

Saúde e sociedade: reflexões sobre o hoje e o amanhã

(*Health and society: reflections on today and tomorrow*)

José Jackson Coelho Sampaio¹, Israel Coutinho Sampaio Lima¹, Roberta Nunes²

¹ Universidade Estadual do Ceará (UECE)

² Fundação Universidade Estadual do Ceará (FUNECE)

Autor correspondente: jose.sampaio@uece.br

RESUMO

O estudo buscou compreender como Estado e Sociedade, de modo democrático, interagem em mútua implicância a qual precisa ser pensada como histórica, em devir; processual, continuamente contraditória; e complexa, por interdeterminação e interdependência. Trata-se de um ensaio teórico, amparado na literatura e das discussões prévias do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Os resultados apontam para a importância de estudos mais globais, que se utilizem da Dialética e da Teoria da Complexidade, a fim de orientar os recortes de pesquisa para que não se percam na fragmentação técnica. Na relação Sociedade e Saúde, percebe-se que os desafios são grandes, diante das dinâmicas entre sociedade-cultura-economia-política, pois tais campos se implicam por interdeterminação e interdependência entre as partes que compõem o todo, mas não totaliza sem as relações. A construção do acesso e do direito igualitário e equânime à saúde, no Brasil, sofre vitórias e perdas constantes, em retrocessos e meias voltas que tendem a prejudicar a construção social da saúde enquanto direito humano e bem universal.

Palavras-chave: Saúde Pública. Política Pública. Determinantes Sociais de Saúde.

ABSTRACT

The study sought to understand how State and Society, in a democratic way, interact in a mutual implication which needs to be thought of as historical, in becoming; procedural, continually contradictory; and complex, by interdetermination and interdependence. This is a theoretical essay, based on the literature and previous discussions of the Life and Work Research Group, linked to the Graduate Program in Public Health at the State University of Ceará. The results point to the importance of more global studies, which make use of Dialectics and Complexity Theory, in order to guide the research clippings so that they do not get lost in technical fragmentation. In the Society and Health relationship, it is clear that the challenges are great, given the dynamics between society-culture-economy-political, where such fields are implied by interdetermination and interdependence between their parts that represent the whole, plus interrelations. The construction of equal and equitable access and right to health in Brazil, suffers constant victories and losses, in backtrackings and half-turns that tend to harm the social construction of health as a human right and universal good.

Keywords: Public Health. Public Policy. Social Determinants of Health.

RESUMEN

El estudio busco comprender cómo Estado y Sociedad, de manera democrática, interactúan en una implicación mutua que debe ser pensada como histórica, em el devenir; procedimental, continuamente contradictoria; y compleja, por interdeterminación e interdependencia. Se trata de un ensayo teórico, basado en la literatura y discusiones previas del Grupo de Investigación Vida y Trabajo, vinculado al Programa de Posgrado en Salud Pública de la Universidad Estatal de Ceará. Los resultados señalan la importancia de estudios más globales, que hagan uso de la Dialéctica y la Teoría de la Complejidad, para orientar los recortes de investigación para que no se pierdan en la fragmentación técnica. En toda la relación Sociedad y Salud es claro que los desafíos son grandes, dada la dinámica entre sociedad-cultura-economía-política, pues tales campos están implicados por la interdeterminación y interdependencia entre sus partes que representan el todo, con ele acréscimo de las relaciones. Donde la construcción del acceso igualitario y equitativo y el derecho a la salud en Brasil sufre constantes retrocessos, victorias y pérdidas, en medias vueltas que tienden a perjudicar la construcción social de la salud como derecho humano y bien universal.

Palabras clave: Salud Pública. Política Pública. Determinantes Sociales de la Salud.

Conflicto de intereses: Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

INTRODUÇÃO

As discussões que rodeiam o campo da saúde, não podem ser dissociadas do seu objeto principal de atenção, que é o ser humano e a sociedade na qual todos nós vivemos. Ambos se implicam de forma mútua, por interdeterminação e interdependência em todo o processo histórico de desenvolvimento.

Destaque-se a forma como os sistemas de saúde em uma dada nação se constitui, diante da dinâmica da alocação de recursos, oferta de serviços, gestão, regulação, controle social, em meio ao contexto social-político-econômico, os quais irão influenciar o modelo de proteção social adotado em cada país. Não é possível entender o sistema de saúde, suas vantagens e seus problemas, sem a compreensão da Economia que o financia, do Estado que o gerencia, da Sociedade beneficiada e das características singulares de acontecer o processo saúde/doença.

