

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS A. C. SIMÕES
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

IRIS LETICIA SOARES VIEIRA

**A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE
BRASILEIRA NO CONTEXTO NEOLIBERAL**

Maceió-AL
2025

IRIS LETICIA SOARES VIEIRA

**A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE
BRASILEIRA NO CONTEXTO NEOLIBERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Federal de Alagoas, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharelado/Licenciatura em Serviço
Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Milena da Silva
Santos.

Maceió-AL

2025

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

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

V658a Vieira, Iris Leticia Soares.

A atuação do/a assistente social na política de saúde brasileira no contexto neoliberal / Iris Leticia Soares Vieir. – 2025.
75 f.

Orientadora: Milena da Silva Santos.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social: bacharelado) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2025.

Bibliografia: f. 71-75.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Assistentes sociais. 3. Política de saúde. 4. Neoliberalismo. 5. Direitos sociais. I. Título.

CDU: 364.442.2(81)



**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
IRIS LETICIA SOARES VIEIRA
Data: 14/05/2025 14:17:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DISCENTE: Iris Letícia Soares Vieira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 07 de maio de 2025

**Título: A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA
NO CONTEXTO NEOLIBERAL.**

BANCA EXAMINADORA:



Documento assinado digitalmente
MILENA DA SILVA SANTOS
Data: 12/05/2025 20:08:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora Dra. Milena da Silva Santos (orientadora)



Documento assinado digitalmente
ANDREA PACHECO DE MESQUITA
Data: 14/05/2025 08:40:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora Dra. Andréa Pacheco de Mesquita



Documento assinado digitalmente
MARIA ALCINA TERTO LINS
Data: 12/05/2025 20:30:48-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora Dra. Maria Alcina Terto Lins

Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Campus AC. Simões, BR 104 Norte – Km 96,7 – Tabuleiro do Martins – 57072-970 – Maceió-AL.
Telefone: (82) 3214-1232 – E-mail: coord.tcc@fssso.ufal.br – Home Page: www.fssso.ufal.br

À minha mãe, minha irmã e meu pai, que sonharam junto comigo e foram a minha maior fonte de incentivo. Nós conseguimos! Cada conquista minha é dedicada ao amor e ao apoio incondicional que vocês sempre me deram.

AGRADECIMENTOS

A graduação em Serviço Social não foi apenas um sonho individual, mas um sonho compartilhado. Ao longo dessa jornada, muitas pessoas estiveram ao meu lado, oferecendo apoio e torcendo para que eu alcançasse esse objetivo. Deixar tudo para trás e me mudar para uma nova cidade em busca desse sonho foi um grande desafio. Mas isso só foi possível graças a Deus, ao apoio da minha família e de pessoas que se tornaram meu lar enquanto eu estava longe de casa. Agradeço de coração a cada um que esteve ao meu lado nos momentos mais desafiadores, oferecendo acolhimento, orações e incentivo. Saibam que essa conquista é de vocês também.

Aos meus pais, Josilene e Sandro, que me deram a vida e sempre fizeram o possível e o impossível para que eu alcançasse meus objetivos. Obrigada por todo amor, carinho, atenção e dedicação. Sem vocês, nada disso teria sentido.

À minha irmã, Myriam, meu espelho e minha amiga de todas as horas. Obrigada por ter sido meu porto seguro em todos esses anos de graduação. Obrigada por sempre apoiar meus sonhos e por acreditar em mim quando nem eu mesma acredito. Se estou aqui hoje, é porque você fez parte de todo esse processo.

Aos meus avós, Marilene e Josoaldo, que mesmo sem saber, me ensinaram muito sobre a vida: ter muito é ter pessoas que te amam, apoiam e torcem pela sua felicidade. Obrigada por sempre me receberem com um sorriso no rosto.

Ao Tyciano, meu cunhado, que se tornou meu segundo irmão, obrigada por todas as conversas sobre a vida, o futuro e o que realmente importa. Você me ajudou muito nesse processo.

À minha melhor amiga, Eduarda, que embarcou nessa jornada comigo e passou por todo o processo, desde a entrada na faculdade até a finalização do curso. Amiga, ao longo desses seis longos anos, nós amadurecemos juntas. Obrigada por todos os almoços, jantares, idas à praia, à igreja e ao shopping. Obrigada por todos os choros, abraços e doces inesperados na portaria do meu condomínio. Você realmente me ofereceu aquilo que o dinheiro não compra. Obrigada por tudo.

À Carlyanne e Vitória, minhas companheiras de graduação, vocês tornaram todo esse processo mais leve. Obrigada por todos os trabalhos, seminários, lanches e conversas no corredor. Levarei vocês para a vida!

Ao Emerson, que sempre me apoiou e incentivou durante todo esse processo. Obrigada por sempre estar disposto a me ouvir e por todos os: “você consegue”, “não desista” e “você é incrível”. Isso significa muito para mim, mesmo de longe, você sempre se fez presente.

À Daysianne e Laura, minhas amigas de infância que estiveram comigo em todas as fases da minha vida. Obrigada por sempre torcerem pela minha felicidade e por tornarem os meus sonhos, sonhos de vocês também.

À Milena Santos, minha orientadora, a quem admiro muito. Obrigada por todo o cuidado, paciência e pelas contribuições que fizeram a diferença na escrita deste trabalho. Aprendi muito com suas orientações.

À Edênia Moreira, minha supervisora de estágio e referência de profissional, sou imensamente grata. Iniciei a graduação por sua influência e, por um acaso do destino, tive a oportunidade de vivenciar a experiência de estágio ao seu lado. Obrigada por todas as explicações, preocupações, cuidados e ensinamentos. Com você, pude perceber a verdadeira masterização do que estudei em sala de aula e compreender que, de fato, na prática a teoria não é outra.

Ao PET Conexões de Saberes Serviço Social, o grupo que tem meu coração e que me presenteou com amigos para a vida toda, em especial Alane, Eduarda, Juliane, Juan, Lilian, Patrícia, Samara e Sarah. Agradeço por todos os momentos que compartilhamos, sempre foram repletos de boas risadas. Vocês tornaram esse processo muito mais leve e agradável.

Por fim, à Andréa Pacheco, tutora do PET Conexões de Saberes Serviço Social. Professora, obrigada por todas as trocas que tivemos ao longo desses anos de PET. Aprendi muito com você, e suas orientações foram fundamentais para meu desenvolvimento.

RESUMO

O trabalho aborda a atuação do/a assistente social na política de saúde brasileira, especialmente no contexto neoliberal. Tem como finalidade compreender os desafios enfrentados por esses/as profissionais, destacando a importância de seu papel na promoção da saúde e na defesa dos direitos sociais. A pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa, com um percurso metodológico baseado na revisão bibliográfica e documental, que permite uma análise crítica das transformações na política de saúde no Brasil e de suas implicações para o Serviço Social. Os resultados evidenciam que, embora a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sido um marco importante, as pressões do neoliberalismo têm gerado desafios significativos, como o desfinanciamento e a fragmentação do acesso aos serviços de saúde. Isso impacta a qualidade do atendimento e a prática profissional dos/as assistentes sociais, que se veem diante de dilemas éticos e de uma crescente burocratização. As conclusões ressaltam a necessidade de uma formação crítica e contínua para esses/as profissionais, enfatizando a importância da mobilização social e do controle social na defesa de um sistema de saúde público e universal.

Palavras-chave: assistente social; política de saúde; neoliberalismo; SUS; direitos sociais.

ABSTRACT

The work addresses the role of social workers in Brazilian health policy, especially in the neoliberal context. Its purpose is to understand the challenges faced by these professionals, highlighting the importance of their role in promoting health and defending social rights. The research employs a qualitative approach, with a methodological path based on bibliographic and documentary review, allowing for a critical analysis of the transformations in health policy in Brazil and their implications for Social Work. The results show that, although the creation of the Unified Health System (SUS) was an important milestone, the pressures of neoliberalism have generated significant challenges, such as underfunding and fragmentation of access to health services. This impacts the quality of care and the professional practice of social workers, who face ethical dilemmas and increasing bureaucratization. The conclusions emphasize the need for critical and continuous training for these professionals, stressing the importance of social mobilization and social control in defending a public and universal health system.

Keywords: social worker; health policy; neoliberalism; SUS; social rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais
CBCISS	Universidade Federal de Alagoas
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC29	Emenda Constitucional nº 29
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
ICMS	Circulação de Mercadorias e Serviços
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NOB - SUS	Norma Operacional Básica do SUS
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
Suds	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TDF	Tratamento Fora Domicílio
UBS	Unidade Básica de saúde
Ufal	Universidade Federal de Alagoas

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

R\$ Reais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE NO BRASIL	17
2.1 Histórico da política de saúde brasileira	17
2.2 Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes	28
2.3 A política de saúde na contemporaneidade: repercussões do neoliberalismo ...	39
3 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: desafios do cotidiano profissional diante do neoliberalismo	51
3.1 A atuação do/a assistente social na política de saúde	51
3.2 Dilemas do cotidiano profissional: os desafios na relação do projeto ético-político diante do contexto neoliberal.....	59
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	71

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental garantido pelo Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece a responsabilidade do Estado em assegurar acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Este avanço foi produto de intensas mobilizações sociais, que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988). No entanto, desde a década de 1990, o cenário neoliberal tem imposto uma série de desafios que fragmentam essa conquista. O SUS, idealizado com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, enfrenta um processo de desfinanciamento e privatização que compromete sua capacidade de atender às necessidades da população.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (2010), a implementação do SUS, embora tenha representado um marco na luta pela saúde pública, revela-se vulnerável em um contexto no qual as políticas neoliberais priorizam a lógica de mercado em detrimento do bem-estar social. Essa fragmentação da saúde pública não apenas desafia a manutenção dos direitos conquistados, mas também perpetua desigualdades, uma vez que, nesse novo cenário, o Estado busca apenas assegurar um mínimo de atendimento àqueles/as que não têm condições de pagar, enquanto o setor privado fica responsável por atender quem pode pagar. As principais propostas deste modelo incluem: o foco em atender populações vulneráveis por meio de um pacote básico de saúde; o aumento da privatização; o incentivo ao seguro privado; a descentralização dos serviços em nível local; e a eliminação da vinculação das fontes de financiamento.

De acordo com o Portal da Transparência, em 2024, o orçamento público do Brasil totalizou R\$ 5,43 trilhões. Deste montante, 61% foi destinado ao pagamento da dívida interna, evidenciando uma prioridade fiscal que compromete a capacidade do governo de investir em áreas essenciais. Apenas 39% do orçamento foi alocado para setores fundamentais como saúde, educação, assistência social, previdência e trabalho. Dentro desse percentual de 39%, quase metade dos recursos foram direcionados à previdência social, o que significa que a saúde recebeu apenas cerca de 4,07% do orçamento total. Essa porcentagem é preocupante, especialmente considerando os desafios enfrentados pelo SUS.

Nobre e Faria (2023) afirmam que a falta de investimentos no SUS levanta

preocupações sobre a capacidade do SUS de atender às crescentes demandas da população. Apesar do aumento das necessidades de financiamento, o orçamento da saúde não acompanhou esse crescimento, havendo, assim, uma alocação inadequada de recursos. Para cada R\$ 5,00 destinados ao orçamento da saúde, apenas R\$ 1,00 é direcionado a despesas não-obrigatórias, e a maior parte do orçamento é comprometida com a assistência hospitalar e ambulatorial, enquanto a atenção básica, que é fundamental para a saúde preventiva, ainda precisa de mais investimentos.

A pandemia de COVID-19 (2020-2023) gerou grande impacto no orçamento da saúde no Brasil. Enquanto os gastos emergenciais elevaram temporariamente a participação da saúde no orçamento federal para cerca de 5,68% em 2020 e 6,74% em 2021, essa taxa caiu para cerca de 5,26% em 2023, retornando a níveis anteriores à pandemia. Apesar de um aumento nominal no orçamento de 2023, esse valor ainda é 37,4% menor que a média dos últimos nove anos. A realocação de recursos durante a pandemia também prejudicou outras áreas da saúde, indicando a necessidade urgente de reavaliar as prioridades orçamentárias para garantir um atendimento adequado à população, especialmente em um cenário pós-COVID (Nobre; Faria, 2023).

Somado a isso, o cenário é agravado pelas desonerações fiscais, que aumentaram significativamente nos últimos anos, direcionando recursos para despesas médicas privadas e não para o fortalecimento do SUS. Portanto, a estagnação do orçamento da saúde, somada à má alocação de recursos, problematiza a sustentabilidade e a eficácia do sistema em atender à população de maneira adequada (Nobre; Faria, 2023).

É importante destacar que o/a profissional de Serviço Social atua no processo de formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas sociais, viabilizando direitos. Portanto, se há obstáculos à efetividade dessas políticas, também surgem desafios no exercício da profissão. O Cress (2010) enfatiza que a nova configuração da política de saúde impacta no trabalho dos/as assistentes sociais em várias áreas, incluindo as condições de trabalho, a formação profissional, as influências teóricas, o aumento da demanda por serviços e a interação com outros/as profissionais e movimentos sociais. O trabalho torna-se mais precarizado, e os/as assistentes sociais são convocados a amenizar a situação de pobreza extrema enfrentada pela classe trabalhadora.

A escolha do tema "A atuação do/a assistente social na política de saúde brasileira no contexto neoliberal" para este estudo se justifica pela necessidade de compreender os desafios enfrentados por esses/as profissionais na área da saúde diante da ofensiva neoliberal. A motivação para essa pesquisa originou-se a partir da experiência de estágio obrigatório em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no Bairro José Tenório de Albuquerque Lins, em Maceió, Alagoas. Durante esse estágio, pudemos vivenciar de perto as dificuldades enfrentadas pelos/as assistentes sociais, observando como essas questões impactam diretamente seu trabalho.

Nesse sentido, nossa pesquisa se propôs analisar como a atuação dos/as assistentes sociais se manifesta na política de saúde brasileira, considerando os desafios impostos pelo neoliberalismo e os dilemas éticos que afetam a prática profissional. Destaca-se a importância do compromisso ético-político dos/as assistentes sociais em promover um atendimento integral e humanizado, que respeite os direitos dos/as usuários/as e considere suas condições socioeconômicas (Brasil, 2012). Para alcançar esse objetivo geral, os objetivos específicos foram: evidenciar o histórico da política de saúde no Brasil; analisar a estruturação e os princípios e diretrizes do SUS; identificar os desafios contemporâneos enfrentados pela política de saúde, diante do contexto neoliberal; e refletir acerca da atuação dos/as assistentes sociais na política de saúde.

A pesquisa foi estruturada em uma abordagem qualitativa, utilizando o método dialético. Segundo Minayo (2002), a pesquisa qualitativa concentra-se em questões específicas e investiga aspectos das ciências sociais que não podem ser quantificados. Essa abordagem explora um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, abordando dimensões mais profundas das relações e fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis simples. Sobre o método dialético, a autora afirma que ele busca entender o sistema de relações que molda o conhecimento sobre o mundo, considerando as representações sociais que expressam esses significados. A dialética vê a relação entre quantidade e qualidade como fundamental para a análise de fatos e fenômenos, procurando compreender como as partes se inter-relacionaram com o todo e como a interioridade e exterioridade são essenciais para a compreensão dos fenômenos.

A coleta de dados foi realizada por meio de um exame bibliográfico e documental, utilizando documentos legais, artigos acadêmicos e capítulos de livros

que discutem a temática. Nossos estudos serviram como base para entender como a saúde foi concebida no Brasil, as transformações pelas quais passou ao longo dos anos e como essas mudanças impactam a atuação dos/as assistentes sociais. Os critérios de inclusão focaram em estudos e documentos que abordam assuntos relevantes para alcançar o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa. Já os critérios de exclusão foram estabelecidos para afastar trabalhos que não se alinharam com essa perspectiva ou que não trataram de questões pertinentes. Entre textos utilizados na pesquisa estão alguns das seguintes autorias: Baptista (2007), Behring (2010), Bravo (2006), Bravo e Matos (2004), Cfess (2010), Matta (2007), Netto (2006), Salvador (2009) e Vasconcelos (2003).

Este trabalho está organizado em duas partes principais, que correspondem às seções 2 e 3, cada uma abordando aspectos fundamentais da política de saúde no Brasil e a atuação do/a assistente social. A seção 2, intitulada "A Política Social de Saúde no Brasil", é subdividida em três itens. O primeiro item, "Histórico da política de saúde brasileira", apresenta uma análise da evolução histórica da política de saúde no país, destacando os principais marcos e transformações que moldaram a política de saúde ao longo do tempo. O segundo, "Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes", examina os fundamentos do SUS, abordando seus princípios e diretrizes, que são essenciais para a garantia do direito à saúde. Por fim, o terceiro item, "A política de saúde na contemporaneidade: repercussões do neoliberalismo", discute as implicações das políticas neoliberais na saúde pública, exibindo os desafios para a efetivação do SUS.

Já a terceira seção, intitulada "O Serviço Social na Política de Saúde: desafios do cotidiano profissional diante do neoliberalismo", é composta por dois itens. O primeiro item, "A atuação do/a assistente social na política de saúde", analisa o papel dos/as assistentes sociais dentro do SUS, explorando suas funções e contribuições para a promoção da saúde e defesa dos direitos sociais. O segundo item, "Dilemas do cotidiano profissional: os desafios na relação do projeto ético-político diante do contexto neoliberal", aborda os desafios enfrentados pelos/as assistentes sociais em sua prática diária, refletindo sobre as tensões entre o projeto ético-político da profissão e as exigências impostas pelo contexto neoliberal.

