

# INEQUIDADE EM SAÚDE ENTRE USUÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Vinicius Pinheiro de Magalhães<sup>1</sup>

**Resumo:** O objetivo deste artigo é analisar as expressões da inequidade em saúde na vida de usuários de um Hospital Universitário no ano de 2023. Trata-se de pesquisa retrospectiva e exploratória, fundamentada no Materialismo histórico-dialético e na perspectiva da Determinação Social da Saúde. O estudo sistematiza a situação de saúde coletiva dos usuários de uma unidade de internação, além de indicar impactos estruturais em seu processo de saúde-adoecimento. A pesquisa demonstrou que a inequidade em saúde pode atravessar os usuários do hospital na medida em que impõe barreiras de acesso ao sistema, nutridas por forças que almejam seu sucateamento e privatização. Como resultado da desigualdade no acesso, ela também pode se expressar na conformação de um perfil patológico particular das classes populares, marcado pela prevalência de doenças e condições preveníveis.

**Palavras-chave:** Equidade em Saúde. Hospital Universitário. Determinação Social da Saúde.

## HEALTH INEQUITY AMONG USERS OF A UNIVERSITY HOSPITAL

**Abstract:** The objective of this article is to analyze the expressions of health inequity in the lives of users of a University Hospital in the

---

<sup>1</sup>Universidade Federal de Sergipe (UFS). Assistente social do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG). Tutor do núcleo de Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional do HC-UFG. Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Sergipe (PROSS/UFS). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Fundamentos, Formação em Serviço Social e Políticas Sociais (GEPSSO/UFS).

**E-mail:** [viniciuspmaga@gmail.com](mailto:viniciuspmaga@gmail.com)

**Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/3556324174671558>

**Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-2909-3517>

year 2023. This is a retrospective and exploratory research, based on historical-dialectical materialism and the perspective of the Social determination of Health. This study systematizes the collective health situation of users of an inpatient unit, in addition to indicating structural impacts on their health-illness process. Research has shown that health inequity can cross hospital users to the extent that it imposes barriers to access to the system, nourished by forces that seek its scrapping and privatization. As a result of inequality in access, it can also be expressed in the conformation of a particular pathological profile of the popular classes, marked by the prevalence of preventable diseases and conditions.

**Keywords:** Health equity. University Hospital. Social determination of Health.

## Introdução

O objeto de estudo da presente pesquisa é a inequidade em saúde, dinâmica social estrutural que vulnerabiliza e expõe pessoas a contextos de adoecimento (BREILH, 2006). Trata-se de expressão de um movimento analítico que reposiciona as problemáticas de saúde à dinâmica própria da sociabilidade capitalista, superando abordagens positivistas que as relacionam a *fatores* ou *indicadores* descontextualizados da estrutura reprodutora do processo saúde-adoecimento.

Nessa direção, a presente pesquisa nasce do desejo de sistematizar os impactos dessa estrutura promotora de desigualdade em saúde na experiência de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, lanço mão de minha experiência de trabalho como assistente social do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), lotado na Unidade de Internação Clínica (UIC), para questionar os atravessamentos da inequidade em saúde na vida dos usuários atendidos por assistentes sociais.

O HC-UFG oferece serviços assistenciais de média e alta complexidade desde a década de 1960. Um dos pavimentos do hospital acolhe internações gerais de diversas especialidades clínicas, a UIC, lócus da presente pesquisa. A UIC tem capacidade para 70 leitos, estrutura para o tratamento em mais de 10 especialidades médicas (HC-UFG/EBSERH, 2023). Sua forma de admissão é via sistema de regulação, além da indicação de usuários procedentes do acompanhamento ambulatorial ou de urgência já vinculados às linhas de cuidado das equipes do HC.

Nessa circunstância, o objetivo deste artigo é analisar as expressões da inequidade em saúde na vida de usuários da UIC-HC-UFG no ano de 2023. Trata-se de pesquisa retrospectiva e exploratória, ancorada em abordagem quantitativa. O estudo lança mão da fundamentação teórico-metodológica do materialismo histórico-dialético, o que permitiu aproximação da perspectiva da Determinação Social da Saúde, além de mediações mais concretas face ao desafio de compreensão da situação de saúde coletiva.

