

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

ESTER MARIA DOS SANTOS SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRIA E LUTAS NA
PERSPECTIVA DO DIREITO À SAÚDE**

**Maceió – AL
2023**

ESTER MARIA DOS SANTOS SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRIA E LUTAS NA
PERSPECTIVA DO DIREITO À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Islânia Lima da Rocha.

**Maceió - AL
2023**

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

- S586s Silva, Ester Maria dos Santos.
 O serviço social e o Sistema Único de Saúde : história e lutas na perspectiva do direito à saúde/ Ester Maria dos Santos Silva. – 2023. 89 f. : il.
- Orientadora: Islânia Lima da Rocha.
 Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social: bacharelado) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2023.
- Bibliografia: f. 73-84.
 Anexos: f. 86-89.
1. Brasil. Sistema único de Saúde. 2. Serviço social - Desafios. 3. Serviço social - Lutas. 4. Saúde. I. Título.

CDU: 364.442.2:614



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**



**Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas /UFAL**



Documento assinado digitalmente
ESTER MARIA DOS SANTOS SILVA
Data: 21/12/2023 11:56:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DISCENTE: Ester Maria dos Santos Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 20/12/2023

Título: **O SERVIÇO SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:** história e lutas na perspectiva do direito à saúde

BANCA EXAMINADORA:



Documento assinado digitalmente
JAPSON GONCALVES SANTOS SILVA
Data: 20/12/2023 11:08:00-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professor Dr. Japson Gonçalves Santos Silva (presidente)



Documento assinado digitalmente
ELAINE NUNES SILVA FERNANDES
Data: 20/12/2023 23:02:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora Dra. Elaine Nunes Silva Fernandes



Documento assinado digitalmente
MILENA DA SILVA SANTOS
Data: 20/12/2023 14:30:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora Dra. Milena da Silva Santos

*Ao meu amado Criador, pois Ele é a razão da
minha existência e aos meus familiares em
especial a minha mãe Verineide, meu pai
Geraldo e meu irmão Estevão.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, pelo seu cuidado e proteção ao longo dessa jornada de estudos. Foram muitas dificuldades e obstáculos, mas até aqui Ele tem me sustentado.

À minha querida família, formada pelos meus amados pais Verineide e Geraldo e meu irmão Estevão, pelas palavras e orações que me mantiveram de pé nos momentos de desânimo e cansaço.

À minha tia Gerlane, por sempre me socorrer quando o meu computador quebrava bem na hora de entregar os trabalhos.

Ao meu avô Chaga (*in memoriam*), pelo seu exemplo de vida — até hoje guardo seu último conselho “nunca deixe de estudar”.

Ao grupo de Pesquisa e Extensão Agricultura e Sociedade (GEPAS), pela calorosa acolhida esses últimos períodos da graduação.

À professora Islânia, minha orientadora desde do período de estágio e agora no TCC, por todo o suporte, por toda a paciência e pelo conhecimento transmitido ao longo desse processo.

Enfim, quero expressar minha gratidão a todos que, de forma direta ou não, fazem parte dessa jornada.

Ebenézer: “Até aqui o Senhor nos ajudou” (1 Samuel 7:12).

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais de que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar” (Iamamoto, 2004, p. 17).

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de muitas lutas pelo direito universal à saúde, sendo regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 como um sistema universal e gratuito em todo o território nacional, necessária a atuação de equipes multiprofissionais para o atendimento da população usuária. O assistente social, enquanto profissional da saúde reconhecido por meio da Resolução nº 338/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), passa a integrar esse quadro profissional nos três níveis de complexidade da saúde. Porém, a política de saúde, ao longo dos anos, tem sofrido ataques e sucateamentos em sua estrutura e financiamento, o que tem impactado diretamente na atuação do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional, sendo necessário traçar novas estratégias de atuação no dia a dia. O Serviço Social é uma profissão que tem como marcas a luta social, a defesa de direitos fundamentais, o posicionando político firmado com a classe trabalhadora e a atuação junto aos movimentos sociais, tendendo a — mesmo diante dos desmonte dos direitos e das privatizações — seguir construindo um caminho para a viabilização do acesso à saúde pública de qualidade e com participação social. Através desse estudo, buscou-se refletir sobre algumas bandeiras de luta que a categoria profissional tem defendido no SUS. Conclui-se que o assistente social é um profissional de significativa relevância na área da saúde, pois sua atuação visa a promoção do acesso aos direitos sociais e a proteção social, e que, através das mais amplas formas de intervenção profissional, provoca na população o despertar crítico para o fortalecimento da luta coletiva por um SUS forte e efetivamente público.

Palavras-chave: SUS; Serviço Social; saúde; desafios; lutas.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is the result of many struggles for the universal right to health, which is regulated by Law 8.080/1990, as a universal and free system throughout the national territory, it is necessary to work with multiprofessional teams to serve the user population. Social Work, being a health professional, recognized through CFESS Resolution n° 338/1999, becomes part of this professional framework in the three levels of health complexity. However, health policy, over the years, has suffered attacks and scrapping in structure and financing, which has directly impacted the performance of Social Work in this socio-occupational space, it is necessary to draw new strategies of action on a daily basis. Social Work is a profession that has as its mark the social struggle, the defense of fundamental rights, the political positioning signed with the working class and acting with the social movements, tending to, even in the face of the dismantling of rights and privatizations, continue to build a path to enable access to quality public health with social participation. Through this study we sought to reflect on some flags of struggle that the professional category has defended in the SUS. It is concluded that the social worker is a professional of significant relevance in the health area, because its performance aims to promote access to social rights and social protection, and that, in the, through the broadest forms of professional intervention, it provokes in the population the critical awakening for the strengthening of the collective struggle for a strong and effectively public SUS.

Keywords: SUS; Social Work; health; challenges; struggles.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Instâncias colegiadas para o controle social	23
FIGURA 2 – Os quatros eixos de atuação na saúde	30
FIGURA 3 – Níveis de complexidade de saúde no âmbito do SUS	61
FIGURA 4 – Composição da Atenção Básica no SUS.....	63

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Financiamento do SUS - CF artigo 198..... 20

TABELA 2 – Competências do SUS - CF artigo 200..... 21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
AL	Alagoas
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Código de Ética Profissional
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional Saúde
CONASP	Plano Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DCNT	Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais

OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNH	Política Nacional de Humanização
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Requalifica	Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde
RPPS	Regime Próprio da Previdência Social
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O SUS E O SERVIÇO SOCIAL: história, fundamentos e intervenção	14
2.1	Fundamentos da política de saúde no Brasil: marcos históricos e legais	15
2.1.1	Do Brasil colônia à CF de 1988: a institucionalização da política de saúde	15
2.1.2	Lei Orgânica de Saúde e a participação social no SUS	22
2.2	O Serviço Social na política de saúde e as especificidades da atuação profissional no SUS	25
2.2.1	Serviço Social e Saúde: atribuições e competências dos assistentes sociais	25
2.2.2	Eixos da atuação do assistente social na saúde	29
3	DESDOBRAMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E AS LUTAS DO SERVIÇO SOCIAL NO SUS	44
3.1	Os projetos em disputa pela saúde no Brasil	44
3.1.1	O Projeto da Reforma Sanitária	45
3.1.2	Projeto Privatista e de Reforma Sanitária Flexibilizada	46
3.2	Os reflexos de projeto neoliberal e o desmonte da política de saúde	48
3.2.1	A saúde posta nos governos petistas: Lula, Dilma e Temer	51
3.2.2	Lucro x saúde no governo Bolsonaro	57
3.3	Limites na operacionalização do sus e a luta por uma saúde pública de qualidade	60
3.3.1	Desafios para a intervenção na Atenção Básica como a principal porta de entrada para o SUS	62
3.3.2	Algumas reflexões sobre as bandeiras de lutas do conjunto CFESS/CRESS: saúde não é mercadoria!	66
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	73
	ANEXO A – CFESS Manifesta – 14ª Conferência Nacional de Saúde	86
	ANEXO B – CFESS Manifesta – Dia Mundial da Saúde	87
	ANEXO C – CFESS Manifesta - Assistentes Sociais na 16ª Conferência Nacional de Saúde	88
	ANEXO D – CFESS Manifesta - Assistentes Sociais na 17ª Conferência Nacional de Saúde	89

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz a análise do processo histórico de constituição de Sistema Único de Saúde (SUS) e da inserção do Serviço Social na política de saúde, pontuando os desafios e lutas da categoria na atualidade. O interesse pela temática advém da vivência do estágio curricular obrigatório na Unidade Básica de Saúde (UBS) Tereza Barbosa, no bairro do Eustáquio Gomes, em Maceió, Alagoas (AL), que nos proporcionou condições para conhecer um pouco da dinâmica e os entraves enfrentados pela profissão no SUS.

O objetivo geral desta pesquisa foi estudar o SUS brasileiro e a atuação do Serviço Social no setor, enfatizando os desafios e as bandeiras de luta pela manutenção do acesso à saúde gratuita e de qualidade. Entrelaçados a isto estão os objetivos específicos, quais sejam: 1) apresentar o contexto histórico do processo de institucionalização do SUS no Brasil; 2) discorrer sobre a inserção, atuação e importância do Serviço Social para o SUS; e 3) refletir sobre as lutas e obstáculos atualmente enfrentados pelos assistentes sociais inseridos no SUS.

Tendo em vista o exposto, as questões norteadoras deste estudo foram: como se estrutura o SUS no Brasil? Qual a importância do Serviço Social no SUS? E quais os desafios e bandeiras de luta no âmbito do SUS na atualidade? A metodologia utilizada para construir essa pesquisa foi de cunho bibliográfico e documental, com a pesquisa bibliográfica tendo sido desenvolvida com base em materiais já elaborados e a documental em fontes que não receberam tratamento analítico. Portanto, recorreremos ao relatório da 8ª Conferência de Saúde, à Constituição Federal de 1988, à Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, e à Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na sua gestão e trata sobre recursos financeiros.

Ademais, através da pesquisa documental, estudamos algumas publicações do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a exemplo dos Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde (2010) e o Código de Ética do/a assistente social (1993). Também, por meio da pesquisa bibliográfica, consultamos obras de diversos autores da área, como Yamamoto, Bernardo, Hack, Aguiar, Costa, Castro, Netto, que trazem importantes contribuições à compreensão da trajetória do Serviço Social brasileiro e da organização do SUS.

Assim, o trabalho está dividido em duas seções; a seção 1, destinada a trazer a história, fundamentos e intervenção do Serviço Social no SUS, parte do período do Brasil colônia a Constituição Federal de 1988, perpassando a inserção do Serviço Social na política de saúde e os eixos de atuação, destacando as atribuições e competências dispostas na Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão e no Código de ética profissional, também de 1993.

Já na seção 2, tratamos sobre os desdobramentos da política de saúde e as lutas que o Serviço Social enfrenta no SUS. Para tal, discutimos inicialmente sobre os projetos em disputa pela saúde no Brasil e os reflexos destes ao longo dos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), Lula, Dilma, Temer e Bolsonaro. Sendo importante destacar alguns limites da prática profissional na operacionalização do SUS nos níveis de complexidade, principalmente na atenção básica, principal porta de entrada do sistema, enfatizando a importância do profissional do Serviço Social através de algumas reflexões sobre as bandeiras de luta pelos direitos fundamentais, em destaque o do acesso à saúde gratuita.

Em suma, este trabalho se mostra uma relevante contribuição para o entendimento acerca da importância do assistente social na defesa do SUS, tendo em vista os inúmeros desafios e lutas que esta categoria profissional enfrenta no dia a dia para a garantia do acesso à saúde gratuita e de qualidade. Desse modo, é importante traçar novas formas de estratégias para intervenção na realidade da saúde pública brasileira, estratégias que possam viabilizar não somente os princípios previstos no SUS, mas também a materialização do projeto ético-político do Serviço Social, com os quais é possível vislumbrar uma sociedade mais justa e igualitária.

2 O SUS E O SERVIÇO SOCIAL: HISTÓRIA, FUNDAMENTOS E INTERVENÇÃO

Para iniciar a exposição dos resultados da pesquisa, esta seção tem como objetivo discutir a inserção do Serviço Social no Sistema Único de Saúde, sendo importante realizar um breve resgate histórico da saúde no Brasil, com recortes para a atuação na saúde pública no âmbito do SUS, englobando principalmente a atenção primária em saúde. Entendendo que os assistentes sociais são também profissionais da saúde, traremos elementos que abordam o debate das atribuições, das competências e dos eixos específicos de atuação no segmento da Política de Saúde brasileira.

Abordamos aqui a história da saúde no Brasil, ainda nos períodos de vinculação com a Previdência Social, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS), do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) e, posteriormente, a separação desta, através da inclusão da saúde no tripé da Seguridade Social na Constituição de 1988, bem como com a criação de um SUS, regulamentado nas leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

A base desta discussão parte de debates fundamentados por autores como Aguiar (2015), Hack (2019), Baptista (2007), Souza (2002), Mendes (2004), Iamamoto e Carvalho (2013), Silva (2015), Coutinho (2018) e Matos (2006), entre outros. Ademais, para reafirmar a importância do direito à saúde e do Serviço Social, recorreremos às normas jurídicas que envolvem ao SUS e a profissão, sequenciadas pela Constituição Cidadã de 1988, pela Lei nº 8.080/1990 e pela Lei nº 8.142/1990, bem como a Lei de Regulamentação da Profissão (nº 8.662/1993) e o Código de Ética de 1993.

Esta seção foi subdividida em dois itens, o primeiro buscando retratar o componente histórico, a partir da abordagem dos fundamentos da política de saúde no Brasil, seus marcos históricos e legais e parte do tempo do Brasil Colônia até a Constituição Federal de 1988, abrangendo ainda a Lei Orgânica de Saúde e a participação social — tão fundamental para a consolidação desse direito. Já o segundo item trata sobre o Serviço Social na política de saúde e as especificidades da atuação profissional no SUS, com enfoque nas atribuições e competências, além dos eixos da atuação do assistente social na saúde, recortando fatos marcantes, datas e leis que configuram conquistas e retrocessos ao longo de décadas.

Ademais, no terceiro tópico o foco são os eixos da atuação do assistente social na saúde, considerados os 4 eixos, de acordo com os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde (2010), a saber: “[...] atendimento direto aos usuários; mobilização,

participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 41). Por isso, se faz necessário entender como cada eixo se configura para compreender a atuação do Serviço Social na política de saúde, tendo em vista os desafios e lutas que a categoria enfrenta no dia a dia para a garantia do acesso a saúde gratuita e de qualidade.

2.1 Fundamentos da política de saúde no Brasil: marcos históricos e legais

Entre os séculos XIX e XX, a saúde no Brasil infringia a questão de dignidade humana e dos direitos sociais, pois os interesses das classes dominantes só visavam a manutenção da produção, sem envolver preocupações com a saúde coletiva. As ações eram bem pontuais no setor e, como não existia uma Política de Saúde, o Estado só passa a intervir nesta área no período de 1930 a 1964.

Sendo assim, é possível afirmar que a Política de saúde se trata de uma “ação ou omissão do Estado”, uma vez que é vista como “[...] resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, assim como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade” (Vasconcelos, 2006, p. 531).

Diante dessas considerações, trataremos a seguir uma breve história da saúde no Brasil, com foco nas principais ações relacionadas à saúde, desde as ações de campanhas de combate a doenças e campanhas vacinais até a criação da previdência/saúde vinculada aos trabalhadores formais e institucionalização do direito da saúde na Carta Magna de 1988, em vigência até hoje.

2.1.1 Do Brasil colônia à CF de 1988: a institucionalização da política de saúde

A saúde no Brasil possui uma história de evolução significativa ao longo de décadas, considerando que inicialmente não fazia parte das áreas prioritárias na política do Estado nacional. A assistência médica liberal no período do Brasil colônia e império destinava-se ao atendimento das classes dominantes — principalmente os coronéis de café —, ficando os demais segmentos da sociedade (a classe trabalhadora em geral, principalmente negros, índios) à mercê da medicina popular, com uso de ervas e extração de sangue (Aguiar, 2015). Porém, Aguiar (2015, p. 19) ressalta que,

Não se pode falar da existência de uma política de saúde no período colonial e imperial. No entanto eram tomadas medidas que visavam minimizar os problemas de saúde pública que afetavam a produção econômica e prejudicavam o comércio

internacional. Eram medidas que incluíam: o saneamento dos portos por onde escoavam as mercadorias; a urbanização e infraestrutura nos centros urbanos, de maior interesse econômico e que eram muito insalubres (Salvador, Recife, Ouro Preto, Rio de Janeiro, Cuiabá e São Paulo); e campanhas para debelar as epidemias frequentes e prejudiciais à produção, que afetavam a imagem brasileira nos países com os quais o Brasil mantinha o comércio internacional.

Já no período da República Velha, de 1889 a 1930, a saúde apresenta o mesmo panorama de ações que visavam controlar as doenças para manter a economia agrária de exportação e atrair imigrantes para o trabalho em solo brasileiro. As medidas se voltavam para o saneamento básico, principalmente nos portos, com o objetivo de manutenção da política de migração. Por isso, o médico Oswaldo Cruz, do Instituto Pasteur, foi nomeado diretor geral da saúde pública no país, implantando assim as campanhas sanitárias para o combate das epidemias tanto na cidade como no campo. Para Aguiar (2015),

Além das campanhas sanitárias e das ações de saneamento básico nas áreas de interesse comercial, foi criado o Instituto Soroterápico de Manguinhos, no Rio de Janeiro, depois denominado Instituto Oswaldo Cruz, com a finalidade de pesquisa e desenvolvimento de vacinas (Bertolozzi, 1996 *apud* Aguiar, 2015, p. 21).

É ainda nesse contexto que há a imposição da vacinação contra a varíola, fato que gerou a revolta popular conhecida como Revolta da Vacina¹ e levou, no ano de 1920, à reformulação dessas campanhas, com a introdução de propagandas em educação sanitária visando a prevenção das doenças, além da “[...] criação de alguns órgãos para controle da tuberculose, da lepra e das doenças sexualmente transmissíveis” (Polignano, 2009 *apud* Aguiar, 2015, p. 21).

É nesse período, segundo Aguiar (2015), que se tem a emergência da saúde pública brasileira, cujo modelo de intervenção era o “sanitarismo campanhista”, que visava a atenção em tempos de epidemias e endemias, enfatizando a medicina curativa e não preventiva. Por outro lado, temos também nesse processo a origem da Previdência Social, que traz a saúde vinculada ao trabalho, deixando desassistidas as pessoas que não possuíam vínculo trabalhista formal, que passavam a depender da caridade e da filantropia. Segundo Hack (2019, p. 21),

As primeiras iniciativas do governo brasileiro para melhorar a saúde de seu povo não tinham em vista, exatamente, o direito e o bem-estar. Eram antes de tudo uma atenção às exigências internacionais, pois a disseminação de doenças contagiosas no Brasil incomodava as relações de exportação.

¹ A Revolta da Vacina ocorreu em 1904, após a publicação da Lei da vacinação obrigatória de combate a varíola, de 31 de outubro de 1904, motivada pelo descontentamento da população ante as medidas repressivas e autoritárias das campanhas sanitaristas instituídas por Oswaldo Cruz.

A assistência à saúde estava vinculada à Previdência Social através das CAPS² em 1923, criadas pela Lei Eloy Chaves, e tinham uma gestão bipartite, ou seja, eram geridas pelos empregadores e empregados, concedendo benefícios previdenciários e assistência médica ao trabalhador titular e seus familiares. As primeiras CAPS criadas foram as dos ferroviários, mas ao longo dos anos estenderam-se aos portuários, aos marítimos e às demais áreas consideradas importantes para o crescimento e manutenção da economia do país.

Depois, no governo Vargas, há uma evolução das CAPS para os IAPS³, nos anos 1933, visando “[...] manter a força de trabalho em condições de produção, valendo-se da assistência médica vinculada a Previdência Social” (Aguiar, 2015, p. 24). A gestão passava a ser tripartite, com o governo na gestão financeira, empregadores e empregados. “Os IAPS passam a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas – instituto dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos industriais (IAPI) e outros”, passando a “contar com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento” (Baptista, 2007, p. 37).