A relevância desta pesquisa se destaca em diversos aspectos. Primeiro, ao abordar a atuação do/a assistente social, o estudo enfatiza a importância desse/a profissional na promoção da saúde e na defesa dos direitos sociais, contribuindo para

uma ação integral que considera as condições socioeconômicas dos/as usuários/as. Em segundo lugar, a análise crítica das políticas de saúde sob a ótica neoliberal permite compreender como essas transformações impactam a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde, trazendo à tona a complexidade da saúde pública no Brasil. Além disso, a pesquisa fomenta a reflexão sobre a participação da sociedade civil na gestão do SUS, ressaltando a importância do controle social como um instrumento que busca atender às necessidades da população de maneira adequada.

2 A POLÍTICA SOCIAL DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, analisaremos a evolução da política de saúde no Brasil, com foco no SUS. Começaremos com um histórico que traça o percurso das transformações na saúde pública, destacando os marcos legais que levaram à sua criação. Em seguida, discutiremos os princípios e diretrizes fundamentais do SUS, como a universalidade, equidade e integralidade, essenciais para garantir o acesso à saúde como um direito de todos/as.

A partir dessa base, o capítulo explorará os desafios contemporâneos enfrentados pelo SUS, especialmente no contexto do neoliberalismo, que tem promovido a desresponsabilização do Estado em relação à saúde e incentivado a privatização dos serviços. Essa análise permitirá refletir sobre as consequências dessa política para a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde no Brasil, além de ressaltar a importância da participação da sociedade civil na defesa do SUS como um patrimônio público.

2.1 Histórico da política de saúde brasileira

Devido à consolidação do capitalismo, impulsionado pela Revolução Industrial no século XIX, observa-se o desenvolvimento do chamado Estado moderno, pautado por princípios como liberdade, igualdade e solidariedade. Esses valores, amplamente difundidos, serviram de base para a constituição de sociedades na qual, formalmente, todos os indivíduos são reconhecidos como cidadãos/ãs, iguais perante a lei. No entanto, essa igualdade jurídica não se reflete de maneira plena na realidade social (Fleury; Ouverney, 2008).

É importante ressaltar o conceito de cidadania, pois ele é central para entender o desenvolvimento dos sistemas de proteção social. A cidadania, entendida como um status concedido a integrantes de uma comunidade política (Marshall, 1967 *apud* Fleury; Ouverney, 2008), engloba um conjunto de direitos e deveres que ultrapassam a esfera individual. A construção histórica da cidadania ocorreu em paralelo com as transformações socioeconômicas e políticas da modernidade, marcadas pela

expansão do capitalismo e pela formação dos Estados nacionais (Fleury; Ouverney, 2008). Assim sendo,

A relação de poder entre os indivíduos e o Estado representou uma grande transformação na estrutura social da modernidade. De um lado, um Estado que atua por procedimentos racionais e legais e que funda seu poder nos indivíduos constituídos como cidadãos. A existência de uma burocracia de carreira, que não deve favores ao soberano, é condição imprescindível para que todos os indivíduos sejam tratados da mesma maneira diante do poder político, da lei, ou seja, é a garantia da existência da cidadania. De outro lado, só os cidadãos podem garantir e assegurar a legitimidade do exercício do poder político (Fleury; Ouverney, 2008, p. 27).

No entanto, a realidade revela que o sistema capitalista produz desigualdades sociais estruturais, originadas do movimento de concentração de riqueza pela burguesia, que explora e subordina a classe trabalhadora. Essa dinâmica torna a desigualdade social não apenas uma consequência, mas um elemento fundamental do capitalismo, marcado pela coexistência de ricos e pobres. A acumulação de capital por uma classe implica necessariamente na marginalização e despossessão de outra. José Paulo Netto (2001), fundamentado nas ideias de Karl Marx, ressalta que essa lógica é o que caracteriza a "lei geral de acumulação capitalista", na qual a produção de riqueza para uma minoria depende diretamente da produção de pobreza para a maioria.

Isso ocorre porque o aumento de riqueza nas mãos da classe dominante só é possível através da exploração da força de trabalho. Diante disso surgem as "[...] manifestações imediatas da 'questão social' (forte desigualdade, desemprego, fome, doenças, penúria, desamparo frente a conjunturas econômicas adversas etc.)" (Netto, 2001, p. 43-44). Nesse aspecto,

O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a 'questão social' - diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da 'questão social'; esta não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante. A 'questão social' é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Não se suprime a primeira conservando-se o segundo (Netto, 2001, p. 45).

Sendo assim, no século XIX, com a industrialização e o crescimento das expressões da questão social, a mobilização da classe trabalhadora por melhores condições de vida e trabalho tornou-se cada vez mais intensa. Nesse sentido, o capitalismo precisou adotar estratégias para preservar e expandir sua ordem. Foi quando o Estado passou a responder às pressões sociais e econômicas, para oferecer liberdades civis, participação política e políticas sociais. A política social evoluiu para

se tornar um conjunto de direitos garantidores da cidadania, estabelecendo sistemas nacionais que oferecem serviços em saúde, educação, assistência e previdência, resultando no desenvolvimento do Estado de bem-estar social¹. No entanto, a institucionalização desses direitos variou conforme o contexto histórico e cultural de cada sociedade (Fleury; Ouverney, 2008).

À vista disso refletimos que a criação de mecanismos de políticas sociais não foi uma concessão plena de direitos, mas uma resposta estratégica. Ao oferecer soluções paliativas, como seguridade social e benefícios limitados, o sistema capitalista visa conter a insatisfação da classe trabalhadora, garantindo a manutenção de uma força de trabalho estável, produtiva e consumidora sem comprometer os interesses da elite econômica. Dessa forma, esses mecanismos servem mais como formas de controle do que como uma verdadeira garantia de direitos, assegurando que a mão de obra continue subordinada ao sistema.

Para Fleury e Ouverney (2008), os sistemas de proteção social são divididos em três modalidades: assistência social, seguro social e seguridade social. O modelo de assistência social, conhecido como residual, surge em contextos que valorizam o mercado autorregulável e limitam o papel do Estado; já as ações assistenciais são temporárias e compensatórias, voltadas para aqueles/as que não conseguem se sustentar no mercado, e frequentemente são condicionadas à prova de carência. O seguro social, inspirado no modelo de Bismarck², está ligado ao mercado formal e

¹ O Estado de bem-estar social, conforme discutido por Sérgio Lessa (2013), foi realizado pós a Segunda Guerra Mundial, entre as décadas de 1940 e 1970, em um contexto de reconstrução social e econômica. Este período foi marcado por um forte crescimento econômico e pela implementação de políticas que buscavam garantir direitos sociais, como saúde, educação e seguridade social, especialmente em países da Europa Ocidental. Influenciado por ideias keynesianas, o Estado de bem-estar promovia a intervenção do Estado na economia, visando assegurar o bem-estar da população e a estabilidade econômica. Na Alemanha, as políticas de bem-estar social foram parte da reconstrução pós-guerra, enquanto na União Soviética, o modelo era mais centralizado, com o Estado assumindo a responsabilidade pela saúde e emprego. Além disso, o surgimento de movimentos sociais durante esse tempo refletiu uma crescente conscientização sobre as necessidades sociais. É importante ressaltar, porém, que o Estado de bem-estar social se manifestou apenas durante esse período específico e em alguns países europeus e nos Estados Unidos, não se consolidando de forma abrangente em todas as nações.

² O chamado modelo bismarckiano é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os/as trabalhadores/as, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada; quanto ao financiamento, os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários; em relação à gestão, teoricamente (e originalmente), cada benefício é organizado em Caixas, que são geridas pelo Estado, com participação dos contribuintes, ou seja, empregadores e empregados (Boschetti, 2003 *apud* Boschetti, 2009, p. 2).

depende de contribuições, no qual os direitos estão atrelados à ocupação. Já a seguridade social, como no modelo de Beveridge³, oferece cobertura universal e direitos garantidos pelo Estado, assegurando uma "cidadania universal".

Atualmente, no Brasil, o modelo de proteção social é baseado na seguridade social, que engloba previdência social, saúde e assistência social, cada uma com orçamento próprio, conforme definido pela Constituição Federal, no artigo nº 194. Essa estrutura visa garantir os direitos relativos a essas áreas com recursos específicos (Piana, 2009). No entanto, características do seguro social ainda predominam no sistema previdenciário, enquanto a assistência social se manifesta em programas voltados a grupos vulneráveis.

A política social abrange ações destinadas à proteção e promoção do bem-estar da população, envolvendo tanto iniciativas governamentais quanto de outros grupos sociais. Suas áreas de atuação incluem saúde, previdência, assistência social, educação e habitação, buscando reduzir vulnerabilidades e promover igualdade e cidadania. Essas políticas se materializam por meio de estratégias e instrumentos que atuam diretamente na realidade social, guiadas por valores, embora os resultados nem sempre coincidam com os objetivos iniciais (Fleury; Ouverney, 2008).

No contexto da saúde, como parte das políticas sociais, o Estado define normas, regula serviços, aloca recursos e controla insumos, enquanto a sociedade contribui com impostos e atitudes que afetam a saúde coletiva, como hábitos alimentares e preventivos (Fleury; Ouverney, 2008). Nos países centrais, como Noruega, Dinamarca e Suécia, a assistência à saúde passou a ser assumida pelo Estado com o avanço da industrialização no final do século XIX e início do século XX. Esse contexto impulsionou o desenvolvimento da medicina social e, com a consolidação do Estado de bem-estar social, a intervenção estatal foi ampliada, culminando na criação de sistemas nacionais de saúde (Bravo, 2006).

De acordo com Baptista (2007), a história das políticas de saúde no Brasil está diretamente vinculada ao processo de formação do Estado brasileiro. Até 1808, os cuidados de saúde eram praticados informalmente, sem regulamentação. Grupos

³ No sistema beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos/as os/as cidadãos/ãs incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos/as em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais, e a gestão é pública/estatal. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benefícios (Beveridge, 1943; Castel 1943 *apud* Boschetti, 2009, p. 2-3).

como indígenas, negros/as escravizados/as e imigrantes europeus possuíam práticas próprias de tratamento, com curandeiros/as e pajés atuando junto a médicos/as europeus e religiosos/as que traziam um conhecimento formal. A chegada da família real, em 1808, foi um marco na institucionalização da saúde, com a criação da primeira faculdade de medicina, em Salvador.

A regulamentação da medicina resultou em uma progressiva substituição das práticas populares e religiosas, particularmente nos hospitais. Em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Após a Proclamação da República, em 1889, e o fortalecimento da economia cafeeira, as políticas de saúde ganharam maior destaque. O Estado passou a adotar medidas para controlar epidemias que afetavam os/as trabalhadores/as. Em 1900, o Instituto Oswaldo Cruz foi criado para conduzir pesquisas e combater doenças (Baptista, 2007).

Entre 1903 e 1904, Oswaldo Cruz conduziu reformas sanitárias no Rio de Janeiro, combatendo doenças como febre amarela, peste bubônica e varíola. Ele implementou a vacinação obrigatória, o que provocou grande resistência popular, culminando na Revolta da Vacina, em 1904. Nas décadas de 1910 e 1920, o movimento sanitarista intensificou o combate às endemias rurais, como a ancilostomíase e o mal de Chagas, promovendo o saneamento das áreas rurais. As expedições médicas revelaram as condições precárias de saúde no interior, gerando debates sobre a necessidade de uma política nacional de saúde. Contudo, apesar dos avanços em saúde pública, grande parte da população continuava sem acesso adequado à assistência médica e o direito à saúde integral ainda não era uma prioridade governamental (Baptista, 2007).

Assim sendo, é importante ressaltar que, ainda nos anos 1920, conforme Costa (1985, *apud* Baptista, 2007), o Brasil enfrentava uma crise no modelo exportador capitalista, intensificada pelas demandas dos países importadores por produtos de maior qualidade. O comércio brasileiro sofreu várias represálias devido às condições insalubres nos portos e navios, que propagavam doenças. Em resposta, o governo implementou novas ações para controlar essas doenças, tanto em saúde pública quanto em assistência médica individual.

Movimentos populares, anarquistas e comunistas pressionavam o Estado por uma atenção mais eficaz à saúde. Diante dessa pressão, em 1923, Eloy Chaves, então chefe de polícia, propôs uma lei que regulamentava a formação das Caixas de

Aposentadorias e Pensões (CAPs) para algumas categorias trabalhistas, como ferroviários/as, marítimos/as e portuários/as, que eram politicamente e financeiramente influentes (Oliveira e Teixeira, 1985 *apud* Baptista, 2007).

Através do qual os/as segurados/as das CAPs tinham acesso a benefícios como socorros médicos, medicamentos, aposentadorias e pensões para herdeiros (Baptista, 2006). Bravo (2006) destaca que o financiamento das CAPs era derivado das contribuições da União, das empresas empregadoras e dos empregados/as. Quanto à gestão, a nomeação do presidente das CAPs era feita pelo presidente da República e a administração incluía a participação paritária de patrões/oas e empregados/as, no qual os benefícios eram proporcionais às contribuições.

De acordo com Behring e Boschetti (2017), a crise de 1929 incentivou a diversificação econômica e contribuiu para a Revolução de 1930, que trouxe reformas sociais e trabalhistas importantes, incluindo a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Antes de 1930, apenas os/as ferroviários/as, estivadores/as e marítimos/as estavam vinculados às CAPs os demais trabalhadores/as só conseguiram essa vinculação com os IAPs após 1930.

A partir da década de 1930, o Brasil vivenciou grandes transformações, incluindo a industrialização e a redefinição do papel do Estado. Nesse contexto, emergiram políticas sociais mais estruturadas para enfrentar problemas sociais e de saúde, respondendo à crescente urbanização e ao aumento da massa trabalhadora em condições precárias. Nesse aspecto, Bravo (2006) afirma que as políticas sociais implementadas buscavam responder às expressões da “questão social” de forma orgânica e sistemática. Já a saúde necessitava ter uma forma de intervenção mais sofisticada, enquanto questão política, através da

[...] intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (Bravo, 2006, p. 3-4).

A partir da década de 1950, grandes hospitais foram construídos e houve uma especialização dos/as profissionais de saúde. Diferente do modelo de Estado de bem-estar social dos países desenvolvidos, o Brasil⁴ focou no desenvolvimento econômico

⁴ Nos países pobres periféricos não existe o *Welfare State* nem um pleno keynesianismo em política. Devido à profunda desigualdade de classes, as políticas sociais não são de acesso universal,

como meio de melhorar a saúde pública, relacionando pobreza, doença e subdesenvolvimento. Esse contexto levou à criação do Ministério da Saúde, em 1953, e à reorganização dos serviços de controle de endemias, estabelecendo um sistema de saúde dividido entre a saúde pública, voltada à prevenção de doenças transmissíveis, e a saúde previdenciária, destinada ao tratamento curativo dos/as trabalhadores/as segurados/as. Essas mudanças começaram a mobilizar recursos e moldar um sistema de saúde mais robusto no país (Baptista, 2007).

Nesse sentido, entre 1945 e 1950, a política de saúde se consolidou. No entanto, de 1945 a 1964, apesar de alguns períodos com mais investimentos em saúde pública (notadamente em 1950, 1956 e 1963), a população ainda sofria com altas taxas de doenças infecciosas, parasitárias e mortalidade infantil e geral. Além disso, nos anos 1950, uma rede hospitalar privada e lucrativa começou a se desenvolver, impulsionando a criação de empresas médicas (Bravo, 2006).

Ainda de acordo com a autora, até meados dos anos 1960, o foco principal era a saúde pública, visando criar condições sanitárias mínimas para populações urbanas e, em menor grau, rurais. A partir de 1966, a medicina previdenciária ampliou os benefícios para mais categorias de assalariados/as urbanos, antecipando suas reivindicações, sem necessariamente oferecer uma cobertura mais ampla. Entretanto, a categoria médica, alinhada aos interesses capitalistas, pressionava por mais financiamento estatal e privatização. Apesar dessas pressões, até 1964 a assistência médica previdenciária era majoritariamente fornecida pelos próprios Institutos, com pouca terceirização de serviços médicos. Essa situação mudou bastante após o regime instaurado em 1964 (Bravo, 2006).

Baptista (2007) destaca que durante o período desenvolvimentista⁵, o modelo político de saúde manteve-se dividido entre ações e serviços de saúde pública, voltados para a prevenção de doenças transmissíveis; e o sistema previdenciário, que oferecia assistência curativa apenas aos/as contribuintes e seus dependentes. O

decorrentes do fato da residência no país ou da cidadania. São políticas “categoriais”, isto é, que tem como alvo certas categorias específicas da população, como trabalhadores/as (seguros), crianças (alimentos, vacinas) desnutridas (distribuição de leite), certos tipos de doentes (hansenianos, por exemplo), através de programas criados a cada gestão governamental, segundo critérios clientelísticos e burocráticos. Na América Latina, há grande diversidade na implantação de políticas sociais, de acordo com cada país [...] (Faleiros, 1991, p.28 *apud* Piana, 2009, p. 31).

⁵ Nome dado à estratégia política de desenvolvimento adotada durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), que visava acelerar o processo de industrialização e superar a condição de subdesenvolvimento do país (Abreu, 2023).

direito à saúde integral ainda não era reconhecido para todos/as os/as brasileiros/as. No entanto, o crescimento econômico gerado pelo desenvolvimentismo trouxe riqueza e recursos que levaram a mudanças concretas nas cidades e a novas demandas para a saúde pública e o sistema previdenciário.