Foram consultados 2819 registros profissionais<sup>2</sup> de assistentes sociais e relatórios de dados agregados de usuários através de sistemas de informação institucional, o *Sistema de Controle do Serviço Social* (SCSS) e o *Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários* (AGHU X). Ademais, foram sistematizados dados de 830 usuá-

---

<sup>2</sup> A equipe de trabalho foi composta por dois profissionais efetivos (Vinicius Pinheiro e Maria Suely Holanda), além da contribuição de sete assistentes sociais residentes (Elana de Cristo; Gabriela Alves; Laíza Lemes; Ludmilla Amorim; Natália Mendes; Willian Conceição e Vânia Souza) e uma estagiária (Geovana Oliveira), os quais, no exercício de seu trabalho e/ou formação em serviço, comprometeram-se com a coleta de informações relevantes para o estudo e com a padronização dos registros profissionais - a quem meus agradecimentos.

rios atendidos no ano de 2023 pelo Serviço Social da UIC-HC-UFG. Trata-se de informações referentes a 1264 internações, amostra de 61% do total de internações na unidade clínica e de 13% do total de internações no HC-UFG em 2023 em 2023.

As seguintes variáveis foram analisadas: faixa etária; renda mensal; diagnóstico e especialidade médica de admissão hospitalar; além da variável óbito em internação. As informações foram organizadas e sistematizadas em planilha que facilitou análise cruzada por meio de frequências relativas e absolutas.

Esse banco de dados permitiu a sistematização da situação de saúde coletiva dos usuários dessa unidade de tratamento, além de indicar impactos estruturais em seu processo de saúde-adoecimento. O projeto deste estudo recebeu anuência institucional para sua realização, além de parecer favorável de seu Comitê de Ética na Pesquisa – CEP/HC/UFG (CAAE: 67060623.3.0000.5078, N° do parecer: 5.901.076).

## **1 Determinação Social da Saúde como lente - Inequidade em saúde como achado**

As condições objetivas para a emergência da perspectiva da Determinação Social da Saúde foram aquelas que despontaram no quadro latino-americano da década de 1970. A efervescência da década expressou a insatisfação de movimentos populares latino-americanos face sua situação de dependência econômica em relação aos países de capitalismo central, condição que as variadas ditaduras militares buscaram preservar na circunstância dessa quadra histórica (PADRÓS, 2008).

Nesse contexto, a necessidade de compreensão da totalidade social e seus atravessamentos nas políticas sociais foi uma tendência observada em diversos setores, dentre os quais a saúde. No Brasil, a emergência do movimento da Reforma Sanitária foi emblemática ao pautar a universalização do acesso aos serviços de saúde, além da integralidade na assistência e a participação social, enfrentamento desenrolado em conjuntura de denúncia da ditadura militar e de luta pela redemocratização do país (PAIM, 2009).

Essa práxis sofreu influência significativa da medicina social latino-americana, que empreendeu crítica ao paradigma biomédico de forma mais abrangente, pautando a natureza social da doença, a qual “[...] *no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos*” (LAURELL, 1982, p. 2).

Os limites do modelo biomédico na oferta de respostas acerca das causas do adoecimento coletivo conformaram a fragilidade epistemológica que aproximou o pensamento médico-social da teoria social crítica (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). Essas foram as condições para que a medicina social formulasse a teoria da Determinação Social da Saúde, principalmente a partir da incorporação do método materialista histórico-dialético e da reflexão acerca das categorias marxianas do trabalho e reprodução social, que delimitariam a natureza ontológica da saúde, transcendendo a compreensão restrita de um setor das políticas sociais ou de uma das manifestações de intervenção do Estado face a problemas de ordem social (SOUZA, 2020).

Assim, a saúde se expressaria nas condições de interação do ser social com a natureza, intercurso que inaugura a vida em socie-

dade, isto é, as possibilidades para sua própria reprodução. A saúde passa a ser compreendida como expressão da totalidade social, exteriorização da forma de organização da vida em sociedade, do modo de produção de riquezas (BREILH, 2006).