Em contrapartida, na área da saúde pública o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) é criado em 1942 — financiado pelo governo americano em troca da permissão para explorar a borracha na Amazônia —, trazendo notáveis contribuições no combate da malária nas regiões norte e nordeste do país. Ademais, já no período de Redemocratização, o Ministério da Saúde é instituído em 1953, separado do antigo Ministério da Educação e Saúde⁴, de 1930, e com foco nas ações de promoção e prevenção, bem como em programas de saúde, com a inclusão da vacinação, do controle de endemias e epidemias.

Neste lastro histórico, o Brasil vivia um momento de perduro do regime militar e, além disso, a unificação dos IAPS ao INPS⁵, no ano de 1966, vinculado ao Ministério do Trabalho e a Previdência Social, ocasionou a passagem do formato de gestão tripartite para o de “[...] gestão centralizada do ponto de vista administrativo e financeiro e com fins de capitalização” (Aguiar, 2015, p. 30). O INPS passou a ser o maior comprador de serviços do setor privado em saúde, contribuindo para o avanço da medicina de grupos⁶. Nesse contexto, por possuir recursos

² As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) foram criadas pela Lei Eloy Chaves e se constituíram como marco inicial da Previdência Social no Brasil em 1923, contexto no qual o Estado passa a intervir na saúde, mesmo que de forma excludente, tendo em vista somente a saúde dos trabalhadores formais de grandes empresas.

³ Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) surgem com a unificação das CAPS, passando a cobertura da saúde por categoria profissional.

⁴ O Ministério da Educação e Saúde foi formado em 1930 e tinha como função a coordenação da saúde pública baseada no modelo do sanitarismo campanhista (Aguiar, 2015, p. 25).

⁵ A Criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) é fruto da fusão dos IAPS, privilegiando a compra de serviços privados e de medicamentos por multinacionais.

⁶ A medicina de grupo era uma “[...] modalidade em que as empresas contratavam uma empresa médica para a assistência aos seus empregados, deixando de contribuir para o INPS” (Aguiar, 2015, p. 30).

limitados, o Ministério da Saúde não conseguiu resolver os problemas de saúde que se agravaram em decorrência da situação precária vivida por grande parte da população. Os sanitaristas só realizavam ações visando reduzir e controlar endemias, para o que foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).

No transcorrer da década de 1970, o modelo previdenciário de saúde enfrentou uma crise favorecida pelo alto custo da assistência, pelo menor número de arrecadações e pelos desvios de recursos. Segundo Aguiar (2015, p. 31), “[...] os problemas sociais e de saúde agravaram-se e a resolução por parte do Ministério da Saúde era lenta e insignificante, cresce a insatisfação da sociedade e um clima propício para o surgimento dos movimentos sociais”⁷.

Essa crise no setor da saúde foi abordada na V Conferência Nacional de Saúde de 1975, na qual “[...] foram discutidos cinco temas: implementação do Sistema Nacional de Saúde; Programa de Saúde Materno Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias; Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais” (Stedile *et al.* 2015, p. 296).

Posteriormente, em 1977, ocorre a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS) que era formado por diversos institutos, a citar: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) ; a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Central de Medicamentos (CEME) e a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) (Aguiar, 2015). Além disso, para Souza (2002, p. 25),

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com ‘carteira assinada’, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente.

Em contrapartida, na saúde pública temos, em 1978, o marco inicial da Atenção Primária no Brasil, através da Conferência de Alma-Ata⁸, sendo esta a primeira Conferência

⁷ O Movimento da Reforma Sanitária surge ao longo das décadas de 1970 e 1980, propondo a reformulação do sistema de saúde do período militar, como importante movimento de defesa da saúde. Na próxima seção aprofundaremos os estudos.

⁸ A primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorreu em Alma-Ata, capital do Cazaquistão em 1978, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

que trouxe para discussão a Atenção Primária em saúde, criando as primeiras ações descentralizadas, as Ações Integradas em Saúde (AIS), que nascem entre 1983 e 1984. Segundo Mendes, “Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial” (2004, p. 447).

No processo de criação dos diversos institutos previdenciários, o Serviço Social foi inserido na Previdência, até então ainda responsável pela assistência à saúde dos trabalhadores. Para Iamamoto e Carvalho (2013), no âmbito previdenciário a participação do Serviço Social tinha como objetivo “[...] humanizá-la, dar-lhe conteúdo social, de reconciliar a máquina administrativa com a massa segurada, incorporando-a à instituição” (p. 310). Ademais,

O assistente Social será o elemento habilitado como ‘esclarecedor do Seguro Social’, desempenhando fundamentalmente um papel educativo, ouvindo as queixas, esclarecendo e reconfortando o associado. [...] O Serviço Social deve estar junto aos departamentos médicos, hospitais, ambulatórios, atuando sobre os aspectos sociais e orais da doença, na educação social quanto aos princípios básicos de higiene e puericultura e, principalmente, na readaptação à vida familiar e reintegração à produção (Iamamoto; Carvalho, 2013, p. 313).

Ao longo da década de 1980 o INAMPS passou por diversas mudanças, e em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira Conferência Nacional Saúde (CNS) aberta à sociedade, contando com a participação de mais de 4.000 (quatro mil) pessoas e 1.000 (mil) delegados, tendo como pauta a luta do movimento sanitário pela ampliação do conceito de saúde, pelo financiamento setorial, pela separação da previdência e saúde e pela reformulação do sistema nacional de saúde. Essa Conferência resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, formando um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais para posterior implantação da saúde na Constituinte de 1988.

A 8ª CNS representou o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século XX, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um sistema público de saúde para o Brasil. Essa conferência colocou em pauta três aspectos necessários à reforma sanitária: um conceito amplo de saúde que extrapola a visão meramente biológica; a saúde como direito de cidadania obrigações do estado; e a instituição de um sistema único pautado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade (Brasil, 2006).

Retomando a pauta de lutas do movimento sanitarista, é importante mencionar que o SUDS é fruto da transformação das AIS e incorpora os princípios da universalização e da

integralidade previstos na Reforma Sanitária. Apesar disto, não conseguiu restaurar o INAMPS ou desmontar o processo de estadualização e municipalização da saúde.

Só com a Constituição Cidadã de 1988 os direitos sociais e políticos foram garantidos, significando uma vitória do movimento do Movimento da Reforma Sanitária, com a saúde sendo inserida na seção II da Constituição e disposta no artigo 196 como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, seção II, art. 196).

A Constituição cidadã, no Título VII, se refere à Seguridade Social, disposta do artigo 196 ao 200. Especificamente no artigo 198, temos a definição do Sistema Único de Saúde como “[...] ações e os serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, organizado pelas diretrizes de “[...] unidades de atenção básica de saúde que tem ações e serviços públicos através de atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade” (Brasil, 1988, seção II, art.198). Dessa forma, na Constituição o SUS determina que é dever do Estado garantir saúde à toda a população brasileira, visando o atendimento e a promoção do direito universal à saúde.

O Estado passou a ser responsabilizado pela viabilização dos meios necessários para acesso aos bens e serviços relacionados à saúde. Tendo em vista os princípios e diretrizes norteadores do SUS: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços, com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações (Bernardino, *et al.*, 2006 *apud* Bernardo *et al.*, 2011, p. 5).

O artigo 198 trata ainda sobre o financiamento, tendo como base o artigo 195, apoiando-se nos recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos municípios e de outras fontes, conforme pode ser observado na Tabela 1.

TABELA 1 – Financiamento do SUS - Artigo 198

Recursos Mínimos na saúde - Artigo 198	
União	A receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não sendo inferior a 15%
Estados	12% da receita de sua competência
Municípios	15% da receita de sua competência
Distrito Federal	12% e 15% das receitas de competência estadual e municipal, respectivamente

Fonte: elaborada pela autora, a partir do artigo 198 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

A Constituição Federal fixou competências para SUS, pensando um sistema de saúde que exerça as ações de controle, fiscalização, execução, participação, fiscalização e inspeção de alimentos. Essas competências detalham suas atribuições, que foram mantidas no artigo 6 da Lei nº 8.080/1990, sendo primeiramente disposto no artigo 200 da Constituição Federal de 1998 (Tabela 2).

TABELA 2 – Competências do SUS - Artigo 200

Competências do SUS	
Atribuições	
Controlar e Fiscalizar	Procedimentos; produtos e substâncias de interesse para a saúde
Executar	Ações de vigilância sanitária/ epidemiológica e saúde do trabalhador
Ordenar	Formação de recursos humanos na área da saúde
Participar	Produção de medicamentos; equipamentos, imunobiológicos; hemoderivados e outros insumos; formulação e execução de política de saneamento básicos; controle, fiscalização, produção transporte, guarda e utilização de substâncias e de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos
Incrementar	Desenvolvimento e execução da política de saneamento básico
Fiscalizar e inspecionar alimentos	Compreendendo o controle de seu teor nutricional; bebidas e águas para consumo humano.
Colaborar	Na proteção do meio ambiente compreendendo também o ambiente de trabalho.

Fonte: elaborada pela autora, a partir do artigo 200 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Entretanto, apesar da Constituição Federal definir as competências e as modalidades de financiamento, é só em 1990 que o SUS recebe sua regulamentação, por meio da Lei nº 8.080/1990, que define o modelo operacional, propondo a forma de organização e funcionamento. Portanto, o SUS é um “[...] conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual, federal, além dos serviços privados como complementares” (Aguiar, 2015, p. 43).

Sendo assim, o SUS não é apenas atenção à doença, mas garantia de prevenção e de condições de vida à população, respectivamente, além da participação social, por meio das Conferências e dos Conselhos. Sendo assim, a Constituição de 1988 se apresenta como primeiro passo para a constituição do maior sistema de saúde gratuito no país, vindo nos anos posteriores a sua regulamentação com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

2.1.2 Lei Orgânica de Saúde e a participação social no SUS

O SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080/90 em todo território nacional. Essa lei trata das condições necessárias para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços no Sistema. Foi publicada em 19 de setembro de 1990 e trata não apenas do atendimento direto à população, mas também da vigilância sanitária e epidemiológica, da saúde do trabalhador, do subsistema de atendimento e internação, do acompanhamento durante e no pós-parto, do subsistema de atenção à saúde indígena e da assistência terapêutica.

Portanto, o SUS divide-se em níveis de atenção à saúde, visando uma melhor organização dos serviços. Esses níveis trazem à política de saúde alguns determinantes e condicionantes, quais sejam: “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Brasil, 1990, título I, art.3).

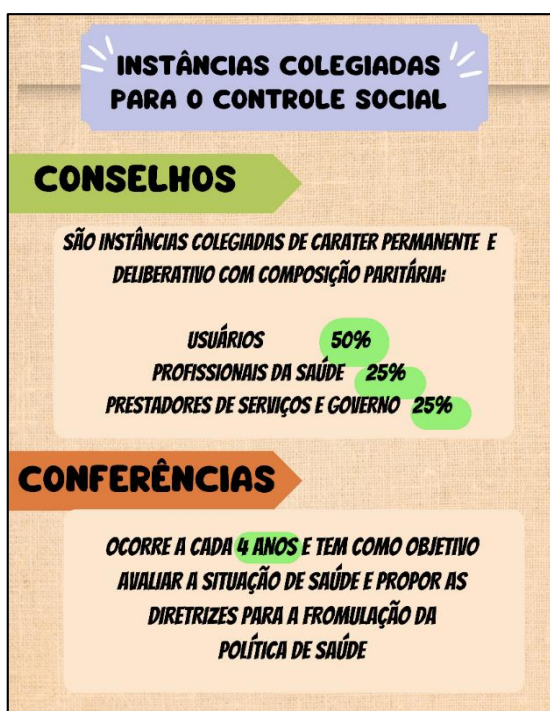
Os objetivos que norteiam as ações do SUS giram em torno da identificação e divulgação dos fatores determinantes da saúde; da formulação da política de saúde e prestação de “[...] assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (Brasil, 1990, cap. I, art. 5). Assim, a Lei nº 8.080/1990 dispõe ainda, no artigo 7, sobre os princípios doutrinários e organizativos do SUS, sendo os doutrinários aqueles que “[...] dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde” (Roncalli, 2003, p. 34). Os três princípios doutrinários são: a equidade, a universalização e a integralidade — todos pautados no direito e acesso a todos os serviços públicos de saúde. A equidade tem como objetivo diminuir as desigualdades, ou seja, tratar a todos com igualdade, investindo mais onde a carência é maior. Já a universalização se refere à saúde como um direito de cidadania, sendo responsabilidade do Estado assegurar e tornar efetivo o acesso aos serviços, independente de características sociais e pessoais. Este princípio, somado ao princípio da integralidade, promove a integração das ações de promoção, prevenção e tratamento e a reabilitação da saúde.

Já os princípios organizativos tratam da organização do sistema, dentre os quais a descentralização retrata a responsabilidade da execução nos três níveis de governo, com foco nos serviços de qualidade sob o controle e a fiscalização da sociedade. Essa descentralização traz a responsabilidade pela saúde em comando único, sendo autônoma e soberana às decisões

e atividades em cada esfera de governo, sempre respeitando os princípios gerais que norteiam o SUS. A Lei nº 8.080/90 define ainda as atribuições comuns e específicas das esferas de governo, sendo do nível federal a competência de formulação, normatização e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde. Já no nível estadual, a execução da Política Estadual de Saúde e a cooperação técnica e financeira com todos os municípios e no nível municipal a formulação, avaliação e executar a Política Municipal de Saúde.

Todavia, para tratar sobre a participação social, a referida lei⁹ é publicada e traz duas instâncias colegiadas para efetivação da participação a sociedade, que, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (Figura 1), pode participar da formulação e do controle das políticas públicas de saúde. Somando a este princípio a regionalização e a hierarquização dos serviços, que os organiza em níveis crescentes de complexidade, de acordo com área geográfica, estabelecendo critérios epidemiológicos. Já o processo de regionalização faz a articulação entre os serviços promovendo o comando unificado.

FIGURA 1 - Instâncias colegiadas para o controle social - Lei 8.142/90 (Artigo 1)



Fonte: elaborada pela autora (2023).

⁹ Esta Lei aborda parte dos temas que foram vetados por Collor na Lei 8.080/90, inclui a participação da população na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Ademais, na estrutura do SUS a gestão deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. A rede SUS engloba a atenção primária, de média e alta complexidade, bem como os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, os serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e farmacêutica.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (Brasil, 199, cap. III, art.9).

Portanto, a regulamentação do SUS se dá em 1990, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), de nº 8.080/1990, e da Lei nº 8.142/1990, como citado anteriormente. Temos também a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 91, a 92 e 93. A primeira Norma, implementada através da Portaria nº 273/1991, publicada pelo INAMPS, trata da normalização de mecanismos de financiamento do SUS e delimita os critérios para a municipalização. Apesar de não fazer referência à descentralização, este foi o primeiro instrumento que tentou preencher os espaços deixados na Lei Orçamentária Anual (LOA). Já a NOB 92, Portaria nº 234/1992, veio do Ministério da Saúde e recupera a descentralização; entretanto, no que diz respeito ao financiamento, mantém o posto pela NOB 91, priorizando o financiamento da assistência médica de hospitais e ambulatorios.

A NOB 93, editada na Portaria nº 545/1993, também pelo Ministério da Saúde, se diferencia das anteriores pois não regulamenta só o financiamento, mas também a descentralização da gestão e das ações do SUS. Esta se constitui como um marco para a consolidação do SUS ao romper com o INAMPS.

No mesmo período, no âmbito do Serviço Social, temos a publicação da Lei nº 8.662/1993 de regulamentação da profissão, bem como a vigência de um novo Código de Ética Profissional (CEP), substituindo o código anterior, de 1986. Assim, o CEP de 1993 é, atualmente, o instrumento de natureza valorativa que norteia o agir e a conduta ética dos assistentes sociais. Sendo ele o 5º Código desde a emergência do Serviço Social no Brasil, importa afirmar que “[...] ao longo dessa trajetória os Códigos de Ética do Serviço Social não interpretam apenas aspectos normativos e deveres profissionais, mas também valores que

identificam o projeto societário defendido pela categoria profissional em cada tempo” (Silva, 2015, p. 1).

Sendo assim, o Serviço Social, para integrar equipes interdisciplinares, precisa de um posicionamento crítico e do reconhecimento do compromisso político com as demandas sociais que requisitam a sua intervenção no cotidiano profissional, tanto no campo do planejamento e gestão quanto na execução direta e, principalmente, na avaliação. Para tal, o profissional tem que conhecer suas atribuições, competências, bem como seus direitos e deveres, todos contidos e garantidos no Código de Ética Profissional de 1993 e na Lei nº 8.662/1993 de Regulamentação da Profissão, tendo como diretriz o projeto ético-político da profissão.

2.2 O Serviço Social na política de saúde e as especificidades da atuação profissional no SUS

Inserido no campo da saúde, o Serviço Social assume seu papel guiado pelo projeto ético-político da profissão na defesa intransigente de direitos. Portanto, a inserção desse profissional no SUS é de suma importância na luta pelo SUS gratuito, com igualdade e participação social. Sendo necessário que, para tal, o profissional desenvolva suas ações pautadas no Código de Ética e conheça suas competências e atribuições no atendimento aos usuários, para fornecer respostas qualificadas diante das demandas e tensões advindas do mercado capitalista.

2.2.1 Serviço Social e Saúde: atribuições e competências dos assistentes sociais

Ainda no ano de 1986, o Código de Ética do Serviço Social traz a recusa à neutralidade e o reconhecimento da dimensão política da profissão, além da noção de historicidade e da determinação material como uma das mediações fundantes do ser social. Afirma que o homem é um ser histórico, social, prático e criador, deixando de ser guiado pela vontade e autoridade divina, visando superar a visão metafísica e idealista do real vigente na época.

O presente Código de Ética Profissional do Serviço Social é resultado de um amplo processo de trabalho conjunto, desencadeado a partir de 1983. [...] Seu conteúdo expressa princípios e diretrizes norteadores da prática profissional determinados socialmente, e traz a marca da conjuntura atual da sociedade brasileira. Constitui-se em parâmetro para o profissional se posicionar diante da realidade, disciplinando o exercício profissional no sentido de dar garantia à nova proposta da prática dos Assistentes Sociais (Conselho Federal de Serviço Social, 1986, p. 1).

No decorrer do ano de 1993, através da Lei nº 8.662/93, a profissão de assistente social é regulamentada, atualizando o Decreto de 1962, como também se dá a reformulação do Código de Ética da profissão, atualizando o de 1986. Este novo Código reafirmou os valores de liberdade e justiça social, além de normatizar o exercício profissional para ter preservados os direitos e deveres profissionais.

É no referido código que se encontrará o conteúdo axiológico que dá subsídios para construção do novo projeto ético-político da profissão, que nega a sociabilidade de exploração do homem pelo homem posto pelo sistema capitalista, passando a afirmar o compromisso com a classe trabalhadora, tendo em vista a construção de outra sociabilidade, ou seja, uma nova ordem social (Barroco; Terra, 2012, p. 140-156).

O Código de Ética de 1993 reconhece a liberdade como valor ético central, determina a luta da categoria profissional pela defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, bem como dos direitos civis, sociais e políticos; a defesa da democracia, da equidade e da justiça social, além do combate a todas as formas de preconceito, discriminação, visando uma sociedade igualitária. O documento ainda demonstra a importância da atualização e formação intelectual continuada, estabelece direitos e deveres para o assistente social, detalhando as relações com os usuários, instituições, demais profissionais, sociedade civil e justiça. Trata também sobre o sigilo profissional, penalidades pelo não cumprimento do Código de Ética e reafirma o perfil profissional exigido na Lei de Regulamentação de 1993, a citar:

Art. 2º Somente poderão exercer a profissão de Assistente Social:

I - Os possuidores de diploma em curso de graduação em Serviço Social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no País, devidamente registrado no órgão competente;

II - Os possuidores de diploma de curso superior em Serviço Social, em nível de graduação ou equivalente, expedido por estabelecimento de ensino sediado em países estrangeiros, conveniado ou não com o governo brasileiro, desde que devidamente revalidado e registrado em órgão competente no Brasil;

III - Os agentes sociais, qualquer que seja sua denominação com funções nos vários órgãos públicos, segundo o disposto no art. 14 e seu parágrafo único da Lei nº 1.889, de 13 de junho de 1953 (Brasil, 1993, art. 2).

