

## **Importância dos eixos centrais da Reforma Sanitária Brasileira para os princípios do Sistema Único de Saúde: reflexões para a resistência ao avanço neoliberal**

**Importance of the central axes of the Brazilian Health Reform for the principles of the Unified Health System: reflections for the resistance to the neoliberal advance**

**Importancia de los ejes centrales de la Reforma de Salud Brasileña para los principios del Sistema Único de Salud: reflexiones para la resistencia al avance neoliberal**

Recebido: 20/04/2022 | Revisado: 27/04/2022 | Aceito: 28/04/2022 | Publicado: 01/05/2022

**Cosme Rezende Laurindo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6878-3791>

Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

E-mail: [cosmelaurindo@outlook.com](mailto:cosmelaurindo@outlook.com)

### **Resumo**

Objetivo deste estudo é analisar a importância da construção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das categoriais “Modelo de Determinação Social” e “processo de Trabalho em Saúde”, eixos centrais da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Trata-se de uma análise reflexiva a partir de uma revisão de literatura não sistematizada. Foram estabelecidos os marcos teóricos e conceituais sob a luz do campo da saúde coletiva. A análise foi conduzida em proximidade ao materialismo histórico dialético, atendendo aos pressupostos de dinamicidade e historicidade. O desenvolvimento do estudo está organizado em: análise socio histórica das políticas de saúde no Brasil até meados da década de 1980; contextualização e conceitualização do Movimento da RSB; e a análise do Modelo de Determinação Social e do Processo de Trabalho em Saúde enquanto categorias centrais para a construção dos princípios do SUS. Apesar de breve, este estudo promoveu reflexão quanto a importância da construção dos princípios do SUS a partir dos eixos centrais da RSB e da Saúde Coletiva. Foi possível resgate histórico dos caminhos percorridos para se chegar às bases filosóficas, epistemológicas e ideológicas do SUS, imprescindíveis para a construção de um sistema baseado nas necessidades da população e na não-alienação frente às regras do mercado. Assim, torna-se potente instrumento de discussão no campo interdisciplinar da saúde e resistência ao avanço neoliberal, vislumbrando o alcance da efetivação do SUS.

**Palavras-chave:** Sistema único de saúde; Determinação social da saúde; Reforma dos serviços de saúde.

### **Abstract**

The objective of this study is to analyze the importance of building the principles of the Unified Health System (UHS) from the categories “Model of Social Determination” and “Process of Work in Health”, central axes of the Brazilian Health Reform (BHR). It is a reflective analysis based on a non-systematized literature review. Theoretical and conceptual frameworks were established in the light of the field of public health. The analysis was carried out in proximity to dialectical historical materialism, taking into account the assumptions of dynamicity and historicity. The development of the study is organized in: socio-historical analysis of health policies in Brazil until the mid-1980s; contextualization and conceptualization of the BHR Movement; and the analysis of the Model of Social Determination and the Process of Work in Health as central categories for the construction of SUS principles. Despite being brief, this study promoted reflection on the importance of building UHS principles from the central axes of BHR and Collective Health. It was possible to recover the historical paths taken to arrive at the philosophical, epistemological and ideological bases of the UHS, essential for the construction of a system based on the needs of the population and on non-alienation in the face of market rules. Thus, it becomes a powerful instrument for discussion in the interdisciplinary field of health and resistance to neoliberal advances, envisioning the scope of the UHS effectiveness.

**Keywords:** Unified health system; Social determination of health; Health care reform unified.

### **Resumen**

El objetivo de este estudio es analizar la importancia de construir los principios del Sistema Único de Salud (SUS) a partir de las categorías “Modelo de Determinación Social” y “Proceso de Trabajo en Salud”, ejes centrales de la Reforma Brasileña de Salud (RBS). Se trata de un análisis reflexivo basado en una revisión bibliográfica no sistematizada. Se establecieron marcos teóricos y conceptuales a la luz del campo de la salud pública. El análisis se realizó en proximidad al materialismo histórico dialéctico, teniendo en cuenta los supuestos de dinamicidad e historicidad. El desarrollo del estudio se organiza en: análisis sociohistórico de las políticas de salud en Brasil hasta mediados de la década de 1980;