À vista disso, as problemáticas que envolvem o processo saúde-adoecimento perdem seu sentido setorial, anunciando algo de estrutural na conformação da situação de saúde coletiva, dinâmica que Jaime Breilh (2006) denominou inequidade em saúde. Desse modo, a conjuntura de esgotamento do Estado de bem-estar social, para essa tendência do movimento da medicina social, repôs o debate da saúde no campo das reflexões sobre o *vir-a-ser*, das discussões sobre as possibilidades concretas de emancipação humana, donde a subversão dos moldes atuais do metabolismo sociedade-natureza.

Nessa direção, o legado da reflexão sobre a saúde foi expresso através da incorporação desse debate pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos anos 2000. Entretanto, as revisões da teoria da Determinação Social da Saúde empreendida nos fóruns da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS-OMS), a partir de 2005, foram sistematizadas em modelos que alijaram a saúde de sua natureza ontológica, convertendo o processo saúde-doença à lógica positivista de uma exposição descontextualizada a *fatores* ou *indicadores* de adoecimento (BREILH, 2006, GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Nesses termos, a proposta da década de 1970 foi profundamente modificada, principalmente em sua implicação revolucionária e subversiva. Nos modelos revisionistas, a *Determinação* é convertida em *Determinantes*, o que superdimensiona o Estado na sua capacidade interventiva em face da inequidade em saúde, responsável por resolvê-la pela via das políticas sociais.

O problema que se coloca para a tradição marxista é o do papel do Estado burguês. A despeito de sua ampliação nos marcos do século XX – alargadas as condições para a disputa de hegemonia (COUTINHO, 1989) – sob o capitalismo, tem sido historicamente organizado para gerir os interesses da classe dominante (MARX; ENGELS, 2017). A história tem atestado essa máxima dos jovens Marx e Engels (2017). Desde a década de 1970, o mundo tem revelado novo padrão de acumulação capitalista que anunciou novas necessidades para manutenção das tendências de concentração e acumulação de capital.

A política de saúde tem sofrido os impactos desse contexto no cenário nacional; experimenta o drama do desmonte dos serviços e de sua privatização. O SUS perde capacidade de abrangência territorial e de oferta assistencial. Os direitos são subsumidos à circunstância das possibilidades concretas e/ou orçamentárias para sua viabilização (SALVADOR, 2010). Ao mesmo tempo que esse quadro desenha a conjuntura sombria para a defesa dos direitos sociais, também revela que o caminho para a subversão desse drama não se dará nas condições impostas pela sociabilidade capitalista.

## **2 Atravessamentos da inequidade em saúde na vida de usuários de um Hospital Universitário (2023): notas exploratórias**

As informações referentes aos 830 pacientes deste estudo deram conta de sistematizar a situação de saúde coletiva de amostra significativa de usuários da UIC-HC-UFMG. São pacientes predomi-

nantemente idosos (51%, n = 421), com média etária de 57,4 anos. Sua média salarial é de 02 salários-mínimos, o que atesta a prevalência de usuários de baixa renda (84%, n = 694), ou seja, com acesso à renda familiar de até 03 salários-mínimos.

Quase um quarto das internações (23%, n = 291) decorrem de diagnósticos descritos na Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária; são doenças cujo manejo e tratamento demandam menor complexidade de atenção do sistema de saúde, a exemplo da insuficiência cardíaca (33%, n = 96), pneumonias bacterianas (9%, n = 26) e doenças pulmonares (9%, n = 26), as quais poderiam ter tido assistência adequada na atenção básica.

O quadro geral das doenças mais prevalentes descritas nas autorizações de internação hospitalar (AIH) do público do estudo revela a predominância das Doenças do aparelho circulatório (18%, n = 228); Neoplasias [tumores] (20%, n = 253); Doenças do aparelho geniturinário (11%, n = 140) e Doenças do aparelho respiratório (10%, n = 127). Nessa mesma direção, as especialidades médicas mais frequentes em suas admissões foram a medicina de urgência (22%, n = 279); cardiologia (13%, n = 165); nefrologia (10%, n = 127); oncologia (10%, n = 127) e hematologia (10%, n = 127) – dados que ajudam a demarcar um perfil patológico desses pacientes.