A partir daquele momento, a política de saúde se tornou um instrumento fundamental do Estado, não apenas pelo controle das condições de trabalho e produtos, mas também pelo volume de recursos envolvidos, abrangendo empregos, indústrias, ensino profissional, hospitais, ambulatórios e outros. Esse processo criou as bases para a expansão do sistema de saúde e a consolidação de um complexo produtivo na área (Baptista, 2007).

De acordo com Baptista (2007), foi durante a ditadura militar (1964-1985) que a política de saúde no Brasil se transformou em um modelo que favoreceu o setor privado. O regime utilizou um binômio de repressão e assistência para consolidar seu controle sobre a sociedade e suavizar tensões sociais, ao mesmo tempo em que buscava legitimar seu governo e promover a acumulação de capital (Bravo, 2006).

Diante disso, segundo Baptista (2007), o Brasil viu mudanças no sistema de saúde, com destaque para a expansão da assistência médica, o crescimento do setor privado e a inclusão de novas categorias no sistema previdenciário. A unificação dos IAPs em 1966, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), trouxe uma uniformização dos benefícios, gerando insatisfação entre contribuintes e sobrecarregando os hospitais. Tal unificação, conforme Bravo (2006), ao concentrar o poder na gestão estatal e excluir os/as trabalhadores/as da participação política, reservou-lhes apenas o papel de financiadores/as.

Com a inclusão de trabalhadores/as rurais, domésticos/as e autônomos/as, a demanda por serviços de saúde cresceu, levando o Estado a contratar serviços privados, consolidando o complexo médico-empresarial. Os gastos com saúde dobraram, focando no atendimento hospitalar, e o sistema de saúde ficou restrito aos/as segurados/as do INPS, excluindo grande parte da população (Baptista, 2007). Durante esse período, houve uma crescente medicalização da vida social, com a saúde pública enfrentando um declínio, enquanto a medicina previdenciária se expandia. Esse movimento foi uma tentativa de incorporar práticas e tecnologias capitalistas no sistema de saúde, evidenciando a transformação do setor para atender aos interesses privados e ao poder estatal, em vez de focar na ampliação e melhoria da saúde pública (Bravo, 2006).

Em meio ao regime militar de 1964, o governo enfrentou dificuldades para consolidar sua hegemonia e precisou adaptar sua relação com a sociedade civil. Entre 1974 e 1979, a política social focou em combater a “questão social” e canalizar as demandas populares. Nesse período, a política de saúde enfrentou tensões entre a expansão dos serviços, a disponibilidade de recursos, os interesses burocráticos e o movimento sanitário. Apesar das reformas, a prioridade permaneceu na Previdência Social e em ações curativas privadas, enquanto o Ministério da Saúde implementou medidas de saúde pública de forma limitada, exacerbando as contradições no sistema de saúde (Bravo, 2006).

Nos anos 1970, foram introduzidos sistemas para ampliar a cobertura, como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e o Sistema Nacional de Saúde (SNS). No entanto, essas medidas beneficiaram principalmente o setor privado, com recursos destinados ao setor hospitalar privado e deixando o sistema público subfinanciado. O movimento sanitário⁶, surgido nesse período, criticou a mercantilização da medicina e defendeu a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços e o acesso a ações preventivas e assistenciais. Essas propostas faziam parte de uma agenda mais ampla de reestruturação do Estado e promoção de uma cidadania mais inclusiva (Baptista, 2007).

Bravo (2006) pontua que naquele período, a sociedade brasileira vivenciou a transição de um regime ditatorial para um processo de democratização, enquanto enfrentava uma prolongada crise econômica. Contudo, a participação de novos/as sujeitos/as sociais, como profissionais de saúde e movimentos sanitários, foi fundamental para o debate sobre a saúde pública, tornando-a uma questão política central. Estes grupos ultrapassaram o corporativismo e passaram a defender a melhoria da saúde pública e o fortalecimento do setor. Assim sendo,

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento

⁶ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (Fiocruz, [s.d.])

efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2006, p. 09).

Podemos destacar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante ao introduzir um debate amplo sobre a saúde, envolvendo a sociedade civil e diversas entidades representativas. No qual “A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (Bravo, 2006, p. 09). Baptista (2007) argumenta que o relatório da conferência foi fundamental para influenciar a Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88 e a criação do SUS. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), criado em 1987, avançou na descentralização da saúde e no fortalecimento dos estados, preparando o caminho para o SUS, mas enfrentou controvérsias entre ministérios e resistência de prestadores/as de serviços e médicos/as autônomos/as.

Bravo (2006) enfatiza que a Constituição Federal de 1988 trouxe avanços significativos ao tentar corrigir injustiças sociais históricas, apesar da impossibilidade em universalizar os direitos devido à tradição de privatização da coisa pública pelas classes dominantes. No âmbito da saúde, a Assembleia Constituinte se tornou uma arena de disputa entre grupos empresariais e defensores da Reforma Sanitária, culminando em um texto constitucional que, em grande parte, atendeu às reivindicações do movimento sanitário e contrariou os interesses empresariais do setor hospitalar.

Nos anos 1990, a política de ajuste neoliberal⁷ redefiniu o papel do Estado no Brasil, influenciando fortemente as políticas sociais, incluindo a saúde. Bravo (2006) ainda destaca que, mesmo com os avanços proporcionados com a Constituição de 1988, o grande capital, em aliança com os grupos dirigentes, iniciou um ataque contra essas conquistas. As reformas estruturais⁸, especialmente no que tange à Previdência Social e às relações de trabalho, foram parte de uma estratégia para desmontar a proposta de Seguridade Social consagrada na Constituição. Esse desmonte foi realizado sob o pretexto de eficiência e modernização, mas, na prática, significou a

⁷ O neoliberalismo, como fenômeno distinto do liberalismo clássico, surgiu após a Segunda Guerra Mundial como uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e o modelo de bem-estar social predominante na Europa e América do Norte. O neoliberalismo ganhou força nos anos 1970, em resposta à crise econômica global, atribuindo às causas à influência excessiva dos sindicatos e do movimento operário, que supostamente minavam a acumulação capitalista (Anderson, 1995).

⁸ O conjunto de reformas será abordado no item 2.3.

transformação da seguridade social em um simples seguro, enfraquecendo sua base universalista e social.

A autora critica a chamada Reforma do Estado ou contrarreforma, que foi fundamentada na ideia de que o Estado deveria se afastar do setor produtivo e adotar um modelo gerencial. Essa reforma pregava a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade, mas, ao transferir responsabilidades sociais para o setor privado, comprometeu a função social do Estado. A proposta de criação de uma esfera pública não estatal, operando sob as leis do mercado, é um exemplo claro dessa tendência, que Bravo vê como uma desresponsabilização do Estado em relação à promoção do bem-estar social (Bravo 2006).

No campo da saúde, a afirmação da hegemonia neoliberal trouxe consequências graves: redução dos direitos sociais, aumento do desemprego estrutural, precarização do trabalho, e um desmonte progressivo dos serviços públicos de saúde e educação. Bravo (2006) argumenta que o projeto de Política de Saúde construído nos anos 1980, que visava a universalização e a integralidade do acesso à saúde através SUS, foi sistematicamente desconstruído ao longo da década de 1990. A saúde passou a ser tratada como um bem de mercado, com ênfase em parcerias com a sociedade civil e uma crescente responsabilização da mesma pelos custos da crise, evidenciada pela refilantropização dos serviços e a utilização de agentes comunitários para reduzir despesas.

Considerando as discussões apresentadas neste item, a política de saúde no Brasil passou por um longo processo de evolução, marcado por tensões entre o setor público e privado e pela busca de maior inclusão social. Contudo, foi somente com a criação do SUS que o país deu um passo fundamental rumo à universalização do acesso à saúde. No próximo item, iremos explorar os aspectos centrais do SUS, incluindo sua implantação, os princípios e as diretrizes que o fundamentam.

2.2 Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes

Conforme Paim (2007), a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, é um marco importante na garantia dos direitos sociais, destacando-se o direito à saúde, com cinco artigos específicos dedicados a essa

política. O artigo nº 196 reconhece a saúde como um direito universal e um dever do Estado, enfatizando que o governo deve implementar políticas públicas que garantam o acesso igualitário e promovam ações de prevenção de doenças (Brasil, 1988).

O artigo nº 197 complementa esse entendimento ao afirmar que as ações e serviços relacionados à saúde são considerados de interesse público. Isso significa que é responsabilidade do Poder Público regular e fiscalizar essas atividades, podendo sua execução ser realizada tanto por entidades estatais quanto por iniciativas privadas. No artigo nº 198, são delineadas diretrizes fundamentais para a organização dos serviços públicos de saúde, que devem ser estruturados de forma regionalizada e hierárquica. Este artigo destaca a importância da descentralização da gestão em diferentes níveis governamentais, garantindo um atendimento integral que prioriza a prevenção e a participação ativa da comunidade na gestão dos serviços (Brasil, 1988).

Já o artigo nº 199 abre espaço para a atuação da iniciativa privada na assistência à saúde. Por fim, o artigo nº 200 elenca diversas responsabilidades do SUS, incluindo o controle sanitário sobre produtos e serviços que impactam diretamente a saúde da população (Brasil, 1988). Assim,

Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da 'saúde como direito de todos e dever do Estado (Bravo, 1999 *apud* Bravo; Matos, 2001 *apud* Cfess, 2010).

Diante da criação do SUS constitucional, iniciou-se também o debate sobre sua regulamentação, o que culminou na promulgação da Lei nº 8.080 de 1990, que detalha os objetivos e atribuições do sistema. É importante ressaltar, conforme Baptista (2007), que o contexto político da época – o final do governo Sarney e o início do governo Collor – atrasou a aprovação completa da lei. Foram necessários 390 dias de tramitação no Congresso Nacional, resultando em uma versão aprovada com vetos presidenciais, que afetaram questões como financiamento, participação popular, e a estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Três meses depois, em resposta às lacunas deixadas pelos vetos, foi aprovada a Lei nº 8.142/90, que complementa a Lei

nº 8.080/90, especialmente no que dizia respeito ao financiamento e à participação popular. Nesse sentido,

A Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde conformaram as características do sistema público. Para atender a objetivos analíticos, é importante destacar duas delas. Em primeiro lugar, os provedores lucrativos conservaram seu papel na provisão de serviços especializados, bem como mantiveram sua autonomia para o exercício liberal da medicina. Portanto, ganharam todos: o setor privado lucrativo conservou seu papel na provisão de serviços, sem garantir exclusividade ao SUS; os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços ao SUS e ao exercício liberal da medicina; e prefeitos e governadores poderiam agradar seu eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos e ganharam, finalmente, os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de saúde de modo universal e gratuito. Estava constituída a grande coalizão de sustentação do SUS (Arretche, 2005, p. 332).

Segundo Arretche (2005), no SUS, a estrutura institucional designou ao governo federal a responsabilidade pelo financiamento e pela coordenação intergovernamental, enquanto os municípios ficaram encarregados da gestão dos programas de saúde locais. Nesse modelo, os estados assumiram o papel de apoiar os municípios, criando uma dependência dos governos locais em relação às diretrizes e transferências da União. Assim, o governo federal se tornou a principal autoridade nas decisões sobre a política nacional de saúde, centralizando o poder em um contexto em que a gestão local precisava seguir as regras estabelecidas pela União para conseguir implementar suas ações.

A partir da década de 1990, o Ministério da Saúde emergiu como a principal arena de decisão, mas isso também gerou disputas significativas com as autoridades locais sobre as regras de descentralização e o processo decisório em saúde. As discussões sobre descentralização incluíam a forma como os recursos federais seriam transferidos, se de maneira automática ou negociada, além de questões sobre para onde esses recursos seriam direcionados e como seriam avaliados os gastos locais. Por outro lado, as regras decisórias diziam respeito ao nível de participação dos governos locais na formulação de políticas. Essas disputas definiram não apenas a autoridade do Ministério da Saúde, mas também o grau de influência das administrações locais, moldando, assim, o modelo institucional de gestão da saúde no Brasil (Arretche, 2005).

Baptista (2007) enfatiza que, ao longo dos anos, a implementação do SUS enfrentou desafios, levando à necessidade de revisar e adaptar suas diretrizes frequentemente. Isso se concretizou por meio da edição de diversas portarias pelo

Ministério da Saúde e da aprovação de novas leis. O contexto político de cada período teve um papel importante, influenciando o avanço ou a estagnação da reforma. No entanto, como apontado por Matta (2007), a base legal do SUS é composta essencialmente por três documentos fundamentais citados anteriormente: a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e a Lei nº 8.142/90. Esses textos não apenas definem os princípios e diretrizes que estruturam o sistema de saúde brasileiro, mas também estabelecem uma estrutura formal que, apesar de ter sido complementada por inúmeras normatizações, decretos e portarias, permanece centrada nesses três pilares.

Matta (2007) destaca que a análise dos princípios e diretrizes do SUS é uma tarefa complexa. Isso se deve ao fato de que a Constituição Federal de 1988 não utiliza o termo "princípios", focando apenas nas diretrizes. Em contraste, a Lei nº 8.080/90 menciona tanto princípios quanto diretrizes. O artigo nº 198 da Constituição estabelece diretrizes fundamentais, como a descentralização e a participação da comunidade, enquanto a Lei nº 8.080/90 apresenta princípios que estão interligados a essas diretrizes, incluindo a universalidade de acesso e a integralidade da assistência.

Paim (2009) reforça a importância de distinguir entre esses conceitos dentro do SUS, uma vez que a confusão é frequente. Os princípios representam valores fundamentais que moldam as interações sociais e têm raízes em áreas como moral, ética e direito. Exemplos disso são a universalidade e a integralidade, que sustentam a noção de que a saúde é um direito de todos/as. As diretrizes, por sua vez, são orientações gerais que facilitam a aplicação prática desses princípios. Enquanto os princípios estabelecem a base ideológica do SUS, as diretrizes oferecem as normas e estratégias necessárias para sua implementação eficaz. As diretrizes são fundamentais para alcançar os princípios do SUS, orientando tanto o aspecto organizacional quanto o técnico do sistema.

Com a definição dos princípios e diretrizes do SUS, podemos aprofundar nossa análise sobre os fundamentos que regem este importante sistema. Iniciaremos essa discussão abordando os três princípios centrais do SUS: universalidade, equidade e integralidade. A Universalidade é o primeiro princípio a ser destacado. Este princípio estabelece que "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e

outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988, art.196).

Conforme Noronha *et al.* (2008), a noção de acesso universal na saúde implica que todas as pessoas têm o direito de acessar os serviços de saúde necessários, sem discriminação quanto à complexidade ou custo. Isso representa uma ruptura com o modelo de seguro social que dominou por muitos anos no Brasil, no qual apenas aqueles/as que contribuíam para a previdência social tinham acesso a serviços credenciados. Com o acesso universal, fatores como condições socioeconômicas e vínculos empregatícios não devem afetar o direito ao atendimento. Dessa forma, as despesas decorrentes de problemas de saúde são distribuídas de maneira equitativa entre diferentes estratos sociais, enfatizando a responsabilidade coletiva da sociedade em garantir a saúde para todos/as, independentemente de sua classe econômica.

Sobre a equidade, Matta (2007) aponta que o princípio é apresentado enquanto uma resposta às desigualdades sociais e econômicas que afetam o acesso e a gestão dos serviços de saúde no Brasil. Diferente da igualdade, que trata todos/as da mesma forma, a equidade busca atender desigualmente aqueles/as em situações desiguais, priorizando as necessidades coletivas e individuais. Embora não tenha sido mencionado nos textos fundacionais do SUS, o conceito foi gradualmente integrado às políticas públicas e à literatura acadêmica. A Constituição Federal de 1988 assegura igualdade de direitos no acesso à saúde, mas isso não é suficiente diante das diferentes realidades enfrentadas por grupos populacionais. Assim, a discussão sobre equidade deve considerar o contexto político e social, pois a distribuição de serviços de saúde é influenciada por valores e prioridades coletivas.

A definição de saúde proposta pela VIII Conferência Nacional de Saúde reconhece que ela é influenciada por fatores como alimentação, habitação e educação. Portanto, a universalidade do SUS não se limita ao acesso aos serviços, mas também abrange a garantia de condições de vida adequadas, respeitando a diversidade e a dignidade de todos/as os/as cidadãos/ãs. Dessa forma, a proposta contida no marco histórico da constituição do SUS vai além da reforma do setor saúde; é um projeto para uma sociedade mais justa e igualitária, evidenciando a necessidade de ações integradas que promovam tanto o acesso a serviços de saúde quanto melhores condições de vida (Matta, 2007).

Nesse sentido, Paim (2006) reforça que a luta contra as desigualdades em saúde envolve não apenas equidade no acesso aos serviços, mas também na

distribuição de recursos e nos resultados alcançados. Ele destaca que as desigualdades na saúde são reflexo das desigualdades sociais, o que implica que garantir acesso igualitário aos serviços de saúde não é suficiente para resolver as disparidades nas taxas de adoecimento e mortalidade entre diferentes grupos sociais. Assim, é fundamental que as políticas sociais públicas considerem as variadas necessidades de cada grupo, influenciadas por fatores como sexo, idade, raça e renda.