Evidentemente, as atribuições e competências do assistente social, independente do espaço sócio-ocupacional em que esteja, são norteadas por direitos e deveres que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras, e estão descritas no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão. Sendo assim, no que se refere aos direitos profissionais, o artigo 2º do Código de 1993 assegura:

Art. 2º Constituem direitos do/a assistente social:

- a- Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b- Livre exercício das atividades inerentes à Profissão;
- c- Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d- Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e- Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f- Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g- Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h- Ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i- Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos (Conselho Federal de Serviço Social, 199, título II, art. 2).

Tendo em vista o acima disposto, o assistente social deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais a serem resolvidos individualmente. Nessa perspectiva, ao longo da história da profissão, uma gama de atividades tem sido requisitada aos assistentes sociais, desde os estudos socioeconômicos ao acompanhamento e à orientação de indivíduos e famílias inseridos em programas sociais.

Logo, o Serviço Social tem a necessidade de mais estudos e pesquisas para observância e o cumprimento das competências e, principalmente, das atribuições privativas da profissão. Além disso, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) reforça importância de problematizar e normatizar, por meio de resoluções, as tarefas, atribuições e parâmetros para atuação em espaços sócio-ocupacionais específicos, como é o caso dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010).

Sendo assim, a intervenção profissional é orientada por uma perspectiva crítica que exige leitura também crítica da realidade e a capacidade de fortalecimento das bandeiras de luta na defesa dos direitos dos usuários, bem como a formulação de estratégias para, diante do Estado, cobrar os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação da atuação profissional. A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, em seu artigo 4º, como competências da (o) assistente social:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- IV - (Vetado);
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (Brasil, 1993, art. 4).

Decerto, a Lei de Regulamentação (1993) também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano ao colocar no artigo 5º as atribuições privativas do assistente social, as quais detalham as funções e tarefas exclusivas da profissão, evidenciando que é preciso ter como preocupação as diversas armadilhas passíveis no cotidiano profissional, que terminam requisitando outras atribuições que não competem à categoria profissional.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria a órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (Brasil, 1993, art. 5).

Assim, a atuação na saúde — em especial no SUS, de cobertura do território nacional brasileiro — requisita equipes multiprofissionais para a qualidade dos serviços, reafirmado segundo Bernardo e Pinheiro (2011), o Serviço Social como profissão institucionalizada na saúde em 1999, através da Resolução nº 338/1999. Porém, neste período a intervenção profissional ainda estava voltada à manutenção da ordem pública.

O Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, através da resolução 338/1999, reafirma o assistente social como profissional de saúde[...] no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição de 1988, na própria formação do assistente social e no seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993, que coloca que um dos principais fundamentos do Serviço Social é o posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática (Santos *et al.*, 2009 *apud* Bernardo *et al.*, 2011, p. 8).

Estes elementos reafirmam que o Serviço Social é uma categoria profissional que tem como marco a luta social, a defesa de direitos fundamentais — como saúde, educação e políticas públicas —, se posicionando ao lado da classe trabalhadora e dos movimentos sociais. Porém, mesmo diante da conjuntura neoliberal de desmontes e privatizações, os assistentes sociais seguem firmes com suas bandeiras de luta, construindo um caminho para que a participação social e os direitos sociais sejam efetivados. Assim sendo, o Serviço Social é importante no setor saúde, pois sua atuação se processa através da promoção do acesso aos direitos sociais e à proteção social, promovendo formas ampliadas de intervenção profissional que promovam a acessibilidade.

2.2.2 Eixos da atuação do assistente social na saúde

O Serviço Social vem marcando de modo ativo o setor da saúde, defendendo a Seguridade Social democrática e universal, visando a saúde como um direito básico de cidadania, como afirma a Constituição de 1988. O enfrentamento das expressões da “questão social” inclui o combate à violência, à discriminação e ao preconceito no atendimento dos usuários. Para explicitar esses enfrentamentos, no ano de 2010 o CFESS publica os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, trazendo os quatros grandes eixos de atuação na saúde (Figura 2), a saber:

FIGURA 2 – Os quatro eixos de atuação na saúde

Fonte: elaborado pela autora, com base em Conselho Federal de Serviço Social (2010).

Evidentemente, esses eixos explicitam que a ação profissional na saúde possui fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos que visam a escolha de abordagens e instrumentos apropriados para o atendimento direto aos usuários, que vão respaldar os eixos de atuação descritos nos subitens a seguir:

Eixo I: Atendimento direto aos usuários

Por certo, o atendimento direto aos usuários realizado pelo assistente social, que ocorre na atenção básica e nos serviços de média e alta complexidade, ganha espaço de atuação nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), UBS, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais e universitários, como também em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sejam estas vinculadas aos governos federal, estadual ou municipal. O Serviço Social integra equipes interdisciplinares, que permitem aos assistentes sociais um posicionamento crítico e o compromisso político com as demandas sociais que requisitam sua intervenção no cotidiano profissional, tanto no campo do planejamento e gestão quanto no atendimento direto aos usuários e, principalmente, na avaliação. De acordo com o CFESS (2010, p. 24),

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.

A conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado promoveu a criação do SUS, que traz princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. A humanização na saúde é descrita como “[...] uma aposta ético-estético-política” (Campelo; Maciel; Leão, 2016, p. 18) e com base nesta concepção, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Política Nacional de Humanização, dada a necessidade de avanço e qualificação do SUS na relação de atenção ao usuário e no trabalho dos gestores e profissionais da saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) atua de forma transversal às demais políticas de saúde, pois interfere na qualificação da atenção e gestão do SUS e se pauta em três princípios: a não separação entre a atenção e a gestão, a transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos. Essa política traz como norte dos atendimentos a importância do acolhimento aos usuários pelos profissionais atuantes no SUS, entendendo que o “[...] acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde” (Brasil, 2013, p. 7). Cabe, assim, aos assistentes sociais na saúde a realização de uma escuta ativa para a melhor compreensão da realidade e do contexto social de cada indivíduo. Portanto, através de

Uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (Brasil, 2013, p. 8).

No segmento de atendimentos humanizados, o Serviço Social realiza tanto o atendimento individual como em grupo e em equipes multiprofissionais. Nas ações de caráter individual o uso da entrevista e o atendimento individual possibilitam ao assistente social a aproximação da realidade de sua demanda, superando a aparência dos fenômenos, partindo da compressão da totalidade.

Esse tipo de atendimento é de suma importância, pois se trata de um serviço personalizado, que tem como objetivo esclarecer, informar e encaminhar de forma particular os usuários, tendo como destaque a possibilidade do desenvolvimento da relação entre o assistente

social e o usuário para concretizar o acesso aos serviços. Já no que diz respeito à entrevista, destaca-se a escuta das queixas ou solicitações do usuário, coletando os dados pessoais e socioeconômicos, realizando o registro em formulários específicos. Esses dados podem fornecer bases para pesquisas e possíveis estudos. Ainda nesse ínterim, a escuta qualificada por meio do diálogo propicia uma análise crítica da situação do usuário. Desse modo,

o profissional ao opinar por realizar uma entrevista, precisa primeiro decidir que tipo de entrevista será necessário realizar de acordo a cada caso, observando que existem diversas formas de entrevistas como é o caso da estruturada que são perguntas elaboradas antecipadamente, formuladas mediante questionário, com a atenção para não fugir das perguntas. A semiestruturada em que são feitas perguntas abertas e fechadas, havendo a possibilidade de descrever e apresentar o tema em questão. É importante ressaltar que independente do modelo adotado o profissional deve ter em vista seu foco de interesse ao realizá-la (Santos; Santos; Silva, 2012, p. 11-12).

Ademais, nos atendimentos em grupo a abordagem tem cunho informativo e educativo, podendo também ter intervenção social de forma sistemática, metodológica e com agenda pactuada no grupo de usuários e familiares. Por meio de salas de espera, grupos socioeducativos e visita domiciliar, que se apresenta como importante ferramenta para compreensão acerca das condições de vida dos usuários, no quesito moradia, ambiência e convívio com a comunidade, sendo esta realizada em casos de excepcionalidade identificada pelo assistente social. O CFESS (2010, p. 44) afirma que,

As visitas domiciliares são importantes instrumentos a serem utilizados por assistentes sociais porque favorecem uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro) e as relações familiares e comunitárias. Portanto, faz com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do usuário, tenha mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por esse usuário. Nesse sentido, não pode ser utilizada como meio de verificação de dados fornecidos pelo usuário. Deve-se superar qualquer perspectiva de fiscalização dos modos de vida da população, que também envolvem sua cultura e suas rotinas.

Alguns desafios encontrados na realização das visitas domiciliares é a recusa em utilizá-la, sobretudo por ter sido usada como um mecanismo para estabelecer controle sobre a população. Por isso, é importante desmistificar que a visita domiciliar não visa disfarçar as múltiplas expressões da “questão social”, gerir a pobreza e fazer a manutenção do capitalismo. Quanto ao uso da observação na visita domiciliar, temos os desafios relativos às alterações que o observador provoca no ambiente ou nos sujeitos observados, às interpretações pessoais do observador, de modo que o sigilo profissional também se torna um desafio, tendo em vista que algumas visitas ocorrem não só com profissionais de Serviço Social.

Outro desafio é a visita domiciliar sem o diálogo, na qual o entrevistador não exerce nenhum tipo de conversa, apenas investiga e observa algo que possa justificar a situação em que se encontra o usuário. Cabe aqui também a importância de agendar a visita com o usuário, visando o acesso à informação quanto aos procedimentos que o envolva, reafirmando e cumprindo os deveres profissionais em relação aos usuários, conforme disposto no artigo 5 do Código de Ética profissional:

Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as: a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais;
b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código;
c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as;
d- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/as usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses;
e- informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos;
f- fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional;
g- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados;
h- esclarecer aos/as usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional (Conselho Federal de Serviço Social, 1993, título III, cap. I, art. 5).

Logo, o assistente social, conhecedor de seus direitos e deveres, pode reafirmar suas atribuições e competências nas equipes multiprofissionais que integra por meio do seu conhecimento teórico e de sua qualificação profissional. “Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais” (Sousa, 2008, p. 122).

A equipe de saúde e as instituições empregadoras, frente às condições de trabalho e à falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, requisitam diversas ações que não são atribuições do Serviço Social. Entretanto, esses desafios devem impulsionar o profissional a desenvolver estratégias, como reuniões e debates com os demais profissionais, para esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. Então,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma

competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 46).

Com efeito, é fundamental que o assistente social considere as condições de saúde do usuário, tendo em vista a dimensão da diversidade como mediação para o entendimento de cada individualidade humana. Os indivíduos expressam suas particularidades no cotidiano, isso requer uma observância sobre a humanização no atendimento, como citado anteriormente. A equipe profissional deve eliminar quaisquer compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica da realidade posta, uma vez que a atuação deve se pautar na análise dos determinantes sociais envolvidos no processo de adoecimento e saúde.

Ademais, cabe aos profissionais o desencadeamento de um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a ruptura do modelo centrado na doença. A humanização se apresenta como alternativa nessa questão, pois visa uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos e na construção coletiva do SUS. Para essa concepção de humanização, o respaldo encontra-se no projeto ético-político do Serviço Social. Cohn (2016, p. 47), defende que,

[...] ‘a opção pela ética exige do assistente social um espírito investigador, ou seja, exige que o profissional tenha aguçada a sua capacidade de perceber a realidade que o cerca sob um novo olhar’, assim desvelando nela novas possibilidades em potencial e isto requer um esforço para romper com o conformismo característico da burocracia institucional, imprimindo à ação profissional a capacidade de começar algo novo. E nesse contexto, a prática do Serviço Social deve sempre ter como norteador o código de ética da categoria e primar para que os princípios de solidariedade, reciprocidade, respeito pelo próximo, defesa da pluralidade do ser humano, bem como o posicionamento político em defesa da justiça e da equidade, baseado no compromisso por valores democráticos, sejam efetivamente cumpridos (Cohn, 2016 *apud* Damasceno, 2020, p. 11).

Além disso, o Serviço Social realiza a educação em saúde por meio de palestras, rodas de conversa, salas de espera e distribuição de panfletos informativos, com enfoque na socialização de informação, visando a participação popular. Entretanto, essas ações socioeducativas ou de educação em saúde não devem reforçar a perspectiva de subalternização e controle dos usuários, mas trazer a dimensão da libertação na construção de estratégias coletivas, que evidenciam a troca de conhecimento e experiência entre os indivíduos, com o foco na participação/controle social.

Eixo II: Mobilização, participação e controle social

O eixo II envolve a mobilização, a participação e o controle social “[...] nos espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde” (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 57). A participação e mobilização social no SUS possuem limites no cotidiano para a implantação de uma cultura de bem-estar coletivo, mas, ao contrário, o que se observa é a satisfação de objetivos pessoais e até mesmo de classes específicas, por meio do clientelismo.

O Serviço Social tem sido demandado para atuar nos mecanismos de controle social “[...] principalmente junto aos conselhos que são requisitos para a descentralização das referidas políticas” (Correia, 2012, p. 301). Isto evidencia a necessidade da participação e mobilização social no SUS, no sentido de garantir os direitos dos usuários, bem como de reafirmar os deveres. Para Correia (2006, p. 15),

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações - planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (Correia, 2006, p. 15).

O controle social pode ter duas concepções: o controle do Estado sobre a sociedade e o controle da sociedade sobre as ações do Estado, sendo a primeira aquela em que o Estado controla a sociedade em favor dos interesses da classe dominante, por meio da implementação de políticas sociais, para amenizar os conflitos de classe. No segundo caso, a sociedade é protagonista e tem possibilidade de controlar as ações do Estado em favor dos interesses da classe a que pertence.

De acordo com a Lei nº 8.142/90, no artigo 1º, o SUS, em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), tem as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência e o Conselho de Saúde (Brasil, 1990). De um lado, “Os conselhos são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo com composição paritária, entre os representantes dos segmentos dos usuários e os demais segmentos que objetivam o controle social” (Correia, 2006, p. 15). Já as conferências têm como objetivo avaliar e propor diretrizes nas três esferas do governo, ocorrendo de 4 em 4 anos. Os autores Costa e Vieira (2013, p. 237) exemplificam que,

A institucionalização da participação social, que se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público. Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de

opinião entre os atores e que deva ser baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade.

Portanto, é importante ressaltar que esses mecanismos de controle social e participação institucionalizados na área da Saúde têm aspecto contraditório, como afirma Correia (2006):

[...] pois, apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Mas, também podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia (Correia, 2006, p. 15).

Sendo assim, exercitar o controle social no cotidiano se expressa em ocupar os espaços disponíveis, propor possibilidades, refletir, socializar reflexões e informações para a efetivação e ampliação do controle nas políticas públicas brasileiras. “Reafirma-se, portanto, o desafio de tornar os espaços de trabalho do assistente social, espaços de fato públicos, alargando os canais de interferência da população na coisa pública” visando, com isso, “permitir maior controle por parte da sociedade nas decisões que lhes dizem respeito” (Iamamoto, 1999, p. 126).

Então o projeto ético-político profissional dos assistentes sociais pressupõe, na perspectiva de controle social, a defesa da cidadania, visando a garantia dos direitos e a universalização do acesso às políticas públicas. Para tanto, os valores éticos norteadores desse projeto profissional são a liberdade, a autonomia e a emancipação para a construção de um projeto de sociedade pautado na igualdade e superação da exploração de uma classe sobre outra. Assim,

A dimensão política do projeto é a favor da equidade e justiça social, na perspectiva de universalização do acesso aos bens e serviços relativos aos programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania, visando à garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras (Santos; Meneguelli, 2013, p. 2).

Diante disto, o assistente social encontra o desafio de exercitar o controle social no cotidiano, no “[...] aspecto de democratização das relações de cidadania e sistematizar, registrar e socializar essas experiências como forma de fomentar o debate e as reflexões baseadas nas experiências profissionais e políticas” (Boschetti; Teixeira, 2020, p. 10). Outro aspecto dessa participação social envolve a articulação com os movimentos sociais, que objetiva o fortalecimento tanto dos fóruns como dos conselhos para discutir e traçar a possibilidade de efetivação da política de saúde e garantia dos direitos dos usuários. Porém, “[...] é importante atentar que a participação e o controle social, bem como o acionamento de seus dispositivos,

não se dão apenas pelo querer do assistente social, mas no contexto de correlações de forças” (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 58). Assim,

Concretamente, a desigualdade nas condições de saúde da população dá visibilidade à uma realidade que conclama os movimentos sociais, os quais devem exercer o Controle Social sobre a saúde através de uma caminhada de lutas. No Brasil, os movimentos sociais e especificamente os de saúde, têm evidenciado aos seus participantes a necessidade de embasarem suas reivindicações no conhecimento em torno de sua agenda política, ampliando sua capacidade propositiva, crítica e fiscalizadora (Amorim *et al.*, 2012, p. 296).

A atuação dos assistentes sociais junto aos movimentos sociais se dá por meio do incentivo à participação dos usuários. Através da socialização de informações e mobilização, o assistente social visa “[...] apoiar e/ou participar dos movimentos sociais e organizações populares vinculados à luta pela consolidação e ampliação da democracia e dos direitos de cidadania” (Conselho Federal de Serviço Social, 2012, p. 34).

Para isso, a aproximação aos movimentos sociais deve constituir-se como parte do nosso fluxo de trabalho por meio da ‘rede’ com a qual nos articulamos e, principalmente, por meio de uma ação profissional capaz de estimular, na população usuária, o reconhecimento do caráter comum e coletivo de suas demandas, a sua identidade enquanto classe e, deste modo, a sua organização política, aproximando-a dos movimentos existentes e de pautas com a qual se identifica (Conselho Federal de Serviço Social, 2018, p. 4).

É necessário, portanto, que a mobilização, a participação e o controle social aconteçam na prática e que a sociedade realize o acompanhamento e a fiscalização da gestão pública em saúde, ocupando plena e efetivamente os diversos espaços de participação social, através da articulação com os movimentos, fóruns, conselhos e conferências. Ademais, é importante o fortalecimento da gestão democrática, do planejamento e da investigação no setor saúde.

Eixo III: Planejamento, investigação e gestão

Este eixo trata sobre a investigação, o planejamento e a gestão, que se caracterizam como:

[...] um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 60).

Nesse eixo de ações o Serviço Social atua na perspectiva da intersetorialidade, no segmento do tripé da Seguridade Social, bem como na avaliação dos atendimentos realizados, na gestão, no monitoramento, na investigação, na regulação e no planejamento, buscando superar os desafios enfrentados na política de saúde. Sendo assim, “[...] para o Serviço Social o planejamento é um caminho que se articulado com os outros instrumentais contribui para avançar no domínio de intervenções com competência técnica, contudo, munidos, também, de competência política” (Bonin; Kruger, 2015, p. 64).

Logo, existem vários tipos de planejamento: o tradicional, o participativo e o estratégico, sendo o planejamento tradicional, o tipo “[...] mais comum no âmbito das instituições e organizações porque está voltado para as demandas administrativas e operacionais do dia-a-dia” (Mangini, 2023, p. 23). Desse modo, o planejamento tradicional visa a manutenção da realidade da maneira em que se manifesta e se apresenta, como também a padronização de tarefas.

Todavia, o planejamento estratégico “parte de uma concepção de realidade que está em constante movimento e mudança”. Neste preciso sentido, “[...] o planejamento deve ser um processo racional, permanente e dinâmico de apreensão e antecipação da realidade com vistas à ação” (Mangini, 2023, p. 24). Assim, o Serviço Social se utiliza do planejamento estratégico em saúde para reconhecimento das complexidades, o que contribui para melhor definição de propostas através do diálogo, visando uma problematização coletiva.

O planejamento estratégico possui um horizonte ético-político mais amplo que o planejamento e gestão tradicional, pois torna a esfera econômica apenas uma das variáveis que interferem no processo de tomada de decisões, seu foco está nos múltiplos fatores que compõem os fenômenos sociais, pensando-os em uma relação de causalidade (Silva; Mangini, 2018, p. 7).