Um primeiro aspecto a considerar face ao desafio de delimitar a saúde-doença como processo social, isto é, como expressão da totalidade social, decorre da análise do perfil patológico/clínico dos pacientes da UIC. Esse quadro de morbidade parece indicar algo apontado pela *teoria da transição epidemiológica*, que vem sinalizando mudança significativa no padrão de adoecimento coletivo, notadamente a predominância das doenças modernas (cardíacas e

neoplasias) sobre as doenças do atraso (infecciosas e parasitárias) (PRATA, 1992).

Essas tendências teóricas têm apresentado os determinantes de tais transformações, que envolvem desde o desenvolvimento econômico, até as recentes modificações no padrão demográfico da população e avanço do setor saúde (PRATA, 1992, LUNA, 2002, SCHRAMM et al., 2004). Contudo, malgrado a testificação dessas tendências, tem sido relevante retomar o referencial da década de 1970 para redimensionar a reflexão sobre a saúde-doença.

Para Asa Laurell (1982) as explicações que lançam mão dos fatores do desenvolvimento econômico, das mudanças demográficas e do avanço do setor saúde/médico são insuficientes para a compreensão essencial do novo perfil patológico da população. A autora compreende que a determinação da doença se verificaria em processo mais basilar e concreto: “[...] las distintas formaciones sociales presentan perfiles patológicos, que a nivel general, se diferencian según el modo particular de combinarse el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción” (LAURELL, 1982, p. 6-7).

Em última instância, essa perspectiva descortina o caráter de classe do processo de saúde-adoecimento, uma vez que a doença expressaria o lugar que os grupos humanos ocupam na dinâmica das relações sociais de produção na conjuntura de cada formação social específica (LAURELL, 1982). Esse é um aspecto importante para pensar os atravessamentos da inequidade em saúde na vida de usuários do HC-UFG.

Assim, mais do que expressão do desenvolvimento econômico e progresso da sociedade, as doenças revelam condições de

classe; é o que demonstra o distinto perfil patológico de usuários por recorte de renda na UIC: entre os pacientes com renda de até 1/2 salário-mínimo as doenças do aparelho circulatório (17%, n = 9) e respiratório (15%, n = 8) são predominantes, quadro que muda nos usuários com renda maior que 5 salários mínimos, com prevalência das neoplasias (29%, n = 6) e doenças do aparelho circulatório (11%, n = 3); ou seja, insistente permanência das doenças infecciosas e parasitárias nos mais pobres.

Antes de anunciar um determinismo econômico no processo de conformação de doenças, os dados permitem a inferência de que “[...] dentro de una misma sociedade las clases que la componen mostrarán condiciones de salud distintas” (LAURELL, 1982, p. 2), revelando algo de estrutural na conformação de perfis patológicos segundo condições e lugar de classe.

Essas notas suscitam questões relacionadas ao acesso à saúde, principalmente diante de um sistema universal e gratuito. Em que medida o acesso à saúde se distinguiria a partir das condições de classe? E ainda, quais seus aspectos estruturais?

A literatura demonstra que a dimensão do acesso difere da instância da mera utilização dos serviços, envolvendo suas “[...] características e [...] recursos de saúde que facilitem ou limitam seu uso por potenciais usuários” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 91).

Desse modo, a avaliação do acesso/acessibilidade à saúde lança mão de indicadores como *disponibilidade*, *aceitabilidade*, *capacidade de pagamento* e *informação*; dimensões capazes de mensurar a relação entre as necessidades de saúde da população e a oferta de serviços para sua satisfação (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Não foi o objetivo deste estudo avaliar o acesso dos usuários aos

serviços de saúde, mas o contato com alguns de seus dados permitiu inferências importantes sobre esse aspecto, autorizando, principalmente, notas reflexivas sobre as dimensões da *disponibilidade* e *capacidade de pagamento*.

