ambiente e Vulnerabilidades Sociais: os desafios para o desenvolvimento humano saudável e sustentável na América Latina;

in equalizing geopolitics expressed in the country's social inequalities, which encourage inaccessibility to public health services. . As a research method for preparing the discussions of this project, an integrative review of the bibliography was carried out, qualitatively, focusing on the description and association of the empirical elements of the census data from PNS 2019, from IBGE, crossed with the theoretical reference of physical books from the Brazilian Center of Health Studies – CEBES, and articles from Scielo and Pepsic, focusing on public health. The present work aims to demarcate the nuances of inaccessibility and its aggravating factors that generate public health services, in order to substantiate a chronological line and reference proposed to express empirical data that contrast the dissent in the universalization of the right constituted by universal, integral and equitable access to public health in Brazil.

Key-words: health reform, collective health; right.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS tem sua historicidade demarcada por diferentes contextos da geopolítica nacional do Brasil, considerando as diversas fases e reformas políticas ocorridas desde a proclamação da República Federativa. Nesse sentido, a organização do contexto político, via de regra, diz sobre a operacionalização das políticas públicas, ou mesmo a ausência destas, de forma a integrar o tecido social no qual o povo está imerso, e em como a civilidade se institui para viabilizar uma forma de Estado onde a assistência em saúde esteja presente. Tais prerrogativas, construídas no decorrer da história e localizadas em recortes culturais específicos, apontam que a justiça social é instrumento basal para efetivação dos direitos sociais, por pleitear a redução das desigualdades sociais existentes e garantir, minimamente, a dignidade humana e o bem-estar social para o povo.

Inicialmente, com a promulgação do Estatuto do Homem anunciado por Ulysses Guimarães na casa do povo, que instituiu a saúde como um direito, a carta constituinte afirmou um Estado de bem-estar social de direitos e deveres, contrastando os tempos sombrios pregressos em que o Brasil República vivia, na década de 60, sob as amarras de opressão da ditadura cívico-militar. A tempestividade que delineia esse contexto de regime militar no Brasil manteve presente, à época, como que em um movimento de reafirmação do autoritarismo, a cisão entre a cidadania e o exercício pleno dos direitos. Essa perspectiva enviesada, quando no âmbito da saúde pública, convocou os olhares da academia e da ciência para o cerne da questão, até então negligenciada e tão pouco conhecida: os determinantes sociais da saúde. A partir daí, o ímpeto da necessidade de ampliar as discussões sobre o impacto que o cuidado em saúde gera no tecido social tomou proporções em que não se discutia a saúde tão somente como um

efeito intrínseco à individualidade, mas sim como um produto de determinantes sociais expressos nos diversos contextos de vida da civilização brasileira.

Como um direito universal, integral e equânime, a saúde não poderia estar alinhada à perspectiva separatista que excluía, direta ou indiretamente, determinados grupos sociais de acessar seus direitos. Foi necessário, como que em um movimento simbiótico, reorganizar as estruturas basilares do país que agora comportariam a constitucionalidade do direito à saúde e, sobretudo, da saúde pública como um elemento de autoafirmação identitária alinhado a inclusão de todos os grupos sociais na construção do sistema de saúde brasileiro.

Há de se pensar, com acentuado critério de análise social, que a exclusão de classes e/ou grupos sociais tem seus motivos enraizados nos próprios modelos de exclusão milenares interpostos às populações socioeconomicamente vulneráveis, mantidas na condição de subalternidade pelo próprio sistema geopolítico global capitalístico³³. É que a necessidade do aporte de servilismo dos menos favorecidos por esse sistema, como fator preponderante para estabelecimento e permanência das castas ora ditas superiores, advém do sectarismo que exclui deliberadamente para se manter em posição de superioridade. Tais características são cruciais para a edificação de barreiras consistentes, que alicerçam as dificuldades no acesso à saúde pública por parte dos menos favorecidos, socioeconomicamente e politicamente vulneráveis, em um SUS que preconiza universalização.