Portanto, o Serviço Social se interliga ao planejamento estratégico, pois “[...] é uma construção social e humana que se orienta por uma perspectiva crítica e de totalidade dos processos sociais” (Mangini, 2023, p. 25). Assim, os assistentes sociais realizam uma leitura crítica da realidade, empregando abordagem e apreensão histórica dos fenômenos e determinações sociais, visando compreender a realidade e os usuários. Sendo assim, para Carvalho (2016):

[...] o Serviço Social, em seus pressupostos ético-políticos, defende e atua na perspectiva de uma transformação social, mas deve fazê-lo dentro das instituições do atual modelo social, o que requer um aprimorado sentido de competência em seus aspectos ético-políticos, mas também em seus aspectos técnicos. É dentro dessa perspectiva que o planejamento aparecerá, não apenas nos currículos das instâncias

de formação, mas também nos instrumentos normativos da profissão, tais como a Lei 8662/93 que regulamenta a profissão de Assistente Social (p. 37).

Outro tipo de planejamento, o participativo, também é seguramente relevante. “No âmbito do Serviço Social, já na década de 1970 começaram a ser introduzidas diferentes metodologias de planejamento na atuação dos assistentes sociais, entre essas metodologias estava o planejamento participativo” (Bonin; Kruger, 2015 *apud* Silva; Mangini, 2023, p. 9). Logo, o planejamento participativo defende uma visão de mundo que consiste na garantia de participação dos diferentes atores sociais nos processos decisórios da sociedade.

Por outro lado, tratando-se da participação na saúde, configura-se também um desafio, tendo em vista a estrutura social capitalista que detém os meios de produção e a riqueza produzida. Nesse sentido, para a maior participação da sociedade se faz necessária a socialização dos meios e a riqueza produzida socialmente, considerando que “[...] o planejamento participativo na saúde deve partir dos anseios, das questões que a classe trabalhadora aponta como problema” (Mangini, 2023, p. 27). É relevante destacar que essa busca pela ampliação da participação na política de saúde deve visar a garantia de um espaço no qual os usuários possam apresentar suas posições e considerações para que se estabeleçam decisões conjuntas. De acordo com Miotto e Lima (2009, p. 37),

O planejamento [...] permite projetar a própria ação, a partir do conhecimento obtido da realidade, da proposição de objetivos, da escolha de formas de abordagem e de instrumentos operativos. Salienta-se que essa projeção e as definições que dela decorrerem devem estar coerentes com a matriz teórico-metodológica eleita como norteadora do exercício profissional (Miotto; Lima, 2009, p. 37).

No que diz respeito à investigação, refere-se à dimensão investigativa do Serviço Social, assumida já na formação profissional norteada pelas Diretrizes Gerais do Curso de Serviço Social (1996) e via projeto ético-político profissional. Sendo assim, as Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social apontam:

A postura investigativa é um suposto para a sistematização teórica e prática do exercício profissional, assim como para a definição de estratégias e o instrumental técnico que potencializam as formas de enfrentamento da desigualdade social. Este conteúdo da formação profissional está vinculado à realidade social e às mediações que perpassam o exercício profissional. Tais mediações exigem não só a postura investigativa, mas o estreito vínculo com os modos de pensar/agir dos profissionais (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 1996, p. 14).

O ato de investigar traz consigo a compreensão do significado social da profissão e do seu desenvolvimento histórico, promovendo a realização de pesquisas, visitas para melhor

identificar as demandas presentes na sociedade — bem como perícias para melhor apreender e intervir na realidade. Deste modo, a investigação é um elemento que constitui a própria intervenção profissional do Serviço Social. Guerra (2009) destaca que a investigação faz parte de grande parte das competências profissionais, considerando que

[...] a dimensão investigativa: ela é a dimensão do novo – questiona, problematiza, testa as hipóteses, permite revê-las, mexe com os preconceitos, estereótipos, crenças, superstições, supera a mera aparência, por questionar a “positividade do real”. Permite construir novas posturas visando a uma instrumentalidade de novo tipo: mais qualificada, o que equivale a dizer: eficiente e eficaz, competente e compromissada com os princípios da profissão (p. 16).

Quando se fala em dimensão investigativa, ela está situada no debate da instrumentalidade, não se restringindo a instrumentos e técnicas, mas dizendo respeito um modo de ser que a profissão assume no interior das relações sociais. Para além da investigação no âmbito da pesquisa acadêmica, no contexto da atuação profissional busca-se conhecer e apreender as demandas nos espaços sócios ocupacionais, em destaque o segmento da saúde, nas relações com os usuários, para compreender a política de saúde e fundamentar a intervenção, visando a construção do agir profissional no cotidiano. Iamamoto (2005) argumenta que a dimensão investigativa,

[...] ou seja, a pesquisa, ‘ocupa um papel fundamental no processo de formação do/a assistente social’ na medida em que é uma atividade que articula ‘o ensino universitário e a realidade social’ e contribui para “a soldagem das dimensões *teórico metodológicas e prático-operativas do Serviço Social*, indissociáveis de seus *componentes ético-políticos*’ (Iamamoto, 2005, p. 273 *apud* Andrade; Guinna, 2022, p. 183, grifos da autora).

Isto significa que a dimensão investigativa se articula às demais competências e atribuições profissionais, no sentido de não apenas conectar a profissão com a produção teórica do próprio Serviço Social e das demais áreas de conhecimento, mas também trazer a conexão de múltiplas mediações, sendo este um elemento fundamental para compreender as demandas postas pela classe trabalhadora. Coutinho (2018, p. 7) afirma que,

A investigação como instrumento para intervenção profissional não se prende aos conhecimentos produzidos na literatura, mas a partir deste, também se expressa na pesquisa e nos estudos realizadas pelos profissionais a fim de conhecer a realidade da instituição e dos usuários, desvendar as correlações de forças engendradas nas instituições e nas políticas, analisar as demandas para além da aparência, conhecer os recursos disponíveis e os que podem ser buscados no atendimento às demandas. A ação investigativa não está apenas no plano teórico, mas é uma exigência à materialização da prática profissional quando se busca os rumos éticos, políticos e teóricos que pautam o Serviço Social.

É por meio do conhecimento que os assistentes sociais atuantes na saúde podem superar as barreiras postas pelas instituições em que estão inseridos e é através da prática investigativa que devem se apropriar da compreensão da política de saúde.

É importante compreender as questões que envolvem o orçamento e os recursos disponíveis para o SUS, para melhor entender o manejo dos diversos níveis de atenção à saúde e as redes de serviços que o compõem, fortalecendo uma assistência universal, integral e eficiente para as necessidades de saúde da população.

O processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade. [...] Outra demanda que vem sendo colocada aos assistentes sociais é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços, buscando superar os impasses vividos na política de saúde (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 60-61).

Essas novas demandas e novas formas de gestão em saúde têm impactado o crescimento do SUS, pois as mudanças vão contra a constituição e ampliam a ação do mercado na saúde. Todavia, cabe ao assistente social entender essas contradições, pois possui uma formação crítica e que requer educação continuada para tomar a realidade como objeto de estudo, visando à ampliação das políticas sociais e a alteração da realidade.

Eixo IV: Assessoria, qualificação e formação profissional

O eixo assessoria, qualificação e formação profissional trata da educação permanente dos profissionais atuantes na saúde, visando, para cada área profissional, a qualificação da equipe através do trabalho interdisciplinar. Esse trabalho interdisciplinar está relacionado aos princípios da universalidade, participação social e integralidade, estabelecidos pelo SUS. Sendo assim, a educação permanente deve se pautar no modelo assistencial voltado à saúde pública e universal, fundamentada em uma gestão democrática.

A assessoria é prestada pelo assistente social e é uma atribuição privativa disposta no artigo 5º da lei nº 8.662/93: “[...] III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social” (Brasil, 1993, art. 5), bem como se constitui uma competência, no artigo 4º da mesma Lei: “[...] IX -

prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade” (Brasil, 1993, art. 4). Em ambos os artigos a assessoria só pode ser prestada por um profissional graduado em Serviço Social. Matos (2006, p. 1) define a assessoria/consultoria:

como aquela ação que é desenvolvida por um profissional com conhecimentos na área, que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alteração da realidade. O assessor não é aquele que intervém, deve, sim, propor caminhos e estratégias ao profissional ou à equipe que assessora e estes têm autonomia em acatar ou não as suas proposições. Portanto, o assessor deve ser alguém estudioso, permanentemente atualizado e com capacidade de apresentar claramente as suas proposições.

Logo, os assistentes sociais podem ser excelentes assessores, desde que mantenham intrínseca à atuação sua capacitação profissional continuada. Formação profissional, experiência e educação permanente possibilitam um entendimento sobre as políticas sociais, tendo em vista o contexto atual, de realidade complexa e em constante transformação, que produz diversas questões que precisam ser desveladas e analisadas com muita propriedade — principalmente na saúde, pela constante ofensiva de precarização dos serviços.

Assim, a educação permanente se constitui em um importante instrumento para a construção e qualificação de ações cotidianas no exercício da profissão e na sua capacidade de organização política. Dessa forma, é necessário reconhecê-la também como instrumento fundamental de luta política e ideológica. Por esta razão, é que o Conjunto CFESS-CRESS vem privilegiando o espaço da formação, como uma das ferramentas que possibilita o fortalecimento do nosso projeto profissional (Conselho Federal de Serviço Social, 2012, p. 15).

Assim, a defesa da formação profissional de qualidade para os assistentes sociais se dá a partir da reformulação das Diretrizes Curriculares de 1996, tanto no nível da graduação, quanto na pós-graduação e na pesquisa, que contribui para a consolidação e o enraizamento do projeto profissional, ou seja, o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

A formação profissional é um processo permanente de qualificação e atualização, porque exige deciframento cotidiano dessa realidade social. Contudo, o mundo da pseudoconcreticidade ‘[...] não é uma variante secularizada do paraíso, de um estado já realizado e fora do tempo; é um processo no curso do qual a humanidade e o indivíduo realizam a própria verdade, operam a humanidade do homem’ (Kosik, 2002 *apud* Conselho Federal de Serviço Social, 2012, p. 20).

Vale ressaltar que, na direção da educação permanente, o Serviço Social está aconrado na perspectiva social crítica, como também nos princípios éticos fundamentais e no exercício

profissional, que se constituem como instrumentos legais e formais, bem como na direção ético-política da categoria. Portanto,

A qualificação continuada na perspectiva de educação permanente considera a riqueza do cotidiano, não apenas como espaço de desafios, mas de criatividade, isto é, de possibilidades de criar e recriar mediações, instrumentos e técnicas, espaço de investigar e intervir, de aguçar o olhar crítico e, precipuamente, espaço onde se afirma ou se nega o compromisso profissional com a transformação social, que se expressa na atuação qualificada objetivando tal finalidade e, portanto, a dimensão teleológica desse exercício profissional (Nascimento; Oliveira, 2016, p. 161).

Ademais, a educação permanente em saúde se apresenta como uma estratégia político-pedagógica construída para consolidar o modelo de atenção previsto no SUS. Assim, é necessária a articulação intersetorial na formulação de ações e que se aproxime das diferentes realidades sociais, tendo em vista as mudanças econômicas e sociais que têm ocorrido ao longo dos anos, exigindo a formação continuada em saúde. Considerando a redução de investimento nos setores essenciais, principalmente os da saúde, o Estado deixou de cumprir seu papel como garantidor de serviços integrais, agindo de forma imediatista e focalizada para acelerar o movimento de privatização. É nesse cenário que o assistente social tem enfrentado inúmeros desafios, pois as expressões da “questão social” vêm tomando novos desdobramentos.

3 DESDOBRAMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E AS LUTAS DO SERVIÇO SOCIAL NO SUS

Nesta seção discorreremos sobre a política de saúde, os projetos que a envolvem e as lutas que o Serviço Social tem defendido dentro do SUS. Para tal, partiremos da apresentação geral do Projeto proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária de 1970, do projeto privatista, do projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada e do projeto neoliberal.

O foco está nas medidas e nos impactos causados por estes nos governos brasileiros, considerando nesse aspecto o último governo, ou seja, governo Bolsonaro, bem como nos limites enfrentados pelos assistentes sociais na Atenção Básica de Saúde e a luta diária da categoria profissional por uma saúde pública de qualidade.

Sendo assim, o texto é subdividido em três momentos, tendo a Reforma Sanitária, seu processo histórico e suas pautas de defesa, como ponto de partida, considerando também a implantação do projeto privatista, medidas e impactos no setor saúde, somados ao projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada como uma nova reconfiguração da luta da iniciada em 1970.

No segundo momento trataremos sobre o Projeto Neoliberal de mercantilização da Saúde ao longo de governos que adotaram essa roupagem de ataque a este segmento, a citar: Fernando Collor de Melo (1990-1992); Itamar Franco (1992-1995); Fernando Henrique Cardoso (1995-2002); Lula (2003-2011); Dilma Rousseff (2011-2016); Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-2022). Para compreender tal movimento, recorreremos a artigos de autores que estudam os desdobramentos da saúde ao longo dos anos, partindo de 1970 a 2022, sendo estes: Harvey (2013); Souza (2022); Ianni (1998); Siqueira (2019); Menezes (2011); Correia (2006); Reis e Paim (2018); Teixeira (2018); Oliveira (2021); Matos (2021); Mendes; Carnut; Melo (2023); Silva e Lima (2012) e Costa (2004).

Já no terceiro tópico, teremos como base algumas publicações do CFESS Manifesta sobre 14ª Conferência Nacional de Saúde - A gente quer saúde pública de qualidade; o Dia Mundial da Saúde - Nosso plano é a saúde pública estatal e universal; a participação popular para o resgate do SUS e sobre a 17ª Conferência Nacional de Saúde - Sou assistente social, luto pelo SUS, é direito universal!

3.1 Os projetos em disputa pela saúde no Brasil

Neste tópico trataremos dos projetos de saúde em disputa no Brasil, procurando apreender as particularidades de cada um e o que defendem ao longo do tempo. Bravo, Pelaez

e Pinheiro (2018) identificam três projetos de saúde distintos e antagônicos, sendo estes o da Reforma Sanitária, o privatista e o da Reforma Sanitária Flexibilizada. Para compreender o que cada projeto defende, partiremos das décadas de 1970 e 1980, período em que “[...] presenciamos a efervescência política forjada pelos movimentos sociais que lutavam pela democracia e melhores condições de vida para a população, inclusive, pautando bandeiras anticapitalistas” (Silva, 2021, p. 136).

O projeto da Reforma Sanitária foi formulado entre as décadas de 1970 e 1980 e se constitui um movimento que critica o modelo médico assistencial previdenciário vigente no período, propondo a construção do SUS. Ademais, o projeto privatista, ganha ênfase no período da ditadura e considera a saúde como mercadoria e fonte de lucros. Já o projeto defendido pela a Reforma Sanitária Flexibilizada, traz um rearranjo das propostas elaboradas inicialmente em 1980, visando “uma nova forma estatal de regulamentação da economia, desmonte progressivo e subfinanciamento das políticas públicas, culminando com a implementação de um “SUS possível” (Silva, 2021, p. 140).

3.1.1 O Projeto da Reforma Sanitária

Na década de 1970, a assistência médica estava vinculada à Previdência Social, como já discutido anteriormente. Os serviços médicos eram prestados por empresas privadas que absorvia muito dinheiro, abrindo o caminho para a corrupção e a precarização do sistema, como também do segmento social, provocando insatisfação na população. É nesse contexto, segundo Roncalli (2003), que surge o Movimento de Reforma Sanitária.

No bojo das lutas por políticas mais universalistas e do processo de abertura política em fins dos anos 1970, o movimento dos profissionais de saúde e de intelectuais da área de saúde coletiva por mudanças no modelo se amplia. Com o crescimento da insatisfação popular, personificada, politicamente, na vitória da oposição em eleições parlamentares, este movimento, que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária, se amplia mais ainda com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa (p. 32).

Nesse período de crise de hegemonia, a Reforma Sanitária brasileira se apresenta como uma reforma social que defende a democratização do Estado e da sociedade, questionando o caos vivido pelo setor saúde. Um dos marcos deste movimento foi o I Simpósio Nacional de Política de Saúde de 1979, no qual foi pautada a proposta do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) de reorganização do sistema de saúde. A proposta considerou a inclusão da saúde na Constituição Federal de 1988, culminando na criação SUS.

Através das pressões populares e do Movimento Sanitário, mudanças significativas ocorrem na saúde, em particular no campo da atenção primária e na extensão de cobertura, resultando na I Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, em 1978. Ademais, Roncalli (2003) aponta que:

[...] além dos movimentos populares internos pela democratização e por uma política sanitária de caráter mais universalista e do panorama mundial apontar para a concretização de novas alternativas para os sistemas de saúde centradas na Atenção Primária, institucionalmente, muitos avanços foram conseguidos a partir da atuação de componentes do movimento sanitário dentro da estrutura do governo (Roncalli, 2003, p. 33).

Ainda de acordo com Roncalli (2003), a criação do Plano Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1981, vem para contribuir na incorporação de parte das propostas defendidas pela Reforma Sanitária, proporcionando as primeiras experiências com um sistema mais integrado e articulado através da criação das chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS).

Na esteira destes acontecimentos, cresce o Movimento Sanitário brasileiro, que teve, como ponto alto de sua articulação, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília. O momento político propício, com o advento da Nova República, pela eleição indireta de um presidente não-militar desde 1964, além da perspectiva de uma nova Constituição, contribuíram para que a VIII Conferência Nacional de Saúde fosse um marco e, certamente, um divisor de águas dentro do Movimento pela Reforma Sanitária (Roncalli, 2003, p. 33).

Assim, é possível afirmar que essa conferência foi um acontecimento marcante no segmento saúde, fruto da articulação dos setores populares, sendo a primeira a contar com participação da comunidade e a propor um olhar ampliado para a saúde. Posteriormente, as pautas discutidas foram incorporadas à nova Carta Magna de 1988, constituindo uma vitória concreta da Reforma Sanitária brasileira. Entretanto, a abertura ao setor privado permitida pela Constituição originou o projeto de saúde privatista.

3.1.2 Projeto Privatista e de Reforma Sanitária Flexibilizada

A participação da iniciativa privada, de forma completar, está disposta no artigo 199 da Constituição Federal; todavia, o setor privado tem dominado o setor público. Através do projeto

privatista¹⁰, o Estado tem deixado de investir e de ampliar a saúde pública para contratar serviços do setor privado, para o que realiza baixo financiamento e o desmonte da estrutura do SUS.

A partir da década de 1990, os contornos que caracterizam a contrarreforma do Estado e o projeto privatista na política de saúde, perpassam a atuação do setor privado na gestão e execução dos serviços públicos de saúde. Dessa forma, este formato nomeado de ‘Novos Modelos de Gestão’, expressos através das Parcerias Público-Privadas (PPPs), Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), (Silva, 2021, p. 140).

Desta forma, o Estado faz a transferência da gestão para as entidades sem fins lucrativos, com a justificativa de otimização dos serviços, ficando apenas com a incumbência de realizar a fiscalização e o financiamento com os recursos do SUS. Nessa lógica, a Seguridade Social é o principal alvo dos ataques que visam “[...] privatizar os programas de previdência e saúde e ampliar os programas assistenciais, em sincronia com as mudanças no mundo do trabalho e com as propostas de redirecionamento da intervenção social do Estado” (Mota, 2005, p. 122).

Essa ampliação do setor privado da saúde enfraquece o sistema público e coloca o Estado refém do setor privado, que tem crescido com os superfaturamentos, lucrando com a saúde da população brasileira, com os recursos financeiros que deveriam ser utilizados para o fortalecimento do SUS e o reconhecimento de seus servidores.

Fleury (2016) observa que o aumento da contratação de Organizações Sociais de Saúde faz com que haja uma transferência de recursos públicos para âmbito privado, opção justificada pelos que a adotam de que o setor privado seria mais eficiente que o setor público na gestão e prestação dos serviços (Fleury, 2006 *apud* Silva; Souza, 2019, p. 5).

Constata-se que a tendência à privatização parte do Estado, que não quer cumprir seu dever na gestão da Política de Saúde e por isso repassa a função para o setor privado, que, em paralelo, muito se assemelha à lógica do projeto neoliberal¹¹, afirmadora de que os serviços de saúde pública são ineficientes e de que o Estado não precisa de investimentos no setor público, visando cada vez mais o fortalecimento do setor privado em detrimento deste.