Por fim, temos a Integralidade. Segundo Paim (2006), o atendimento integral no SUS transcende a mera assistência médica, englobando a promoção, proteção e recuperação da saúde, com um foco especial na prevenção. As ações preventivas são essenciais para evitar doenças, acidentes e outros agravos à saúde. Elas podem ser direcionadas tanto a indivíduos, como às vacinas, quanto à coletividade, por meio de campanhas de combate ao mosquito da dengue e do controle da qualidade da água e dos alimentos. Contudo, essa ênfase,

[...] não deve prejudicar os chamados serviços assistenciais, ou seja, os que cuidam das pessoas doentes. Não sendo possível eliminar as doenças, violências e acidentes, sempre se faz necessário e inadiável assegurar o cuidado oportuno para as pessoas. O sistema de saúde tem de garantir uma assistência efetiva e de qualidade, capaz de resolver esses problemas tão logo apareçam. Esta diretriz do SUS, que busca compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, é conhecida como integralidade da atenção. Representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população de um bairro ou de uma cidade (Paim, 2006, p.33).

Diante disso, o princípio da integralidade exige que os/as trabalhadores/as da saúde sejam capacitados/as para compreender essa abordagem multidimensional. A formação deve integrar saberes teóricos e práticos, preparando os/as profissionais para lidar com a diversidade de condições que impactam a saúde das pessoas. Isso reflete uma mudança no paradigma de atenção à saúde, em que a humanização e a compreensão das realidades sociais são centrais para o cuidado (Matta, 2007). Para mais, a integralidade também implica na necessidade de articular políticas econômicas e sociais que abordem os determinantes da saúde, visando assegurar condições adequadas de saúde para a população (Noronha *et al.*, 2008).

Ao analisarmos os princípios que sustentam o SUS, fica claro o quanto essa reflexão é fundamental para entendermos a estrutura e o funcionamento de um sistema que busca promover justiça social e inclusão. A universalidade, a equidade e a integralidade não apenas guiam as práticas de saúde, mas também nos oferecem

uma visão mais ampla sobre o que significa garantir o direito à saúde no Brasil. Nesse contexto, é importante evidenciar as diretrizes que colocam esses princípios em prática. O SUS é organizado em torno de diretrizes fundamentais que guiam seu funcionamento. Entre elas, destacam-se quatro principais: descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade. Essas diretrizes trabalham em conjunto a fim de assegurar que o sistema de saúde atenda às diversas necessidades da população, promovendo um cuidado mais acessível e inclusivo.

A descentralização é uma diretriz prevista na Constituição Federal de 1988, que estabelece que o SUS deve ser organizado de maneira descentralizada, com responsabilidades distribuídas entre as esferas federal, estadual e municipal. Essa diretriz busca garantir que as decisões e ações de saúde sejam tomadas mais próximas da população, respeitando as especificidades locais. A descentralização no SUS pode ser compreendida em diferentes dimensões: política, administrativa e de serviços. Na prática, isso implica em uma distribuição de poder e recursos, onde a União transfere parte de suas responsabilidades para estados e municípios. Cada nível de governo é responsável por implementar políticas de saúde, conforme definido nas Normas Operacionais do SUS (NOB-SUS) e na Lei nº 8.080/1990, que especifica as atribuições de cada instância (Matta, 2007).

Segundo Gerschman e Viana (2005), a descentralização da saúde no Brasil, tem como principal objetivo garantir que todos/as, independentemente de onde vivem – dentro do espaço territorial brasileiro – tenham acesso a serviços de saúde de qualidade. Ela busca equilibrar as desigualdades regionais e facilitar o acesso nos níveis locais, especialmente em um país onde a pobreza e a estratificação social ainda são grandes desafios. A ideia é que estados e municípios tenham autonomia para gerenciar seu sistema de saúde, adaptando-o às necessidades específicas da população. Além disso, a descentralização promove a participação da comunidade, permitindo que as pessoas se envolvam nas decisões sobre a saúde que as afetam diretamente.

No entanto, mesmo com os avanços, ainda existem diversos desafios. Muitos municípios carecem de infraestrutura e de capacitação técnica para administrar os recursos de forma eficaz. As desigualdades regionais persistem, e o acesso aos serviços de saúde continua sendo um problema em várias áreas. Assim, a descentralização da saúde no Brasil é uma tentativa de construir um sistema mais justo e eficiente. Porém, é essencial que haja um acompanhamento constante e uma

adaptação às realidades locais para garantir que todos/as tenham seus direitos à saúde plenamente respeitados (Gerschman; Viana, 2005).

Prosseguindo com a análise das diretrizes, o artigo 8º da Lei 8080/90 determina que as ações e serviços de saúde do SUS devem ser organizados de maneira regionalizada e hierarquizada. Isso implica que os serviços são estruturados em diferentes níveis de complexidade, variando desde o atendimento básico em postos de saúde até tratamentos mais avançados em hospitais. Além disso, o SUS permite a participação da iniciativa privada para complementar os serviços disponíveis, assegurando um acesso adequado à saúde para toda a população (Brasil, 1990).

Nesse contexto, a lei enfatiza a importância de considerar perfis populacionais, indicadores epidemiológicos e condições de vida, o que permite uma identificação mais precisa das demandas locais. A regionalização é importante para adaptar as ações de saúde ao contexto particular de cada área, enquanto a hierarquização cria diferentes níveis de complexidade no atendimento, abrangendo desde a atenção primária até serviços especializados. Essa estrutura não apenas facilita o fluxo de pacientes, mas também assegura que o atendimento seja adequado às necessidades de saúde da população, promovendo a integralidade dos serviços (Noronha *et al.*, 2008).

Complementando essa perspectiva, Matta (2007) ressalta que, em situações nas quais um município não consegue atender todas as demandas de saúde, a celebração de convênios com municípios vizinhos se torna fundamental. Esses acordos possibilitam o compartilhamento de serviços e facilitam o acesso a tratamentos e atendimentos especializados, mesmo que isso exija deslocamento por parte dos/as pacientes⁹. Essa colaboração intermunicipal fortalece a rede de saúde e promove uma gestão mais integrada. Portanto, a hierarquização dos serviços não apenas organiza as diferentes complexidades do atendimento, mas também viabiliza essa cooperação entre municípios, assegurando que as necessidades de saúde sejam atendidas de forma mais eficiente. Assim, o SUS se orienta pelo princípio da integralidade, buscando oferecer um cuidado completo e acessível à população.

⁹ “O Tratamento Fora de Domicílio (TFD), é um instrumento legal que visa garantir, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o tratamento de média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem. Consiste no custeio do/a paciente e acompanhante, (se necessário e previsto na legislação), encaminhados para as Unidades de Saúde de outro município ou estado e limitado ao período estritamente necessário, observando que a continuidade de tratamento existente no município/estado deve ser avaliada pelas equipes regionais responsáveis, quanto à possibilidade de transferência para o município/estado de origem” (Sesa, 2007, p. 3).

Sobre a participação do setor privado, Machado *et al.* (2008) apontam que, quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial em uma região, o sistema pode recorrer aos serviços da iniciativa privada. Essa participação complementar deve ser formalizada por meio de contratos e convênios, respeitando as normas de direito público, princípios éticos e regulamentações dos órgãos do SUS. Assim, o SUS não se compõe apenas de serviços públicos, mas também de uma ampla rede de serviços privados, como hospitais e unidades de diagnóstico, que são financiados com recursos tributários destinados à saúde. Esse financiamento, proveniente de diversas receitas da União, estados e municípios, permite que o acesso às ações e serviços do SUS não dependa da capacidade de pagamento dos/as cidadãos/ãs.

A Lei nº 8080/90 em seu artigo nº 12, criou as comissões intersetoriais que juntam diferentes ministérios e representantes da sociedade civil. O objetivo dessas comissões é articular políticas que impactam a saúde, mesmo aquelas que não estão diretamente sob a responsabilidade do SUS. No artigo nº 13, a lei detalha algumas áreas que essas comissões vão abordar, como alimentação, saneamento, vigilância sanitária e saúde do/a trabalhador/a. É um reconhecimento de que a saúde vai além do atendimento médico; envolve um conjunto de fatores que afetam o bem-estar das pessoas (Brasil, 1990).

O Artigo 14 aborda sobre a necessidade de criar comissões permanentes que integrem os serviços de saúde e as instituições de ensino. Isso é importante para garantir que os/as profissionais de saúde recebam a formação adequada e continuada, além de promover a pesquisa e a cooperação entre as instituições. Assim, todos/as estão sempre aprendendo e se atualizando. No Artigo nº 14-A, temos as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, que servem como espaços de diálogo e negociação entre os/as gestores/as do SUS. Elas são responsáveis por decidir sobre questões operacionais e financeiras. Por fim, o Artigo nº 14-B reconhece o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) como entidades que representam os estados e municípios nas discussões sobre saúde (Brasil, 1990).

É importante ressaltar que esses mecanismos também são essenciais para organizar e regular a descentralização, diretriz mencionada anteriormente. Eles estabelecem instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa, envolvendo as três esferas de governo. Isso tudo contribui para uma

gestão mais integrada, em que as decisões são tomadas em conjunto e com a participação de todos os níveis de governo, a fim de que as necessidades da população sejam realmente atendidas (Matta, 2007).

A participação da comunidade é uma diretriz que se consolidou durante a Reforma Sanitária brasileira, no final da década de 1970. Essa participação é reconhecida como um dos pilares do SUS, sendo considerada uma condição fundamental para a construção de um sistema de saúde que atenda às necessidades da população de forma democrática e inclusiva. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define a criação de instâncias colegiadas em cada esfera de governo, com o objetivo de promover a participação social na formulação e controle das políticas de saúde. O artigo 1º da lei menciona duas instâncias principais: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (Matta, 2007).

A Conferência de Saúde é um evento que ocorre a cada quatro anos, reunindo representantes de diversos segmentos sociais. Seu propósito é avaliar a situação da saúde pública e propor diretrizes para as políticas de saúde nos diferentes níveis de governo. A convocação para a Conferência pode ser feita pelo Poder Executivo ou, em casos extraordinários, pelo Conselho de Saúde. Já o Conselho de Saúde é um órgão permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores/as de serviços, profissionais de saúde e usuários/as. Sua função é formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde, incluindo questões financeiras. As decisões tomadas por esse conselho precisam ser homologadas pelo/a chefe do poder correspondente em cada esfera do governo (Brasil, 1990).

A lei também assegura a representação dos/as usuários/as nos Conselhos e Conferências de Saúde de forma paritária em relação aos outros segmentos. Além disso, o Conass e o Conasems têm representação no Conselho Nacional de Saúde. Por fim, a organização e as normas de funcionamento das Conferências e Conselhos serão definidas por regimentos próprios, que devem ser aprovados pelo respectivo conselho (Brasil, 1990). Nesse sentido,

A participação da comunidade é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos conselhos de Saúde e pela realização das conferências de Saúde, que representam um canal

permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população (Noronha et. al., 2008, p. 368).

Sobre o papel das três esferas de governo na gestão do SUS, a Lei nº 8.080/1990 define as responsabilidades de cada uma, com a direção centralizada no Ministério da Saúde, nas secretarias estaduais e municipais. Os/as gestores/as do SUS atuam em dois âmbitos interligados: o político e o técnico. Essas interações são essenciais para a formulação e implementação de políticas de saúde, que devem ser negociadas com diferentes níveis de governo e a sociedade civil, tornando a liderança política dos/as gestores/as essencial para garantir os princípios do SUS (Noronha et al., 2008).

Noronha et al. (2008) afirma, ainda, que, no aspecto técnico, a gestão do SUS envolve funções como formulação de políticas, financiamento, regulação e prestação de serviços de saúde, organizadas em quatro macrofunções: a formulação de políticas e planejamento, que inclui diagnóstico de necessidades de saúde e elaboração de estratégias; o financiamento, que envolve alocação de recursos e gestão orçamentária; a regulação, que abrange a proposição de normas e controle de serviços; e a prestação de serviços, que se refere à execução de ações de promoção e atendimento à saúde. A regulação, por sua vez, supervisiona prestadores de serviços e sistemas de saúde, visando assegurar padrões e resultados. Cada esfera de governo exerce essas funções de maneira diferenciada, resultando em uma dinâmica complexa de competências compartilhadas e concorrentes. A descentralização e regionalização do SUS também influenciaram a distribuição de responsabilidades entre estados e municípios, refletindo a diversidade das realidades locais. Diante disso,

A Lei Orgânica da Saúde realiza o detalhamento das competências específicas dos gestores do SUS. Contudo, outros instrumentos de regulamentação, tanto em nível federal quanto estadual – especialmente portarias, resoluções e decretos – também desempenham um papel na distribuição das responsabilidades entre os/as gestores/as do SUS. De maneira geral, pode-se afirmar que os/as três gestores/as estão envolvidos/as no planejamento dos sistemas de serviços e na formulação das políticas de saúde. Além disso, cada um/uma deles/as é responsável pelo financiamento e pela realização de investimentos destinados à diminuição das desigualdades, atuando em suas respectivas esferas (com a ação dos governos federal e estaduais sendo fundamental para a redução das desigualdades regionais).

Eles/as também têm a responsabilidade de controlar e avaliar o sistema como um todo, incluindo a avaliação dos resultados em suas áreas (Noronha *et al.*, 2008).

Nesse sentido, as principais atribuições do Ministério da Saúde incluem a normalização e a coordenação geral do sistema em nível nacional, o que deve ser feito com a colaboração dos estados e municípios, aos quais o Ministério deve proporcionar apoio técnico e financeiro. Já as responsabilidades centrais dos/as gestores/as estaduais envolvem o planejamento do sistema estadual regionalizado (que abrange mais de um município) e a promoção da cooperação técnica e financeira com os municípios. Somado a isso, o/a gestor/a municipal desempenha um papel crucial na administração do sistema de saúde dentro do seu território, gerenciando e executando os serviços públicos de saúde, além de regular os/as prestadores/as privados que fazem parte do sistema. Os estados e o Ministério da Saúde limitam-se a prestar serviços públicos de saúde em caráter temporário ou em situações específicas e justificáveis (Noronha *et al.*, 2008).

A Lei nº 8142 de 1990 estabelece diretrizes para o financiamento do SUS no Brasil, determinando que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) sejam alocados para despesas do Ministério da Saúde e suas entidades, investimentos previstos na lei orçamentária, ações do Plano Quinquenal e cobertura dos serviços de saúde pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Os repasses serão automáticos e regulares, seguindo critérios da Lei nº 8.080/1990, com um mínimo de 70% dos recursos destinados aos Municípios. Para receber os recursos, é necessário que Municípios, Estados e o Distrito Federal tenham um Fundo de Saúde, um Conselho de Saúde paritário, um plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida orçamentária e uma comissão para elaboração do Plano de Carreira da Saúde. O não cumprimento desses requisitos resulta na administração dos recursos pela União. O Ministério da Saúde pode estabelecer condições para a aplicação da lei via portaria, que entra em vigor na data da publicação e revoga disposições contrárias.

Para mais, o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, regulamenta o repasse fundo a fundo, estabelecendo as diretrizes para a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde. Além disso, a transferência ocorrerá independentemente da necessidade de convênios ou outros instrumentos formais, seguindo critérios estabelecidos pelo Tesouro Nacional.

A partir do exposto, percebemos que o SUS representa uma conquista fundamental para a saúde pública no Brasil, alicerçada nos princípios de

universalidade, equidade e integralidade. Esses princípios não apenas estabelecem a base ideológica do sistema, mas também orientam suas diretrizes práticas, buscando garantir o direito à saúde para todos/as. No entanto, a implementação efetiva do SUS enfrenta uma série de desafios, especialmente em contextos de neoliberalismo e restrições orçamentárias, que podem comprometer sua capacidade de atendimento às necessidades da população. Essa realidade nos leva a refletir sobre a importância de defender e aprimorar esse sistema, garantindo que a saúde mantenha uma prioridade nas agendas políticas e sociais. No próximo item, exploraremos esses desafios, analisando como eles limitam a efetivação do SUS e a realização do direito à saúde.

2.3 A política de saúde na contemporaneidade: repercussões do neoliberalismo

A trajetória da queda do liberalismo e a ascensão do neoliberalismo estão interligadas em um contexto histórico e ideológico complexo. Segundo os estudos de Behring (2010), o liberalismo, que predominou até a crise de 1929, era a base teórica e filosófica que sustentou o processo de revolução burguesa e é baseado no conceito da "mão invisível" do mercado, introduzido por Adam Smith. Esse conceito defende a ideia de que o mercado se autorregula e regula as relações sociais, sugerindo que as ações individuais, guiadas pela busca de lucro, promovem o bem-estar geral. Nesse contexto, o papel do Estado é reduzido a funções básicas: "a defesa contra os inimigos externos; a proteção de todo o indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos e o provimento de obras públicas, que não possam ser executadas pela iniciativa privada" (Bobbio, 1988 *apud* Behring, 2010, p. 5).

Entretanto, conforme aponta Silveira (2008), a *débâcle* do liberalismo, caracterizada por uma crise de confiança em seus valores, ocorreu devido à falência tanto moral quanto funcional do sistema. O crescimento de monopólios e a precarização da classe trabalhadora geraram preocupações sobre a capacidade da sociedade de se auto-organizar, levando à demanda por uma teoria positiva do Estado que preservasse os ideais de progresso e interesse geral. Assim, a tentativa de estabelecer um mercado autorregulável acabou resultando em sua própria ruína, evidenciando que o excesso de liberalismo, e não sua falta, foi a causa do seu colapso econômico.