Como método de pesquisa para elaboração das discussões deste projeto se deu a revisão integrativa da bibliografia, qualitativamente, com foco em descrição e associação dos elementos empíricos dos dados censitários da PNS 2019, do IBGE, atravessados com o referencial teórico de livros físicos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, e artigos da Scielo e Pepsic, com foco em saúde pública. O presente trabalho tem por objetivo, portanto, demarcar as nuances de inaccessos e seus agravantes geradores aos serviços de saúde pública, de modo a consubstanciar uma linha cronológica e referencial propostos a exprimir dados empíricos que contrastam a dissidência na universalização do direito constituído de acesso universal, integral e equânime à saúde pública no Brasil.

2. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A reforma sanitária brasileira foi um elemento decisivo para impulsionar as discussões no campo acadêmico e, logo mais, no social frente às demandas emergentes que não estavam mais sendo comportadas pelas proposições excludentes até então colocadas pelo governo militar vigente. As taxas de adoecimento coletivo, oriundos de

33 Refere-se a elemento pertencente ou relativo ao capitalismo.

zoonoses, doenças venéreas e sazonais atingiam de forma incisiva grupos específicos e notadamente demarcados pela vulnerabilidade socioeconômica, pois:

(...) no que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17)

As fronteiras entre o tecido social e o mundo positivista das doenças físicas passam a se desfazer na medida em que os diagnósticos realizados no país “apontavam para um quadro sanitário preocupante que combinava baixa cobertura assistencial e disseminação de doenças marcadamente da pobreza, como as verminoses e aquelas de veiculação hídrica” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 19). Nesse sentido, a vigência dos determinantes sociais da saúde entra em ascensão ao combinar o sanitarismo e a política em um campo de pesquisa e intervenção multifatorial voltado a identificar e operacionalizar metodologicamente não mais somente sobre a questão fisiológica, mas também na pobreza, precisamente porque “os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e de morrer do que os grupos socialmente mais privilegiados” (TRAVASSOS; CASTRO, 201, p. 184). Inicialmente, contudo, a própria distinção entre as modalidades de saúde ofertadas aos pobres impactou o contexto político vigente, na governança militar, impulsionando o ideário de revolução a ganhar força, uma vez que, segundo Paiva e Teixeira (2014), “tanto o movimento médico como o popular tiveram, segundo essa perspectiva, grande importância na ampliação da discussão sobre a reforma da saúde” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 23).

A exclusão velada da classe trabalhadora, em especial a rural, dos modelos assistenciais de recuperação e reabilitação da saúde promoveram um separatismo que culminou uma preocupação implicada a confrontar a burguesia: as doenças não mais se restringiam aos espaços ocupados pelo proletariado, mas avançaram sinuosamente pelas ruas das cidades, atingindo os lares ora protegidos por uma segurança que não resistia aos impactos silenciosos das doenças infectocontagiosas. A partir desse recorte temporal, alcançar as demandas de saúde que tem como nascituro a pobreza, torna-se tarefa fundamental para a busca da erradicação das mazelas de saúde permeadas por uma dupla relação de afetação: ao ser mazela de saúde provém, inevitavelmente, de mazela social; esta, por sua vez, é agravada e intensificada pelas problemáticas de saúde. Nesse sentido, é criado em 1976 o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, caracterizado como:

uma iniciativa de investimentos que tinha em vista a expansão da rede de atenção primária de saúde em municípios do interior. Seus dois grandes propósitos foram (1) aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais; (2) e viabilizar, com foco nos cuidados primários em saúde, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada. Como um programa estratégico, o PIASS não deixava de refletir uma aproximação da política de saúde brasileira aos princípios defendidos em âmbito internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 21).

O PIASS, fundamentalmente, buscou a inclusão das classes trabalhadoras e das populações rurais nos projetos de saúde do governo, tendo em vista que a luta contra as mazelas de saúde se alinhava cada vez mais com a luta contra a pobreza. Esse movimento se deu não pelo cuidado e atenção centrada nas necessidades dos sujeitos socioeconomicamente vulneráveis, mas sim pela intenção de extinguir os males de saúde. Nesse sentido, eram dados os primeiros passos, na Reforma Sanitária Brasileira, rumo à construção de um sistema de saúde unificado e orientado, principalmente, pelos determinantes sociais da saúde, ou seja, pelos agravos sociais que afetam diretamente a estabilidade sanitária e epidemiológica do país.