Já o Projeto Flexibilizado da Reforma Sanitária vem para tentar a conciliação das ações, tendo em vista a capacidade orçamentária existente, sem enfatizar o fortalecimento do setor

¹⁰ O projeto privatista aqui está sendo apresentado de forma geral, não associado a governos. Posteriormente no ponto 2.2 trataremos sobre os desdobramentos deste em alguns governos brasileiros.

¹¹ O Projeto Neoliberal será discutido no tópico 3.2.

público. De acordo com Bravo (2013), o Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada advém dos anos 2000, tendo como pauta um distanciamento das questões inicialmente defendidas pelo Movimento Sanitário em 1970, tais como: a universalização, o financiamento e a educação em saúde. Bravo (2013) ressalta que

[...] a ‘Reforma Sanitária flexibilizada’, nada mais é do que garantir o ‘possível’ de acordo com a capacidade orçamentária. Tal processo também tem desmobilizado a sociedade para enfrentar a questão central que é a privatização da saúde - saúde como mercadoria - e não como direito (Bravo, 2013 *apud* Hoff, 2014, p. 6).

A Reforma Sanitária flexibilizada não defende a necessidade de transformações no setor da saúde para além dos limites da reforma administrativa e financeira, propondo conciliações incompatíveis com os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. Isto porque defendem ações focalizadas, se preocupando com o crescimento econômico em vez de com o desenvolvimento social. Oliveira e Santos (2022, p. 22) afirmam que

Diante dessa correlação de forças, nessas últimas décadas, o projeto de Reforma Sanitária da Terceira Via tem sido o predominante, que são embasados na perspectiva neodesenvolvimentista. Baseada na ideologia dos pós modernidade e na ideologia social-liberal. O que enfraquece, de certo modo, o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, criando consensos com políticas neoliberais que enfraquecem as políticas públicas e inviabilizam o alcance de princípios ideológicos defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira de 1980 (Oliveira; Santos, 2022, p. 22).

Desse modo, a proposta da Reforma flexibilizada ignora o contexto e as classes sociais, pois não tem caráter político-emancipatório. Assim, percebe-se a opção por esses tipos de projetos de saúde, que não combatem a raiz do problema, mas fortalecem as medidas privatizantes que desmontam toda a estrutura do setor público de saúde, abrindo espaço para a ampliação do Projeto Neoliberal no setor.

3.2 Os reflexos do projeto neoliberal e o desmonte da política de saúde

O neoliberalismo no Brasil se configura nas primeiras tentativas de reforma do Estado, já nos governos de José Sarney (1985-1990)¹² e Fernando Collor de Mello (1990-1992). A Política de Ajuste Neoliberal se constitui então como “[...] um projeto utópico de realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional ou como um projeto político de

¹² É no governo Sarney que acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986); a Constituinte em 1987; o Sistema Único Descentralizado (SUDS); o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e a promulgação da Constituição Federal em 1988, conhecida como Constituição Cidadã.

restabelecimento das condições da acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas” (Harvey, 2013, p. 14).

Behring e Boschetti (2009) afirmam que a contrarreforma do Estado nas políticas sociais do Brasil se dá por meio de desmontes nos “[...] planos econômicos que beneficiavam o pagamento da dívida externa, privatização de empresas estatais com incentivos e subsidiadas pelo Estado, redução no investimento dos setores sociais”, além disso, conduziu o “[...] redirecionamento das políticas sociais para atendimento focalizado, seletivo e descentralizado, que constitui o ideário neoliberal” (Souza, 2022, p. 31).

É a partir da década de 1990 que o Estado passa a reduzir os direitos sociais e trabalhistas, provocando o desmonte de vários setores importantes da sociedade, com destaque para a saúde pública. O neoliberalismo ganha força nesse governo, iniciando ajustes na economia e dando vazão ao processo de privatizações em diversos setores, caso no qual a política de saúde foi intensamente atingida. Sendo assim, essa política econômica vai propiciar condições favoráveis às desregulamentações, às privatizações e às flexibilizações, além de elevar a taxa de desemprego, restringir e desfinanciar as políticas públicas e os direitos sociais. Assim, afirma Ianni (1998, p. 28):

Sob o neoliberalismo, reforma-se o Estado tanto dos países que se haviam organizado em moldes socialistas como os que sempre estiveram organizados em moldes capitalistas. Realizam-se a desregulamentação das atividades econômicas pelo Estado, a privatização das empresas produtivas estatais, a privatização das organizações e instituições governamentais relativas à habitação, aos transportes, à educação, à saúde e à previdência (Ianni, 1998, p. 28).

A agenda neoliberal trouxe ataques ao sistema público de saúde, principalmente na questão do financiamento, que despertou grande interesse da agenda de ajustes. O governo de Fernando Collor¹³ evidencia esses interesses através da diminuição dos recursos e com a publicação da NOB 01/1991¹⁴, que consolidou o município como mero prestador de serviços; e posteriormente, em 2000, através da Emenda Constitucional 29 (EC/29), que “[...] regulamentou e definiu a participação mínima de financiamento exigida em saúde entre os entes federados – União, Estados, Distrito Federal e municípios” (Siqueira, 2019, p. 99). Portanto,

Na área da saúde, esse governo produziu um ‘boicote sistemático e contundente à implantação do SUS’, que pode ser comprovado tanto pela aprovação com vetos da lei 8.080/90, o que na prática impossibilitava a participação cidadã e a transferência

¹³ Após a Ditadura Militar, o primeiro governo eleito diretamente pela população brasileira foi o Collor, em 1990.

¹⁴ A NOB 91 foi a primeira, caracterizando-se por retroagir e por possuir características centralizadoras. É criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Atenção Básica começa a ganhar maior importância, já a segunda edição NOB 93 traz formas de habilitação dos municípios estratificando o grau de autonomia destes.

automática de recursos para as esferas subnacionais, bem como pelos sucessivos adiamentos da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada, finalmente, em 9 de agosto de 1992 (Pasche *et al.* 2006, p. 417).

Esse governo foi marcado por acusações de envolvimento do presidente Collor em corrupção e fraudes financeiras, o que levou à agitação de estudantes nas ruas — movimento que ficou conhecido como “Caras Pintadas” —, além de protestos que pediam a saída do presidente (movimento Fora Collor). Sendo assim, em 1992 se constituiu o afastamento de Fernando Collor através de seu *impeachment*.

Com o *impeachment* de Collor, Itamar Franco assume a presidência e, com base no PACS, lançado anteriormente, elabora a primeira proposta do Programa Saúde da Família (PSF), propondo estruturar a porta de entrada do SUS, a Atenção Básica. Embora Itamar tenha extinguido o INAMPS¹⁵, não conseguiu proporcionar a garantia do financiamento do SUS. Ao contrário, “[...] o governo Itamar permitiu que a participação do capital estrangeiro nos processos de privatizações brasileiros fosse de até 100% do total das ações disponíveis em leilões (Brasil, 1993 *apud* Rodrigues; Jurgensfeld, 2021, p. 158).

É durante o governo Franco que ocorre a 9ª Conferência Nacional de Saúde. Esta “[...] foi adiada por quatro vezes, e teve como tema Saúde: municipalização é o caminho, e suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde e do fortalecimento da descentralização e do controle social” (Correia, 2006, p. 16, grifo da autora). No que se refere ao combate às doenças, temos o plano nacional de eliminação do sarampo, o projeto AIDS I, bem como a publicação da nova Norma Operacional Básica (NOB 91) do SUS, NOB 92 e 93, anteriormente abordadas.

Após o fim do governo Itamar Franco, em 1995, FHC assume a presidência da República, dando ênfase à continuação do processo de reformas do aparelho do Estado, baseado na ideologia neoliberal que, ao longo dos governos, alcançou ampla penetração nas esferas econômicas, políticas e sociais, seguindo o tripé de ataques as políticas sociais, a citar: privatização, focalização e descentralização.

Por meio do Plano Diretor, o Estado passa a ser promotor e regulador, transferindo as suas antigas atribuições para o setor privado, visando a descentralização e a redução dos custos através da alocação de recursos. O Plano Diretor foi formulado pela equipe do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), propondo “[...] um reordenamento do papel do Estado. Desse modo, de acordo com essa visão, reformar o Estado significa transferir

¹⁵ Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado” (Brasil, 1995, p. 12).

Ainda no segmento da saúde temos a Lei nº 9.637 de 1998, que cria as Organizações Sociais (OSs), “[...]cuja atuação está condicionada a contratos de gestão estabelecidos que conferem autonomia administrativa e financeira com a possibilidade de auferir recursos externos ao Estado” (Siqueira, 2019, p. 99). Posteriormente nascem as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), por meio da Lei nº 9.790 de 1999, sendo responsáveis pela prestação de serviços públicos através de Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias” (Correia, 2011). Portanto,

[...] o governo FHC seguiu, em linhas gerais, duas grandes pautas: de um lado, fomentou políticas estratégicas conduzidas diretamente por seus ministros, sobretudo Serra, a exemplo dos medicamentos genéricos, da saúde da família, da política de combate à AIDS e da regulação da medicina suplementar (já que o sistema de saúde brasileiro é, na verdade, um sistema plural, composto pelo sub-sistema público, ou SUS, o sub-sistema de medicina suplementar, ou seguros, as cooperativas médicas, os sistemas de administração, entre outros, e o desembolso direto); de outro lado, ampliou o processo de reconcentração de competências regulatórias sobre as ações assistenciais no Ministério da Saúde (Pasche *et al.*, 2006, p. 418).

De forma geral, os cortes sociais nos governos citados se deram através de privatizações e da mercantilização do público, atingindo os valores da Constituição de 1988 por meio dos planos neoliberais iniciados por Collor e aprofundados por FHC. O povo brasileiro, desejoso por mudanças na área econômica e social, elege Luiz Inácio “Lula” da Silva, popularmente conhecido pela sua inserção nos movimentos sociais em defesa dos direitos da classe trabalhadora.

3.2.1 A saúde posta nos governos petistas: Lula, Dilma e Temer

Lula¹⁶ venceu as eleições para presidência do Brasil em 2002 e seu governo foi de dois mandatos consecutivos, compreendidos nos períodos de 2003 a 2010. Essa eleição foi um marco histórico na política brasileira, pois significou a primeira vez que um representante da classe operária assumiu tal posto. “Essa eleição pode ser representada como uma reação popular

¹⁶ Luiz Inácio Lula da Silva é um metalúrgico, sindicalista e líder de greves de trabalhadores, fundador do Partido dos Trabalhadores (PT); concorreu à presidência nas eleições de 1989, 1994 e 1998, mas saiu derrotado, vencendo somente no ano de 2002, iniciando o seu primeiro mandato de governo no período 2003-2006 e o segundo no período 2007-2010.

ao projeto neoliberal que havia sido implantado nos governos da década de 90” (Menezes, 2011 *apud* De Oliveira; Figueiredo, 2018, p. 5). Diante disto,

[...] criou-se uma expectativa de mudança em relação à administração do SUS, onde esperava-se uma gestão pautada na Reforma Sanitária. Ao invés disso, houve por muito tempo uma continuidade das políticas neoliberais dos governos anteriores, o que impactou diretamente nas políticas de saúde (De Oliveira; Figueiredo, 2018, p. 5).

Já no primeiro mandato de Lula surgem as políticas de combate à fome e à pobreza, programas conhecidos como *Fome Zero*¹⁷ e *Bolsa Família*¹⁸, que conseguiram retirar inúmeras famílias brasileiras da miséria, e que tiraram o Brasil da linha da fome, reduzindo significativamente a mortalidade infantil. Além disso, no âmbito do SUS, criou-se a Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁹, com o objetivo de promover um atendimento acolhedor e uma gestão participativa nos serviços. Porém, em contrapartida, a administração do SUS continuou seguindo na contrarreforma da política de saúde.

A política do governo manteve a mesma política de ajuste macroeconômica dos governos anteriores, tornando as políticas sociais mais vulneráveis, face às limitações dos gastos públicos, se baseando em caráter contencionista. Dessa maneira, por mais opositorista que Lula da Silva tenha sido durante o governo FHC, na sua gestão ele assumiu a prática neoliberal. A política econômica do governo Lula tinha como prioridade conferida à estabilização do superávit primário, a manutenção das taxas de juros elevadas e outras medidas que limitavam as possibilidades de crescimento e desenvolvimento em longo prazo, com a redistribuição de renda (Menezes, 2011, p. 6).

No campo da saúde, Lula da Silva trouxe em suas medidas uma aproximação com o referencial defendido pela Reforma Sanitária Brasileira, abandonado nos governos anteriores à década de 1990. Todavia, Lula ainda manteve a polarização entre os dois projetos de saúde, o da Reforma Sanitária e o da saúde articulada ao mercado, dando continuidade à focalização, à precarização, à terceirização dos recursos e ao desfinanciamento da saúde. Portanto, os gastos com o segmento saúde passaram a diminuir em comparação ao governo de FHC.

¹⁷ Lançado no final de janeiro de 2003, o programa *Fome Zero* tinha o objetivo emergencial de combater à fome através da compra de alimento pelas famílias mais pobres por meio do Programa Cartão Alimentação e do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), de favorecimento da agricultura familiar.

¹⁸ O Bolsa Família foi criado pela Medida Provisória nº 132, posteriormente transformada na Lei nº 10.386/2004, visando a reorganização e unificação de programas de transferência de renda já existentes no governo FHC, a citar a junção do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás.

¹⁹ A PNH atua de forma transversal às demais políticas de saúde, pois interfere na qualificação da atenção e gestão do SUS e se pauta em três princípios: a não separação entre a atenção e a gestão, a transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos. Essa política é construída coletivamente, envolvendo não só o governo federal, mas as instâncias estaduais, municipais e os usuários.

Somado à saúde, o processo de contrarreformas traz destaques para reforma da Previdência com a EC nº 40/2003, que modificou o Regime Próprio da Previdência Social (RPPS) dos servidores públicos. Destaca-se na política de saúde o foco no atendimento dos segmentos mais pobres da população, aderindo o projeto da Reforma Sanitária flexibilizada, visando possibilitar o SUS diante do ajuste neoliberal, incentivando o crescimento do complexo médico-hospitalar por meio de desonerações e subsídios fiscais. Siqueira (2019) afirma que:

Para tal ação, o governo petista lança o argumento de que o setor saúde é responsável por movimentar cerca de 8% do PIB nacional. Frente a magnitude de capital em circulação que envolve o setor saúde, o governo cria em 2007 o Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC da Saúde), conhecido como Programa Mais Saúde. Este programa foi pensado e materializado com a intenção de movimentar a economia sanitária a partir de alguns pilares, como: emprego e renda e construção de empresas públicas, a exemplo da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – Hemobrás (Siqueira, 2019, p. 102).

Neste governo, o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado²⁰ foi aprovado pelo Congresso Nacional visando regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal de 1988, que afirma que “[...] somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação” (Brasil, 1988, cap. VII, seção I, inciso XIX, art. 37).

Sendo assim, nesses dois mandatos do governo Lula, a saúde foi marcada pela criação de três programas, a saber:

[...] Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e Farmácia Popular. Os dois primeiros partiram de iniciativas prévias, e o terceiro introduziu no SUS o copagamento por medicamentos adquiridos em farmácias estatais ou privadas. Como elemento de continuidade, destaque-se a expansão da cobertura do PSF, que passou a ser enfatizado como estratégia de reestruturação do modelo de atenção, agregando novos profissionais à atenção básica (Machado; Baptista; Nogueira, 2011, p. 528).

No transcorrer do governo Dilma, essa lógica gerencialista da política de saúde continua sendo ressaltada com o surgimento da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)²¹ para gerenciar os Hospitais Universitários. Esta se caracteriza como uma das maneiras de privatização e representa uma ameaça aos direitos sociais, pois é contrária à legislação do SUS e facilita o desvio de recursos públicos para o setor privado (Correia, 2011).

²⁰ Projeto de Lei Complementar nº 92/2007.

²¹ A EBSERH é criada na Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

No governo Dilma há uma redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado. Houve também o crescimento expressivo dos planos e seguros privados, a incorporação de tecnologias de alto custo, o desfinanciarização do setor e a continuidade da captura do recurso do SUS pelo setor privado.

[...] com o crescimento da mercantilização, houve um aumento de outras formas de gestão como as Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parcerias Público-Privadas (PPP) e criação da EBSEH, intensificando a precarização do trabalho, aumentando a rotatividade dos profissionais de saúde e comprometendo a sustentabilidade do SUS (Reis; Paim, 2018, p. 110).

Em 2011 foi estabelecida a Portaria nº 2.488/2011, que trouxe um novo rumo norteador para a política da atenção básica, implantando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), datando também desse ano a realização da XIV Conferência Nacional de Saúde, somada ao lançamento da Agenda Estratégica da Saúde pelo movimento sanitário brasileiro, que trouxe

[...] propostas organizadas em cinco linhas de ação: 1) Saúde, Meio ambiente; Crescimento econômico e desenvolvimento social; 2) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade; 3) Investimentos – superar a insuficiência e a ineficiência; 4) Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde; 5) Complexo econômico e industrial da saúde (Reis; Paim, 2018, p. 104).

A focalização nas políticas de saúde foi mantida, com expansão de serviços em atenção primária. Foi instituída a Lei nº 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas, popularmente conhecida como a Lei do Acesso à Informação. Também há avanços no combate de doenças por meio do Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)²² — como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares. Para além disso, é implantada no SUS a Política Nacional de Alimentação e

²² De acordo com Malta e Jr. (2013), em novembro de 2012, em reunião sobre o Marco Global de Monitoramento das DCNT, foi delineado um plano de ação global atualizado para o período de 2013-2020, que abrange as possíveis opções no sentido do fortalecimento e facilitação de ações multissetoriais para a prevenção e controle das DCNT, por meio de parcerias e a possibilidade de a OMS apoiar tecnicamente os países de baixa e média renda (Malta; Jr, 2013, p. 153).

Nutrição (PNAN)²³, bem como é formulado o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica)²⁴ e o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes²⁵.

Logo após, em 2013, o governo apresenta o Programa Mais Médicos²⁶, respondendo as manifestações populares que ficaram conhecidas como “jornadas de junho”, onde a população brasileira saiu às ruas reivindicando diversas pautas. Apesar de a saúde não ter sido um dos temas centrais das manifestações, manteve-se como não prioritária até então no governo Dilma.

Ademais, o retrocesso que marcou esse governo diz respeito à aprovação da Lei nº 13.097/15, que alterou a Lei nº 8.080/90, dando abertura para o capital internacional na saúde brasileira. “Na saúde mental houve a indicação política do PMDB para que um ex-dirigente de hospital psiquiátrico, conhecido por suas posições contrárias à luta antimanicomial, gerenciasse a Coordenação Nacional de Saúde Mental” (Machado, 2017 *apud* Siqueira, 2019, p. 104).

Apesar desses ataques contra o SUS, alguns com a conivência do Executivo, certas iniciativas propostas pelo governo poderiam ser ressaltadas: 1) Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional; 2) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; 3) Programa Mais Médicos; 4) Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal; 5) Programa Nacional de Segurança do Paciente; 6) Política Nacional de Atenção Hospitalar; 7) Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; 8) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; 9) Política de Educação Permanente em Saúde; 10) Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; 11) Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras (Reis; Paim, 2018, p. 107).

Entretanto, com o golpe que levou ao *impeachment* de Dilma Rousseff em 2016, inicia-se o governo de Michel Temer, no qual observa-se forte redução dos investimentos nas políticas públicas. Favoreceu, assim, a concretização de uma época de ofensiva aos direitos sociais, também mediante a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o novo regime fiscal congelando os gastos primários do governo federal por 20 anos, sendo corrigidos apenas pela variação da inflação do ano anterior e a dívida pública é mantida.

Esse governo é parte orgânica da burguesia empresarial brasileira, possuindo uma efetiva e frutífera articulação com o setor empresarial de saúde. Isso pode ser facilmente possível de observar nas propostas dos documentos publicados Agenda

²³ A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada no ano de 1999 e, em sua nova edição de 2011, tem como objetivo a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira.

²⁴ O Requalifica foi criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, visando fortalecer a Atenção Básica por meio do financiamento de reformasse construção de UBS.