No Brasil, com o processo de redemocratização, após duas décadas de Ditadura Militar, o direito à saúde passou a ser discutido por movimentos sociais, universidades, entidades de trabalhadores, parlamentares, pela sociedade civil em geral.¹ Desse debate, em meio à Estatuínte que culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988, resultou na alteração da antiga concepção de saúde, restritiva a algumas classes, para direito do cidadão e dever do Estado, direito este consolidado na Magna Carta sob a tríade dos pilares da igualdade, da universalidade e da integralidade. Ao mesmo tempo, a Carta Magna, desde o princípio, permitiu a livre iniciativa privada ofertar serviços de saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde-SUS.

O Brasil adotou três modelos de saúde - público, complementar e suplementar - respondendo a uma inflexão político-econômica sofrida por todos os países da América Latina, resultantes de pressão do Fundo Monetário Internacional-FMI e do Banco Mundial-BM, para que o modelo de saúde adotado fosse o de assistência social ou seguro social, ao invés do de seguridade social³.

Apesar da forte influência do pensamento neoliberal que o SUS

sofre até os dias atuais, é possível afirmar que a sociedade civil tem sido capaz de promover mudanças e de resistir às alterações que tendem a fragilizar a universalidade, com boa qualidade, do sistema de saúde, por meio de ações organizadas e reagrupadas, em espaços coletivos dialógicos comunitários e em órgãos oficiais com representatividade no Ministério da Saúde-MS e em outras instâncias governamentais⁴.

Esses espaços se constituem exatamente pela forma como o SUS foi institucionalizado na Carta Magna e na Lei Orgânica da Saúde No 8.080, de 1990⁵, constituindo-se como âmbito de uma experiência singular de democracia representativa, formado por conselhos e colegiados deliberativos, nos níveis locais, estaduais e federal, compostos paritariamente pelo poder público e pela sociedade civil, em busca de se fazer ouvir e representar pela sociedade política⁶.

Atualmente, as lutas no campo da saúde se organizam para a defesa do SUS, em meio à fragilização do controle social, à precarização da força de trabalho, em geral, e da saúde, em particular, à judicialização da saúde⁷, ao refluxo da própria democracia representativa e à imposição das medidas decantadas como de austeridade fiscal, estabelecidas por um governo identificado com um projeto social excludente, um projeto econômico ultraliberal e um projeto político autoritário.

Em meio a essa ciranda de voltas e meias-voltas, em processo contínuo de retrocessos na consolidação do bem-estar individual e coletivo, foi que a 16ª Conferência Nacional de Saúde-CNS16^a, realizada em 2019, após três décadas de instalação do SUS, retomou o tema central da histórica 8ª CNS⁸, de 1986: “Democracia e Saúde”. O retorno ao tema denuncia as medidas que impactam negativamente nas políticas sociais, como é o caso do congelamento dos recursos públicos para a saúde, por 20 anos, conforme a Emenda Constitucional nº 95-EC95 de 2016⁸.

No atual contexto de crise sanitária, política, social e econômica em que se encontra o Brasil, os desafios estão postos sobre a própria forma como os indivíduos reivindicam seus direitos⁹, diante da fragilidade do acesso aos serviços de saúde, da implantação precária da Atenção Primária, dos prejuízos à qualidade geral da atenção, do controle social

burocratizado e da compreensão enviesada da realidade, que não produzem, ou obstaculizam, acordos e consensos para a garantia do direito social, originalmente previsto na Constituição de 1988⁸.

Apesar de existirem evidências sobre a aproximação das políticas e da participação social em processos para a melhoria das informações, oferta, acesso e regulação dos serviços do SUS, a sensação de pertencimento no protagonismo das políticas sociais públicas encontra-se esgarçada, associada à esfera técnico-burocrática ou à esfera dos políticos partidários profissionais.

A forma como a sociedade participa e é ouvida esteriliza-se, tornando-se mais *pro forma*, diante da convivência ambígua entre a assistência universal à saúde e as assistências completar e suplementar, estas últimas hegemônicas na prática⁹, deixando larga margem da cidadania na pobreza, diante de um Estado que se recusa a ser Estado de Bem-Estar¹¹.