3. POLÍTICAS EM SAÚDE COMO ALTERNATIVA À DESIGUALDADE SOCIAL

Em seus princípios doutrinários o SUS preconiza a universalização como elemento norteador na estruturação das políticas públicas em saúde vigentes em todo o território nacional, desde a formulação da assistência nos territórios, modelos de intervenção, planejamento em saúde e prestação de serviços. O princípio filosófico de universalizar, ou seja, garantir a saúde como um direito comum a todas(os), anuncia uma responsabilidade jurídica e assistencial que o Estado assume com muitos tropeços devido às complexas camadas e tecidos sociais que o SUS se propõe a intervir, na intenção de promover a saúde como bem coletivo e um dever do Estado.

Ademais, como um bem coletivo de uma nação marcada por diversas camadas de desigualdades sociais, notam-se reveses estruturais de mazelas “historicamente e estruturalmente forjadas na sociedade; a pobreza e as desigualdades constituem faces de um contexto social perverso, estando implicadas no campo da saúde” (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 1700). Nota-se, portanto, que “as relações entre pobreza e saúde podem ser percebidas no cotidiano da vida da sociedade brasileira e evidenciadas nos serviços de saúde” (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 1700), uma vez que a maneira como os serviços são ofertados e, principalmente, como operacionalizam está sumariamente ligado a lógica de produção de um determinado tempo histórico e contexto socioeconômico.

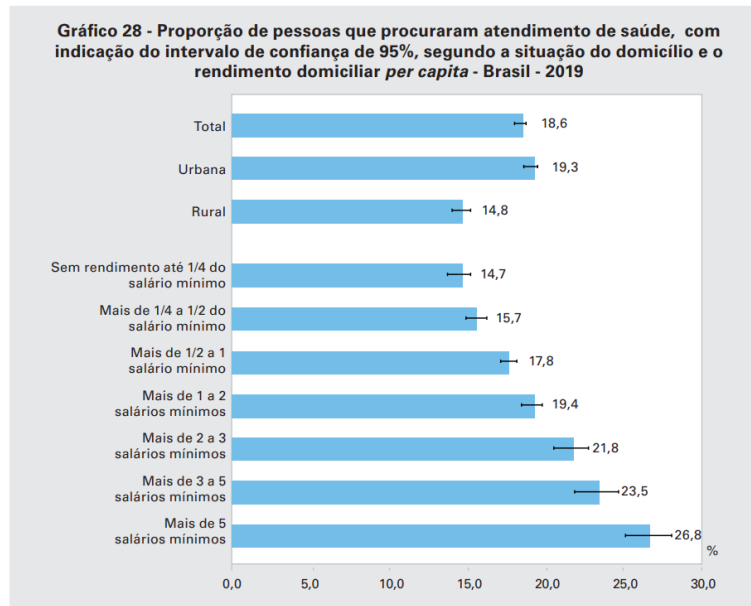
Diante de tamanha complexidade, a saúde, por sua vez, inaugura um campo de atuação integrado por uma complexa rede de atuação, subdividida em diversas outras redes confidentes, construindo assim um vasto sistema que é unificado e ao mesmo tempo descentralizado e regionalizado. Essas características, ainda que em primeira instância contraditórias, são produtos diretos das reivindicações sociais e políticas da Reforma Sanitária Brasileira, finalmente apreciadas na efetivação da política de saúde de Estado na Constituição Federal de 1988, com vistas à construção de um projeto da saúde pública cidadã. A Carta Magna, em sua seção II, Art. 196, determina 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” (BRASIL, 1988). Adverte-se, assim, uma relação diretamente proporcional construída nos princípios básicos da legislação, justamente pelo fato de os elementos basilares do ordenamento jurídico vigente evidenciarem a saúde através de políticas sociais e econômicas que, em si e nelas, dizem sobre a estruturação de uma saúde necessariamente multifatorial – não se experimenta mais aqui, portanto, os preceitos de uma medicina positivista pregressa que, via de regra, ao não considerar a saúde como um processo oriundo da junção entre sanitarismo, direitos e aspectos sociais, torna-se ineficiente em suas próprias conjunturas primárias; defasada em sua atuação enrijecida.