contextualización y conceptualización del Movimiento RBS; y el análisis del Modelo de Determinación Social y el Proceso de Trabajo en Salud como categorías centrales para la construcción de los principios del SUS. A pesar de ser breve, este estudio promovió la reflexión sobre la importancia de construir los principios del SUS a partir de los ejes centrales de la RBS y la Salud Colectiva. Fue posible recuperar los caminos históricos recorridos para llegar a las bases filosóficas, epistemológicas e ideológicas del SUS, esenciales para la construcción de un sistema basado en las necesidades de la población y en la no alienación frente a las reglas del mercado. Así, se convierte en un poderoso instrumento de discusión en el campo interdisciplinario de la salud y la resistencia a los avances neoliberales, vislumbrando el alcance de la efectividad del SUS.

**Palabras clave:** Sistema único de salud; Determinación social de la salud; Reforma de la atención de salud.

## 1. Introdução

Pode-se compreender um sistema de saúde enquanto resposta social frente a demandas da população (Jesus, 2011). Sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) se trata de um fenômeno consequente do emaranhado de relações políticas, sociais e econômicas, fruto da organização da sociedade brasileira. Neste sentido, apesar de sua institucionalização a partir de marcos jurídicos legais, cabe aos agentes que o compõe a materialização de suas concepções outrora pensadas no início do caminho do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Este estudo busca responder a inquietações referentes à dificuldade de efetivação dos princípios do SUS, assim, também, do alcance do potencial deste sistema de saúde. Desde 1990 com a ascensão do neoliberalismo no país, observa-se projetos de contrarreforma na saúde que, apesar de não negarem, explicitamente os princípios do sistema de saúde vigente, ocasionaram a refuncionalização dos princípios e fundamentos impressos no SUS. Tal fenômeno, impulsionado pela ofensiva ainda maior que culminou no que ficou conhecido como golpe institucional no Brasil em 2016, faz com que haja cada vez mais entrada de conteúdos distintos da racionalidade hegemônica das concepções defendidas pela RSB (Soares, 2018).

Tal como trazido por Mészáros (2012, p. 72), “a história não é simplesmente inalterável, mas inesgotável”. Destarte, o resgate socio histórico das bases de construção do contexto supracitado torna-se possível caminho para responder as inquietações aqui expostas e configurar enquanto uma via de resistência. Entende-se que os profissionais estão submetidos a práticas de trabalho num sistema capitalista que tende a aliená-los de seus objetos de trabalho (Egry, 1996). No caso da saúde, distanciando-os da construção de um sistema baseado nas necessidades da população e na não-alienação frente às regras do mercado. Neste contexto, são urgentes subsídios para atualização das propostas originais da RSB que confluem para o resgate de sua dimensão de luta política (Cohn & Gleriano, 2021).

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a importância do Modelo de Determinação Social e do Processo de Trabalho em Saúde, eixos centrais da RSB (Paim, 2008), para a construção dos princípios do SUS. Faz-se necessário combate ao processo de refuncionalização vigente, resgatando a qual projeto societário pertence os princípios do sistema de saúde nacional, sob a luz da saúde coletiva.

## 2. Metodologia

Para tal, será realizada uma análise reflexiva a partir de uma revisão de literatura não sistematizada.

Parte-se dos conceitos de “Modelo de Determinação Social” (Almeida-Filho, 2010; Fleury-Teixeira & Bronzo, 2010; Garbois et al., 2017; Borghi et al., 2018) e “Processo de Trabalho em Saúde” (Merhy, 1997; Malta & Merhy, 2003; Franco & Merhy, 2012) sob a luz dos fundamentos da saúde coletiva. Para que fosse possível compreender o percurso até o contexto da RSB e institucionalização do SUS, foi realizada breve análise sócio histórica das políticas de saúde no Brasil, a partir dos trabalhos de Bertolozzi e Greco (1996), Bravo (2006) e de Machado e Baptista (2017). A RSB foi lida a partir de Paim (2008; 2012; 2018), já os princípios do SUS foram elencados sob a luz da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e das leis orgânicas da saúde, Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990a) e Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990b), com suporte a partir de Jesus (2011).