²⁵ O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes foi instituído pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 35/2007 e ampliado em 2011 pela Portaria nº 2.546/2011; visa o fortalecimento e melhorias no atendimento da atenção básica no SUS.

²⁶ O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi instituído pela Lei nº 12.871/ 2013 que tem como objetivo diminuir a carência de médicos e as desigualdades regionais na área da saúde.

Brasil, *Ponte Para o Futuro e Travessia Social*, bem como a indicação de Ricardo Barros, deputado financiado por planos privados de saúde, para o Ministério da Saúde. A articulação com o setor privado de saúde se adensa e torna-se mais visível para a sociedade civil através da publicação do documento *Coalização Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde* (Siqueira, 2019, p. 107).

Temer também iniciou a reforma trabalhista e sinalizou uma reforma previdenciária que ocorreu no governo posterior, bem como através das Emendas Constitucionais nº 95 e nº 93, elevou de 20% para 30% a *Desvinculação de Receitas da União* (DRU), retirando do orçamento de políticas que integram o sistema de Seguridade Social para pagamento dos juros da dívida. Além deste impacto, “[...] a política de saúde teve seu orçamento reduzido em R\$ 179 milhões, valor que seria destinado inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS, responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde” (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 198).

Portanto, uma série de reformas são realizadas com o objetivo sinalizar pontos positivos para o mercado e abrir novas possibilidades de acumulação do capital. Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2019):

[...] as propostas de contrarreformas implementadas pelo governo Temer estão embasadas em alguns documentos, divulgados em 2015 e 2016 formuladas pelo PMDB para o governo: *Agenda Brasil*, em agosto de 2015; *Uma Ponte para o Futuro*, em outubro de 2015 e *Travessia Social*, em abril de 2016 (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2019, p. 3, grifo dos autores).

Sendo assim, as medidas tomadas por Temer no documento *Uma ponte para o Futuro*, apresentado em 2015, propõem: “[...] enfrentar a crise política e econômica, destinando-se [...], a preservar a economia e tornar viável o desenvolvimento” [...] (Fundação Ulysses Guimarães, 2015 *apud* Teixeira, 2018, p. 39). Esse documento também dispõe sobre as contrarreformas da Previdência Social, bem como sobre a redução de investimentos na Educação e na Saúde.

Já o documento *Travessia Social*, de 2016, traz uma “[...] política focalista e restrita às populações mais vulneráveis ou agravos mais comuns, limitando-se à oferta do mínimo do mínimo” (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 16), visando “[...] atingir a meta de 40% entre os mais pobres dos já pobres”. De modo geral, “Isto significa que uma grande parcela, cerca de 60% dos pobres serão excluídos e os setores médios, e os trabalhadores de diferentes extratos, deverão recorrer aos planos privados” (Teixeira, 2018, p. 41).

Na contramão do SUS, o Ministro da Saúde apresenta a proposta da criação de Planos de Saúde Populares. A justificativa seria a “[...] redução de cerca de 1,5 milhões de pessoas que

deixaram de fazer uso de planos privados em 2016, devido à recessão econômica e à elevada taxa de desemprego” (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018 *apud* Teixeira, 2018, p.39). Entretanto,

[...] para solucionar o problema do setor privado, o governo Temer responde de forma direta às necessidades do mercado de planos de saúde para se recomponem de suas perdas, pois querem expandir a sua média de 25% de clientela, ainda que estes paguem valores bem menores e só para alguns serviços (produtos, na linguagem mercadológica) e ainda sem garantia de qualidade total. *Trata-se de considerar a Saúde como uma mercadoria* (Teixeira, 2018, p. 40, grifo nosso).

É importante destacar também que ocorre uma revisão da Política Nacional de Saúde Mental, desconsiderando assim o processo gradativo de avanços e conquistas, permitindo que as entidades de promoção à saúde e as comunidades terapêuticas fossem legíveis “[...] ao recebimento de verbas do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo parte da rede de assistência às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas” (Oliveira, 2022, p. 110). Posteriormente, em 2017:

A portaria 3588 de 21/12/2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, trazendo em sua formulação o incentivo financeiro aos hospitais psiquiátricos, não só o reinserindo permanentemente na estrutura da RAPS, mas acima de tudo investindo na cultura hospitalocêntrica em detrimento dos serviços substitutivos; sem investimentos e, conseqüentemente, ocorrendo a precarização deles (Oliveira, 2022, p. 111).

Portanto, esses e outros ataques à saúde se intensificam no governo de Jair Bolsonaro, presidente de extrema direita e conservador, que trilha o caminho fértil deixado pelo governo Temer e implanta a sua agenda de desfinanciamento do SUS.

3.2.2 Lucro x saúde no governo Bolsonaro

Causando uma verdadeira tragédia social, no governo de Jair Bolsonaro²⁷ temos o aprofundamento do neoliberalismo e do desmonte do SUS, provocando a extinção de programas de saúde como o Mais Médicos e dos atendimentos de saúde para a população de regiões distantes. Esse desmonte do direito à saúde vai se intensificando à medida que se tem o cancelamento de programas e o desfinanciamento do SUS, sendo que, em contrapartida, há o incentivo ao setor privado no segmento.

²⁷ Jair Messias Bolsonaro é um militar reformado do exército, representante da ultradireita conservadora que teve seu início na política em 1990, quando foi eleito deputado federal, assumindo o cargo até 2018, quando pediu o afastamento para concorrer às eleições presidenciais, nas quais obteve a vitória, após derrotar o candidato Fernando Haddad do PT. Seu governo abrangeu o quadriênio 2019-2022.

O governo vai exatamente no caminho inverso da Constituição, apesar desta abrir espaço ao setor privado, mas apenas como complementar e não como sendo imprescindível. Nos parâmetros da contrarreforma, o princípio da universalidade vem sendo chamado de universalidade excludente ou restrita, isso quer dizer que não há mais a concepção de “atingir a todos”, basta atingir parte do conjunto. Assim, esse serviço também pode ser viabilizado pelo mercado, e não apenas ser necessariamente estatal (Oliveira, 2021, p. 54).

Além disso, devido aos cortes de orçamento na saúde, na pandemia do novo coronavírus²⁸ os escândalos de corrupção se tornaram mais evidentes por meio da compra superfaturada das vacinas, bem como cortes de verbas para alguns programas do Ministério da Saúde, medida essa que visava a preservação dos recursos do orçamento secreto²⁹.

No Brasil, nos primeiros meses de 2021, a pandemia se agravou devido a novas variantes do vírus. O número de mortes era o segundo maior do mundo (312.206), atrás apenas dos Estados Unidos. No mês de março de 2021, em apenas 24 horas, no dia 30, o Brasil ultrapassou o império capitalista, registrando 1.656 mortes (Who, 2011 *apud* Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 3).

Estes dados são alarmantes e assustadores para grande parte da sociedade brasileira, contudo, para classe dominante, não foram suficientes para coibir as medidas de desgoverno de Bolsonaro, que cotidianamente desprezava a gravidade da COVID-19, incitando a população a desrespeitar o isolamento social.

Todavia, o objetivo era desviar a atenção de seus ataques aos recursos financeiros, que atingiram os programas que desenvolviam atendimento à população mais pobre, como o programa da Farmácia Popular e o programa de Atendimento à População para Prevenção, Controle e Tratamento de HIV/AIDS.

Os problemas de características sociais e econômicos se agravaram ainda mais, o que levou o governo a responder aos problemas gerados pela crise sanitária que se generalizou e elevou a taxa de desemprego, demandando uma maior assistência do Estado através de programas sociais — a exemplo da criação do Auxílio Brasil, programa que diminuiu de forma paliativa a desigualdade financeira nesse período.

²⁸ A pandemia da COVID-19 foi assim classificada pela OMS no mês de março de 2020, três meses após a identificação do primeiro caso da doença na cidade de Wuhan, no sudeste da China. O primeiro caso da doença foi identificado no Brasil em fevereiro de 2020, e, quase três anos mais tarde, mais de 36 milhões de pessoas haviam sido infectadas, com 693 mil registros de óbito (Guitarrara [s.d]).

²⁹ “Foi Criado em 2019 e implementadas em 2020, as chamadas emendas de relator do Orçamento ficaram conhecidas como ‘orçamento secreto’ por permitirem que parlamentares destinem recursos que saem diretamente dos cofres da União sem que haja transparência para onde vai o dinheiro” (CNN Brasil, 2022).

A saúde é, sem dúvida, o setor mais atingido pela pandemia, os/as seus/as trabalhadores/as estão exaustos/as, frente ao volume de atendimentos, à intensificação da força de trabalho devido ao insuficiente número de trabalhadores/as da saúde; à precarização das instituições e de seus recursos; à baixa remuneração que implica na necessidade do pluriemprego e à contratação por regimes de trabalho precários que favorecem o assédio moral (Matos, 2021, p. 32).

Nesse cenário de governo, a contrarreforma do Estado se apropriou do fundo público e mercantilizou as políticas públicas. Aliás, nos 4 anos de governo Bolsonaro percebemos o descaso com a saúde dos brasileiros, as medidas tomadas e o desfinanciamento do SUS, que evidentemente contribuíram para os altos índices de mortes por COVID-19, desde o atraso na compra de vacinas, até as *fake news* propagadas pelos discursos do próprio presidente, gerando um movimento anti-vacina que abriu espaço para a queda da cobertura vacinal de crianças, adolescentes e adultos no país.

Não há dúvidas de que isso está completamente em sintonia com as ‘práticas’ dos neofascistas (Carnut, 2020) de desprezo às vidas dos trabalhadores, associado ao negacionismo científico. Sob o discurso envernizado de ‘salvar a economia’, sua verdadeira intenção é expor a classe trabalhadora ao risco de contágio, dizimando a parcela mais vulnerável dessa classe, como uma saída para salvar, de forma desesperada, os lucros e os interesses da burguesia em face da crise capitalista de longa depressão (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 3).

Todavia, é importante ressaltar a importância do SUS em todo o processo de combate a pandemia, mesmo com escassez de leitos e recursos, pois intensificou seus atendimentos e prestou assistência de qualidade, na medida do possível. Contudo, mesmo tendo desenvolvido esse magnífico papel, não foi reconhecido como centro de investimentos.

O desmonte da universalidade no SUS configura-se como um projeto do governo neofascista de Bolsonaro e teve sua execução garantida de forma contínua. O processo de desfinanciamento do SUS foi assegurado por meio de reduções de recursos alocados ao seu orçamento, inclusive em tempos de acirramento da pandemia de covid-19. Além disso, o processo de desfinanciamento produzido pelo novo modelo de APS, burocratizado e dificultoso, acena para o fato perverso de um ‘SUS operacional’ (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p. 11).

Isto significa que os ataques ao SUS vêm com justificativas de modernização e ampliação do sistema. Mas, ao contrário do que prometem, estão ligados aos interesses do mercado, reforçando uma atenção à saúde voltada à população mais vulnerável, destituindo a universalidade do financiamento, através de mudanças administrativas e gerenciais, distante do SUS como direito e universal. Este esvaziamento de recursos justifica caminhos para a privatização. Portanto, o governo de Bolsonaro “[...] não lançou milhões de pessoas nas câmeras

de gás, apenas abandonou os concidadãos a própria sorte. Esse crime não ficará impune” (Silva, 2020, p. 14).

Assim sendo, os profissionais atuantes na saúde precisam conhecer a fundo os desdobramentos da política em que estão inseridos para traçar estratégias de intervenção na realidade, principalmente na Atenção Básica, que tem enfrentado limites devido à desertificação dos recursos e investimentos, comprometendo a operacionalização do SUS.

3.3 Limites na operacionalização do SUS e a luta por uma saúde pública de qualidade

O SUS deve garantir a integralidade da atenção à saúde, e para isso organiza as ações e os serviços de saúde, obedecendo aos princípios organizativos de regionalização e hierarquização. O princípio doutrinário da integralidade abrange variadas dimensões, incluindo a garantia da assistência à saúde nos três níveis de atenção, bem como a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação.

No Brasil, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS e os níveis de atenção à saúde, sendo eles: atenção primária, atenção secundária e terciária. Esta mesma Portaria conceitua a Rede de Atenção à Saúde (RAS) “[...]como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, p. 4).

Sendo assim, os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o estabelecimento e maior distribuição dos recursos na RAS, os quais são estruturados “[...] por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde)” (Brasil, 2010, p. 8).

Os modelos de atenção à saúde são definidos por Mendes (2010, p. 2.302) como: Sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (Mendes, 2010 *apud* Gonçalves, 2014, p. 51).

Todavia, a implementação dos níveis de atenção à saúde passa por vários desafios que impactam a eficácia do SUS no atendimento aos pacientes. O primeiro deles é a carência de

profissionais e a falta de infraestrutura para atendimento nas áreas remotas, o que acaba gerando desigualdades no atendimento em todos os níveis de atenção. Além disso, enfrenta-se a deficiência na comunicação nos níveis de saúde, levando a fragmentação dos cuidados, atrasos em diagnósticos e tratamentos. Como também se tem uma sobrecarga na atenção primária e a falta de recursos suficientes destinados para o funcionamento dos três níveis de atenção à saúde, algo que acaba afetando a infraestrutura, a aquisição de equipamentos e a capacitação de profissionais atuantes no setor.

É importante ressaltar que o Serviço Social, inserido no segmento da saúde, mesmo diante do cenário de desmontes perversos dos direitos sociais conquistados ao longo da história, deve reafirmar que o poder de luta da sua categoria profissional não enfraqueceu nos espaços coletivos e seguir defendendo a classe trabalhadora e uma atenção à saúde integralizada nos níveis da atenção básica, média e de alta complexidade, conforme pode ser visualizado na representação abaixo.

FIGURA 3 – Níveis de complexidade da Saúde no âmbito do SUS



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Portanto, o SUS divide-se em três níveis de atenção à saúde, visando uma melhor organização dos serviços. Temos, nesse sentido, a atenção primária ou básica, a secundária e a terciária, sendo o nível básico o responsável pelo contato direto e regular com a população, ofertando consultas, vacinação e educação em saúde. Já a atenção secundária abrange tratamentos e investigação de doenças através de médicos especializados, enquanto a atenção

terciária inclui o processo de internação e tratamentos intensivos oferecidos pelas UTI em hospitais.

Destacamos que o foco se dará na Atenção Básica, tendo em vista que esta é a principal porta de entrada para acesso aos serviços do SUS, sendo responsável por ações de prevenção, tratamento e educação em saúde, se constituindo como um espaço de grande potencial para a garantia do direito à saúde. Todavia, a Atenção Básica tem enfrentado desmontes, diminuição de recursos e terceirização dos serviços, fatos estes que põem limites à atuação do assistente social inserido nesse nível de saúde, impondo o traçar de estratégias para melhor atender aos usuários.

3.3.1 Desafios para a intervenção na Atenção Básica como a principal porta de entrada para o SUS

Em paralelo à história da saúde ligada à previdência, a atenção primária começa através das ações do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)³⁰, a partir da década de 1940, ocorrendo tão somente em 1970 o aumento da visibilidade da atenção básica, através da formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde. Através da Conferência de Alma-Ata, realizada na República do Cazaquistão³¹ em 1978, que trouxe o debate sobre a importância da atenção primária à saúde e apontou a necessidade da criação de um novo modelo de saúde no Brasil.

As ações atualmente designadas como “atenção básica”, a partir da Constituição de 1988 e do SUS, têm enfrentado desafios no quesito da qualidade do atendimento prestado e acesso aos serviços, bem como na garantia de um espaço próprio para realização da escuta qualificada pelos profissionais atuantes nas UBS, visando identificar os problemas para realizar encaminhamentos resolutivos. Sendo assim, a atenção básica é compreendida como:

[...] um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no

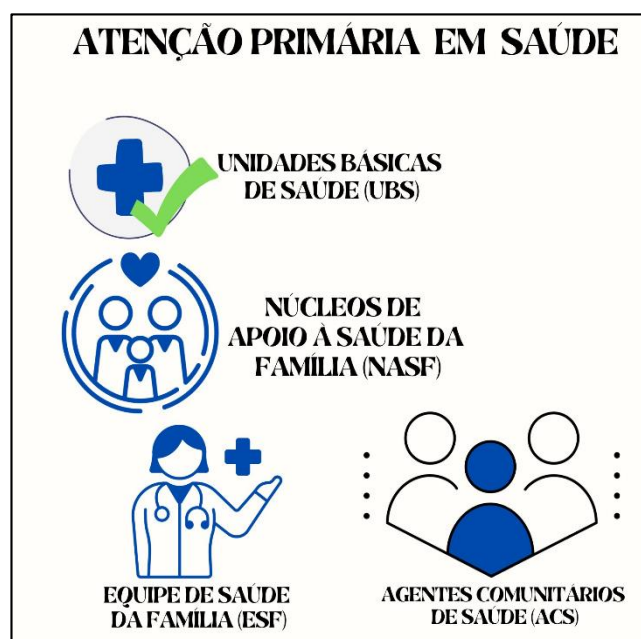
³⁰ O SESP surgiu a partir de acordo entre os governos brasileiro e americano, visando o saneamento de regiões produtoras de borracha na Amazônia, minério de ferro e mica no Vale do Rio Doce, se expandindo principalmente nas regiões rurais, onde construiu redes de unidades de saúde locais.

³¹ “A Conferência foi assistida por mais de 700 participantes e resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais” (Mendes, 2004, p. 447).

território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006 *apud* Castro; Machado, 2012, p. 489).

Todavia, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³², Portaria nº 2.436/17, a atenção básica é referenciada como a principal porta de entrada e o centro articulador de acesso SUS. Regida por princípios e diretrizes que garantem a prestação de um serviço ofertado gratuitamente e de forma universal, visando a equidade e a integridade da política de saúde.

FIGURA 4 – A composição da atenção básica no SUS



Fonte: elaborado pela autora (2023).

As UBS são as principais estruturas físicas da Atenção Básica nos municípios, pois estão instaladas em comunidades e têm o contato direto com a população, desempenhando papel central na garantia de acesso à saúde gratuita e de qualidade. As UBS oferecem diversos serviços que incluem: prevenção de doenças, consultas de enfermagem, consultas médicas, saúde bucal e psicológica, distribuição e administração de

³² “A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB” (Melo *et al.*, 2018 p. 40).

medicamentos, vacinas, curativos e atividades em grupo, incentivando a participação popular (Brasil, 2022).

Sendo assim, a “[...] Política de Saúde é historicamente marcada por características de centralização na esfera federal e pela medicina curativa, dentre outras questões que dificultaram ações e serviços públicos para o atendimento às demandas da população” (Silva; Lima, 2012, p.116). Portanto, a atuação na saúde requer dos profissionais uma educação permanente que contribua para produção de conhecimento e construa caminhos de intervenção na realidade posta.

A formação profissional está implicada no processo de efetivação do SUS, na construção de ações concretas que movimentem a estrutura político-administrativa para realizar a saúde como um direito de todos através de uma atenção universal, integral e igualitária, com a participação social. Para tanto, a produção de conhecimento e de ações interdisciplinares devem ser iniciadas e estimuladas desde a formação, requerendo mudanças nas instituições de ensino que promovam um novo perfil profissional atento às diretrizes do SUS e preocupados com a saúde pública (Santos; Thiesen, 2010 *apud* Silva; Lima, 2012, p. 119).

Ademais, para os profissionais do setor apresentam-se questões que perpassam o espaço institucional das UBS, que em diversas cidades sofrem com infraestrutura precária, falta de insumos e escassez de profissionais, problemas que comprometem a qualidade dos serviços prestados aos usuários. No caso do Serviço Social, nessas unidades em que a profissão está inserida na equipe multiprofissional, protagonizam a construção de ações coletivas que ultrapassam as práticas meramente curativas.

Nessa direção, é imprescindível estimular o trabalho em equipe na atenção básica, buscando fortalecer as ações de saúde individual e coletiva, a garantia dos direitos sociais, formando metodologias de ação direcionadas a indivíduos e famílias (Silva; Lima, 2012). Entretanto, “[...] um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano” (Iamamoto, 2000 *apud* Costa, 2004).