Mais tarde, como referendo do Art. 196 da CF de 1988, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 provê os instrumentos jurídicos necessários para a efetivação – diga-se de passagem, teórica – da saúde pública nacional, ao padronizá-la como um direito universal, integral e equânime. São então formulados os princípios doutrinários e as diretrizes organizativas do SUS com foco em “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990), “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos” (BRASIL, 1990) e descentralização político-administrativa. Analogamente, os preceitos teóricos da legislação alcançam parcialmente as demandas de saúde, pois:

As modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais. Isso porque as condições de saúde são preponderantemente influenciadas por fatores que afetam diferentemente os grupos sociais, tais como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, redes sociais, entre outros (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 184).

Em contraponto, convencionou-se que as próprias modificações no acesso e no uso dos serviços de saúde são interpeladas por melhorias notadamente

parciais, evidenciadas, inclusive, na própria Pesquisa Nacional de Saúde – PNS de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Ministério da Saúde e Ministério da Economia. Na pesquisa, dois dos referenciais coletados se fazem imprescindíveis para a presente discussão, estando eles expressos nos gráficos que seguem:



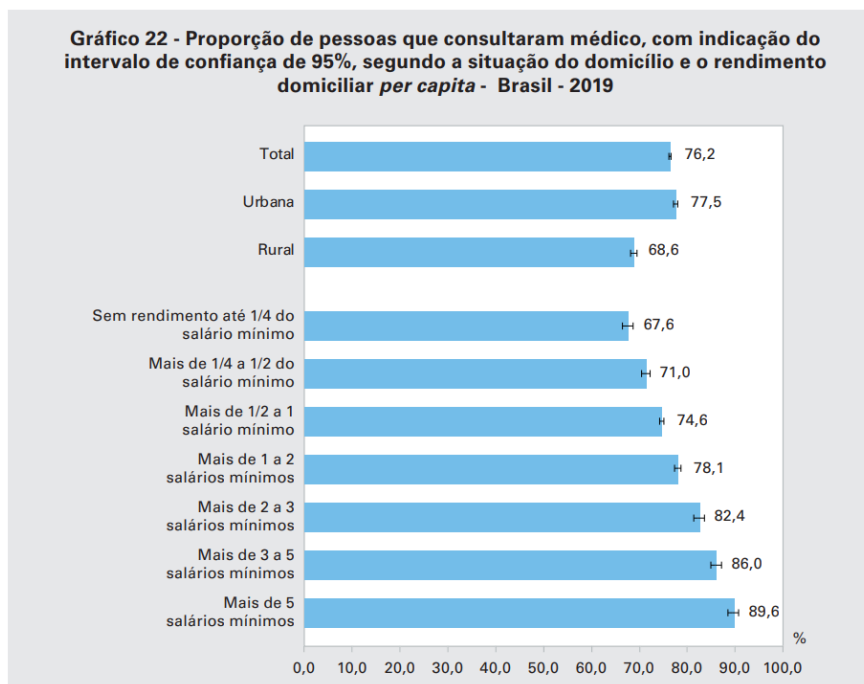
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.
Nota: Nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa.

O comportamento do gráfico revela que a proporção de pessoas que procuraram atendimento de saúde, nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa, cresce à medida que a faixa de rendimento domiciliar *per capita* se torna mais elevada, demonstrando, assim, uma relação direta entre a procura por serviços de saúde e condições socioeconômicas. A PNS 2019 também estimou que o percentil de pessoas que procuram os serviços da saúde é expressivamente maior na zona urbana que na zona rural. Fatos estes, ao serem atravessados com aporte teórico, consubstanciam a reflexão de que os fatores de acesso e inaccessão à saúde são diretamente proporcionais e fortemente influenciados pelo *status quo* socioeconômico, onde a população mais pobre segue sendo a que menos faz jus aos serviços de saúde devido às barreiras de acesso aos dispositivos de saúde existentes – elemento curioso é que esta mesma população menos favorecida é a que mais adoece, portanto, a que mais precisa. Para Travassos e Castro (2012), três barreiras são cruciais para o inaccessão: geográfica, financeira e de informação. A primeira diz respeito a “resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p.186), configurando a mobilidade urbana como um contraponto à acessibilidade aos serviços assistenciais de saúde, tendo em vista o sucateamento progressivo dos

transportes públicos que tem como usuários frequentes os mais pobres; a segunda, se refere ao poder aquisitivo da população socioeconomicamente vulnerável, que se reflete na discrepância do acesso e permanência nos tratamentos, ainda que pelo SUS; a terceira se direciona à informação como elemento necessário para a facilitação dos processos de entendimento e apropriação sobre o próprio sistema de saúde, serviços ofertados e doenças relacionadas com suas respectivas alternativas terapêuticas, por parte da população mais pobre, uma vez que:

A difusão de informação em saúde para as pessoas e para os pacientes é atualmente considerada como uma característica importante dos sistemas e serviços de saúde. A informação em saúde impacta tanto na percepção de saúde das pessoas como no seu acesso aos serviços de saúde. No entanto, cabe ressaltar que o nível de informação das pessoas não resulta apenas de ações desenvolvidas pelo setor saúde, mas também do capital cultural das famílias, do grau de escolaridade e do acesso aos vários meios de informação atualmente disponíveis, como a Internet. Informação em saúde deve ser adequada à cultura e ao nível educacional de cada grupo populacional. Em geral, os grupos populacionais variam de acordo com o grau de informação que têm dos serviços a eles disponíveis, o que resulta em desigualdades sociais no acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p.186).

Em sentido semelhante, contrastando os aspectos da marginalização social, o gráfico abaixo, apresentado pelo mesmo estudo da PNS, revela uma semelhança expressiva entre o coeficiente de público que busca dos serviços de saúde e o atendimento médico no que compete às especificidades de renda:



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.
Nota: Nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista.

O comportamento do gráfico acima exprime que a razão de pessoas que consultaram médico, nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista, aumenta à medida que a concentração de renda domiciliar per capita se torna mais alta. Sendo assim, os dados demonstram uma relação direta entre a realização de consulta médica e o índice de renda dos indivíduos – frise-se, no SUS. A PNS 2019 constatou também, que 77,5% dos indivíduos residentes e domiciliados à área urbana haviam realizado consulta médica no período considerado, sendo que os indivíduos residentes e domiciliados à zona rural tiveram uma proporção de consultas médicas de 68,6%. Constata-se, portanto, uma discrepância de 8,9 pontos percentuais que demonstram o desfavorecimento da população rural em detrimento da urbana no acesso às consultas médicas.

Em ambos os casos analisados nos dois gráficos anteriores, a diferença de pontos percentuais culmina uma diferença expressiva entre o acesso à saúde pública por parte da população socioeconomicamente mais favorecida em detrimento da menos favorecida. Surge, portanto, um conflito entre as proposições da universalização da saúde presentes na legislação vigente, e aquilo que se apresenta na realidade factual, nos territórios onde os serviços estão inseridos e, precisamente, a quem eles se direcionam efetivamente. Para Rodrigues (2016), existe uma justificativa plausível quanto a não efetivação do alcance das políticas públicas em saúde, delineada pela razão de que “o Estado não consegue ofertar os serviços de saúde a que se propôs após a criação do SUS, seja devido ao subfinanciamento a que é submetido ou por má-fé institucional” (RODRIGUES, 2016, p. 6).

4. SAÚDE PÚBLICA NO FORTALECIMENTO DA ECONOMIA NACIONAL

Quando se pensa em promoção, proteção e recuperação da saúde, há pouca discussão acerca dos efeitos positivos que estes cuidados ofertam a economia nacional, tendo em vista que a relação entre economia e saúde, no Brasil, se deu a partir de uma nova perspectiva construída dentro da Reforma Sanitária Brasileira, e perpetuada pelas legislações e conceitos teóricos adotados na formulação de políticas públicas. Ao ponderar os reflexos gerados pelo cuidado da saúde da população, se tem uma amostragem de elevação dos indicadores de qualidade de vida e, conseqüentemente, uma evolução humanitária onde

(...) o bem-estar da população é fruto das políticas de crescimento econômico que garantem renda e emprego; das políticas sociais universais (previdência social, educação e saúde), que se responsabilizam pela promoção da igualdade e pela qualidade de vida; e das políticas assistenciais voltadas para os grupos excluídos em função da renda ou discriminados de alguma outra forma. Ou seja, o bem-estar é fruto tanto do desenvolvimento econômico quanto do desenvolvimento social (VIANA, 2006, p. 15).