A técnica de análise utilizada foi a Análise de Conteúdo, segundo Laurence Bardin (Sousa & Santos, 2020). Inicialmente foi realizada pré-análise do material selecionado, com condução de leitura flutuante, escolha crítica dos documentos, (re)formulações de objetivos e alinhamento das hipóteses, bem como desenvolvido o objeto de estudo. Deu-se seguimento para a exploração do material, a partir de leituras imersivas que possibilitaram a criação de categorias, para concluir, então, com o tratamento dos resultados, interpretando os resultados e tecendo a discussão.

Faz-se essencial demarcar aproximação com o materialismo histórico dialético, a partir da compreensão de que a questão de interesse emerge a partir de concepções mediada e originárias de uma visão de mundo previamente definida (Egry, 1996).

Assim dito, os seguintes princípios inerentes ao método supracitado nortearam a tecitura da discussão deste estudo: a) a historicidade – tratando-se da visão tomada para compreensão e análise da força motriz dos acontecimentos históricos importantes no desenvolvimento de uma sociedade em âmbito político e/ou econômico, nas transformações do modo de produção e na troca de consequente divisão da sociedade em classes e na luta entre essas classes; b) a dinamicidade – a partir da qual entende-se que a sociedade está em constante transformação, tratando-se de uma estrutura orgânica, em que cada parte remete ao todo, tornando-se indispensável para análise e reanálise; e c) a compreensão de que todo o fenômeno é resultado de ações humanas, seja ele de natureza econômica ou social, incluso o próprio conhecimento (Egry et al., 1994; Egry, 1996).

A partir da técnica de análise utilizada e dos princípios norteadores da discussão, surgiram três categorias: análise socio histórica das políticas de saúde no Brasil até meados da década de 1980; conceito e contexto do RSB; e Modelo de Determinação Social e o Processo de Trabalho em Saúde enquanto categorias centrais para a construção dos princípios do SUS.

### **3. Resultados e Discussão**

#### **3.1 Análise socio histórica das políticas de saúde no Brasil até meados da década de 1980**

A análise sócio histórica das políticas de saúde no Brasil se faz essencial para compreensão das bases sociais e políticas que confluíram no Movimento da RSB iniciado na década de 80 no séc. XX e na institucionalização do SUS a partir das leis orgânicas da saúde. Destaca-se, aqui, não haver interesse nem possibilidade de percorrer toda a história. Optou-se pela estruturação dos períodos de análise a partir do proposto por Bertolozzi e Greco (1996): Período Colonial; Primeira República até a Revolução de 30; Populismo de 45 a 60; 1960 até o fim da Ditadura Militar. Para então findar com reflexões referentes à década de 80 e 90, a partir de Machado e Baptista (2017).

Verifica-se no Período Colonial o estabelecimento da corrente de pensamento do Sanitarismo, com atuação específica no âmbito dos grandes centros urbanos. Pautava-se em medidas pontuais, com compromisso apenas com a comercialização, transporte de alimentos e salubridade da região de portos marítimos, visando controle de surtos e garantia da estabilidade das relações econômicas do país (Bertolozzi & Greco, 1996; Paim, 2011).

Apenas no período destacado como primeira República até a Revolução de 30 pode-se perceber iniciativas que compreendessem a questão sanitária como questão política, ganhando nova abordagem a partir da chamada “Higienização”. Leis foram publicadas para garantia da salubridade nos centros urbanos, sem compromisso, ainda, com a população, e com evidente verticalização nas ações desenvolvidas (Bertolozzi & Greco, 1996; Bravo, 2006).

Ainda no período supracitado, houve avanços tanto no quesito da Saúde Pública passar a ser considerada como questão social, representada pela Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública com tímida extensão dos serviços de saneamento urbano e rural; quanto na mobilização dos trabalhos, que se articularam para a organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) frente aos empregadores, regulamentadas através da Lei Elói Chaves, que concediam benefícios pecuniários, englobando aposentadorias, pensões e cobertura de alguns serviços médicos (como consultas e medicamentos) (Bertolozzi & Greco, 1996; Bravo, 2006; Paim et al., 2011).

Com a instauração do Estado Novo, governo marcadamente populista, outros avanços na trajetória das políticas de saúde surgiram, como a criação do Ministério da Educação e Saúde e estabelecimento de uma política de saúde nacional, apesar de ainda bastante restrita ao segmento da sociedade que trabalhava na formalidade (não sendo maioria da população) (Bertolozzi & Greco, 1996; Bravo, 2006).