Impõe-se para toda a cidadania brasileira consciente, minimamente apta a gerenciar um processo civilizatório, criar e fortificar espaços dialógicos para que a escuta seja exercida hoje e sempre, pois as necessidades da sociedade civil que faz uso do SUS e dos trabalhadores e gestores que nele atuam e com ele se identificam, estão em permanente transformação¹².

Mais do que nunca estamos desafiados a compreender como Estado e Sociedade, de modo democrático, interagem em mútua implicância, a qual precisa ser pensada como histórica, em devir; processual, continuamente contraditória; e complexa, por interdeterminação e interdependência.

MÉTODO

A presente reflexão constitui um ensaio teórico orientado pela pergunta: como os campos da Saúde e da Sociedade se implicam mutuamente e qual a lógica dessa mútua implicação?

Para Meneghetti¹³, o ensaio teórico não se resume à busca de “respostas e verdades”, mas se constrói por meio de processos reflexivos sobre os nós problematizadores que orientam os

sujeitos a refletir em profundidade.

Assim, este tipo de estudo exige preparo do fruidor, leitor ou ouvinte, para que o mesmo possa compreender as diversas partes que constituem o todo e vice-versa, em um percurso no qual ele vá se implicando como protagonista.

No decorrer da fruição, os protagonistas irão refletir sobre a realidade motivando-se pela concordância e discordância dos argumentos desenvolvidos, continuamente provocados e estimulados para concordar ou discordar dos movimentos reflexivos que forem sendo desenhados.

O desenvolvimento dos pontos de reflexão se dá por meio da literatura no campo da Saúde Coletiva, de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde Pública-BVSP, livros de arquivo pessoal, além das discussões que já vem sendo desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho-GPVT, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPSAC, da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Presença da Relação Saúde e Sociedade na Literatura

Não se pretende delinear um pensamento detalhado sobre a histórica relação entre Saúde e Sociedade, mas sim, promover uma reflexão sobre alguns pontos importantes que podem ajudar o fruidor, leitor ou ouvinte, a compreender melhor a relação problematizada.

Desde a Idade Antiga, a compreensão da saúde foi discutida e refletida dentro da sociedade, pela ênfase dada ao misticismo, sobre a interface sujeito/doença, pois até então não existia um conceito do que seria saúde, a conformar-se depois de Hipócrates, que revela a lógica natural do adoecer (“**On the Sacred Disease**”) e cria a Anamnese, reconstituição do evento pela qual se interpela a pessoa e não o cosmo (“**Aphorisms**”), e de Galeno, ao afirmar que saúde seria o equilíbrio entre humores e as partes primárias do corpo, compostas por sangue, fleuma, bílis negra e bílis amarela (“**On the Natural Faculties**”)^{14,15}. Apesar de conviver com a Filosofia e o embrião da Ciência, a Igreja Católica era a detentora do cuidado

e das explicações, com a maior influência no meio social, e compreendia doença como castigo pelo pecado e saúde como prêmio pela virtude. Quando o ser humano pecava em adicional, pois já seria portador do pecado original, a doença vinha como forma de castigo ou penitência para demonstrar a fragilidade e a “podridão” do corpo. Neste período, as causas do adoecimento foram relacionadas predominantemente às crenças espirituais, embora sobrevivessem fragmentos das teorias galênicas, as pragas, o contato com animais, a conjugação dos astros, além da ação das bruxarias¹⁴.

Esses processos influenciaram fortemente a transição da Idade Média para a Idade Moderna, quando os primeiros estudos empíricos, que deram origem a Teoria Miasmática, buscaram explicar de forma natural, empírica, a determinação das doenças que acometiam a sociedade da época. A partir desse ponto de partida, ao final do século XVIII, a prática médica individual logrou espaço gradativo, porém central, nas ações de saúde, vindo a tornar-se hegemônica, no século XIX, com a descoberta dos microrganismos e a invenção de vacinas e antibióticos, que poderiam combater o agente etiológico de determinadas doenças, impulsionando assim o desenvolvimento da Patologia, da Fisiologia, da Bacteriologia e da Epidemiologia, além de oferecer condições de surgimento a vasto investimento em pesquisas e à Medicina, enquanto ciência experimental¹⁶.