No contexto da crise de 1929 e da Grande Depressão, Behring (2010) informa que é criado um novo modelo econômico, representado por John Maynard Keynes, que critica a concepção de que a economia possui a capacidade de se autorregular, enfatizando que as crises de demanda são fenômenos concretos que podem resultar em desemprego e estagnação econômica. Para Keynes, a intervenção do Estado torna-se imprescindível para o estímulo da economia, especialmente em períodos de crise. Ele propõe que o governo deve adotar políticas anti-crisis cíclicas, que consistem em aumentar os gastos públicos e reduzir impostos durante períodos de recessão, para estimular a atividade econômica e evitar que a crise se aprofunde.

Após a Segunda Guerra Mundial, o keynesianismo se combina com o modelo fordista¹⁰ de produção, que prioriza a produção em massa e o consumo de massa. Esse período é marcado pela implementação de políticas sociais robustas, que buscam equilibrar os interesses dos/as trabalhadores/as e do capital, resultando no modelo de bem-estar social¹¹. As políticas sociais se tornam uma ferramenta para promover a coesão social, reduzir desigualdades e garantir direitos básicos aos/as cidadãos/ãs (Behring, 2010).

À luz das análises de Silveira (2008), em resposta ao crescente intervencionismo e à percepção de que os valores liberais estavam em declínio, foi fundada em 1947 a Sociedade de *Mont-Pèlerin* por Friedrich von Hayek e outros economistas liberais. Essa organização expressou preocupações sobre a perda da liberdade individual e a ascensão de ideais coletivistas, argumentando que a planificação econômica poderia levar ao totalitarismo. A obra de Hayek, “O Caminho da Servidão”, tornou-se um marco do pensamento neoliberal, defendendo que a intervenção estatal não apenas falhava em resolver problemas econômicos, mas também comprometia as liberdades individuais.

¹⁰ O Fordismo é um padrão de produção que se desenvolveu no contexto do capitalismo, caracterizado pela produção em massa e pela utilização da linha de montagem, que visa aumentar a eficiência e reduzir os custos de produção. Esse modelo não se restringe apenas à organização do trabalho, mas também promove um estilo de vida que busca a adesão dos trabalhadores à ideologia fordista, transformando-os em operários-massa. O Fordismo se distingue do Taylorismo por seu objetivo de hegemonia, que busca não apenas dominar a força de trabalho, mas conquistar sua adesão através de um pacto social entre capitalistas e trabalhadores, envolvendo o Estado como provedor de políticas sociais e públicas. Esse sistema teve profundas consequências para o sistema capitalista, moldando um novo tipo de organização do trabalho e um novo estilo de vida que perdura até os dias atuais (Ribeiro, 2015).

¹¹ O modelo foi abordado no item 2.1.

Assim, Behring (2010) menciona que, na década de 1960, o modelo de bem-estar social começa a enfrentar novas crises. A desaceleração econômica, as mudanças tecnológicas e a crescente insatisfação social desafiam a capacidade do Estado de manter o pleno emprego e a proteção social. As expectativas de uma sociedade próspera e igualitária começam a se desvanecer, e as elites político-econômicas passam a questionar a eficácia das políticas sociais, considerando-as um ônus em vez de uma solução. Dessa forma, conforme Harvey (2008), a crise estrutural¹² da década de 1970 trouxe profundas mudanças na economia mundial, resultando em uma nova ordem caracterizada pelo neoliberalismo, em resposta ao keynesianismo-fordismo. Sua origem remonta ao pensamento econômico liberal, mas se diferencia ao enfatizar a necessidade de uma reestruturação radical das relações entre o Estado e a economia. Esse movimento acredita que o bem-estar humano poderia ser melhor promovido através da maximização das liberdades individuais, especialmente no que diz respeito ao mercado e à propriedade privada.

É importante destacar, conforme Tonet (2009), que a crise capitalista que levou ao neoliberalismo é um fenômeno intrínseco ao sistema, diferenciando-se das crises anteriores por sua abrangência global, exacerbada pela globalização do capital. Embora a capacidade produtiva tenha aumentado, a sociedade enfrenta uma contradição: a abundância de recursos não se traduz em acesso igualitário. O autor menciona que essa situação impulsionou a reestruturação positiva e o neoliberalismo na atualidade, intensificando a lógica de priorização do lucro em detrimento das necessidades humanas.

Nesse sentido, as políticas neoliberais, que incluem a desregulamentação e a privatização, aprofundam as desigualdades sociais e a alienação dos/as trabalhadores/as. Essas crises não impactam apenas a economia, mas também afetam a política, a cultura e a educação, resultando em um ciclo de desumanização (Tonet, 2009). A desregulamentação parte da premissa de que os mercados operam de maneira mais eficiente sem intervenções estatais, levando à remoção de normas que inibem a iniciativa privada e a competição. Por outro lado, a privatização envolve

¹² O termo crise estrutural é proveniente das concepções do filósofo István Mészáros, que diferencia as crises cíclicas da crise estrutural, argumentando que as primeiras são fenômenos temporários e recorrentes dentro do sistema capitalista, enquanto a crise estrutural é profunda e indica uma falha sistêmica que exige uma transformação radical das relações sociais e econômicas. Para uma compreensão mais aprofundada, recomenda-se a leitura da obra "Para além do capital: rumo a uma teoria da transição".

a transferência de bens e serviços públicos para a administração privada, defendida com o argumento de que promove maior eficiência e inovação ao maximizar lucros. Além disso, o neoliberalismo promove a austeridade fiscal, adotando políticas que visam reduzir o *déficit* público por meio de cortes em despesas sociais e investimentos estatais. O principal indicativo dessa política é a redução dos gastos estatais na área social, o que resulta diretamente na precarização das políticas sociais. Essa estratégia é frequentemente justificada pela necessidade de equilibrar as contas públicas e estimular a economia. É importante destacar que as bases materiais que sustentavam o Estado de bem-estar social já não ofereciam condições de manutenção devido à crise (Harvey, 2008).

Segundo Silva (2019), o processo de endividamento dos países, especialmente aqueles com economias periféricas, se intensificou a partir da crise estrutural da década de 1970. Essa crise gerou um excesso de capital que não conseguia se valorizar na produção, fazendo com que os investimentos se deslocassem para o setor financeiro. Nesse cenário, instituições como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial passaram a ter uma influência significativa ao conceder empréstimos a juros flutuantes, apresentando-os como uma forma de auxílio aos países em desenvolvimento.

Essas ações estavam alinhadas com as diretrizes do Consenso de Washington, formulado em 1989, que sintetizava um conjunto de recomendações econômicas voltadas para a liberalização das economias e a promoção de políticas fiscais rigorosas. No entanto, os empréstimos geralmente vinham acompanhados de condições que exigiam reformas estruturais, limitando a capacidade dos Estados de direcionar recursos para políticas sociais. O objetivo dessas reformas era elevar a capacidade de geração de superávit primário, permitindo assim o pagamento das parcelas da dívida pública. Esse foco na austeridade fiscal e na redução dos gastos sociais frequentemente resultou em um agravamento das desigualdades e na precarização das condições de vida da população (Silva, 2019).

Salvador (2010) aponta que o fundo público, que deveria atuar como um mecanismo de proteção social, muitas vezes é desviado para socorrer instituições financeiras, resultando em uma precarização da seguridade social brasileira. Isso ocorre à custa dos impostos pagos pelos/as cidadãos/ãs, que são utilizados para financiar a manutenção do sistema financeiro, em vez de garantir os direitos sociais da população. A financeirização da economia transforma benefícios sociais em

produtos financeiros, tornando aposentadorias e seguros de saúde dependentes das flutuações do mercado. Como resultado, de acordo com Silva (2019), os direitos sociais conquistados ao longo do tempo ficam ameaçados em um contexto em que as prioridades do Estado parecem favorecer o capital financeiro em detrimento das necessidades da população.

Behring (2010) destaca que esse cenário leva a um crescimento econômico medíocre e a um aumento do endividamento, com o capital especulativo predominando sobre o investimento produtivo. Além disso, a autora aborda a crise da política, que se manifesta no esvaziamento das instituições democráticas em favor de uma lógica tecnocrática e autoritária. Nesse sentido, a luta por condições dignas de existência se torna central no contexto de uma estagnação econômica, na qual a política social é um campo de batalha importante na luta de classes, especialmente diante dos cortes de recursos públicos que afetam a reprodução da força de trabalho. A política social, portanto, é influenciada por ciclos econômicos, que são moldados por decisões ético-políticas e econômicas. Faz-se necessário ressaltar que,

[...] Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo (Cfess, 2010, p.18).

No Brasil, conforme Mourão *et al.* (2006) a política neoliberal adotada por Fernando Collor de Mello entre 1991 e 1994 visava desburocratizar a administração pública e restringir a atuação do Estado ao estritamente necessário. Embora o discurso promettesse cortes nos gastos públicos por meio da privatização de empresas estatais, na prática, isso resultou em uma redução dos investimentos em todos os setores governamentais. A partir de 1995, como ressalta Behring (2018), o Brasil passou por uma contrarreforma caracterizada por um ambiente de ajuste fiscal permanente e uma reestruturação do Estado, intensificada com o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE). Esse documento, elaborado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), pretendia modernizar o Estado, mas funcionou como uma contrarreforma que buscava adaptar o Brasil à lógica do neoliberalismo, em oposição aos avanços da Constituição de 1988.

Isso levou a uma série de privatizações e desregulamentações que reduziram o papel do Estado na economia e nas políticas sociais. As medidas adotadas sob o PDRE resultaram em um desmonte das políticas públicas, promovendo uma gestão que priorizava a eficiência econômica em detrimento da universalização e da proteção social (Behring, 2018). Essa mudança fez com que serviços essenciais fossem cada vez mais entregues à iniciativa privada, tornando-se inacessíveis para muitos/as cidadãos/ãs.

Salvador (2009) discute a inter-relação entre fundo público, tributação e seguridade social no Brasil, destacando a regressividade do sistema tributário. A maior parte da arrecadação provém de tributos indiretos sobre o consumo, enquanto a tributação direta, que deveria ser mais progressiva, limita-se principalmente aos salários. Essa dinâmica evidencia que as crises econômicas impactam diretamente as políticas sociais, comprometendo a reforma tributária estabelecida pela Constituição de 1988. Como resultado, os beneficiários da seguridade social muitas vezes pagam, direta ou indiretamente, por seus próprios benefícios, reforçando a ineficácia do sistema.

Diante disso, é evidente que o neoliberalismo tem grande impacto em todas as políticas sociais, inclusive na saúde. Isso torna cada vez mais difícil seguir os princípios e diretrizes do SUS. O que deveria ser um sistema universal e equitativo se perde em meio à falta de recursos e à ênfase em soluções privadas. Consequentemente, muitos/as brasileiros/as enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde, comprometendo os direitos garantidos pela Constituição de 1988.

De acordo com o Cfess (2010), o neoliberalismo na saúde provoca uma série de reformas que promovem a mercantilização e a privatização dos serviços. Uma das consequências mais significativas desse modelo é a segmentação do sistema de saúde, no qual o SUS é frequentemente destinado ao atendimento da população mais pobre, enquanto os serviços privados se tornam prioritários para aqueles/as que podem pagar. Além disso, o desfinanciamento do SUS, impulsionado pela contrarreforma do Estado, resulta em limitações no financiamento público da saúde, criando uma dicotomia entre ações curativas e preventivas e comprometendo a ideia de integralidade e de universalidade no atendimento.

A convergência das propostas contidas na NOB 01/96 aponta para a necessidade de uma reforma do Estado no âmbito das políticas sociais, especialmente em relação à gestão e à construção de um novo modelo médico-

sanitário. No entanto, o documento de regulação revela antinomias significativas: ao reconhecer a autonomia dos municípios como gestores plenos do sistema, também propõe projetos de financiamento das ações de saúde que se apresentam de forma verticalizada, desconsiderando as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região, em particular no que se refere a modalidades assistenciais específicas, como o Programa de Saúde da Família (PSF). Adicionalmente, a regulação confere poderes efetivos a organismos burocrático-administrativos, como a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, em detrimento de fóruns mais democráticos do sistema, como os Conselhos de Saúde. Isso compromete a participação destes conselhos na definição dos programas que receberão incentivos (Bueno; Merhy, 2001 *apud* Nogueira; Miotto, 2006).

Um aspecto importante a ser destacado é a cultura da responsabilização. Nesse contexto, as pessoas são frequentemente responsabilizadas por suas condições de saúde, ignorando os fatores sociais, econômicos e culturais que afetam a saúde da população. Essa cultura contribui para a perpetuação das desigualdades. Além disso, a contrarreforma do Estado afetou diretamente a saúde pública ao restringir o financiamento público e dividir as ações em subsistemas: um para atendimento básico, que não é de interesse do setor privado, sob responsabilidade estatal, e outro para serviços especializados geridos por Organizações Sociais. Essa lógica também priorizou programas focais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, além da utilização de cuidadores/as para reduzir custos (Cfess, 2010). Ao estabelecer a atenção básica como a porta de entrada do sistema, o PSF visa organizar as demandas por serviços de saúde de forma hierárquica. Diante disso,

[...] Ao Programa Saúde da Família é atribuída a responsabilidade de estruturar um modelo tecnoassistencial inovador de atenção à saúde, o que parece ser bastante utópico, dado o reduzido potencial de mudança que a equipe pode oferecer. Como estratégia de expansão de cobertura dos serviços básicos, tem realmente validade operacional, sendo questionáveis, entretanto, os demais objetivos do programa. É um desafio para o PSF a sua implementação em grandes centros urbanos, onde o diagnóstico epidemiológico é bastante diverso dos realizados nas localidades onde o programa está implementado. (Bueno; Merhy, 2002 *apud* Feuerwerker, 2005 *apud* Nogueira; Miotto, 2006, p.17)

Para mais, podemos destacar a Emenda Constitucional nº 29 (EC29), aprovada em 2000, que, segundo Santos (2023) estabeleceu diretrizes para o financiamento da saúde pública, definindo que a União, os Estados e os Municípios deveriam destinar

um percentual mínimo de suas receitas para a saúde. A emenda foi aprovada depois de 11 anos de mobilização social, mas não manteve todas as suas propostas iniciais. A ideia de que a União destinasse 10% do orçamento foi eliminada, e agora o governo irá aplicar o valor gasto no ano anterior, com um ajuste baseado na variação do Produto Interno Bruto (PIB).

Noronha e Soares (2001) apontam que, embora parecesse que haveria um aumento nos recursos destinados à saúde, na realidade, o governo federal diminuiu suas responsabilidades e transferiu a maior parte do financiamento para os estados e municípios. Do ponto de vista da União, o aumento de 5% nos investimentos em saúde em relação ao ano de 1999, corrigido pela variação do PIB nos anos seguintes, não resolveu a falta de recursos. Na verdade, isso representou um retrocesso em comparação com a Constituição de 1988 e com o projeto original da emenda proposto pelos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires.

As razões para isso foram claras: primeiro, a EC29 não especificou de onde viriam os recursos federais, eliminando a vinculação dos recursos da Seguridade Social para a Saúde. Desde 1993, os investimentos na saúde foram apenas de origem fiscal. Segundo, a proposta de reforma tributária ameaçou extinguir completamente as contribuições que sustentavam a seguridade social, prejudicando o financiamento equitativo da saúde, previdência e assistência social. Terceiro, o patamar de recursos sobre o qual foi aplicado o aumento de 5% já era insuficiente para atender às necessidades da saúde. Além disso, a correção baseada em um PIB nominal em queda não trouxe esperança. Os dados orçamentários mostraram que os recursos federais estavam diminuindo em vez de serem atrelados às contribuições sociais. Em 2000, a retirada de 20% da arrecadação de impostos e contribuições sociais para o fundo de estabilização representou cerca de quarenta bilhões de reais, quase o dobro do orçamento da saúde naquele ano (Noronha; Soares, 2001).

Para os estados, a EC29 implicou um leve aumento na participação deles no financiamento da saúde. No entanto, essa elevação pode não ter compensado a possível redução das contribuições dos municípios que já investiam mais do que o estipulado pela emenda. Além disso, todos os estados foram obrigados a aplicar pelo menos 7% de suas receitas em saúde, ignorando as diferenças econômicas entre eles e a crise que afetou suas principais fontes de receita, como o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). Nos municípios, a vinculação entre 7% e 15% das receitas não aumentou os recursos para a saúde. Muitos já destinavam

cerca de 17% das suas receitas para essa área. A Lei de Responsabilidade Fiscal pode ter limitado ainda mais os gastos municipais com saúde, pois cortes nas despesas afetaram essencialmente as chamadas "despesas comprimíveis". Por fim, desconsiderou-se a grande desigualdade na capacidade de arrecadação entre os municípios brasileiros. A suposta "compensação" oferecida aos municípios para criar um Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) progressivo não trouxe benefícios significativos para aqueles/as que eram mais pobres. Isso confirmou que as desigualdades entre os municípios continuariam ou até se acentuariam, resultando em uma oferta desigual de serviços de saúde em termos de qualidade e quantidade (Noronha; Soares, 2001).

Com a eleição de Lula em 2002, esperava-se um avanço nas políticas sociais, mas a prática se manteve focalizada, sem financiamento adequado. O SUS, embora tenha alcançado alguns avanços, como acesso à imunização, ainda não cumpriu sua proposta constitucional de um sistema universal. A crescente segmentação do sistema de saúde reflete uma tendência de privatização, enquanto o foco em ações minimais prejudica o atendimento integral. O desafio é garantir a universalidade dos direitos em um contexto no qual os valores coletivos estão sendo substituídos por uma lógica individualista e corporativa (Cfess, 2010).