Ademais, por esse viés é possível atestar os impactos positivos na economia nacional a partir dos cuidados em saúde oriundos de uma divisão coerente das atribuições do próprio sistema. Segundo as diretrizes organizativas do SUS, previstas na Lei nº 8.080/90, a regionalização e hierarquização da saúde são conceitos que inauguram ao mesmo tempo um cuidado em saúde e, em uma análise rebuscada, um cuidado com os indicadores econômicos. Nessa perspectiva, o art. 198 da carta magna estabelece que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988). Enquanto rede, a saúde no Brasil tem a necessidade de ser regionalizada devido, também, às proporções territoriais continentais do país e, concomitantemente, hierarquizada, com vistas à alocação e distribuição assertivas dos recursos humanos, financeiros, tecnológicos e materiais, precisamente porque o objetivo central da Rede de Saúde é a facilitação dos processos de cuidado de forma organizada, eficiente e controlada. Alinhado a isto, Oliveira (2009) desenvolve a perspectiva de divisão das atribuições do SUS ao considerar que:

A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização) (OLIVEIRA, 2009, p. 128).

Economicamente, a prevenção tem custo efetivo menor que a remediação (OLIVEIRA, 2009, p. 129). Com isso, a ideia de alocar geograficamente os recursos de saúde para que eles estejam presentes e a serviço da comunidade no dia a dia fortalece a eliminação dos agravos em saúde, propiciando que as complicações de saúde severas demandantes de muitos recursos tecnológicos (em si, de alto custo) reduzam expressivamente (OLIVEIRA, 2009, p. 128). Nesse ínterim, a hierarquização do SUS acontece em três níveis: atenção primária, secundária e terciária à saúde. A Atenção Primária à Saúde – APS, também conhecida como Atenção Básica à Saúde – ABS, é a instância hierarquicamente responsável por estar presente de forma contundente na comunidade, ou seja, é a primeira instância de cuidado que realiza o mapeamento das necessidades em saúde do território adscrito e, fundamentalmente, intervém com métodos de saúde preventiva para evitar que os usuários ascendam para o uso dos serviços das demais instâncias de hierarquia do SUS; é um cuidado onde a vida acontece, no território. No entanto, apesar de os dispositivos de

saúde seguirem as premissas fundamentais do SUS, com objetivo de redução de custos, fortificação da economia e ampliação da Rede de Saúde, o acesso às políticas públicas em saúde, como demonstrado nos dados do PNS/IBGE, persiste em afastar seletos grupos sociais.

5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DO SUS

Recente e pouco discutido, o elemento da participação social na construção e no controle social do SUS é indispensável para dar vez e voz à comunidade que, convenientemente, é o membro mais interessado no efetivo funcionamento das políticas públicas de saúde. No entanto, o ideário de construção coletiva do SUS exige, “por vezes, que os diferentes segmentos sociais exerçam oposição a práticas hegemônicas nas diferentes arenas públicas de disputa, especialmente no setor saúde” (GOMES; ÓRFÃO, 201, p. 1202). O contexto político, portanto, é um dos primeiros entraves que a efetiva participação social encontra para atuar de forma livre e compromissada com os interesses da comunidade. É cômico, contudo, que os interesses políticos comumente estão alinhados com os da classe dominante que, no uso de seu lugar de poder, suprime as necessidades dos ora considerados inferiores (FREIRE, 1967).

A participação social é também conhecida como participação comunitária, precisamente porque representam os interesses da comunidade no âmbito do planejamento e fiscalização da execução das políticas de saúde, instituída e regulada pela Lei nº 8.142/90 que criou os então Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, órgãos colegiados e permanentes, presentes nas três esferas dos entes federados. O intuito da construção destas instituições é possibilitar que atores sociais historicamente não incluídos nos processos de formulação de tomada de decisão quanto a administração pública da saúde participem e expressem, influentemente, o desejo da comunidade na saúde local, regional e nacional (BRASIL, 1990). Essas ações de participação social não se esgotam somente no planejamento; estão presentes, principalmente na fiscalização quanto a execução dos projetos aprovados e discutidos coletivamente.