Na dimensão da *disponibilidade*, o acesso pode ser mensurado a partir da análise da disponibilidade de serviços, de sua abrangência e qualidade, além de permitir aproximação dos indicadores de processos e resultados, ou seja, do nível de satisfação da população usuária e do produto do sistema de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Nessa dimensão, algumas barreiras se anunciam com potencialidades de limitar o acesso das pessoas à saúde. Azevedo e Costa (2010) descrevem algumas dessas barreiras no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma capital brasileira, dentre as quais a de natureza organizacional, de onde problemas como o da baixa resolubilidade da atenção básica, principalmente referente a demandas pontuais de urgência; além do mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência. Tais problemas estrangulam os serviços de média e alta complexidade e dificultam o acesso a especialistas pela via do SUS. Essas questões podem apresentar pistas para a interpretação dos dados dos usuários da UIC.

A maioria dos usuários deste estudo (22%, n = 279) foi admitida em equipes das especialidades médicas de urgência, o que significa indefinição de linhas de cuidado e ausência de vínculo ambulatorial com especialistas. Aqueles admitidos por essas equipes são destacadamente mais pobres (28%, n = 14 entre pacientes com renda de até 1/2 salário-mínimo contra 12%, n = 3 entre usuários com renda maior que 5 salários-mínimos).

Se de um lado é possível deduzir uma cultura de desagrado aos serviços preventivos, sobretudo por não oferecerem respostas pontuais para situações agudas de urgência, de outro também é presumível possíveis limitações da atenção básica em sua capacidade de resolubilidade, contexto que termina por sobrecarregar a média e alta complexidade.

Problemas associados ao vínculo com a atenção primária também parecem ser prevalentes nos usuários mais pobres: dos pacientes internados em Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), 68% (n = 130) dispõem de renda entre 1 e 2 salários-mínimos, contra 2% (n = 4) entre aqueles com renda maior que 5 salários-mínimos, ou seja, predominância de internações evitáveis no público de baixa renda.

Nesse aspecto, a instância da *disponibilidade* pode convergir com outro indicador na empreitada de viabilizar a avaliação do acesso/acessibilidade à saúde, trata-se da dimensão da *capacidade de pagamento*. Diz respeito à “[...] relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 262). Abrange diversos custos diretos e indiretos, como aqueles com medicamentos, exames, consultas, insumos básicos de saúde, além de transporte, alimentação, perda de renda ou de produtividade.

Essa dimensão também envolve o conceito de capacidade financeira, que indica desde os aspectos individuais sobre disponibilidade de renda e recursos financeiros por parte do paciente ou rede de apoio, até a cobertura por seguro saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A análise de dados dos usuários da UIC revelou que a capacidade financeira, isto é, a variável renda, talvez seja elemento rele-

vante para o acesso e acompanhamento integral no SUS, sobretudo na atenção ambulatorial.

Alguns dados reforçam essa inferência com relação ao acesso à média complexidade: dentre os pacientes com diagnóstico de neoplasias, 13% (n = 7) têm renda de até 1/2 salário-mínimo, contra 29% (n = 6) de usuários com renda maior que 5 salários-mínimos. Ainda nessa direção, o perfil de usuários que evoluem a óbito na internação é bastante significativo: apesar de idosos (75%, n = 87), têm demarcado lugar de classe (68%, n = 79 com renda de até 02 salários-mínimos, contra 1%, n = 2 com renda maior que 5 salários-mínimos), são admitidos por especialidades médicas de urgência (26%, n = 31) e falecem principalmente com diagnósticos de neoplasias (31%, n = 36).

As informações indicam que, além de os mais pobres morrerem com mais frequência, é apenas na circunstância das internações de urgência que os pacientes de classe popular se deparam com a possibilidade diagnóstica da neoplasia, o que revela as dificuldades de acesso prévio dos mais pobres aos serviços com especialistas e de apoio diagnóstico, adiando a assistência especializada para situações de cronificação de doenças e risco de morte.