A publicação do Relatório Flexner, no início do século XX, assumiu papel central na formação médica e nas demais áreas das Ciências da Saúde, como também no próprio modelo de atenção à saúde. A saúde e a doença foram retiradas da órbita do divino e foi fixado nelas o olhar biológico, cartesiano, positivista, centrado na doença, independente das características sociais, culturais, políticas e econômicas da população¹⁶.

Em corrente contrária, a Medicina Social, enquanto campo epistemológico das ciências biológicas e sociais, buscou compreender a relação saúde/doença sob outras diversas e complexas óticas¹⁷.

Em meio a tais processos de transformação, em 1948, a Organização Mundial da Saúde-OMS definiu saúde, de modo

vago e idealizado, como estado do mais completo bem-estar físico, mental e social. Em 1978, como forma de criticar a concepção utópica sobre saúde trazida anteriormente, a própria OMS, pela Declaração de Alma-Ata, traz para o debate as dimensões históricas, políticas, técnicas e subjetivas do processo saúde/doença e de seu cuidado, destacando a importância da participação da sociedade no planejamento e na implantação dos cuidados à saúde, diante das desigualdades entre a riqueza das nações e entre grupos sociais internos às nações¹⁸.

No Brasil, a sociedade foi mantida afastada desses embates, ficando refém dos governantes sobre qual parte do direito à saúde seria possível usufruir. No final da década de 1970 e início da década de 1980, com o fim da Ditadura Militar que durou 21 anos e o processo de redemocratização do país, houve amplo espaço para a discussão sobre direitos humanos, civis e políticos, nas várias dimensões da experiência humana, como saúde, educação, trabalho e assistência social, democratizando-se o debate sobre a saúde, *pari passu* com a democratização das organizações políticas, e a sociedade civil se envolve por meio dos movimentos sociais¹.

A luta dos movimentos sociais intensificou-se em decorrência da marginalização e exclusão das classes mais pobres do acesso à saúde, exclusão essa que tinha forte condicionador socioeconômico, iniciando-se então a transição de uma Medicina técnico-sanitária para uma Medicina social comunitária. Seu caráter reivindicatório era pelo acesso a bens e serviços de saúde, bem como, pela necessidade de inserir atores sociais à frente dos espaços políticos e institucionais que pudessem aproximar o Estado da Sociedade Civil¹⁹.

Apesar da aproximação ter sido idealizada institucionalmente, em 1937, pela criação do Conselho Nacional de Saúde-CNS e a instituição das Conferências Nacionais de Saúde, a composição do Conselho era técnico- burocrática, escolhida pelo Poder Executivo, e os temas das Conferências eram basicamente gerenciais¹⁹.

A crítica ao *status quo* ganhou força com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde-Cebes e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO,

os quais, em 1976, realizaram o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ressaltando que a gerência dos problemas de saúde não poderia ser apenas técnica, mas deveria ser eminentemente política, por resultar de acordos resultantes da negociação de conflitos estabelecida entre as múltiplas forças sociais interessadas, e não como uma ação unilateral de governo, por mais equitativa que parecesse ser²¹.

Evidenciava-se um alinhamento entre os atores envolvidos e as escolhas governamentais priorizando o modelo de saúde assistencial privatista. Mas esse alinhamento foi confrontado e refutado na VIII Conferência Nacional de Saúde-CNS, em 1986, quando se preconizou a criação, em nível municipal, estadual e regional, de Conferências e Conselhos de Saúde-CS, compostos por representantes eleitos pela comunidade, entre usuários e prestadores de serviços, assim permitindo a participação da sociedade civil no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde¹⁹.

Em acordo com esta reivindicação, a Carta Magna, de 1988, desenha o SUS, e a Lei Orgânica da Saúde-LOS, de 1990, o operacionaliza e define como paritária a representação da sociedade civil, sendo: 50% de representantes de usuários do SUS, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços de saúde⁵.

Por meio da continuidade dos debates e da criatividade democrática, a supracitada composição do CNS foi alterada. O Decreto Presidencial N° 5.839²¹, de 2006, consolidou uma nova formulação da organização, das atribuições e do processo eleitoral dos membros do CNS, objetivando trazer para o meio institucional a participação mais efetiva da sociedade civil dentro do SUS, consubstanciando experiência exitosa de democracia participativa. Observa-se, hoje, que os avanços históricos no Brasil, promovidos pela reorganização do CNS e dos CS nas demais esferas de Governo, não foram implantados totalmente e se encontram como alvo de agressões e regressões.