Apesar de a legislação que institui o sistema de conselhos de saúde ser muito precisa quanto a operacionalização destes órgãos, há defasagens em todas as três esferas de governo, tendo em vista que:

A debilidade no processo participativo também está relacionada com a desmotivação dos conselheiros diante das práticas irregulares na realização e/ou convocação para as reuniões dos Conselhos e com o desestímulo perante a dificuldade em exercerem influência nos processos de tomada de decisão dos gestores, bem como verifica-se a falta de garantia de que a contribuição da sociedade civil, através da

participação nas discussões e deliberações, será realmente efetivada, assim como a escassez de quórum deliberativo nas reuniões que ocasionam descrenças entre os atores coletivos quanto à eficácia dos Conselhos de Saúde, principalmente entre os sujeitos comprometidos e atuantes na busca do efetivo exercício do controle social (GOMES; ÓRFÃO, 201, p. 1203).

Em sentido semelhante, a construção social do SUS não limita a atuação dos Conselhos de Saúde; como política universal está de amparo para todas e todos em território nacional. O SUS transcende sua própria matriz conceitual porque diz, sobretudo, do cuidado com aquilo que assume escopo *vitallis* e grandeza absoluta na moral e na ética: a vida. O viver, neste caso, inaugura uma série de sentenças e elementos de encontro aos preceitos da própria cidadania, da auto afirmação dos sujeitos enquanto fazedores de sua própria experiência do viver, em todos os espaços.

A oitava Conferência Nacional de Saúde – CNS, ocorrida em março de 1986, foi a primeira na história a contar com a participação popular, haja vista que as anteriores se restringiam aos debates apenas com membros do poder legislativo e executivo (OLIVEIRA, 2009). Em seu célebre discurso na oitava CNS, da qual foi presidente, Sergio Arouca, emérito sanitarista e professor da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, conclamou que:

A saúde não é simplesmente ausência de doenças, é muito mais que isso. É bem-estar mental, social, político. As sociedades criam ciclos que, ou são ciclos de miséria, ou são ciclos de desenvolvimento. Saúde é o resultado do desenvolvimento econômico-social justo (AROUCA, 1986).

Arouca, ao alinhar a perspectiva de saúde com os vieses econômico, social e político, principalmente em um momento inaugural de participação social na construção coletiva do próprio sistema de saúde, abre margem para a determinação da saúde enquanto um processo complexo que não está isolado dos outros aspectos do viver. Por isso, convencionou-se afirmar que a fundamentação basilar do ideário processual da saúde está inserida precisamente na intersecção entre educação, segurança, habitação, emprego, renda e, soberanamente, pleno exercício dos direitos políticos da população e comunidade, fazendo jus ao que o próprio texto constitucional institui em seus princípios fundamentais: “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de seus representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (BRASIL, 1988).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o atravessamento dos referenciais estatísticos da PNS 2019 com o arcabouço teórico, infere-se que existe um distanciamento desfavorável ao acesso da saúde pública pela população socioeconomicamente vulnerável em detrimento do espaço amostral de indivíduos com rendas maiores, de maneira severa e persistente. Em sentido concorrente atesta-se, também, uma discrepância entre o que estabelece o ordenamento legislativo vigente e a garantia dos direitos constituídos, especialmente no que se refere à efetividade das políticas públicas em saúde para alcançar as populações e suas respectivas demandas. Hodiernamente, as dificuldades que atravessam o campo da saúde pública e o sanitarismo no Brasil elevam a discussão de acesso e inaccessibilidade para um patamar de multifatorialidade, onde há a necessidade de intervenção/atuação dos demais setores do Estado (educação, assistência social, segurança etc.) sob pena de, em sua ausência, a acessibilidade estar aquém das expectativas tanto legais como sociais e, em uma projeção negativa e concomitantemente realista, aumentar progressivamente as barreiras de acesso à saúde.