De forma geral, esses dados podem indicar tanto um perfil patológico particular como dificuldades de acesso aos recursos de saúde pelas classes populares. A explicação para essa distribuição desigual pode ser fundamentada na perspectiva da ontologia (materialista) da saúde. Trata-se de percebê-la em sua processualidade histórica, como algo muito mais complexo do que uma instância biológica estática.

Para essa tendência teórica, a saúde expressa o intercuro entre o ser social e a natureza, posto que uma forma de práxis social,

um patrimônio objetivo capaz de oferecer respostas a necessidades coletivas com vistas à reprodução da vida em sociedade (SOUZA, 2016). Contudo, sob o modo de produção capitalista, tal valor de uso subordina-se à dinâmica de acumulação e concentração de riqueza, convertendo a expectativa de satisfação das necessidades coletivas em instrumento de nutrição e reprodução do capital.

Essas tendências são percebidas a partir de aproximação do processo de financiamento da saúde no Brasil. As garantias da Constituição Cidadã não foram capazes de operacionalizar um piso a ser direcionado para o financiamento da política de saúde. No imediato pós-1988, as receitas neoliberais de contenção de gastos atravessaram o projeto de universalização da saúde, impondo limites ao seu financiamento (MENDES; MARQUES, 2003).

Observa-se que para cada avanço na tentativa de definir fontes suficientes e seguras para o cumprimento das diretrizes constitucionais de financiamento da saúde, um retrocesso se anunciava. Foi dessa forma desde a instituição da extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), passando pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e a Lei Complementar nº 141/2012, que representaram avanços importantes para o financiamento da saúde, instrumentos insistentemente sabotados por mecanismos de retração dos recursos para as políticas sociais, a exemplo da Desvinculação dos Recursos da União (DRU) e a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei complementar nº 101/2000). Esse histórico revelou um quadro de *subfinanciamento* da saúde (MENDES; MARQUES, 2003, CUNHA, 2021).

A situação recrudesce a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, que inaugurou um novo regime fiscal, com a imposição de

um teto para investimentos sociais, subproduto do golpe jurídico-parlamentar de 2016. Mais do que subfinanciada, a saúde passa a ser *desfinanciada* nessa circunstância (CUNHA, 2021); no período de 2018-2022, a política perdeu 60 bi em decorrência da EC nº 95, reverberando em impacto desastroso no cenário pandêmico da COVID-19 (CHIORO; COSTA, 2023).

No processo de transição do governo Bolsonaro para o Lula, a expectativa foi a de revogar os instrumentos de retração dos direitos sociais, o que fundamentou articulação que garantiu acréscimo de 23 bi com a aprovação da PEC emergencial para o orçamento de 2023 (CHIORO; COSTA, 2023). Contudo, a substituição da EC nº 95 pelo Novo Arcabouço Fiscal (NAF) (Lei complementar nº 200/2023) seguiu no caminho de constranger os investimentos sociais, como apontado por Salvador (2024).

O que se depreende desse histórico de sub/desfinanciamento dos serviços públicos é uma estratégia de sucateamento com vistas à promoção do setor privado. Borges et al (2012), ao analisarem a anatomia da privatização neoliberal do SUS, sinalizam que tal dinâmica tem sido precedida por um período gestacional marcado pela hipervalorização da esfera privada e sucateamento dos serviços públicos, processos que sofrem ingerência nas instâncias política, econômica e ideológica.

Paulatinamente, o setor tem se anunciado como campo para a produção de lucros e reprodução do capital, dinâmica catalisada com o assentimento e financiamento do Estado. Esse processo certamente culmina na reprodução da desigualdade no acesso, o que conforma um perfil patológico distinto por recorte de renda; expressões significativas da inequidade em saúde.

## **4 Limites das políticas sociais sob o capitalismo ou para o anúncio de possibilidades**

A descrição da situação de saúde coletiva dos usuários do HC-UFG revela a necessidade de mediação inarredável dos aspectos sociais, econômicos e políticos envolvidos na determinação social do processo saúde-doença.