O período denominado como Populismo de 45 a 60 do séc. XX, por Bertolozzi & Greco (1996), foi marcado por uma crise econômica e política, agravada com o final da Segunda Guerra Mundial. Somado à queda de Getúlio Vargas e ao caminhar para um regime político liberal, o período foi marcado, ainda, por tentativas de frear o descontentamento da classe trabalhadora frente a alta da inflação, perpassando aumento de salários, reativação da legislação trabalhista e reforma partidária.

Um dos esforços referentes ao âmbito das políticas de saúde materializa-se no plano SALTE, em 1948, apresentado por Eurico Gaspar Dutra, que visava estimular o crescimento dos setores Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (que compõe a sigla do plano) (Bertolozzi & Greco, 1996; Bravo, 2006). Contudo, apesar da saúde pública ser tratada enquanto questão social, não se verificava, na prática, priorização do financiamento por parte do governo. Tampouco expansão da cobertura para uma maior parcela da população, com a organização marcada por serviços da saúde pública (poucos) e da saúde previdenciária (Bravo, 2006; Paim et al., 2011).

Com a ausência de canais como associações, partidos ou outras organizações formalmente constituídas, houve maior espaço de barganha e de pressões políticas sobre a classe trabalhadora, com mudança estrutural dos CAPs para os Institutos de Aposentaria e Pensões (IAPs) (Bertolozzi & Greco, 1996; Bravo, 2006; Paim et al., 2011). O empregador não saiu de cena, com o governo passando a contribuir financeiramente, com vistas a uniformização dos direitos e procedimentos e ampliação da assistência médica.

Contudo, ainda se limitava à parcela de trabalhadores formais localizados nos centros urbanos, devido ao interesse do crescimento privado, ascensão de grandes corporações e ao rumo do capitalismo financeiro. Apesar da criação, nesta época, do Ministério da Saúde, este detinha caráter bastante frágil politicamente e financeiramente, cabendo-lhe menor fração do orçamento do antigo Ministério da Educação e Saúde (Bertolozzi & Greco, 1996; Bravo, 2006; Paim et al., 2011).

No período de 1960 até a o fim da Ditadura Militar tem-se alguns marcos históricos e alavancaram, direta ou indiretamente, a mudança das concepções de saúde no país. A III Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963, apesar de ser um destes marcos, carregava a lógica mercadológica e desenvolvimentista em ascensão, que se materializava tanto na ênfase a produtividade, quanto na distribuição de riquezas (Bertolozzi & Greco, 1996). Ambos como forma de garantia de desenvolvimento econômico, isto é, condições mínimas para que a classe trabalhadora permanecesse em seus postos de trabalho, não contemplando, ainda, maior parcela da população, bem como distante de uma concepção ampla de saúde.

Ainda no período supracitado, em 1964, com o golpe cívico-militar (pois também representava o interesse das elites) e com a edição do Ato Institucional-1, foram suspensas garantias constitucionais, permitida cassação de mandatos e suspensão de direitos políticos, além de extinção de organizações que exigiam reformas de base. Tratou-se de um governo que fez estagnar as discussões relativas à ampliação do conceito de saúde, reforçando a privatização, produtividade, crescimento econômico, desburocratização e descentralização das atividades, desde que sob comando do Estado, devido ao medo dos ideais socialistas que se disseminavam. Neste contexto é criado, em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual unificou todos os IAPs, concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada (Bertolozzi & Greco, 1996; Bravo, 2006; Paim et al., 2011).

Com dificuldade de conciliar os interesses internos e de adiar soluções de questões emergentes, o governo ditatorial investe, em 1983, no Plano das Ações Integradas de Saúde (AIS). Apesar de contemplar interesses municipais e estaduais e conferir maior racionalidade aos serviços básicos do setor público, tratava-se de uma estratégia que materializava os interesses mercadológicos, com perspectiva produtivista para o financiamento. Destaca-se, porém, o aparecimento de uma organização que

futuramente viria a ser trabalhada e apropriada pelo SUS, contando com descentralização do planejamento e da administração, integração entre ações e instituições, regionalização e hierarquização (Bertolozzi & Greco, 1996; Machado et al., 2017).