Em tempos obscuros e confusos, mais que nunca é imperioso relembrar lutas e conquistas, sobretudo recuperar princípios. Nestes 521 anos de invenção colonial europeia do Brasil, temos apenas 57 anos de experiência democrática

representativa liberal, apartadas quase ao meio por 21 anos de Ditadura Militar: a democratização de 1945 a 1964 e a redemocratização de 1985 para cá. Há muito que fazer pelo desenvolvimento de uma cultura democrática participativa, que rompa de modo mais definitivo com o modelo autoritário de imposição de ideias e comportamentos, sobre os sujeitos, mediante decretos, em nome da pátria ou de moral reacionária²².

Impõe-se, simultaneamente às conquistas na saúde, a necessária obtenção de mais conquistas na educação popular em saúde, para a defesa da boa qualidade de vida e da identidade político-social do SUS. Os processos democráticos de participação da sociedade civil devem ocorrer na arena eleitoral, na prática cotidiana do poder público, nos locais de trabalho, nas instituições de ensino, nos espaços de convivência e nas famílias. Os retrocessos antidemocráticos e a sombra ameaçadora do fascismo podem ser enfrentados se dermos prosseguimento às lutas, resistências e conquistas das últimas sete décadas, focando um amanhã melhor^{8,11}.

Dimensões da Relação Saúde e Sociedade: as interfaces do SUS sob a ótica sanitária, socioeconômica, cultural e legal

A bússola norteadora da política de saúde no Brasil vem se consolidado por meio da união das ações de luta social, com ações nos três poderes republicanos. A criação e a evolução do SUS, oriundo do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária-MBRS, incorporadas na VIII CNS de 1986, na Carta Magna, de 1988, na LOS (Leis N° 8.080 e N° 8.142), de 1990, e no Orçamento da União, em 1992, quando a organização política e a estruturação administrativo-financeira avançaram, gerando consequências práticas de universalização, integralidade e territorialização, até a conformação atingida recentemente, mas, agora, sob risco de desmonte²³.

Em breve síntese, o modelo de atenção pública à saúde no Brasil, até ao início da Ditadura Militar era assistencial, curativo, focado em hospitais e em alguns programas preventivos verticais, com crescimento lento e, basicamente público. No período da Ditadura Militar o modelo não muda em lógica assistencial, mas ganha velocidade pela privatização da rede hospitalar. A maioria dos procedimentos passou a ser

contratado pela rede privada, pela Previdência Unificada, enquanto os não previdenciários e os “indigentes” eram eventualmente beneficiados, de modo indireto, por programas do Ministério da Saúde-MS. No contexto destas três décadas de SUS, mesmo com a descontinuidade dos Governos Federais e a maior descontinuidade dos titulares do MS, mas em decorrência da pressão ativa e solidária da sociedade civil, aprofundaram-se a institucionalização pública, a universalização, a descentralização e a ênfase na Atenção Primária a Saúde-APS²⁴.

Saímos de um modelo excludente para um modelo universal, integral e equânime, albergado à sombra segura da Carta Magna de 1988². O campo da saúde alcança o *status* de “direito de todos e dever do Estado”, expandindo a prevenção, a promoção e a educação em saúde, tornando possível, como impacto indireto, reduzir as disparidades socioeconômicas de um país vasto, desigual geopoliticamente e iníquo sócioeconomicamente²⁵.

Destaquem-se as fragilidades oriundas do conservadorismo das elites, da difícil separação entre Estado e Governo, da descontinuidade gerada pelos mandatos e de uma normatização operacional que se deu por meio de Portarias, contrariando a própria estrutura legislativa nacional, pois somente Leis e Decretos poderiam estabelecer regras de distribuição de recursos.

Pelo Decreto nº 7.508, de 2011, a Lei 8.142/1990 foi regulamentada, trazendo conceituações importantes para o SUS, como a constituição e a organização de regiões de saúde, redes de atenção, portas de entrada, protocolo clínico, diretriz terapêutica, contrato organizativo, mapa de saúde, serviços especiais e de acesso aberto, e comissões Intergestoras²⁷.