O estudo demonstrou que a inequidade em saúde pode atravessar os usuários do hospital na medida em que impõe barreiras de acesso ao sistema, nutridas por forças que almejam seu sucateamento e privatização. Como resultado da desigualdade no acesso, ela também pode se expressar na conformação de um perfil patológico particular das classes populares, marcado pela prevalência de doenças e condições preveníveis.

Tais expressões se devem ao contexto de reestruturação produtiva, hegemonia do capital financeiro e reestruturação do Estado, reorganizado na conjuntura neoliberal para a redução dos investimentos sociais e estímulo do sistema financeiro. Para Jairnilson Paim (2009), o *SUS implementado*, na dinâmica histórica das condições objetivas do Brasil, representou uma reforma apenas setorial, mesmo que fundamentada em projeto de reforma social ampla com vistas à revolução do modo de vida.

Na perspectiva do autor, isso se deveu tanto às marcas históricas de formação social conformada pela via de uma revolução passiva, como a experiências transformistas assumidas por dirigentes do Estado (PAIM, 2008). Com base neste referencial, a superação da inequidade em saúde não acha respostas na pauta setorial; envolve a subversão do atual modelo de interação socie-

dade-natureza. Paim (2008) dá nome a essa dinâmica subversiva; ao citar Heller (1986) a denomina de *reforma geral*, caminho para verdadeira revolução no *modo de vida em sociedade*, o que só será viável na direção de uma *radicalização democrática*, desmontando o legado de revolução passiva da nossa formação social e insuflando as forças progressistas no rumo da emancipação humana.

## Referências

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu) [Internet]. 2010; n. 14, v. 35, p. 797–810. Doi: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>>.

COUTINHO, C. N. **Gramsci**. Um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

CHIORO, A.; COSTA, A. M. A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia. **Saúde em Debate** [online]. v. 47, n. 136, 2023, p. 05-10. Doi: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202313600>>.

CUNHA, J. R. A. O (des)financiamento do direito à saúde no brasil: uma reflexão necessária. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**. v. 7, n. 1, 2021, p. 59-77.

GARBOIS, J.A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, 2017, v. 41, n. 112, p. 63-76. Doi: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>>.

BORGES, F. T et. al. **Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (HC-UFG) / EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Relatório de Gestão HC-UFG/EBSERH 2020**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hc-ufg/governanca/gestao-estrategica/RELATRIODEGESTODOHC2020GA.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2023.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (HC-UFG) / EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Relatório de Gestão HC-UFG/EBSERH 2023**.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, Cidade do México, n. 2, p. 7-25, 1982.

LUNA, E. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, n. 5, v. 3, (2002), p. 229–243. Doi: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300003>>.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. 3. ed. São Paulo: Sundermann, 2017.

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. Os (Des)caminhos do financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2003, v. 27, n. 65, p. 389-404.

PADRÓS, E.S. Repressão e violência: segurança nacional e terror de Estado nas ditaduras latino-americanas. In: FICO, C. et al. **Ditadura e democracia na América Latina**. Balanço histórico e perspectivas. Rio de Janeiro: FGV, 2008, p. 143-178.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. Lemos Editorial, 1997. Capítulo de Livro. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6538>> Acesso em: 05 jul. 2024.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 18, v. 4, 2008, p. 625-644.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, 2009, p. 27-37.

PRATA, P. R. A Transição Epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, N. 8, V. 2, 1992, p. 168-175. Doi: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200008>>.

SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 104, 2010, p. 605-631. Doi: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000400002>>.

SALVADOR, E. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. **Argum.**, Vitória, v. 16, n. 1, p. 6-19, jan./abr. 2024. Doi: <<http://10.47456/argumentum.v16i1.44218>>.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**. 2012; n. 31, v. 3, p. 260-268.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.

9, v. 4, 2004, p. 897-908. Doi: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>>.

SOUZA, D. O. A saúde na perspectiva da ‘ontologia do ser social’. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2016, v. 14 n. 2, p. 337-354. Doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00009>>.

SOUZA, D. O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serviço Social & Sociedade**, N. 137, 2020, p. 174–191. Doi: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.207>>.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2004; n. 20, p. 190–198. Doi: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>>.