À esta época crescia no Brasil sentimento de descontentamento quanto aos rumos políticos que tomava, bem como quanto ao enfoque que a área da saúde tinha, com resolutividade e acesso limitados (Paim et al., 2011). Machado et al. (2017) destacam o mal equacionamento do sistema de saúde ao final da década de 85 e início de 90, que com o passar dos anos fez-se mais presente, junto à crise econômica enfrentada pelo país. Apesar de passos dados na caminhada quanto às políticas de saúde, pode-se verificar que em nenhum dos períodos supracitados houve mudança radical e que incidisse sobre a organização não só dos serviços, mas das ações, das concepções e do trabalho em saúde. É neste contexto que emergiu o movimento sanitário, mesmo que inicialmente nas universidades devido ao longo percurso de exclusão de trabalhadores no processo decisório das políticas de saúde, principalmente frente aos últimos governos autoritários.

### **3.2 Conceito e contexto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)**

Frente a recessão econômica e com o processo de redemocratização ganhando força no país, emerge, na década de 1980, o Movimento da RSB. Em 1986 é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) em que, a partir da participação contundente de representantes do movimento sanitário, foram realizadas discussões que tomaram força junto à Assembleia Nacional Constituinte e garantiram a incorporação de proposições ao texto constitucional de 1988 (Brasil, 1988), além de fornecer subsídios para a elaboração e institucionalização do SUS a partir de suas leis orgânicas da saúde na década de 1990 (Brasil, 1990a; 1990b).

[...] a Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo (Paim, 2008, p. 173).

A RSB não se inicia, nem se finda, com o SUS. Trata-se, então, de um movimento consequente de um percurso histórico, político e social, a partir das políticas de saúde do país e da construção de um campo do conhecimento que veio e até hoje se propõe a se opor às concepções limitadas de saúde enquanto ausência de doença, cunhada pelo ainda hegemônico modelo biomédico (Paim, 2012). Na própria 8ª CNS, segundo aponta Paim (2012), a proposta cunhada pelo então presidente da conferência, Sérgio Arouca, era de “uma verdadeira reforma sanitária”, sob moldes de reformas econômica, agrária, urbana e financeira. Assim, a RSB trazia consigo a demanda por mudanças articuladas, constituindo um projeto de transformação e que não se restringiria ao setor saúde, comprometendo-se a lidar com as constatações de que:

a) o sistema de saúde era fragmentado, excludente e discriminatório; b) a população brasileira não tinha acesso igual às ações e aos serviços de saúde, e estes, quando existiam, restringiam-se a algumas regiões e cidades; c) o poder decisório sobre as intervenções era centralizado, burocrático e pautado pelo clientelismo autoritário; d) a cidadania, regulada, não se expressava para decidir os desígnios da construção das intervenções governamentais sobre a saúde (Jesus, 2011, p. 159).

O movimento da RSB carrega os conhecimentos construídos a partir do campo da saúde coletiva, que recebe contribuições dos saberes da medicina social da Europa, da medicina preventiva dos Estados Unidos e da corrente racionalizadora da saúde pública nacional, com agenda pela constituição do objeto de ação e intervenção enquanto o social, o “coletivo”, em detrimento da individualização de responsabilidades (Paim, 2008). Para lidar com as constatações anteriores e avançar com a defesa da agenda proposta, Paim (2012, p. 18-9) traz que a RSB estava centrada nos seguintes aspectos:

a) democratização da saúde, a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes, reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e participação social na política e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, com descentralização do processo decisório, controle social, ética e transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando a produção e distribuição justa da riqueza numa ‘totalidade de mudanças’, passando por uma “reforma intelectual e moral” e pela democratização da cultura.

Percebe-se a presença de posicionamentos ético e ideológico contundentes e contrários à agenda hegemônica até então. Contudo, constantemente estes posicionamentos esbarram em pressões contrárias. Consequente do avanço neoliberal, assentadas na flexibilização das conquistas defendidas pelo movimento e precarização do sistema de saúde constituído, como forma de ajuste à demanda de mercado, assinalando propostas que não representam a concepção original do sistema, assinalada por Soares (2018) como um projeto de “SUS possível”.