Bravo (2018) destaca que a política de saúde durante o governo Lula da Silva foi marcada por uma continuidade de uma lógica econômica que fragmenta as políticas sociais, subordinando a saúde à macroeconomia. Ela enfatiza que, apesar das expectativas de um fortalecimento do SUS, o governo não conseguiu avançar na consolidação da reforma sanitária. Bravo argumenta que as ações do governo mantiveram uma polarização entre um modelo de saúde privatista, que já se fazia presente nos anos 1990, e um modelo universalista que deveria ser a base do SUS.

Embora tenha havido algumas inovações, como a criação de novas secretarias e a convocação de conferências de saúde, a autora critica a ênfase em políticas focalizadas que priorizam o atendimento a populações vulneráveis em detrimento de um sistema universal. A autora também aponta que o desfinanciamento da saúde e a falta de articulação entre as políticas sociais resultaram em um enfraquecimento do SUS, comprometendo sua capacidade de atender a todos/as de forma integral. Ela alerta que a proposta de desvinculação de recursos para a saúde pode levar a um SUS que se restringe a atender apenas os segmentos mais pobres da população, aprofundando a segmentação do sistema de saúde (Bravo, 2018).

Desde então, o Brasil tem experimentado uma continuidade nas políticas de austeridade, com cada governo subsequente, incluindo os do Partido dos Trabalhadores (PT), mantendo a lógica do ajuste fiscal imposta pelo PDRE. Com o golpe de 2016, essa trajetória se aprofundou, culminando em reformas que reforçaram a precarização das condições de trabalho e a diminuição dos direitos sociais (Behring, 2018). A Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, instituiu um teto para os gastos públicos, limitando o crescimento das despesas primárias do governo por 20 anos. Essa emenda teve um impacto profundo nas políticas sociais, incluindo a saúde. Com o teto de gastos, o financiamento da saúde ficou restrito, o que resultou em cortes significativos nos orçamentos destinados ao SUS. Isso gerou uma limitação na capacidade do sistema de atender à demanda crescente por serviços de saúde, contribuindo para a deterioração da qualidade do atendimento (Santos, 2023)

A proposta do PLP 93/2023, conhecido como Novo Arcabouço Fiscal (NAF), substituiu a criticada Emenda Constitucional 95, que instituiu o teto dos gastos. A Lei Complementar 200 de 2023, que estabelece o NAF, apresenta diferenças marcantes em relação às promessas iniciais do governo. As críticas são direcionadas à possibilidade de que essa lei resulte em uma política recessiva e concentradora de renda, contrariando as expectativas de aumento de emprego e investimento público (Salvador, 2024).

Um dos principais pontos de crítica refere-se à restrição imposta aos gastos sociais: o NAF limita as despesas primárias a 70% das receitas e determina que o crescimento real dessas despesas não pode exceder 2,5% ao ano. Isso significa que, mesmo que a arrecadação aumente, as despesas em saúde e outras áreas sociais não poderão crescer na mesma proporção, priorizando o superávit primário e a estabilização da dívida pública. Essa limitação pode resultar em cortes expressivos em áreas essenciais como saúde e educação, que já enfrentam sérios problemas de subfinanciamento (Salvador, 2024).

Adicionalmente, é importante enfatizar que a proposta não foi discutida de forma adequada com representantes da classe trabalhadora ou movimentos sociais. A priorização da obtenção de superávits primários também gera preocupação, pois pode comprometer investimentos em políticas sociais, uma vez que os gastos financeiros não estão sujeitos às mesmas restrições. Nesse sentido, o arcabouço segue uma lógica neoliberal, que ignora as especificidades da gestão fiscal pública,

tratando-a de maneira semelhante a um orçamento doméstico ou empresarial (Salvador, 2024).

Em 20 de dezembro de 2024, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 135, com a finalidade de reduzir as despesas obrigatórias do governo federal. Essa emenda trouxe diversas modificações à Constituição Federal, impactando artigos como o 37, 163, 165, 212-A e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), estabelecendo o Novo Regime Fiscal. Entre as mudanças, destaca-se a alteração do ADCT para desvincular 30% da arrecadação da União proveniente das contribuições sociais até o ano de 2032. A emenda teve como origem a PEC 54/2024, que faz parte do pacote de cortes de gastos proposto pelo Poder Executivo. A DRU possibilita ao governo federal a utilização livre de 20% de todos os tributos federais que são vinculados por lei a fundos ou despesas específicas. Vale ressaltar que as contribuições sociais representam cerca de 90% da principal fonte de recursos da DRU (Senado, 2025).

Somado a isso, da Costa (2000) nos lembra que a demanda reprimida e a exclusão social, a precariedade dos recursos e as questões relacionadas à qualidade do atendimento revelam que o sistema ainda está preso a um modelo médico-hegemônico. Para realmente transformar esse cenário, é necessário que o sistema de saúde se concentre nas reais necessidades da população e articule ações intersetoriais com outras políticas sociais, abrangendo áreas como habitação, saneamento, trabalho, educação e assistência. Essa articulação permitirá uma melhor compreensão da relação entre as condições de vida e o surgimento de doenças, reposicionando a saúde como uma questão coletiva.

Da Costa (2000) enfatiza que essa mudança é fundamental para superar uma visão tradicional que limita a saúde à simples cura de doenças. Além disso, a descentralização dos serviços de saúde exige uma reorganização vertical e horizontal que impacta os processos de trabalho e favorece a cooperação entre diferentes atividades. Assim, ao finalizarmos este capítulo, fica evidente que o caminho para uma saúde verdadeiramente preventiva e coletiva no Brasil é desafiador. A superação das limitações atuais requer não apenas mudanças estruturais no sistema de saúde, mas também um compromisso coletivo em considerar a saúde, que deve ser pública e de qualidade, como um reflexo da qualidade de vida da população.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: desafios do cotidiano profissional diante do neoliberalismo

Neste capítulo, abordaremos sobre a atuação dos/as assistentes sociais no contexto do SUS. Iniciaremos discutindo como esses/as profissionais contribuem para a promoção da saúde e a defesa dos direitos sociais, considerando os dilemas que surgem no cotidiano profissional, especialmente sob a pressão de um cenário neoliberal que impõe restrições orçamentárias e uma lógica de mercado. A relação entre o projeto ético-político do Serviço Social e as exigências contemporâneas será central em nossa análise, destacando a necessidade de uma prática crítica e sensível às realidades dos/as usuários/as.

3.1 A atuação do/a assistente social na política de saúde

Conforme Iamamoto e Carvalho (1982), o Serviço Social no Brasil se desenvolveu a partir da industrialização e da formação do proletariado, especialmente no final do século XIX e início do século XX, em resposta à "questão social" que emergiu com essas transformações. Inicialmente influenciado por modelos europeus, o Serviço Social apresentava uma abordagem assistencialista e caritativa. Com o colapso da Primeira República e a consolidação do Estado Novo, a partir da década de 1930, o Serviço Social se consolidou como uma prática institucionalizada.

Nesse contexto, as classes dominantes utilizaram o Serviço Social como um mecanismo de controle, visando mitigar os conflitos sociais. O Estado e a Igreja desempenharam papéis centrais na formação e legitimação da prática (Iamamoto; Carvalho, 1982). Bravo e Matos (2004), afirmam que embora a atuação na área da saúde não tenha sido predominante, a formação profissional já contemplava disciplinas de saúde, mas a maioria dos/as assistentes sociais atuava em outros setores, como educação e assistência social.

A partir da década de 1940, o Serviço Social brasileiro passou a ser influenciado pelo modelo norte-americano, que introduziu a ideia de especialização técnica. Essa transição exigiu a formação acadêmica e profissional dos/as assistentes sociais, promovendo uma abordagem mais sistemática do trabalho social,

fundamentada em teorias e métodos científicos. Assim, o Serviço Social no Brasil evoluiu de uma prática assistencialista para uma atuação mais especializada e técnica, culminando na formalização da profissão e na criação de cursos de formação específicos. Contudo, a prática ainda era conservadora, muitas vezes culpabilizando os indivíduos por sua condição social (Iamamoto; Carvalho, 1982).

Conforme Bravo e Mattos (2004), entre 1965 e 1974 o Serviço Social enfrenta um contexto de modernização conservadora e repressão política, que exigiu uma renovação da profissão. O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) se torna um importante veículo teórico, promovendo uma perspectiva modernizadora que busca adequar o Serviço Social às novas demandas sociais e políticas (Netto, 1964 *apud* Bravo; Mattos, 2004). Durante esse tempo, a atuação dos/as assistentes sociais na saúde se torna cada vez mais relevante, uma vez que

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país (Bravo, 1996 *apud* Bravo; Mattos, 2004, p. 6).

Bravo (1996 *apud* Bravo; Mattos, 2004) destaca que, durante a distensão política de 1974 a 1979, o Serviço Social na saúde ainda se mantinha orientado por uma *perspectiva modernizadora*, mesmo com o surgimento de novas direções teóricas que discutiam a participação comunitária e a planificação em saúde. Apesar das influências e transformações, a prática profissional carecia de uma articulação efetiva com os movimentos sociais e as demandas da reforma sanitária que emergiram nas décadas seguintes.

A década de 1980 foi crucial para o Serviço Social, marcando uma *intenção de ruptura* com o conservadorismo que havia dominado a profissão até então. Embora essa mudança não tenha eliminado completamente o conservadorismo, novas vozes críticas começaram a se destacar, refletindo uma diversidade de ideologias e políticas. Essa democratização interna permitiu que diferentes opiniões fossem expressas abertamente, especialmente em um campo antes influenciado pela doutrinação católica (Netto, 1996).

Essa transformação ocorreu no contexto da queda da ditadura militar e do avanço da democracia no Brasil. Netto (1996) ressalta que, apesar das novas correntes mais politizadas, o conservadorismo ainda possui raízes profundas na profissão, exigindo um esforço contínuo para promover uma maioria progressista. A busca por inovação foi fundamental para consolidar o Serviço Social como uma profissão teórica madura.

Bravo e Mattos (2004) conectam a renovação do Serviço Social às realidades da época, embora essa mudança tenha ocorrido de forma interna e desconectada dos debates relevantes, como o movimento pela reforma sanitária. Essa desconexão contribuiu para um descompasso entre a profissão e a luta pela assistência pública em saúde. Diante disso, a década de 1980 se torna um período fundamental para compreender o Serviço Social contemporâneo, caracterizado pela aproximação com a tradição marxista e pela *intenção de ruptura* com tradições anteriores. Entretanto, muitos profissionais dessa vertente atuam predominantemente nas universidades, resultando em uma intervenção prática limitada nos serviços (Netto, 1993 *apud* Bravo, 1996 *apud* Bravo; Mattos, 2004).

Com o surgimento do movimento sanitário, houve uma mudança de paradigma que valorizou a participação comunitária e a luta por um sistema de saúde mais inclusivo e democrático (Cfess, 2010). Correa (2006) destaca que, em 1986, a participação social no SUS foi central na VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com representação significativa de diversos setores organizados da sociedade civil.

Um dos principais temas debatidos foi a participação no SUS sob a ótica do controle social. Este é entendido como "o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, execução e avaliação das políticas públicas para o setor saúde" (Machado, 1986 *apud* Correa, 2006). O controle social é essencial para reestruturar o sistema de saúde brasileiro e sua democratização (Correa, 2006). A partir dessa conferência, um novo conceito de saúde foi introduzido, ampliando a compreensão da relação entre saúde e doença ao considerar as condições de vida e trabalho das pessoas. Isso reforçou a necessidade de uma abordagem interdisciplinar nas ações de saúde (Cfess, 2010).

Entretanto, até a década de 1990, o Serviço Social ainda enfrentava desafios significativos devido à falta de integração com esse movimento e à presença limitada nos serviços de saúde. Em 1990, surgiram novas demandas para o Serviço Social

diante da polarização entre os projetos privatista e da reforma sanitária. Enquanto o primeiro buscava práticas individualizadas e seletividade socioeconômica dos usuários, o segundo defendia a democratização do acesso aos serviços de saúde e a participação popular (Cfess, 2010).

Nesse cenário, o Serviço Social se viu diante de uma tensão: ao atingir sua maturidade intelectual, também se confrontou com uma ofensiva conservadora que criticava a ruptura associada ao marxismo. Críticas como o dogmatismo e lacunas da tradição marxista são comuns (Netto, 1996 *apud* Cfess; 2010). À vista disso,

Na saúde, em que esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica (Cfess, 2010, p. 27)

O Cfess (2010) observa que, naquela época, alguns/mas profissionais formados/as em saúde pública não se identificavam mais como assistentes sociais, mas sim como sanitaristas. Ao mesmo tempo, crescia o movimento do Serviço Social clínico, que focava nas tensões subjetivas dos/as usuários/as em busca do reconhecimento para sua abordagem terapêutica. Além disso, houve um aumento no discurso sobre a criação de fóruns destinados à discussão do conhecimento em diversas áreas do Serviço Social. O Conselho destaca que o problema não reside apenas na busca por aprofundamento na saúde; é preciso reconhecer que assistentes sociais podem acabar exercendo algumas funções sem reconhecer essas atividades como parte integrante de sua profissão. Isso leva à ideia equivocada de que o Serviço Social se resume à ação direta com usuários/as, desconsiderando competências essenciais como gestão e pesquisa.

Ao abordar os marcos legais da década de 1990, é importante destacar que o Conselho Nacional de Saúde reconheceu o/a assistente social como um/uma profissional de saúde por meio da Resolução nº 218, datada de 6 de março de 1997. Complementarmente, a Resolução Cfess nº 383/99 reafirma essa posição ao enfatizar a necessidade de uma abordagem integral no campo da saúde. Nesse contexto, essa resolução confere ao/a assistente social o papel de intervir em fatores socioeconômicos que podem impactar o processo de saúde-doença dos/as usuários/as, indo além do atendimento às demandas imediatas da população;

facilitando o acesso a informações e ações educativas, promovendo uma visão abrangente da saúde que considera as condições de vida e as dinâmicas sociais. Além disso, ressalta-se a relevância do controle social na consolidação do SUS.

Conforme Costa (2000), nos serviços de saúde, a inserção de assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. É nesse contexto que emergem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS e que também determinam o âmbito de atuação do/a profissional de Serviço Social.

Sendo assim, em conformidade com o Cfess (2010), o movimento de Reforma Sanitária ressaltou a relevância das condições sociais no processo saúde-doença, especialmente em relação à saúde do/a trabalhador/a. A precarização das relações de trabalho e o aumento do mercado informal tornam essa questão ainda mais crítica. O/a assistente social atua no atendimento aos/às trabalhadores/as, desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde e defendendo direitos trabalhistas. Nos serviços de saúde mental, o/a assistente social colabora na implementação da Reforma Psiquiátrica, abordando as determinações sociais e culturais. Suas ações se concentram em quatro eixos: atendimento direto aos/às usuários/as, mobilização social, investigação e gestão, além de formação profissional. Esses eixos devem ser vistos de maneira integrada, refletindo a concepção de totalidade que permeia o trabalho do/a assistente social.

O atendimento direto aos/às usuários/as ocorre em várias instâncias da saúde, desde a atenção básica até serviços de média e alta complexidade, como unidades de PSF, postos de saúde, hospitais e centros especializados. Mioto e Nogueira (2006 *apud* Cfess, 2010) identificam três processos fundamentais nas ações profissionais de saúde: político-organizativo, planejamento e gestão, e socioassistencial. As ações mais comuns nesse atendimento incluem as socioassistenciais, a articulação interdisciplinar e as socioeducativas, que são interligadas e essenciais para o trabalho em saúde.

A investigação, o planejamento e a participação social dos/as usuários/as são essenciais para garantir o direito à saúde e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos. Nesse contexto, as ações socioassistenciais se tornam uma demanda

central para os/as assistentes sociais, que precisam ir além do caráter emergencial. É fundamental que adotem uma abordagem socioeducativa, considerando as condições históricas de cada usuário/a (Cfess, 2010).

Os/As profissionais devem ter clareza sobre suas funções e organizar seu trabalho com protocolos que otimizem o atendimento. As visitas domiciliares, por sua vez, são ferramentas importantes para compreender as condições de vida dos/as usuários/as, no entanto, elas devem ser vistas como um meio de orientação social e acesso aos direitos, evitando o caráter de fiscalização. O/A assistente social deve focar na democratização das informações sobre direitos sociais e na construção de perfis socioeconômicos dos/as usuários/as, analisando suas condições de saúde e fatores socioeconômicos. Essa análise permite que estratégias de intervenção sejam formuladas a fim de apoiar outros/as profissionais da saúde, enfatizando os determinantes sociais da saúde (Cfess, 2010).

Além disso, o Cfess (2010) destaca a importância de facilitar o acesso dos/as usuários/as aos serviços e viabilizar seus direitos na seguridade social por meio de mecanismos e rotinas de ação. Mobilizar a rede de serviços e fortalecer os vínculos familiares são ações que incentivam os/as usuários/as e suas famílias a se tornarem protagonistas na promoção da saúde. Por fim, o/a assistente social deve elaborar estudos socioeconômicos para subsidiar laudos que garantam direitos e acesso aos serviços, assegurando assim o direito dos/as usuários/as ao acesso aos serviços e emitindo pareceres técnicos conforme as diretrizes da Resolução Cfess nº 557/2009.

Ao atuar em equipe na área da saúde, o/a assistente social apresenta uma visão única sobre as condições de saúde dos/os usuários/as, além de possuir habilidades específicas para encaminhar ações, diferenciando-se dos médicos/as, enfermeiros/as e nutricionistas. O Cfess (2010) enfatiza a importância de que o/a assistente social respeite os princípios ético-políticos estabelecidos em documentos legais. É importante destacar que as equipes de saúde enfrentam a demanda de lidar com a violência que afeta diversos grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes, mulheres, idosos/as e pessoas LGBTQIAPN+, nesse contexto, a responsabilidade de notificar esses casos é coletiva (Cfess, 2010). Ao/A assistente social fica o dever de realizar uma abordagem socioeducativa com as famílias e compartilhar informações sobre os recursos sociais disponíveis.