Sendo assim, com as transformações que têm ocorrido no mundo do trabalho, as precarizações pertencentes à ofensiva do capital ameaçam a atuação do assistente social na direção do projeto ético-político da profissão, tendo em vista que o Serviço Social é uma das profissões que ainda não possui piso salarial, mas a luta por essa regulamentação é de longos anos, através dos Projetos de Lei nº 5.278/2009, nº 1.827/19, nº 2.693/2020 e nº 41/2021. Vicente (2015) pontua

[...] que se verifica nos modos de precarização do trabalho uma degradação ética e moral das relações interpessoais e inter-hierárquicas (e, no caso do Serviço Social, podemos incluir as relações com a população), ocasionando um desgaste ético nas relações, atingindo valores como a reciprocidade, o respeito, a confiança e o reconhecimento de cada um (Vicente, 2015, p. 571).

De igual modo, Santos (2010) afirma que em muitas instituições a dificuldade enfrentada relaciona-se ao espaço de acolhimento que garanta o sigilo do atendimento.

A falta de condição de infraestrutura nos espaços institucionais faz com que não haja como garantir a privacidade dos usuários naquilo que for revelado durante a intervenção profissional e que o assistente social não tenha assegurado as condições para manter o sigilo profissional. Isto se agrava em situações em que usuários tiveram seus direitos violados e buscam o Serviço Social na perspectiva de recompor esses direitos (Santos, 2010, p. 701).

Ademais, Soares (2019) afirma que:

[...] a superprecarização da política de saúde e a intensificação do processo de privatização tende a repercutir cada vez mais no cotidiano das práticas dos assistentes sociais, a partir, inicialmente das suas condições de trabalho e nível de subalternidade profissional, expresso na não estabilidade e precariedade dos vínculos (Soares, 2019, p. 11).

Mesmo diante dos inúmeros desafios posto ao sistema de saúde — a exemplo do congelamento dos gastos sociais, conforme abordado no tópico acima —, o Serviço Social tem desenvolvido nos espaços sócio-ocupacionais ações de caráter individual e coletivo, através de instrumentos técnico-operativos como a entrevista, a visita domiciliar e institucional, o acolhimento social, o acompanhamento e o atendimento social, bem como a produção de estudos, pareceres, relatórios e perícias sociais que possibilitam a aproximação e a compreensão da realidade social.

O cotidiano de intervenção nas UBS coloca a necessidade constante de atualização profissional. Nesse sentido, entendemos que é importante continuar estudando para melhor compreender as mudanças na sociedade, bem como para traçar novas estratégias de atuação na realidade posta no cotidiano profissional, tendo em vista a bandeira de luta pelo acesso aos direitos sociais da classe trabalhadora.

Os assistentes sociais atuam nas instituições de saúde para administrar a tensão que existe entre as demandas postas pela população e os limitados recursos para a prestação de serviços. Deste modo, o exercício profissional mantém as características observadas, como a triagem e a seleção socioeconômica (Bravo, 1996 *apud* Magela; Pereira, 2015, p. 69).

Então, mediante ao sucateamento das políticas sociais e da retirada de direitos, os assistentes sociais seguem em frente nas suas lutas, defendendo o atendimento igualitário, a liberdade e a manutenção do SUS gratuito e de qualidade para atender à população usuária, construindo um caminho para a participação no controle social. Sendo assim, o Serviço Social deve continuar a levantar a sua bandeira de luta pela defesa do SUS gratuito de qualidade, que vise não só o tratamento, mas a prevenção, através de ações de conscientização, salas de espera, caminhadas e atividades internas e externas as UBS.

Portanto, compreender o quão fundamental é defender o SUS, as políticas e serviços públicos — isto é, defender o direito da classe trabalhadora, considerando que é esta a classe que produz a riqueza que sustenta esta sociedade, devendo a ela ser destinada mais políticas públicas que visem o aumento de investimentos e manutenção da gratuidade do acesso à saúde no país. Refletiremos, a seguir, sobre algumas bandeiras que o Serviço Social tem defendido visando o direito à saúde. Viva o SUS!

3.3.2 Algumas reflexões sobre as bandeiras de lutas do conjunto CFESS/CRESS: saúde não é mercadoria!

Diante do que foi exposto anteriormente, refletiremos sobre algumas categorias de lutas do Serviço Social na saúde, partindo das publicações do CFESS Manifesta sobre saúde e o SUS dos anos de 2011³³, 2017³⁴, 2019³⁵ e 2023³⁶ (em anexos). Sendo assim, selecionamos três bandeiras de lutas na atualidade para serem debatidas neste item, a saber: 1) a defesa do SUS 100% público, estatal e gratuito; 2) a Participação Popular como forma de resgatar o SUS; e 3) a luta por melhores condições de trabalho.

É a partir dos anos 1990 que as contrarreformas começam a ganhar mais forças, retirando direitos sociais e ampliando a participação do setor privado na saúde, por meio da isenção de impostos e ajustes fiscais. Em contrapartida, ao longo dos governos neoliberais esses ataques resultaram no congelamento dos gastos com saúde por 20 anos, por meio da Emenda

³³ CFESS Manifesta – 14ª Conferência Nacional de Saúde – A gente quer saúde pública de qualidade (Conselho Federal de Serviço Social, 2011).

³⁴ CFESS Manifesta – Dia Mundial da Saúde - Nosso plano é a saúde pública estatal e universal (Conselho Federal de Serviço Social, 2017).

³⁵ CFESS Manifesta – 16ª Conferência Nacional de Saúde – Participação popular para o resgate do SUS (Conselho Federal de Serviço Social, 2019).

³⁶ CFESS Manifesta – 17ª Conferência Nacional de Saúde – Sou assistente social, luto pelo SUS, é um direito universal! (Conselho Federal de Serviço Social, 2023).

Constitucional (EC) nº 95/2016. É com base nessa conjuntura de perda de direitos que o Serviço Social precisa “[...] reafirmar os princípios e diretrizes do SUS e apontar os desafios postos para a sua consolidação, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária dos anos 1980” (Conselho Federal de Serviço Social, 2019, p. 1).

A defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado exige a constante luta pela efetivação do princípio da universalidade e integralidade no modelo de atenção em saúde, compreendendo a Atenção Básica como porta de entrada do SUS e como importante para a articulação dos demais níveis de complexidade. Portanto, a Atenção Básica deve ser pública e estatal, visando a ampliação e melhoria do acesso, fixação de profissionais e equipes multiprofissionais suficientes para atender a demanda dos territórios.

No que se refere ao modelo de gestão da saúde, o Serviço Social defende a gestão 100% estatal e o efetivo financiamento público do SUS. Nesse sentido, a categoria profissional luta pelo fim do incentivo e contrato do Estado com as OSs, Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e as Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as quais se constituem como privatização na sua forma não clássica — seja na gestão, seja na execução direta de serviços de saúde —, viabilizando a transferência do fundo público para o setor privado, desresponsabilizando o Estado de suas funções para ser apenas financiador e regulador.

Precisamos lutar ao lado e em defesa do direito à saúde de e para a população usuária, sem discriminar grupos de minorias, como negros, mulheres, idosos, crianças e a população de forma geral. Por isso, também a participação social se faz necessária, além do fortalecimento dos Conselhos e das Conferências, espaços estes de caráter deliberativo, mas que enfrentam a correlação de forças em torno da política de saúde pública, sendo necessária a paridade entre os segmentos.

É fundamental aliar a participação nesses espaços institucionais com a mobilização em fóruns e frentes de luta e resistência, como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os diversos fóruns/frentes estaduais, tendo no trabalho de base e nos atos e manifestações de rua uns lócus privilegiados para a luta em defesa dos direitos sociais e a resistência às contrarreformas (Conselho Federal de Serviço Social, 2019, p. 2).

Ao longo da história, as conferências de saúde se constituem como espaços importantes de participação popular garantidos pela Lei nº 8.142/1990, e têm se posicionado contrárias à privatização da saúde, defendendo o SUS público, estatal e universal. É nessa mesma direção que o CFESS se insere “[...] nas lutas sociais, na defesa das políticas sociais e da saúde pública que são passos fundamentais para o fortalecimento da profissão e para a efetivação de sua

função precípua de orientação e fiscalização profissional” (Conselho Federal de Serviço Social, 2019, p. 2).

No mesmo sentido, a defesa do SUS público, de qualidade e 100% estatal é afirmada como um dos princípios éticos da profissão, de defesa dos direitos e dos serviços prestados à população, sendo também pauta de diversos movimentos da saúde, a citar a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde³⁷ e o Fórum SUS³⁸. Nesse sentido, existem disfarçados ataques investidos pelo grande capital no setor saúde, que tem como objetivo a venda da saúde como mercadoria, presando o lucro e o desvio de grande parte do orçamento das políticas sociais.

A luta pela saúde no âmbito dos movimentos sociais se entrelaça com a luta anticapitalista, na defesa da Reforma Psiquiátrica, do cuidado com liberdade e antiproibicionista. Articula-se ainda à luta pelo fim de todas as formas de opressões, contra todas as violências, na construção e fortalecimento da autonomia dos sujeitos e defesa por justiça reprodutiva, reafirmando direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e pessoas gestantes e sem divisão de classes, em uma perspectiva antirracista, antiLGBTfóbica, anticapacitista e feminista (Conselho Federal de Serviço Social, 2023, p. 2).

É necessária a garantia do acesso aos serviços de saúde para que o SUS alcance os mais distantes e isolados locais do país, garantindo vida e serviços essenciais, reconhecendo importância do acesso à saúde para os povos indígenas, visando também protestar contra o desmatamento das florestas, o apagamento e a morte desse povo, tendo em vista que a saúde também está correlacionada ao ambiente. Por isso a defesa do SUS se configura a defesa da vida das populações do meio rural, do meio urbano, dos povos originários e das comunidades tradicionais brasileiras.

A intensificação das lutas da categoria não abrange apenas a defesa do SUS, mas também melhores condições de trabalho para os assistentes sociais, na perspectiva da retomada de concursos públicos, tendo em vista o crescente número de contratos temporários e que não promove estabilidade ou direitos trabalhistas. Compreende-se, porém, que tais mudanças no mundo do trabalho são frutos do capitalismo, que desenvolve novas maneiras veladas de exploração da força de trabalho, visando o lucro em vez das pessoas. Sendo assim, perceber essa precarização do trabalho é de fundamental importância, porque esta se põe como desafio

³⁷ A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde é formada pela junção de diversos Fóruns de estados brasileiros e defende o SUS 100% público, estatal e de qualidade.

³⁸ O Fórum Alagoano em Defesa do SUS e Contra a Privatização tem como pauta a defesa dos direitos sociais e se posiciona contra a privatização dos serviços públicos, como também da precarização do trabalho.

para profissão, dificultando o desenvolvimento das atividades profissionais e, consequentemente, a materialização do projeto ético-político da profissão³⁹.

Assim, mediante as privatizações do setor saúde, os assistentes sociais enfrentam “[...] precárias condições de trabalho e vínculos empregatícios frágeis – tendo muita das vezes que cumprir dupla jornada de trabalho para complementação da renda” (Oliveira, 2012, p. 62). Além de serem chamados para “[...] atuar frente às demandas inerentes a essa política, porém sem os subsídios necessários para apresentar respostas à população que carece dos serviços públicos de saúde” (Oliveira, 2012, p. 62).

Deste modo, o Serviço Social precisa realizar uma análise crítica da realidade, sendo esta “[...] possibilitada quando o assistente social se apropria de seu referencial teórico metodológico e, a partir da estrutura seu trabalho estabelece as atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das demandas sociais que se apresentam na área da saúde” (Oliveira, 2012, p. 65). Ademais, Oliveira pontua ainda que “[...] alguns assistentes sociais tendem a se apropriar de uma abordagem psicoterapêutica, o que não corrobora para uma intervenção orientada pelo projeto profissional crítico” (2012, p. 65).

Portanto, o Conjunto CFESS-Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) tem sido um aliado da categoria profissional nesses constantes desafios cotidianos, tendo como pauta a defesa da saúde pública, o fortalecimento da profissão, por meio de “[...] estratégias que constituem a ação precípua dos conselhos, no que tange à fiscalização e orientação, em uma perspectiva de melhorias das condições de trabalho das (os) assistentes sociais”, sem perder de vista a “[...] qualidade dos serviços prestados à população usuária das políticas sociais”, de modo a atingir a intencionalidade do trabalho profissional (Conselho Federal de Serviço Social, 2023, p. 2). Assim, compreende-se

[...] que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Matos, 2003 *apud* Bravo; Matos, 2006, p. 17-18).

Portanto, mesmo diante do cenário de desmonte da política de saúde, os assistentes sociais intensificam suas lutas, defendendo as políticas sociais e os direitos da população usuária, construindo um caminho para a efetivação da participação social e da garantia dos

³⁹ O projeto ético-político da profissão “[...] tem por definição preceitos éticos e políticos, os quais expressam a renovação do ethos profissional, dimensionado por uma direção social crítica” (Oliveira, 2012, p. 56).

direitos sociais. Assim, a atuação do Serviço Social é fundamental para a sociedade no campo da promoção do acesso aos direitos, bem como no fortalecimento da luta por uma política de saúde desvincilhada de interesses capitalistas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao estudo realizado, entendemos que o Serviço Social no SUS enfrenta obstáculos no seu cotidiano devido ao intenso processo de privatizações em curso no Brasil, que transfere as empresas estatais para a rede privada, a exemplo dos serviços de atendimento em hospitais públicos para clínicas e hospitais da rede privada. Somam-se ao desmonte do SUS a precarização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a redução de empregos formais.

No que diz respeito à focalização das políticas sociais, esta medida reforça as divisões sociais, pois divide ainda mais a população entre a classe dos que tem dinheiro (a burguesia) e, portanto, acesso aos bem produzidos, e a dos que precisam da assistência do Estado (a população em situação de vulnerabilidade), além de toda a fragmentação que esta última já enfrenta, em decorrência do estabelecimento de critérios de acesso aos benefícios e programas sociais focalizados no combate à pobreza.

Em sequência, temos a descentralização das políticas sociais, que se fortalece com a participação social na gestão pública. A descentralização político-administrativa das políticas sociais serve para fortalecer a privatização, reduzindo os gastos públicos para o atendimento das necessidades sociais, delegando a órgãos da iniciativa privada o atendimento e prestação de serviços à população.

No segmento da saúde, o Serviço Social integra equipes interdisciplinares que permitem aos assistentes sociais um posicionamento crítico e o compromisso político com as demandas sociais que requisitam a sua intervenção no cotidiano profissional, tanto no campo do planejamento e gestão, quanto na execução direta e, principalmente, na avaliação. As atribuições e competências dos assistentes sociais são norteadas pelos princípios, direitos e deveres contidos no Código de Ética Profissional de 1993 e na Lei nº 8.662/1993 de Regulamentação da Profissão, que tratam sobre a inserção destes nos espaços de gestão, planejamento, execução e avaliação de políticas e programas sociais, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional.

De igual modo, são diversos os desafios que o assistente social enfrenta com demandas cotidianas, por conta da configuração da sociedade capitalista, que promove vulnerabilidades sociais e econômicas. Isto requisita da categoria profissional a clareza acerca de suas atribuições e competências, bem como o conhecimento das políticas públicas que norteiam a saúde, para traçar estratégias de intervenção com base na realidade em que está inserida.

O que se pôde observar é que o assistente social é um profissional indispensável, não apenas para os usuários, mas também para o SUS, sendo o seu trabalho em equipe uma das principais estratégias para a efetivação do princípio da integralidade no Sistema. O cuidado integral à saúde do sujeito é essencial e visa não só a recuperação, mas também a prevenção. Sendo assim, os profissionais da saúde devem conhecer os princípios do SUS para promover a efetivação das políticas de saúde e oferecer um atendimento humanizado e inclusivo para seus usuários.

Em suma, o profissional de Serviço Social deve continuar a levantar a sua bandeira de luta na defesa de um SUS gratuito e de qualidade, que vise não só o tratamento, mas a prevenção, através de ações de conscientização, salas de espera, e atividades internas e externas, que promovam, em certa medida, a objetivação de uma educação popular, alertando para a luta coletiva contra a precarização da saúde. Assim, a classe trabalhadora — e nela inclusos os assistentes sociais — deve reafirmar a luta contra o sistema capitalista e suas intensas formas de exploração, apropriação e exclusão, exigindo a efetivação dos direitos e uma sociedade sem desigualdade.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes Curriculares e Pesquisa em Serviço Social**. 8 nov. 1996. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em: 30 jul.2023.
- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- AMORIM, Camila Rego; ROCHA, Saulo Vasconcelos; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do; CARDOSO, Jefferson Paixão; RIBEIRO, Fernanda de Brito; CARNEIRO, Lélia Renata das Virgens. Participação e mobilização social no SUS: entraves, desafios e perspectivas. **Revista de APS**, v. 15, n. 3, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14898>. Acesso em: 9 jul.2023.
- ANDRADE, Mariana.; GIANNA, Sergio. A dimensão investigativa na formação e na prática profissional do Assistente Social. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, v. 6, n. 2, p. 179-194, 2022. Disponível em: <http://www.periodicos.unimontes.br>. Acesso em: 25 abr. 2023.
- ANDREANI, Jacqueline Fernandes; DIAS, Miriam Thais Guterres; DALPIAZ, Ana Kelen. Reflexões acerca das requisições ao trabalho do/a assistente social na alta complexidade em saúde. **Serviço Social em Debate**, v. 4, n. 2, 2021. p. 151-169. Disponível em: <http://www.revista.uemg.br>. Acesso em: 27 jun. 2023.
- ASSUMPÇÃO, Raiane Patrícia Severino; CARRAPEIRO, Juliana de Magalhães. Ditadura e serviço social no Brasil: contribuições para prosseguir rompendo com o conservadorismo na profissão. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 32, p. 105-118, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/25695/18329>. Acesso em: 5 mai. 2023.
- BACELLAR, Anita; ROCHA, Joana Simielli Xavier; FLÔR, Maira de Souza. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Revista do NUFEN**, v. 4, n. 1, p. 127-140, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2175-25912012000100011&script=sci_arttext. Acesso em: 14 nov.2023.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L (orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3). Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf. Acesso em: 17 ago.2023.
- BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.
- BATISTELLA, Alessandro. A Era Vargas e o movimento operário e sindical brasileiro (1930-1945). **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 6, n. 1, p. 21-34, jan./jun. 2015.

Disponível em: https://periodicos.unoesc.edu.br/achs/article/download/6555/pdf_50/24495. Acesso em: 26 set. 2023.

BERNARDO, Cícera Juliana Pereira; PINHEIRO, Josefa Nunes. Serviço Social no contexto da saúde pública: notas para uma discussão. **Portal de períodos - FAFIC**, 2011. Disponível em: <https://fescfafic.edu.br/ojs/index.php/revistafafic/article/view/3/3>. Acesso em: 15 dez. 2022.

BONIN, Silvana; KRÜGER, Tânia Regina. Planejamento e Serviço Social. **Sociedade em Debate**, v. 21, n. 2, p. 63-83, 2015. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180415214720id_/http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/1216/860. Acesso em: 20 set. 2023.

BOSCHETTI, Ivanete; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Mobilização e participação social: desafios para a intervenção do assistente social. **Escuela de Trabajo Social**, Costa Rica. Disponível em: <https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-080.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 18 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. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20paa,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A7%C3%A7%C3%B5es.&text=Art>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **SUS: avanças e desafios**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf. Acesso em: 30 nov.2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 1.889, de 13 de junho de 1953**. Dispõe sobre os objetivos do ensino do serviço social, sua estruturação e ainda as prerrogativas dos portadores de diplomas de Assistentes Sociais e Agentes Sociais. 1953. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/11889.htm. Acesso em: 28 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957.** Regulamenta o exercício da profissão de Assistente Social. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-3252-27-agosto-1957-354707-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 28 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde.** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpas>. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%204279%202010.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Sistema de Atendimento de Saúde do SUS.** Brasília, DF, 1995. Disponível em: <https://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno13.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Política Nacional de Humanização (PNH). **HumanizaSUS.** Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 26 set. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 14 set. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo:** fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *In:* Bravo, Maria Inês Souza; Vasconcelos, Ana Maria de; Gama, Andréa de Sousa; Monnerat, Giselle Lavinas (org.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 343-365. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. *In:* CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1878>. Acesso em: 14 set. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545985>. Acesso em: 30 nov. 2023.