Neste contexto, para o alcance dos objetivos do projeto impresso na RSB, com resgate às origens de suas concepções, parte-se de dois eixos centrais comuns ao campo da saúde coletiva (Paim, 2008; 2018), que deverão se materializar no SUS a partir de seus princípios: o Modelo de Determinação Social, que carrega no conceito de saúde a marca analítica socio histórica, entendo que o conceito é atravessado pelo resultado da dinâmica social; e o Processo de Trabalho em Saúde, que aborda a categoria trabalho em sua compreensão macro, entendendo-o enquanto produto de processos de tensionamentos da sociedade (sujeitos, estrutura e insumos), a partir da disputa de classes.

### **3.3 Modelo de Determinação Social e o Processo de Trabalho em Saúde enquanto categorias centrais para a construção dos princípios do Sistema Único de Saúde**

Deve-se compreender que a RSB tem seus pilares epistemológicos e filosóficos pautadas na produção teórica desenvolvida pela saúde coletiva. Este campo do conhecimento representa esforços genuínos brasileiros, cunhados nas academias a partir de leituras extensivas marcadamente marxistas (Paim, 2008; 2012; 2018). Seus dois eixos centrais são fruto de compreensões socialistas e libertárias de uma sociedade que busca romper com a perpetuação da desigualdade a partir de sua raiz, dependendo dos sujeitos para que materializem as concepções em ações. Assim, apesar do resgate às discussões do campo da saúde coletiva e das proposições do Movimento da RBS, a Constituição Federal de 1988 no que tange à saúde e as leis orgânicas da saúde, que formalizam o SUS, dependem da apropriação da conceituação de tais eixos para a efetivação de seus princípios (Brasil, 1988).

O Modelo de Determinação Social traz enquanto principal contribuição a noção de que saúde e doença da coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica (Paim, 2008), sendo fenômenos determinados social e historicamente, valorizando a essência dos fatos sociais e não apenas suas manifestações (Paim, 2008; Garbois et al., 2017; Borghi et al., 2018). Destaca-se que apesar da compreensão de que os conflitos de classe, inerentes ao processo social, determinaria desigualdades que incidiriam negativamente sobre as condições de vida e saúde, tem-se a inclusão de outras dimensões de análise para entender a singularidade daqueles processos na população, sendo raças, gêneros, sexualidades, entre outros (Fleury-Teixeira & Bronzo, 2010), superando a concepção de variáveis.

Assim, a noção de saúde impressa neste modelo traz consigo um núcleo subversivo (Fleury-Teixeira & Bronzo, 2010), de maneira a demandar que os sujeitos do cuidado (profissionais e indivíduos/coletividades), constantemente disputem politicamente frente às demandas macro estruturais encontradas num país organizado economicamente a partir do capitalismo.

[...] Há todo um contexto de enfrentamento obrigatório para qualquer ator interessado em implantar o SUS. A hegemonia neoliberal é um obstáculo pesado a todo projeto redistributivo. Do valor atribuído à vida humana pela sociedade, até a quantidade de dinheiro investida na saúde, tudo está em reviravolta e em disputa (Çampos, 1997, p. 115).

Neste contexto, o Processo de Trabalho em Saúde surge enquanto eixo central por localizar socialmente o trabalho em saúde, caracterizando-o enquanto prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde, com objeto e instrumentos de trabalho social e historicamente determinados (Merhy, 1997; Malta & Merhy, 2003; Franco & Merhy, 2012; Pereira et al., 2020). A efetivação dos princípios descritos na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e nas leis orgânicas da saúde dependem, então, do agenciamento ético da dinâmica do trabalho humano (Malta & Merhy, 2003; Franco & Merhy, 2012) que está constantemente sendo atravessada pelas demandas do capital, sob ótica produtivista e descompromissada com o alcance de níveis de saúde a partir do combate à raízes da iniquidade em saúde (Almeida-Filho, 2010).

Neste sentido, Merhy (1997) traz que é essencial a mudança do modo como os trabalhadores de saúde se relaciona com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade. É necessário que haja apropriação e compromisso a ética e ideologia anteriores aos princípios descritos do SUS, para além da correção de procedimentos organizacionais e financeiros, para que se materializem na prática (Pereira et al., 2020). Como trazem Franco e Merhy (2012), todo o trabalho em saúde é sempre relacional, em ato, nos encontros. Assim a efetivação do que conceito de saúde concebido por um sistema de saúde no atendimento às necessidades de saúde (objeto do trabalho em saúde) depende do olhar, da filosofia dos agentes do trabalho.