Esse ponteiro basilar de normatização para fins de distribuição de recursos findou por potencializar as carências e disseminar ainda mais as disparidades socioeconômicas, principalmente no tocante à estruturação e à manutenção do sistema de saúde em nível municipal, devido às exigências de metas para o recebimento do financiamento, por blocos de atenção. Com isso, o SUS adquiriu lacunas legais consideráveis que findaram por fragilizar sua operacionalização e lhe incutiram um errôneo

estigma de ineficiência.

Um paradigma é desconstruído quando outro surge, principalmente quando na raiz do paradigma em desconstrução estão presentes profundos valores culturais de uma sociedade herdeira do parto colonial-escravista, de patrimonialismo e abismos de exclusão social. Mas, subitamente, diante de uma catástrofe humana resultante da pandemia da COVID19, o SUS perde pela desregulamentação do trabalho na saúde decorrente da atuação política do movimento neoliberal, mas ganha corações e mentes pela percepção de que o estigma anti SUS, sobretudo das classes médias urbanas e dos segmentos ricos, baseava-se na exaltação aos planos privados de saúde. Ampla margem populacional deu-se conta da importância da compra pública de vacinas, da disponibilidade de portas ágeis de entrada no sistema em caso de emergência, da disponibilidade de leitos de UTI públicos ou contratados pelo poder público, diante da inexorável situação na qual o país e o mundo mergulharam em razão da pandemia de COVID19.

Em meio ao processo de desfinanciamento de sua rede de atenção, processo aprofundado atualmente, o SUS mais uma vez se mostra essencial na luta pela garantia da saúde, da dignidade humana e do direito à vida, tido como exemplo para o mundo. Num lampejo, em março de 2019, a sociedade brasileira se observou reconhecendo a importância de um sistema universal e gratuito, que tem acolhido e salvo milhões de vidas, na APS, nas Unidades de Pronto Atendimento-UPA, na rede hospitalar existente, própria e credenciada, além da ampliação por serviços de campanha, na rede de UTI e no enfrentamento emergencial de acreditação e operacionalização do uso de novas vacinas, baseado na experiência anterior de uma política exitosa de outras vacinas. A sociedade descobre o valor, como bom e seu, do que há três décadas aperfeiçoava-se e já era bom e seu.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que transcendemos a natureza, pela invenção da cultura, apoiada na técnica, na política e na ética, também nos percebemos passíveis de produção positiva ou vazios de significados, colados às realidades ou alienados delas. Daí o suporte de uma teia de comunicações e uma desconfiança

permanente sobre o que é comunicado, na busca, também permanente, de garantias do que seja verdadeiro ou falso.

Em todo esse processo, pode-se implodir ou explodir, ampliando sentidos críticos ou colando-se à aparência de alguma das faces dos sentidos, utópicos, distópicos, libertários, libertinos, com usuários, incapazes de segurança ou incapazes de insegurança, trafegando entre a negação, a conveniência oportunista e a subversão, inquietos, sem rumo ou fatalistas sobre um rumo sempre vizinho das catástrofes. Mas, tanto sucumbir ao medo como negociar com o medo continuam sendo possíveis, mesmo nas condições sociais, econômicas, políticas e sanitárias em que vivemos.

O trabalho abstrato se impõe, pois alguém em Seattle cria um programa eletrônico que consumiremos como Técnica e não poderemos recriar pelo parco domínio do conhecimento; um vírus realiza uma mutação em Wuhan e todo o planeta precisa lutar contra suas consequências morbígenas e letais; as catástrofes ecológicas não se apresentam mais como locais, e sim como globais; reduz-se a guetos mínimos a sociabilidade

presencial e a desigualdade das condições de vida abisma-se, pela pobreza extrema que chega a 800 milhões de desnutridos no mundo, aumentando a dependência de políticas compensatórias, enquanto as grandes corporações destroçam o aparelho do Estado, substituindo-o sem perspectiva social inclusiva; o pensamento mágico, que um dia nos amparou e impeliu, torna-se fonte de negações, aberrações, afirmando-se hegemônico contra três milênios de Filosofia e pelo menos cinco séculos de Ciência. Entre a célula, o fluido transmissor e o comportamento significativo perde-se a complexidade da totalidade do ser em homeostase social, que nenhuma psicofarmacoterapia, legal ou ilegal, poderá restabelecer.