O Cfess (2010) ressalta que os/as assistentes sociais desempenham um papel importante na implementação da política de humanização, trabalhando em conjunto

com outros/as profissionais da saúde. Portanto, é fundamental compreender as diferentes concepções de humanização, que abrangem desde a defesa dos direitos sociais até a revisão das práticas assistenciais e de gestão. A Política Nacional de Humanização deve estar integrada aos princípios fundamentais da política de saúde e garantir os direitos do SUS, conforme o Projeto de Reforma Sanitária.

As principais ações dos/as assistentes sociais incluem elucidar suas atribuições aos demais profissionais, elaborar propostas em conjunto com a equipe e implementar treinamentos para qualificar serviços administrativos relacionados ao atendimento ao/a usuário/a. Além disso, os/as assistentes sociais devem realizar atendimentos em casos de óbito, elucidando direitos e benefícios aos familiares, participar de ações socioeducativas em diversos programas e clínicas, planejar e avaliar ações que assegurem a saúde como um direito e abordar questões sociofamiliares que envolvam o/a usuário/a. O/A assistente social também deve ser parte do projeto de humanização da unidade em sua totalidade e notificar casos suspeitos de violência às autoridades competentes (Cfess, 2010).

Dando seguimento, destacamos a mobilização, participação e controle social como um eixo fundamental na saúde, visando organizar usuários/as, familiares e profissionais como sujeitos políticos em conselhos e conferências. A democratização das instituições de saúde é promovida por meio de conselhos gestores que integrem trabalhadores, fortalecendo a defesa da saúde nas comunidades (Cfess, 2010). É importante destacar que:

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. Foi institucionalizada na Lei 8.142/90, através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, e através dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam tal controle (Correa, 2006, p. 15).

A ouvidoria se destaca como um necessário canal de comunicação entre os/as usuários/as e a gestão pública, recebendo tanto reclamações quanto sugestões. É importante lembrar que as questões que surgem são, em sua maioria, coletivas e exigem soluções que também sejam coletivas. Nesse cenário, os/as assistentes

sociais têm um papel fundamental na promoção da ouvidoria, pois sua atuação deve incentivar a articulação com os conselhos de saúde para discutir as demandas de maneira colaborativa. A interação com movimentos sociais é essencial para fortalecer fóruns e abordar políticas de saúde, reconhecendo que a participação não depende apenas do/a assistente social, mas também das dinâmicas do contexto em que estão inseridos (Cfess, 2010).

Seguindo com a gestão democrática e participativa, os/as profissionais de Serviço Social devem estar envolvidos no planejamento e na coordenação para viabilizar direitos sociais, além disso, são frequentemente convocados/as para auditorias de gestão e monitoramento da qualidade dos serviços. Enfrentam desafios como a reestruturação do trabalho nas instituições de saúde e a crescente influência do mercado no SUS. A postura ética e política das entidades de Serviço Social se opõe a essas transformações que podem comprometer os princípios fundamentais do sistema (Cfess, 2010). Como aponta Correa (2006), o controle social deve ser visto como a capacidade dos setores organizados da sociedade civil de influenciar a gestão pública, orientando o Estado em suas ações e gastos em prol dos interesses da maioria.

Por fim, as atividades de qualificação e formação profissional são importantes para aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos aos/às usuários/as. Elas abrangem desde a educação permanente de trabalhadores/as da saúde até gestores/as, conselheiros/as e representantes comunitários, além da formação de estudantes e residentes na área. Este eixo inclui ações direcionadas à equipe de Serviço Social e outros/as profissionais da saúde, promovendo atividades que incentivem uma qualificação interdisciplinar. Iniciativas como a criação de campos de estágio, supervisão de estagiários e participação em programas de residência multiprofissional e uniprofissional são fundamentais. A articulação com instituições acadêmicas é uma peça-chave para o sucesso dessas ações (Cfess, 2010).

Outro aspecto central na formação profissional é a promoção do trabalho interdisciplinar alinhado aos princípios do SUS, como universalidade, integralidade e participação social. É necessário discutir essa transição de um modelo assistencial focado na doença para um que priorize a saúde integral, promovendo uma gestão pública verdadeiramente democrática. A assessoria realizada por profissionais especializados busca entender e transformar a realidade social, estando diretamente ligada à emancipação dos/as trabalhadores/as e à ampliação do papel do Estado nas

políticas sociais. Defende-se que essa assessoria deve ser uma atribuição específica do/a assistente social, capacitado para oferecer suporte em questões que são intrínsecas à profissão (Cfess, 2010).

Diante do exposto, é evidente que a atuação do/a assistente social na saúde desempenha um papel importante na viabilização de um atendimento integral e humanizado, que leve em conta as diversas dimensões da vida dos/as usuários/as. Ao fomentar a participação e o controle social, esses/as profissionais colaboram não apenas na defesa dos direitos dos indivíduos, mas também na construção de um sistema de saúde mais democrático e acessível, em conjunto com outras profissões e a comunidade. É fundamental que a formação e as práticas dos/as assistentes sociais estejam alinhadas aos princípios do SUS, promovendo a intersetorialidade e a interdisciplinaridade nas ações.

3.2 Dilemas do cotidiano profissional: os desafios na relação do projeto ético-político diante do contexto neoliberal

No âmbito da política de saúde, a atuação do/a assistente social é permeada por uma série de dilemas que se entrelaçam com as exigências do projeto ético-político da profissão, especialmente em um contexto marcado pelo neoliberalismo. O item anterior abordou a importância da atuação do/a assistente social na saúde e os quatro eixos fundamentais que orientam essa prática. No entanto, a realidade cotidiana desses/as profissionais é repleta de desafios que demandam uma reflexão crítica sobre suas ações. Diante das pressões impostas pelo neoliberalismo, como aponta o item 2.3 deste estudo, que preconiza a eficiência e a redução de custos em detrimento da integralidade do cuidado, os/as assistentes sociais veem o seu trabalho impactado em diversas camadas.

Conforme o Cfess (2010), a ação profissional do/a assistente social deve ser fundamentada nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, que evoluíram ao longo da história. Segundo Netto (2006), o projeto ético-político do Serviço Social no Brasil, desenvolvido entre os anos 1980 e 1990, é caracterizado por sua estrutura básica e aberta. Embora mantenha eixos fundamentais, é flexível o suficiente para incorporar novas questões e enfrentar desafios sem perder sua essência. Um exemplo disso é a discussão sobre a formação profissional, influenciada

pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, que reafirma a direção do projeto.

Nesse sentido, a liberdade é reconhecida como um valor central, entendida como a capacidade de escolha entre alternativas concretas, implicando um compromisso com a autonomia e emancipação dos indivíduos. O projeto vincula o Serviço Social à construção de uma nova ordem social, livre de exploração por classe, etnia ou gênero, defendendo os direitos humanos e promovendo o pluralismo na sociedade e na prática profissional politicamente, busca equidade e justiça social, defendendo o acesso universal a bens e serviços sociais, no qual a ampliação da cidadania é vista como essencial para garantir os direitos da classe trabalhador. O projeto é radicalmente democrático, promovendo a participação política e social (Netto, 2006).

Profissionalmente, implica um compromisso com a competência, fundamentado em uma formação acadêmica crítica que possibilite uma análise da realidade social. Essa formação deve incentivar a (auto)formação contínua e uma postura investigativa. Além disso, enfatiza a importância de uma nova relação com os/as usuários/as dos serviços sociais, priorizando a qualidade do atendimento e promovendo a transparência dos recursos institucionais para garantir sua democratização (Netto, 2006).

Os componentes do projeto ético-político se concretizam na prática profissional através de diversas instâncias. A produção de conhecimento é fundamental, em que a investigação no Serviço Social sistematiza práticas e reflete sobre a atuação profissional, alinhando-se às tendências críticas do pensamento social. As instâncias político-organizativas incluem entidades da profissão como associações, sindicatos e conselhos, promovendo discussões coletivas sobre o projeto profissional e assegurando um espaço democrático para sua construção. A dimensão jurídico-política engloba as leis e resoluções que regulam a profissão, incluindo o Código de Ética e legislações sociais pertinentes. A participação ativa dos/as assistentes sociais na formulação dessas normas é essencial para garantir que a prática profissional esteja sempre alinhada aos princípios ético-políticos estabelecidos (Teixeira; Braz, 2009).

Na segunda metade da década de 1990, esse projeto se destacou no meio profissional devido a dois fatores principais. Primeiro, houve um aumento significativo da participação dos/as assistentes sociais em fóruns e eventos de discussão, como

os Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) e encontros regionais, ajudando a descentralizar o debate e expandir o engajamento da categoria. Em segundo lugar, as diretrizes do projeto estão alinhadas com tendências nas lutas sociais brasileiras, refletindo as demandas e aspirações mais amplas dos/as trabalhadores do país. Assim, o projeto se conectou ao movimento democrático e popular que emergiu após a ditadura militar, especialmente entre a redemocratização e a promulgação da Constituição de 1988, influenciando a redefinição dos projetos das classes dominantes na época (Netto, 2006).

É importante ressaltar, segundo Nogueira e Matos (2009), as convergências entre os princípios do SUS e o projeto ético-político do Serviço Social. Os princípios que fundamentam o projeto enfatizam a defesa dos direitos humanos, a promoção da cidadania e a participação social, alinhando-se ao SUS, que busca garantir a participação ativa da comunidade na gestão e controle social dos serviços de saúde. Ambos defendem a integralidade e a interdisciplinaridade no atendimento. O SUS adota uma visão ampliada de saúde, considerando não apenas a ausência de doenças, mas também os determinantes sociais e econômicos que impactam a saúde da população, em sintonia com o projeto ético-político do Serviço Social.

Outro ponto destacado é a importância da participação social como pilar fundamental do SUS, refletindo-se no projeto ético-político do Serviço Social que incentiva os/as assistentes sociais a engajar os/as usuários/as na tomada de decisões sobre políticas e serviços de saúde. Esse controle social é essencial para assegurar que as necessidades da população sejam atendidas adequadamente. Além disso, destaca-se a necessidade de formação continuada e capacitação dos/as profissionais para lidar com as complexidades das demandas sociais e de saúde atuais, incluindo o uso de indicadores sociais e epidemiológicos para planejamento e execução das ações (Nogueira; Matos, 2009).

Conforme os estudos de Bravo e Mattos (2004), o Serviço Social enfrenta desafios que exigem uma postura crítica e proativa dos/as profissionais da área da saúde. Um dos principais obstáculos é romper com modelos tradicionais de prática baseados em abordagens assistencialistas e fragmentadas, que atualmente são valorizadas diante do contexto neoliberal. É fundamental que os/as assistentes sociais integrem suas ações ao projeto ético-político do Serviço Social e às diretrizes da reforma sanitária, visando democratização e universalização do acesso aos serviços de saúde. Teixeira e Braz (2009) apontam que a transformação social não depende

apenas das ações individuais dos/as profissionais; ela é influenciada por condições históricas e sociais mais amplas. Assim sendo, o projeto do Serviço Social é uma construção coletiva que visa impactar a realidade significativamente, mesmo diante das limitações enfrentadas no dia a dia da profissão.

É importante destacar, conforme Machado *et.al* (2024) que os/as assistentes sociais atuam em um cenário caracterizado pela precarização das condições de trabalho, no qual enfrentam demandas de usuários/as em meio à falta de recursos, materiais e estrutura adequada. Essa realidade é exacerbada por um modelo de saúde que ainda valoriza excessivamente a atuação médica em detrimento de outras profissões, como o serviço social, o que resulta na desqualificação do trabalho desses/as profissionais. Adicionalmente, o neoliberalismo traz uma lógica de individualização das soluções para os problemas sociais, dificultando a organização coletiva e promovendo um conformismo que pode desmotivar os/as assistentes sociais.

Costa (2000) delinea o campo de atuação dos profissionais de Serviço Social, agrupando essas demandas em três categorias principais. Primeiro, aponta o déficit na oferta de serviços, que historicamente apresenta uma carência na disponibilização de serviços de saúde que atendam adequadamente às necessidades da população. Essa situação é evidenciada pela predominância da medicina curativa em detrimento de abordagens preventivas. Em segundo lugar, a autora menciona as inovações no sistema, em que as mudanças gerenciais, tecnológicas e técnico-políticas implementadas no SUS geram novas exigências que precisam ser abordadas. Por último, a autora destaca a adaptação à estrutura do SUS como um aspecto importante, pois há uma necessidade de adaptação tanto dos/as usuários/as quanto dos profissionais à atual configuração tecno-organizacional do sistema.

Um ponto importante que Costa (2000) levanta é a demanda reprimida vinculada à implementação das UBSs como porta de entrada do sistema. Embora essa mudança tenha aumentado a procura por serviços, não houve um correspondente aumento nas equipes ou na capacidade operacional, como equipamentos e materiais. Isso resultou em problemas de manutenção e na desarticulação entre diferentes níveis de atendimento, como UBS, pronto atendimentos e hospitais. Segundo a autora, a consequência é uma descentralização e burocratização que não conseguem resolver o problema das filas de espera, mas apenas o disfarçam por meio da informatização. Além disso, observa que tanto a rede

ambulatorial quanto a hospitalar enfrentam um aumento na demanda sem que haja uma ampliação das equipes ou da capacidade operacional. Isso gera barreiras à integração do sistema e prejudica a cooperação entre os diferentes níveis de complexidade no atendimento, resultando na incapacidade de garantir atendimento para todos os que buscam os serviços.

A problemática da demanda reprimida está ligada à cultura hospitalocêntrica e ao domínio do saber médico tradicional, conforme argumenta Costa (2000), além dos interesses corporativos que dificultam a reorganização dos serviços e ações necessárias para garantir o direito à saúde. A autora também ressalta questões como a falta de sistemas eficazes de referência e contra-referência e a não disponibilização total dos leitos e consultas especializadas, que agravam a situação. Muitas vezes, observa-se uma transferência indevida de serviços públicos para redes privadas ou filantrópicas conveniadas.

Por fim, mesmo com as mudanças propostas, Costa (2000) afirma que novos tipos de filas, tanto virtuais quanto físicas, surgem nas triagens e autorizações para exames e consultas. A exposição da população a doenças preveníveis permanece alta devido ao déficit na oferta, à falta de articulação intersetorial e à ineficácia das políticas públicas em saúde. Isso resulta na manutenção dos determinantes sociais das doenças e em um comportamento onde os/as usuários/as buscam atendimento apenas quando já estão doentes, aumentando assim a demanda por intervenções curativas.

Um ponto importante a ser destacado é a burocratização, no qual o/a assistente social pode ser levado a seguir essa lógica devido às pressões institucionais e à alta demanda provocada pelo neoliberalismo. Ana Maria de Vasconcelos (2003), em seu livro, apresenta relatos sobre a prática profissional dos/das assistentes sociais na rede de saúde do município do Rio de Janeiro, que atuam pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A autora destaca que o/a assistente social pode se sentir dividido entre a necessidade de cumprir metas estabelecidas pela instituição e o compromisso ético-político de oferecer um atendimento de maior qualidade. Um exemplo disso é observado nas consultas individuais, em que as entrevistas são realizadas em um único encontro, com poucos retornos para continuidade do acompanhamento. A falta de um planejamento sistemático que considere o perfil dos/as usuários/as e os recursos disponíveis é um dos principais problemas identificados.

Para Iamamoto (2014) o desafio atual para a profissão é atualizar as práticas de acordo com os novos tempos, indo além da simples intervenção profissional, que muitas vezes se torna burocrática. É fundamental apresentar alternativas que ajudem a superar os problemas do dia a dia e que sejam capazes de preservar e efetivar direitos, respondendo às demandas emergentes. Em outras palavras, o profissional deve ser proativo, em vez de apenas executar tarefas.

Vasconcelos (2003) pontua que as demandas atendidas pelos/as assistentes sociais são variadas e podem surgir tanto de solicitações espontâneas quanto de encaminhamentos feitos por outros/as profissionais ou instituições. Entre suas funções estão a de fornecer orientações sobre previdência, acidentes de trabalho e programas assistenciais, além de realizar encaminhamentos para recursos internos e externos, como medicamentos e apoio assistencial. No entanto, essa abordagem muitas vezes se limita a processos burocráticos que priorizam o preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários e cadastros.

Assim sendo, a prática profissional burocrática dos/as assistentes sociais segue rigidamente normas administrativas, priorizando a formalidade em detrimento da escuta real das necessidades dos/as usuários/as. Isso transforma o trabalho em mera execução de tarefas, sacrificando a interação humana e resultando em um atendimento pontual que não oferece suporte contínuo. A falta de acompanhamento sistemático gera um ciclo vicioso, no qual as demandas são encaminhadas sem resolução efetiva, dificultando o acesso a serviços que deveriam ser direitos sociais (Vasconcelos, 2003).

Vasconcelos (2003) ressalta que a qualificação é essencial para integrar saúde, educação e participação comunitária. Sem formação adequada, o trabalho se limita a uma prática burocrática que não atende às necessidades dos/as usuários/as, dificultando sua capacitação para uma participação ativa. A mesma autora ainda observa que muitos/as assistentes sociais não reconhecem as demandas além do controle burocrático, como educação em saúde e participação social. Embora valorizem essas questões em discurso, na prática são negligenciadas, tratando as demandas individuais como problemas particulares, ignorando seu caráter coletivo e institucional.