Frente ao exposto, é possível resgatar os princípios fundamentais do SUS, frutos da caminhada do Movimento da RSB e dos conhecimentos construídos a partir do campo da saúde coletiva, apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1 - Princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde e suas descrições.**

Princípio	Descrição
Universalidade	Concebida enquanto oferta dos serviços e ações a todos que, em solo brasileiro, deles necessitarem, independentemente do nível de complexidade, apesar de especificidades aos estrangeiros. Centra-se no enfrentamento das questões relativas à falta de acesso de todas as políticas públicas de saúde, explicitado pelo resgate histórico breve realizado neste manuscrito.
Equidade	Apesar de não estar implícito, é um princípio impresso como consequência da concepção de saúde defendida pelo movimento que deu origem ao SUS e que lutou pela inclusão de uma agenda política voltada para a redução das desigualdades enraizadas na sociedade. Trata-se da garantia de atendimento às necessidades em saúde de forma efetiva e com combate às desigualdades, exclusão e discriminação de grupos da sociedade, visto que a saúde é expressão direta da organização social. O pensamento sobre a equidade demanda discussões sobre responsabilidade pública da ação do Estado na correta distribuição de recursos em saúde.
Descentralização	Princípio que carrega o foco na coletividade em seu território, espaço social onde as relações se dão, sendo assim, melhor espaço possível para alocação de poder e recursos. Possibilidade não só maior assertividade dos investimentos em saúde, como participação da sociedade frente a estes gastos. Este princípio pode ser visto enquanto resposta ao problema da centralização decisória e burocrática.
Integralidade	Deve considerar as necessidades específicas de cada pessoa ou grupo de pessoas, ainda que minoritários. Traz enquanto prerrogativa a garantia dos meios para tal, sejam formativos, de insumo ou estruturais, de modo a romper com a lógica fragmentada de cuidado que por muito se perpetuou nas políticas de saúde. Garante-se não só o atendimento da demanda pontual, mas das necessidades fruto da dinâmica social.
Participação popular e controle social	Enquanto instrumentos de mobilização da sociedade, uma vez que o SUS deve ser compreendido não só enquanto ferramenta à disposição para o cuidado, mas como meio de mudança social. A população deve estar a par acompanhando, avaliando execução e fiscalizando as políticas de saúde a partir dos espaços institucionalmente garantidos: conferências de saúde; conselhos de saúde; comissões locais de saúde. Esforço para superar a concepção de cidadania regulada e do autoritarismo.

Fonte: Brasil (1990a; 1990b), Jesus (2011).

Foi possível, aqui, entender princípios a partir dos apontados por Jesus (2011), sendo as bases filosóficas e ideológicas do sistema de saúde, alinhando sua organização e funcionamento, bem como explicitando a quem está comprometido quando materializa a defesa por direitos sociais e imprime a concepção de saúde em sentido amplo, a partir do Modelo de Determinação Social anteriormente citado. Isto, sendo possível, a partir da compreensão de Processo de Trabalho em Saúde. Ambos essencialmente contrários à lógica neoliberal que desde o surgimento do SUS disputa pela perpetuação de sua hegemonia.

#### 4. Considerações Finais

Objetivo deste estudo foi analisar a importância dos eixos centrais da RSB, Modelo de Determinação Social e Processo de Trabalho em Saúde, para a construção dos princípios do SUS. Não bastam apenas aparatos jurídico legais para a efetivação dos princípios que norteiam o sistema de saúde brasileira. Torna-se imprescindível o resgate histórico dos caminhos percorridos para se chegar às bases filosóficas, epistemológicas e ideológicas do referido sistema. Bem como é necessário incorporar mudanças a nível dos processos micropolíticos do trabalho em saúde, isto é, no ato do encontro em que ocorre o cuidado: é essencial se identificar com o que está impresso no SUS e fazer com que se identifiquem.

Os princípios do SUS são contribuições assentadas a partir de um viés ideológico, fruto de disputas políticas ocorridas historicamente. A RSB se trata de um movimento por estar sendo construída no cotidiano, apesar de seus primeiros passos formais na década de 80. Para que seja possível a efetivação de um sistema de saúde universal, equânime e pautado na integralidade, com vistas a garantir descentralização e participação popular, bem como controle social, faz-se necessária constante evocação dos agentes que nele circulam pela luta do que ele representa. Sua efetivação depende da militância cotidiana compromissada com o que está alinhado na constituição: a saúde enquanto direito do cidadão, dever do Estado. Residindo, nisso, a importância do esforço empregado neste trabalho de materializar o projeto político-social impresso no sistema de saúde brasileiro.