Portanto, as lutas coletivas, através de genuínas reivindicações para o estabelecimento da participação social da comunidade e efetivação factual das políticas de saúde, são indispensáveis para a edificação, no cerne do seio social, do ideário progressista de que todas as pessoas em território nacional são diretamente implicadas no processo de construção, aplicação e fiscalização das políticas públicas em saúde, independentemente de sua posição socioeconômica, étnica, sexual etc. Mormente, essas lutas não devem ser movidas por um radicalismo oriundo da necessidade de auto afirmação da cidadania dos sujeitos ou, ainda, na reivindicação dos direitos constituídos que lhes conferem a integridade e dignidade humanas, portanto, a própria cidadania salvaguardada no texto da Lei Maior. Mas é que esse radicalismo não pode, em si e nele, ser fruto da contestação vazia de significado e luta social; as reivindicações e lutas sociais por uma saúde de qualidade para todos e todas devem ser, pelo contrário, circunscritas por um radicalismo que não anula o direito do outro de optar e se fazer voz, mas que agrega, dialoga e constrói, crítica e coletivamente, a soberania de um povo democrático e ao mesmo tempo firme em suas exigências e contestações. Povo que é soberano no exercício pleno de seus deveres e direitos constitucionais.

Os caminhos para o alcance do almejado sonho coletivo de uma saúde universal, integral e equânime, alçado nos primórdios da Reforma Sanitária Brasileira e mantidos até os dias atuais pelas lutas sociais e políticas, são os

pilares fundamentais não de proposições alhures, mas sim de fortes ensejos de esperançar por um SUS de revezes atenuados e, possivelmente, extinguidos; por uma República Federativa do Brasil progressista, com vistas a um projeto de nação em absoluta consonância à saúde como o bem-viver de cada sujeito, em todos os espaços e tempos.

REFERÊNCIAS

AROUCA, Sergio. **8ª Conferência Nacional de Saúde: discurso de Sergio Arouca**. Brasília, DF: Fiocruz/CICT, 1986. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48681>>. Acesso em: 12 out. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Ministério da Educação: Centro Gráfico, 1989.

CCMS - Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde: Contribuições para a construção do SUS**. Disponível em: < <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/sergio-arouca.php>>. Acesso em: 15 out. 2023.

COELHO, Juliana Sousa. **Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação**. Saúde e Sociedade, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 138-151, maio 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4Wt8xWdgTMWXNkyqBmkpR7G/?lang=pt>>. Acesso em: 15 out. 2023.

FOUCAULT. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961. 608 p.

FREIRE, Paulo Reglus Neves. Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1967. 157 p.

GOMES, José Felipe de Freitas; ORFÃO, Nathalia Halax. **Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa**. Saúde em Debate, [S.L.], v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/sdeb/2021.v45n131/1199-1213/pt/>>. Acesso em: 15 out. 2023.

LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 183-206. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: < <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-10.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2023.

LUCCHESI, Patrícia T. R. **Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 8,

n. 2, p. 439-448, 2003. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/pcMkFjbs3dKTxL5V4wcJt6P/?lang=pt&format=html#>>. Acesso em: 15 out. 2023.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. / Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. 404 p., il. Disponível em: < <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd#page=125>>. Acesso em: 15 out. 2023.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 out. 2023.

Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2023.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. **Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1699-1708, maio 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n5/1699-1708/pt/>>. Acesso em: 15 out. 2023.

Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. — Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p. il, tab., graf. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=lang_pt&id=Is0VBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA183&dq=sus+desigualdade+social&ots=BRv9jkyVj4&sig=t1b6nOQ9WvQ1SD-ZG2dnG5u1KMb8#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 out. 2023.

RODRIGUES, Thais Ferreira. **Cidadania, desigualdade social e política sanitária no Brasil** / Thais Ferreira Rodrigues. - 1. ed. - Curitiba: Appris 2016. 145 p.; 21 cm - (Ciências sociais). Disponível em: < https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang_pt&id=1h80DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=sus+desigualdade+social&ots=CQ_K4o4oOb&sig=CYLNky2DQLYNMwtKPWHauGy7QOo#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 out. 2023.

SANTOS DL, Gerhardt TE. **Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 mar;29(1):129-36. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/5310/3011>>. Acesso em: 15 out. 2023.

TRAVASSOS, C., and CASTRO, M. S. M. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde.** In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S.,

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacifico da. **Economia e saúde.** IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1166230/mod_folder/content/0/ECONOMIA%20E%20SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.