Somado a isso, os/as assistentes sociais em programas de saúde, por vezes, não diferenciam claramente entre as demandas do plantão e as dos programas, já que muitas solicitações são semelhantes. Na ausência de um/a assistente social,

outros/as profissionais atendem as demandas, e os/as assistentes sociais muitas vezes não reconhecem necessidades não explicitadas como legítimas para o Serviço Social. Durante os plantões, os/as usuários/as buscam apoio para questões como informações sobre pacientes e acesso a médicos/as (Vasconcelos, 2003).

Questões como alta hospitalar, remoção de pacientes e comunicação de óbito geram controvérsias devido ao seu caráter burocrático. As resoluções do Cfess da 7ª Região estabelecem diretrizes que limitam a atuação dos/as assistentes sociais, criando desafios diários. Por exemplo, a Resolução nº 68/97 restringe a remoção apenas para casa ou asilamento, enquanto a Resolução nº 49/96 atribui a comunicação de óbito ao/a médico/a, o que pode privar as famílias de um atendimento humanizado (Vasconcelos, 2003).

Segundo o Cfess (2010), a alta hospitalar necessita de reflexão coletiva da equipe sobre as responsabilidades dos diferentes profissionais. A participação do/a assistente social é fundamental no acompanhamento dos/as usuários/as e na comunicação com a equipe sobre a necessidade de intervenção no processo de alta. Além disso, a autonomia do/a usuário/a deve ser respeitada ao solicitar alta, considerando fatores como desinformação sobre o tratamento e responsabilidades familiares. Assim, o papel do/a assistente social é orientar e esclarecer tanto o/a usuário/a quanto a equipe sobre as condições que levam à solicitação de alta, promovendo um atendimento mais integrado e respeitoso.

No contexto atual, o grande desafio é estabelecer uma nova cultura de atendimento que coloque os sujeitos no centro da construção coletiva do SUS. Para isso, é fundamental que os trabalhadores estejam motivados, com condições dignas de trabalho e salários adequados. A defesa da humanização no atendimento está em sintonia com o projeto ético-político do Serviço Social, representando um compromisso profissional (Cfess, 2010).

A luta por um serviço de saúde pública universal e de qualidade é uma das bandeiras dos assistentes sociais, essencial para resistir à desqualificação do exercício profissional e à precarização dos serviços de saúde. É fundamental que os profissionais adotem uma postura crítica e ética, articulando-se com as lutas da classe trabalhadora para promover mudanças significativas na sociedade (Machado *et al.*, 2024).

Assim, o Serviço Social deve se posicionar contra as políticas de austeridade e a fragmentação das políticas sociais, sempre defendendo a justiça social e os

direitos humanos. A constante formação e a articulação com outros setores são fundamentais para que a atuação dos profissionais não se limite a atender demandas imediatas, mas também contribua para a construção de um sistema de saúde mais justo e acessível a todos/as. A resistência ao neoliberalismo e a defesa do SUS são imperativas para garantir uma prática que realmente atenda às necessidades da população (Bravo; Matos, 2006).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, podemos afirmar que o sistema capitalista é fundamentado na busca incessante por lucros e na acumulação de capital. Essa lógica exige um desenvolvimento contínuo, visto que a expansão dos mercados e a maximização dos lucros dependem de uma força de trabalho saudável e produtiva. A saúde da população, portanto, torna-se um ponto essencial para o desenvolvimento econômico, uma vez que trabalhadores/as saudáveis são mais eficientes e contribuem ativamente para esse crescimento.

A política de saúde brasileira apresenta uma trajetória que, ao longo do tempo, foi moldada por uma lógica que priorizava a assistência à saúde como um recurso voltado para a expansão e manutenção do capital. Uma vez que contribui diretamente para o controle e para a reprodução da classe trabalhadora. Ao longo da história do Brasil, a saúde da população sempre esteve conectada com o desenvolvimento do país. Em momentos de crise, como epidemias que atingiam os/as trabalhadores/as, o Estado percebeu a necessidade de agir para proteger sua força de trabalho. Afinal, se as pessoas estão doentes, o progresso fica comprometido.

Com o passar do tempo e o crescimento do Brasil, novas demandas na área de saúde começaram a aparecer, exigindo que o governo adotasse medidas mais vastas. A saúde pública não era apenas uma questão de cuidar das pessoas, era também fundamental para garantir que o país continuasse se desenvolvendo. Assim, foram criados novos sistemas que buscavam oferecer assistência médica aos/as trabalhadores/as formais e enquanto o restante da população permanecia somente com ações voltadas ao controle de endemias.

Um exemplo concreto é a criação, em 1923, das CAPs para categorias específicas de trabalhadores, como ferroviários, portuários e marítimos. Esses mecanismos, embora tenham oferecido algum suporte, não garantiram uma cobertura universal e excluía os/as trabalhadores/as menos rentáveis para o capital e os informais. Durante a ditadura militar (1964-1985), a política de saúde se tornou ainda mais voltada para o setor privado, com um aumento significativo na assistência médica privada e a criação do INPS, que unificou os benefícios de forma a concentrar poder nas mãos do Estado e excluir a participação ativa dos/as trabalhadores/as na gestão da saúde.

A saúde pública, nesse contexto, era tratada como um instrumento para assegurar a força de trabalho, e não como um direito universal. A política de saúde era fragmentada e limitada, com a maioria das iniciativas voltadas para a saúde ocupacional, sem uma articulação efetiva entre diferentes esferas governamentais.

A partir da década de 1980, com o movimento pela redemocratização e a luta por direitos sociais, começou a emergir uma nova perspectiva sobre a saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco nesse processo, ao promover um debate que visava não apenas a criação do SUS, mas também uma reforma sanitária que considerasse os determinantes sociais da saúde. Essa conferência resultou em um relatório que serviu de base para a Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88, tornando a saúde como um direito de todos/as os/as cidadãos/ãs, em contraste com a visão anterior que a via como um recurso disponível apenas para os que podiam contribuir economicamente.

O SUS constitucional é uma das maiores conquistas sociais do Brasil. Ele é um modelo que não está voltado somente para a assistência médica, mas que reconhece a importância dos determinantes sociais da saúde. Esses determinantes, que incluem fatores como educação, renda, habitação e acesso a serviços básicos, mostram que a saúde vai muito além do atendimento médico. Para alcançá-la, é fundamental promover uma mudança de sociedade.

O SUS foi estruturado de modo a garantir que a saúde seja um direito de todos/as os/as cidadãos/ãs brasileiros/as, fundamentando-se em princípios e diretrizes que visam promover uma atenção integral e equitativa. Os princípios do SUS incluem a universalidade, que assegura que toda a população tenha acesso aos serviços de saúde; a integralidade, que busca oferecer um atendimento que abrange todos os aspectos da saúde, desde a promoção e prevenção até o tratamento; e a equidade, que se refere à necessidade de tratar desigualmente os desiguais, ou seja, priorizar o atendimento àqueles/as que estão em situação de vulnerabilidade.

As diretrizes do SUS incluem a descentralização, que promove a gestão compartilhada entre as esferas federal, estadual e municipal, e a participação da comunidade, que incentiva a população a se envolver nas decisões sobre políticas de saúde. A regionalização também é uma diretriz importante, organizando os serviços de saúde de maneira a atender de forma eficaz às necessidades locais.

Contudo, essa mudança constitucional, não se refletiu diretamente na realidade, pois na prática o sistema de saúde enfrenta grandes desafios para ser

materializado. A partir dos anos 1990, a adoção de políticas neoliberais começou a impactar a saúde pública, promovendo o desfinanciamento, privatização e a mercantilização dos serviços de saúde. Essa lógica mercadológica passou a influenciar a gestão da saúde, colocando em risco os princípios que sustentam o SUS. A ênfase na eficiência econômica e na redução de gastos se sobrepõe à necessidade de atender às demandas reais da população.

Nesse sentido, a implementação de políticas neoliberais levou à segmentação do sistema. O que deveria ser universal, acaba sendo destinado principalmente à população mais pobre, enquanto os serviços privados se tornam prioritários para aqueles/as que podem pagar. Outro aspecto importante é a cultura de responsabilização, em que as pessoas são muitas vezes responsabilizadas por suas condições de saúde, ignorando fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a saúde pública. Portanto, as políticas neoliberais não apenas alteram a estrutura do sistema de saúde, mas também aprofundam as desigualdades sociais, tornando o acesso a serviços de saúde de qualidade um privilégio para poucos/as.

O/A assistente social na saúde é essencial para promover um atendimento mais integral e humanizado, atuando na interface entre as necessidades sociais e as demandas de saúde dos/as usuários/as. Esse/a profissional realiza análises das condições socioeconômicas, permitindo identificar barreiras que possam dificultar o acesso aos serviços de saúde. Além disso, o/a assistente social elabora estudos e laudos sociais que viabilizam direitos e orientam a atuação da equipe de saúde. Sua participação na política de humanização é fundamental, pois busca respeitar a dignidade dos/as usuários/as, promovendo ações educativas e de mobilização que fortalecem a autonomia das pessoas.

Os dilemas do cotidiano profissional dos assistentes sociais na saúde se intensificam no contexto neoliberal, que impõe desafios significativos à relação com o projeto ético-político da profissão. Nesse cenário, as exigências por eficiência e a redução de custos frequentemente se sobrepõem à integralidade do cuidado, impactando diretamente a qualidade do atendimento. Os/As assistentes sociais enfrentam a pressão para cumprir metas institucionais, o que pode levar a uma abordagem burocrática, em que as necessidades reais dos/as usuários/as ficam em segundo plano. Essa lógica de trabalho, muitas vezes, transforma a prática em uma mera execução de tarefas, sacrificando a escuta ativa e a interação humana, essenciais para um atendimento de qualidade. Além disso, a precarização das

condições de trabalho e a falta de recursos agravam ainda mais a situação, dificultando a implementação de ações que realmente atendam às demandas dos/as usuários/as.

Diante das problemáticas que aqui são apresentadas, é essencial refletirmos sobre a importância de uma formação contínua e crítica, fundamental para que os/as assistentes sociais consigam compreender as dinâmicas que moldam a sociedade contemporânea, sem perder de vista os princípios da justiça social e da defesa dos direitos humanos. Assim, a luta por um serviço de saúde pública de qualidade e acessível se torna uma bandeira necessária, exigindo dos/as assistentes sociais uma postura crítica e proativa frente às transformações impostas pelo neoliberalismo. A prática deve estar alinhada ao projeto ético-político do Serviço Social e aos princípios e diretrizes do SUS.

Somado a isso, temos a mobilização social, que é um importante mecanismo para a ampliação dos direitos sociais e a melhoria do sistema de saúde, exercendo pressão política, permitindo o controle social e aumentando a conscientização pública. Contudo, é fundamental ressaltar que, apesar da mobilização social ser fundamental para a ampliação dos direitos sociais, a política social e a atuação profissional têm limites. A própria natureza da política social, sob o capitalismo, é manter a ordem vigente, controlando e reproduzindo a força de trabalho para maximizar a extração de mais-valia. Embora existam canais de participação popular na gestão da saúde, isso não garante a melhoria efetiva dos serviços, pois os problemas são mais profundos que as soluções políticas. A universalidade, integralidade e equidade do SUS, embora ideais, são comprometidas por essa estrutura. Mudanças reais exigem uma transformação social mais ampla.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Alzira Alves de Abreu. **Desenvolvimentismo**. Atlas Histórico do Brasil - FGV, 2023. Disponível em: <https://atlas.fgv.br/verbete/5830#:~:text=Nome%20dado%20%C3%A0%20estrat%C3%A9gia%20pol%C3%ADtica,condi%C3%A7%C3%A3o%20de%20subdesenvolvimento%20do%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 16 set. 2024.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, SciELO-Editora Fiocruz, 2005. p. 285-306.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 29-60.
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. Cortez editora, São Paulo, 2017. p. 113-155.
- BEHRING, Elaine Rosseti. Neoliberalismo, ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. In: **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Brasília, ABEPSS, v. 1, n. 1, 2018.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, CFESS/ABEPSS, v. 1, p. 301-322, 2009.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. CFESS. Conselho Federal de Serviço Social.(Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEAD/Ed. UnB, 2009. p. 19.
- BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 de outubro de 2024.
- BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. **Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 ago. 1994. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d1232.htm>Acesso em: 12 de novembro de 2024

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm > Acesso em: 5 de outubro de 2024.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm > Acesso em: 12 de novembro de 2024

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. **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, p. 1-22, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. Cortez editora, São Paulo, 2018. p. 1-24.

CARVALHO, A.I. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p. 23-64.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2010. Disponível em: <[https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 14 de novembro de 2024

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Resolução CFESS N.º 383/99, de 29 de março de 1999. **Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.** Brasília (DF): Cfess, 1999.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, v. 1, p. 111-135, 2006.

DA COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, nº62, Cortez, 2000.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma Sanitária, Pense+SUS | Fiocruz.** [s.d.] Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria#:~:text=O%20movimento%20da%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria,necess%C3%A1rias%20na%20%C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 16 set. 2024.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.;

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, SciELO-Editora Fiocruz, 2005. p. 307-351.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo, Loyola, p. 172-178, 2008.

TONET, Ivo. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, ABEPSS/CFESS, p. 124-142, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, Cortez, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. São Paulo, **Serviço Social & Sociedade**, p. 608-639, 2014.

LESSA, Sérgio. **Capital e Estado de bem-estar: o caráter de classes das políticas públicas**. São Paulo, Instituto Lukács. 2013.

MACHADO, Thiago de Oliveira; BARÃO, Alessandra Ballinhas de Moura; AREAS, Raquel dos Santos. Apontamentos sobre o trabalho do (a) assistente social na área da saúde e o neoconservadorismo. In: Encontro Nacional de Pesquisadoras e Pesquisadores em Serviço Social, 18., 2024, Fortaleza. **Anais [...]**. Brasília: Abepss, 2025. v. 1.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007. p. 61-113.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. CIÊNCIA, TÉCNICA E ARTE: O DESAFIO DA PESQUISA SOCIAL. In: **Pesquisa Social-Teoria, Métodos e Criatividades**. Rio de Janeiro. Editora Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 218, de 06 de março de 1997. **Reconhece como profissional de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MOURÃO, Ana Maria A.; LIMA, Ana M.C. Amoroso; DE OLIVEIRA, Leda M. Leal. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Editora Cortez, v. 2, p. 352-380, 2006.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo, Editora Cortez, v. 1, p. 141-160, 2006.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da “Questão Social”**. Temporalis. Brasília, ano 2, n. 3, jan./jul. 2001. p. 41-49.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e serviço social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, n° 50, p. 87-132, 1996.

NOBRE, Victor; FARIA, Manuel. **O Orçamento da Saúde para 2023: o que mudou nos últimos dez anos?**. IEPS - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/sdc_download/13406/?key=dqar0mkzcryc4hnjotm1riial243jh Acesso em: 13 de março de 2025

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde–SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Editora Cortez, v. 1, p. 218-241, 2006.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, p. 445-450, 2001.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 23-64.

PIANNA, MC. As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento. In: **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo, Editora UNESP, 2009. p. 23-58.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. Orçamento anual. Orçamento fiscal e de seguridade social em 2024. Disponível em: <https://www.portaldatransparencia.gov.br/orcamento>. Acesso em: 08 de abr. 2025.

RIBEIRO, Andressa de Freitas. Taylorismo, fordismo e toyotismo. **Lutas sociais**, v. 19, n. 35, p. 65-79, 2015.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo**. Serviço Social& Sociedade, São Paulo, n. 104, p. 605-631, 2010.

SALVADOR, Evilásio da Silva. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. In: **Argumentum**, v. 16, n. 1, p. 6-19, 2024.

SANTOS, Milena da Silva. Financeirização do capital, “reformas” estruturais e seguridade social no Brasil. In: **SER Social: NOVA DIREITA, ESTADO E POLÍTICA SOCIAL**. Brasília, v. 21, n. 45, p. 283-300, 2019.

SANTOS, Milena da Silva. **“Questão social” e Estado na crise estrutural: PRECARIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS**. Brasília, Temporalis, v. 23, n. 45, p. 252-272, 2023.

SENADO, Agência. **Congresso promulga a Emenda Constitucional 135, do corte de gastos. Senado Federal**. 20 de dez. de 2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/12/20/congresso-promulga-emenda-constitucional-do-corte-de-gastos#:~:text=O%20Congresso%20Nacional%20promulgou%20nesa,gastos%20prposto%20pelo%20Poder%20Executivo.> Acesso em: 23 de março de 2025

SILVEIRA, Ramaís de Castro. **Neoliberalismo: conceito e influências no Brasil-de Sarney a FHC**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Instituto de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2009.

SOARES, Sandro Vieira; PICOLLI, Icaro Roberto Azevedo; CASAGRANDE, Jacir Leonir. Pesquisa bibliográfica, pesquisa bibliométrica, artigo de revisão e ensaio teórico em administração e contabilidade. In: **Administração: ensino e pesquisa**, v. 19, n. 2, p. 308-339, 2018.

SESA, Secretaria de Estado da Saúde (org.). **Manual de regulamentação para tratamento fora de domicílio/ TFD no sistema único de saúde – SUS- PR.**

Curitiba, 2007. Disponível em:

<https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/del_2007_034_1_07.pdf> Acesso em: 17 de novembro de 2024

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, Cfess, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2º ed. São Paulo, Editora Cortez, 2003.