Sugere-se que próximos estudos ampliem o debate a partir do resgate aqui realizado, tecendo discussão a partir da realidade concreta atual, trazendo elementos dos períodos recentes de subfinanciamento do SUS e, atualmente, desfinanciamento do SUS. Entende-se que os ataques à garantia de saúde integral, universal e equânime precisam ser destacados e inseridos dentro do contexto social, político e econômico do país de forma constante. Assim, será possível preservar a essência do SUS, garantindo a efetivação de seus princípios e a materialização de seus eixos centrais, aqui destacados.

#### Referências

- Almeida-Filho, N. (2010). A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Nogueira, R. P. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Cebes. 1, 13-36.
- Bertolozzi, M. R., & Greco, R. M. (1996). As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectiva s atuais. *Rev. Esc. Enf. USP.*, 30(3), 380-398. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300004>
- Borghini, C. M. S. O., Oliveira, R. M., & Sevalho, G. (2018). Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab. Educ. Saúde*, 16(3), 869-897. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
- Brasil. (1988). Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal.
- Brasil. (1990a). Lei nº. 8080, 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.
- Brasil. (1990b). Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990.
- Bravo, M. I. S. (2006). Política de Saúde no Brasil. In: Mota, A. E., Bravo, M. I. S., Uhcôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., & Gomes, L. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, SP: Cortez Editora; 2006.
- Campos, G. W. S. (1997). Análise Crítica das Contribuições da Saúde Coletiva à Organização das Práticas de Saúde no SUS. In: Fleury, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial. p. 113-111.

- Cohn, A., & Gleriano, J. S. (2021). A urgência da reinvenção da Reforma Sanitária Brasileira em defesa do Sistema Único de Saúde. *Rev. direito sanit.*, 21, e0012. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.159190>
- Egry, E. Y. (1996). Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. Ícone.
- Egry, E. Y., Fonseca, R. M. G. S., & Bertozzi, M. R. (1994). Assistência de enfermagem em saúde coletiva: entendendo o processo para a aplicação de um instrumento transformador da prática e da teoria. *R. Bras. Enferm.*, 47(3), 287-294. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671994000300010>
- Fleury-Teixeira, P., & Bronzo, C. (2010). Determinação social da saúde e política. In: Nogueira, R. P. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes. Cap. 2. p. 37-59.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus (Brasília)*, 6(2), 151163. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
- Garbois, J. A., Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate*, 41(112), 63-76. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
- Jesus, W. L. A. (2011). Princípios e Diretrizes do SUS: expressões de uma luta histórica do povo brasileiro. In: Jesus, W. L. A., & Assis, M. M. A. *Desafios do planejamento na construção do SUS*. Salvador: EDUFBA. 155-164.
- Machado, C. V., Lima, L. D., & Baptista, T. W. F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública*, 33(Sup2), e00129616. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>
- Malta, D.C., & Merhy, E.E. (2003). A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. *Rev. Min. Enf.*, 7(1), 61-66. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v7n1a12.pdf>
- Merhy, E. E. (1997). O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo) Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo). In: Fleury, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial. p. 113-111.
- Mészáros, I. (2012). A obra de Sartre: busca da liberdade e desafio da história. Boitempo.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. EDUFBA; FIOCRUZ. 356p.
- Paim, J. S. (2012). A Reforma Sanitária e o CEBES. CEBES.
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.*, 23(6), 1723-1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
- Paim, J. P., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Pereira, A. M. M., Ruela, H. C. G., & Carneiro, C. C. G. (2020). Políticas, sistemas e processo de trabalho em saúde: contribuições teóricas e estratégias pedagógicas de uma experiência de formação docente em saúde. In: Leher, E. M. T., & Ruela, H. C. F. *Formação crítica de professores da área da saúde: uma experiência de cooperação entre Brasil e Uruguai*. EPSJV. p. 63-98.
- Soares, R. C. (2018). Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argum.*, 10(1), 24-32. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.19496>
- Sousa, J. R., & Santos, S. C. M. (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, 10(2), 1396-1416. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>