CAMPELO, Dalila Lira Ferreira; MACIEL, Glayce Kelly Ribeiro; LEÃO, Maria Charlene Farias. **Avaliação da prática de humanização em saúde hospitalar da equipe multidisciplinar de um hospital de pronto socorro de Belém – Pará.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Paraense de Ensino, Belém, Pará, 2016. Disponível em: https://www.ipec-pa.com.br/aluno/arquivos/tcc/maciel_campelo.pdf. Acesso em: 3 ago. 2023.

CARVALHO, Michelle Aparecida Araújo de. **Planejamento em Serviço Social: uma ferramenta para intervenção profissional.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal Fluminense, Departamento Interdisciplinar de Rio das Ostras, 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/4676>. Acesso em: 18 set. 2023.

CASTRO, Ana Luísa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis**, v. 22, p. 477-506, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HZJB7G5PkfMkJYF6vfXpZHK/?lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **14ª Conferência Nacional de Saúde – A gente quer saúde pública de qualidade.** Brasília: CFESS, 2011. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_conf.saude-SITE.pdf. Acesso em: 2 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Assistentes Sociais na 16ª Conferência Nacional de Saúde.** CFESS Manifesta - Participação Popular para o Resgate do SUS. Brasília: CFESS, 2019. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2019-CfessManifesta-ConferenciaNacionalSaude-Site.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Assistentes Sociais na 17ª Conferência Nacional de Saúde.** CFESS Manifesta - Sou assistente social, luto pelo SUS, é um direito universal! Brasília: CFESS, 2023. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/2020>. Acesso em: 2 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do/a Assistente Social e Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão.** 10. ed. Brasília: Câmara Brasileira do Livro, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 30 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do/a Assistente Social.** Aprovado em 13 de março de 1993 com as alterações Introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. Brasília: CFESS, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESSSITE.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Dia Mundial da Saúde - Nosso plano é a saúde pública estatal e universal.** Brasília: CFESS, 2017. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2017-CfessManifesta-DiaMundialdaSaude.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em:

https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 30 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Política de educação permanente do conjunto CFESS-CRESS**. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf. Acesso em: 18 set. 2023.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. *In*: Mota AE, Bravo MIS, Uchôa R, editors. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 111-135.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Sociedade civil e controle social: desafios para o Serviço Social**. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). **Saúde, Serviço Social Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 3. p. 237-271. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 30 nov. 2023.

COUTINHO, Dalsize Cláudia Macedo. “OUSAR SABER PARA OUSAR TRANSFORMAR”: a dimensão investigativa na atuação profissional do/a assistente social. SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS: “ESTADO E POLÍTICAS NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA”, 2. **Anais [...]**. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (UFPI), Teresina - Piauí, 2018. Disponível em: <https://sinespp.ufpi.br/2018/upload/anais/Mjc3.pdf?012824>. Acesso em: 30 nov. 2023.

DAMASCENO, Daniele Rosa. Humanização na Saúde e a Prática Profissional do Assistente Social. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/26828/23522/314872>. Acesso em: 30 nov. 2023.

DE OLIVEIRA, Anne Carolina Honório; FIGUEIREDO, Thiago Fonseca Geanizelle. Desafios para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: Uma perspectiva sociohistória e política. ENCONTRO INTERNACIONAL DE JOVENS INVESTIGADORES, 6. **Anais [...]**. [S.l.:s.e.], 2018. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/join/2019/TRABALHO_EV124_MD1_SA74_ID850_14072019214022.pdf> Acesso 12 out. 2023.

FAERMANN, Lindamar Alves. Teoria social de Marx: conhecimentos e contribuições ao trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 18, n. 2, p. 34-51, jan./jun. 2016.

Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/22804>. Acesso em: 20 set. 2023.

FALEIROS, V. P. da. O congresso brasileiro de assistentes sociais na conjuntura dos anos 70. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (org.). **30 Anos do Congresso da Virada**. Brasília: CFESS, 2009. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/17800>. Acesso em: 12 dez. 2022.

FREIRE, Josicleide de Oliveira; CAVALCANTE, Jadna dos Santos; GOES, Edjane Aragão Dias de. Particularidades do processo de renovação do serviço social no Brasil: ciclo autocrático, tendência de renovação, projeto ético-político. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 905-917, jan. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22594>. Acesso em: 20 set. 2023.

FREITAS, Rita; BARROS, Nívia; MESQUITA, Adriana; SILVA, Iris da. História do Serviço Social – resgatando uma história de mulheres. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 42, v. 16, p. 228-246, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/39427/27895>. Acesso em: 7 de abr. 2023.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2014. 132 p. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/145434>. Acesso em: 8 nov. 2023.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 701-718. Disponível em: <https://cressrn.org.br/files/arquivos/C8pQHQOyl68c9Bc41x5Y.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2023.

GUIMARAES, Bárbara Emanuely de Brito; BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 143-155. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>. Acesso em: 7 out. 2023.

GUITARRARA, Paloma. “Pandemia de COVID-19”. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/geografia/pandemia-de-covid-19.htm>. Acesso em: 15 set. 2023.

HACK, Neiva Silvana. **Política pública de saúde no Brasil: história, gestão e relação com a profissão do serviço social**. [S.l.]: Intersaberes, 2019. Disponível em: <http://www.cadernosuninter.com>. Acesso em: 14 nov. de 2022.

HARVEY, David. **Os limites do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

HOFF, Luiza Rutkoski. Repercussões do Neoliberalismo no SUS: problematizações sobre os novos atores inscritos na Política de Saúde. SEMINÁRIO REGIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA: FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL, 2. **Anais [...]**. [S.l.:s.e.]: 2014. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/anais/serpinf/2014/assets/15.pdf>. Acesso em: 8 out. 2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (org.). **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: CEAD; ABEPSS; UNB, 1999. Módulo 1. Disponível em: <https://seer.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/2505>. Acesso em: 12 dez. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 39. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IANNI, Octavio. Nação: província da sociedade global? In: Haesbaert, Rogério; Limonad, Ester. **Território: globalização e fragmentação**. [S.l.:s.n.], 1998. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000966655>. Acesso em: 12 dez. 2022.

LEORATO, Samara. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social brasileiro. **Maiêutica**, Indaial, v. 4, n. 1, p. 25-33, 2017. Disponível em: https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/SES_EaD/article/view/1814/902#. Acesso em: 30 nov. 2023.

LIMA, Daniele Sarabia; BELO, Regina Célia de Oliveira. A influência marxista no processo constitutivo do Serviço Social. **Caderno Humanidades em Perspectivas**, v. 4, n. 9-2020. Disponível em: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/humanidades/article/view/959/1273>. Acesso em: 25 nov. 2023.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 521-532, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v27n3/12.pdf. Acesso em: 30 nov. 2023.

MAGELA, Carla da Consolação; PEREIRA, Samira Bianca. **A prática do assistente social na política de saúde: a realidade do trabalho do assistente social inserido na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Vermelho Novo**. [S.l.:s.e.], 2015. Disponível em: <https://dspace.doctum.edu.br/handle/123456789/1141>. Acesso em: 20 set. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho; JR, Jarbas Barbosa da Silva. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan./mar. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S167949742013000100016&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2023.

MANGANI, Fernanda Nunes da Rosa. **Planejamento social**. Santa Maria: UFSM; CTE, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rta/article/view/134007>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MATOS, Maurílio Castro de. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p. 25-35, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5340>. Acesso em: 30 nov. 2023.

MATOS, Maurílio Castro. Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Assessoria, Consultoria e Serviço Social**. Rio de Janeiro: 7 Letras; FAPERJ, 2006. Disponível em: <http://www.books.google.com>. Acesso em: 2 dez. 2023.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriela Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. Acesso em: 2 dez. 2023.

MELO, Jonatan Ariel de; HOEPNER, Charles Machado; ALORALDO; Vanalise de Paula; GOIN, Marília. Documento de Araxá: suas contribuições para o Movimento de Reconceituação do Serviço Social Brasileiro. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 3, n. 1, 3 fev. 2013. Disponível em: https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/SES_EaD/article/view/1814. Acesso em: 18 set. 2023.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; MELO, Mariana. Continuun de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, v. 32, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4nFqGgLGQ5wL5wHGjtJfntNS>. Acesso em: 18 set. 2023.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 447-448, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/65QpBZwZKrnzZwDRXYQHQRn>. Acesso em: 30 nov. 2023.

MENEZES, Debora Holanda Leite. A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais. JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5. **Anais [...]**. São Luís, Maranhão, 2011. Disponível em: https://www.joinpp2013.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_POLITICA_DE_SAUDE_BRASILEIRA_OS_IMPACTOS_DA_DECADA_DE_90_AOS_DIAS_ATUAIS.pdf. Acesso em: 30 nov. 2023.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 22-48, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/5673>. Acesso em: 18 set. 2023.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NASCIMENTO, Chrislayne Caroline dos Santos; OLIVEIRA, Carla Montefusco de. Educação Permanente e Serviço Social: apontamentos sobre a formação profissional. **Temporalis**, v. 16, n. 31, p. 133-166. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/12321/10103>. Acesso em: 5 abr. 2023.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XXVI, n. 84.

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, p. 143-163, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/GhVdbyXB4rmF4qgcbQzhKxF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 abr. 2023.

OLIVEIRA, Taiana de; ALVES, Ismael Gonçalves. Legião Brasileira de Assistência e políticas sociais: primeiro-damismo, gênero e assistência social. **Boletim Historiar**, v. 7, n. 2, p. 16-32, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/historiar>. Acesso em: 5 abr. 2023.

OLIVEIRA, Tatiany Fernandes et al. **As inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde no Governo Bolsonaro**: implicações sobre a Estratégia Saúde da Família. [S.l.:s.d.], 2021. Disponível em: <https://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3809>. Acesso em: 18 set. 2023.

OLIVEIRA, Verônica Cristina de. **Desafios contemporâneos para o projeto ético-político do Serviço Social**: cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/20465>. Acesso em: 3 dez. 2023.

PASCHE, Dário Frederico. *et al.* Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29852>. Acesso em: 18 set. 2023

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v20n6/a08v20n6.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2023.

ROCHA, Fernanda Pinheiro. O Serviço Social no Brasil: Um debate sobre a perspectiva de intenção de ruptura e a construção de um novo perfil profissional. ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16. **Anais** [...]. UFES, Vitória- ES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22193>. Acesso em: 30 nov. 2023.

RODRIGUES, Carlos Henrique Lopes; JURGENFELD, Vanessa Follmann. O Neoliberalismo no Governo Itamar Franco: uma análise de sua política de

privatizações. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Número 60 (maio2021 - ago2021), p. 145-176, 2021. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/698>. Acesso em: 18 set. 2023.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos (org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. cap. 2, p. 28-49. Disponível em: https://www.professores.uff.br/jorge/wpcontent/uploads/sites/141/2017/10/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf. Acesso em: 30 nov. 2023.

SAIBA o que é e como funciona o orçamento secreto. **CNN Brasil**, 7 set. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/saiba-o-que-e-e-como-funciona-o-orcamento-secreto>. Acesso em: 2 dez. 2023.

SANTOS, Luzianne dos; SANTOS, Laísa Dias; SILVA, Rony Rei do Nascimento. A prática do assistente social e a importância dos instrumentos técnicos- operativo. COLÓQUIO INTERNACIONAL “EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE”, 6. **Anais [...]**. São Cristóvão- SE. 20 a 22 de setembro de 2012. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/8139>. Acesso em: 12 dez. 2022.

SILVA, Damares Lima da; SOUZA, Luiza de Trindade. Os desafios da Política Pública de Saúde com o avanço do Projeto Privatista. JORDANA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 11. **Anais [...]**. Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. 20 a 23 agosto de 2019. São Luís, Maranhão, Brasil. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_742_7425cb87bdc2f51f.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

SILVA, Ivandilson Miranda. O governo Bolsonaro, a crise política e as narrativas sobre a pandemia. **Revista brasileira de pesquisa (auto) biográfica**, v. 5, n. 16, p. 1478-1488, 2020. Disponível em: <https://www.homologacao.revistas.uneb.br/index.php/rbpab/article/view/9227>. Acesso em: 4 dez.2023.

SILVA, Jackeline Araújo. O Código de ética do/a Assistente Social e o Projeto Ético-Político: uma trajetória histórica de mudanças. SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL. **Anais [...]**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis SC. 27 a 29 de outubro de 2015. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181339/Eixo_2_97_3%20correto.pdf?sequence=1. Acesso em: 30 nov. 2023.

SILVA, Maria José da. Os projetos em disputa do direito à saúde no Brasil: reflexões a partir de Gramsci. **Libertas**, v. 21, n. 1, p. 134-148, 2021. Disponível em: <http://www.periodicoshomolog.ufjf.br>. Acesso em: 2 dez. 2023.

SILVA, Marta Maria da; LIMA, Telma, Cristiane Sasso de. Serviço social e interdisciplinaridade na atenção básica à saúde. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 113-132, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635032>. Acesso em: 16 set. 2023.

SILVA, Taciane Rosa. O processo de renovação do serviço Social mediante a autocracia burguesa. SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICAS SOCIAIS, 2. Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. **Anais [...]**. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/129460132.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2023.

SIQUEIRA, Lúcio Willian Mota. Estado Neoliberal e contrarreforma das políticas de assistência social e saúde. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 96-111, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1752>. Acesso em: 30 nov. 2023.

SIQUEIRA, Lúcio Willian Mota. Estado Neoliberal e contrarreforma das políticas de assistência social e saúde. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 96-111, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1752>. Acesso em: 15 set. 2023.

SOUSA, C. T. de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/k7maNx2767S70XHK8137.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2023.

SOUZA, Monnalys Karolaine dos Santos. **Histórico da Política de Saúde Pública no Brasil e o Processo de Mercantilização do SUS**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/8791/1/TCC%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

SOUZA, Renilson Rehem. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em: 18 jul. 2023.

STEDELI, Nilva Lúcia Rech; GUIMARÃES, Maria Cristina Soares; FERLA, Alcindo Antonio; FREIRE, Rafaela Cordeiro. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2957-2971, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7T8ZwbC4QLxDhLDDjDsjTzr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2023.

TEIXEIRA, Mary Jane Oliveira. A urgência do debate: as contrarreformas na política de saúde no governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 33-50, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19495>. Acesso em: 30 nov. 2023.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,

TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis SC – 27 e 29 de outubro de 2015. Disponível em:
https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/eixo_2_139.pdf. Acesso em: 19 set. 2023.

ANEXOS

ANEXO A – CFESS Manifesta – 14ª Conferência Nacional de Saúde



Fonte: Conselho Federal de Serviço Social (2011).

ANEXO B – CFESS Manifesta – Dia Mundial da Saúde



Fonte: Conselho Federal de Serviço Social (2017).

ANEXO C – CFESS Manifesta - Assistentes Sociais na 16ª Conferência Nacional de Saúde



CFESS Manifesta
Assistentes sociais na 16ª Conferência Nacional de Saúde
Brasília (DF), 4 a 7 de agosto de 2019
Gestão É de batalhas que se vive a vida!

CFESS
CONSELHO FEDERAL
DE SERVIÇO SOCIAL
www.cfess.org.br

PARTICIPAÇÃO POPULAR PARA O RESGATE DO SUS

A 16ª Conferência Nacional de Saúde, a 8ª + 8, com o tema Democracia e Saúde, busca retomar a perspectiva histórica e a mobilização popular presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em cujo relatório final encontram-se as seguintes propostas: 1) a concepção de saúde como resultante das condições de vida e trabalho, socialmente determinada; 2) os princípios e diretrizes do sistema de saúde, que foram discutidos e aprovados posteriormente na constituinte, como universalidade, integralidade e participação social, referendados no SUS.

Dos debates na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Constituinte, passando pela aprovação do SUS como direito de todos e dever do Estado, até os dias atuais, temos um longo caminho, com avanços e recuos que se inscrevem na disputa de projetos societários e de saúde.

A partir dos anos 1990, tivemos diversos percalços advindos de contrarformas que retiram direitos sociais, ampliam a participação do setor privado nas políticas sociais, ameaçam a universalidade da saúde e obstaculizam seu financiamento, por meio de isenção de impostos às empresas privadas e ajustes fiscais. Os ataques à saúde são profundamente ampliados a partir de 2016, com a adoção do projeto ultraneoliberal dos governos Temer e Bolsonaro. Um dos exemplos é a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que congela os gastos com saúde por 20 anos e que resultará em perdas de bilhões em recursos.

É nessa conjuntura perversa em que vivemos que precisamos reafirmar os princípios e diretrizes do SUS e apontar os desafios postos para a sua consolidação, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária dos anos 1980.

Reafirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado requer a defesa do princípio da universalidade, que supõe necessariamente refutar a chamada "cobertura universal" presente na proposta de Reforma da Saúde do Banco Mundial, que significa a defesa de um pacote básico de serviços de saúde para uma parcela da população, afastando a perspectiva da atenção básica ampla de acesso universal. Nesta proposta, 100% de cobertura seria atingida apenas por meio da maior participação do setor privado, via prestadores autônomos de saúde, a exemplo de organizações sociais ou planos de saúde.

No que tange ao modelo de atenção em saúde, é de suma importância a defesa do modelo pautado na universalidade e na integralidade. E, assim, retomar os debates sobre a atenção básica como ordenadora do sistema, com porta de

Fonte: Conselho Federal de Serviço Social (2019).

ANEXO D – CFESS Manifesta - Assistentes Sociais na 17ª Conferência Nacional de Saúde

CFESS Manifesta

Assistentes sociais na 17ª Conferência Nacional de Saúde

Brasília (DF), 2 de julho de 2023
Gestão Que Nossas Vozes Ecoem Vida-Liberdade (2023-2026)



CFESS
CONSELHO FEDERAL
DE SERVIÇO SOCIAL
www.cfess.org.br



SOU ASSISTENTE SOCIAL, LUTO PELO SUS, É DIREITO UNIVERSAL!

A 17ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Garantir Direitos, Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia!”, se configura como um importante espaço de mobilização do controle social na defesa da saúde pública brasileira. Em 2023, as discussões estarão organizadas em quatro eixos: O Brasil que temos e o Brasil que queremos; O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas; Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia; Amanhã será outro dia para todos, todas e todes.

A conferência ocorre após um longo e triste período de emergência internacional de saúde pública em face da Covid-19, quando vivenciamos um contexto de crise sanitária que assolou o Brasil e o mundo, trazendo impactos significativos na vida da população. Até março de 2023, no Brasil, 700 mil pessoas morreram contaminadas pelo vírus SARS-CoV-2. Nesse mesmo período, vivenciamos a negação da ciência, atitudes presidenciais de deboche, que zombavam das pessoas adoecidas e mortas pelo vírus, além do atraso sem explicações na contratação e distribuição das vacinas. Isso revela que, durante os últimos anos, os ataques ao SUS e à classe trabalhadora foram intensificados por uma política de morte conduzida pelo (des)governo Bolsonaro (2019-2022), no escopo de um projeto neoconservador e fascista, que alimenta a estrutura do grande capital.

Foram anos de intensos e cruéis ataques ao controle social. O governo Bolsonaro, por meio do Decreto Presi-

dencial nº 9.759/2019, extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, incluindo Conselhos de Políticas Públicas e de Defesa de Direitos. A extinção e o esvaziamento de uma grande parte desses conselhos e comitês nacionais, durante esse período, reduziu a participação da sociedade civil, contribuindo significativamente para o avanço de pautas conservadoras e o desmonte de políticas sociais essenciais à vida da população brasileira. Colegiados como o Conselho Nacional de Saúde permaneceram em atividade, em virtude de respaldo legal e/ou ações de resistência e articulação política entre os conselhos.

Mas com muita luta e esperança, o “Amanhã vai ser outro dia!”

O Brasil que temos em 2022, por meio de uma frente ampla no campo democrático, derrotou o fascismo nas urnas nas eleições presidenciais, e agora seguimos para derrotá-lo nas ruas, reafirmando a defesa da saúde pública, na perspectiva da direção política construída pela Reforma Sanitária dos anos de 1980, movimento estratégico na politização da saúde e no aprofundamento da consciência sanitária. Nessa mesma direção, também no marco histórico da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), reafirmamos a luta pelo fortalecimento dos princípios do SUS, como universalidade, integralidade e participação social. Constituem vitórias da mobilização popular a recente criação do Departamento de Saúde Mental, o



Fonte: Conselho Federal de Serviço Social (2023).