O desafio que temos é monumental e fascinante. Podemos sair do labirinto se recuperarmos a lógica que dê subsídio ao pensamento válido, à técnica com transferência de conhecimento, à ética da solidariedade, à política econômica da inclusão e ao vigor amoroso dos relacionamentos. O coletivismo que anula o indivíduo e o individualismo que anula o coletivo precisam ser superados na História.

REFERÊNCIAS

1. Silva CV, Silva DFL, Souza EM. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013, v. 37, n. 2, [Acessado 10 Jul 2021], pp. 254-259. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbem/a/XHbWLCkmZGJbxqkP6JKjYR/?lang=pt>.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília; 1988.
3. Rizzotto MLF, Campos, GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n. 2 [Acessado 12 Jul 2021], pp.263-276. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mpvvFPWmh8cJcwrK86Szv3L/abstract/?lang=pt>.
4. Rocha CMF, Martins MR, Farias MA. Saúde para todos: a participação da sociedade civil na governança global em saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. spe1 [Acessado 10 Jul 2021], pp. 160-170. Disponível em: <https://www.scielo.br/sdeb/a/4Td3zrcD4tsCt7s8rv8rRVz/?lang=pt>.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília; 1990.
6. Campos GWS. Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2009, v.18, n.2, [Acessado 10 Jul 2021], pp.24-34. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263695004>.
7. Machado FRS. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2009, v. 7, n. 2 [Acessado 10 Jul 2021], pp. 355-371. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000200009>.
8. Souza LEF, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 8 [Acessado 19 Jul 2021], pp. 2783-2792. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>.
9. Asensi FD. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 23, n. 3 [Acessado 10 Jul 2021], pp. 801-820. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300008>.
10. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development*. 2016, v.26, n. 1, [Acessado 10 Jul 2021], pp.11-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>.
11. Malvezzi E, et al. Apropriação social do Sistema Único de Saúde: ouvindo a voz dos usuários. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2021, v. 25 [Acessado 10 Jul 2021], e200291. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200291>.
12. Bleicher T, Freire JC, Sampaio JJC. Avaliação de política em saúde mental sob o viés da alteridade radical. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 24, n. 2 [Acessado 10 Jul 2021], pp. 527-543. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200011>.
13. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico? *Revista de Administração Contemporânea* [online]. 2011, v. 15, n. 2 [Acessado 12 Jul 2021], pp. 320-332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>.
14. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed; 2003, p.431.
15. Hippocrates and Galen. *Great Books of the Western World*, No 10. London: Encyclopaedia Britannica, 1978.
16. Sampaio JJC. *Epidemiologia da Imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 15-65.
17. Nunes ED. *Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós- Graduação*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 1996, v. 1, n. 1 [Acessado 12 Jul 2021], pp. 55-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812319961101392014>.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. *Declaration of Alma-Ata* [internet]. 1978. [acesso em 2021 jul 10]. Disponível em: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
19. Escorel S, Moreira MR. *Participação Social*. In: Giovanella, L. (org.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, pp.853-884.
20. Paim J, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online]. 9 May, 2011. [Acessado 12 Jul 2021]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/artigo_sau_brasil_1.pdf.
21. Brasil. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Brasília, 2006.
22. Silva JPV, Pinheiro R, Machado FRS. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. *Saúde em Debate*, [online]. 2003, n. 65, v. 27, [Acessado 12 Jul 2021]. p. 234-242. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=394026&indexSearch=ID>.
23. Souza, LEP. *Saúde Pública ou Saúde Coletiva?* Revista espaço para Saúde, Londrina, v.15 pg. 07-21, out-dez, 2014.
24. Nunes, R. *Os Desafios do Planejamento em Saúde ante o Fenômeno da Judicialização: uma análise da atuação da Gestão na condução do cumprimento de decisões judiciais*. [Defesa de Dissertação de Mestrado], Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. 2019.
25. Vasconcelos, CM, Paschie, DF. *O SUS em perspectiva*. IN: Campos, GWS. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª Ed. ver. Aum – São Paulo: Hucitec Editora, 2012.
26. Brasil. Casa Civil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.
27. Brasil. Casa Civil. Lei nº 7.508 de 28 de Junho de 2011. Brasília, 2011.

Como citar: Sampaio JJ, Lima IC, Nunes R. Saúde e sociedade: reflexões sobre o hoje e o amanhã. *Dialog Interdis Psiq S Ment*. 2021;1(1):49-52.

