



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ALEXANDRO FIDELIS RIBEIRO DA SILVA

LUCIANO SILVA DE MELO

VANESSA FERREIRA DA SILVA

**A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A ATUAÇÃO
DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NA VIABILIZAÇÃO DE DIREITOS NA
POLÍTICA DE SAÚDE**

RECIFE

2024

ALEXANDRO FIDELIS RIBEIRO DA SILVA

LUCIANO SILVA DE MELO

VANESSA FERREIRA DA SILVA

**A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A ATUAÇÃO
DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NA VIABILIZAÇÃO DE DIREITOS NA
POLÍTICA DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Israel Carlos da Silva.

RECIFE

2024

ALEXANDRO FIDELIS RIBEIRO DA SILVA

LUCIANO SILVA DE MELO

VANESSA FERREIRA DA SILVA

**A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A ATUAÇÃO
DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NA VIABILIZAÇÃO DE DIREITOS NA
POLÍTICA DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: xx/xx/xxxx

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Israel Carlos da Silva (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Evelyne Medeiros Pereira (Examinadora interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Alexandre.

A produção de conhecimento do serviço social sobre a atuação dos/as assistentes sociais na viabilização de direitos sociais na política de saúde / Alexandre Silva, Luciano Melo, Vanessa Silva. - Recife, 2024.

79 p., tab.

Orientador(a): Antônio Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2024.

1. Serviço Social e Saúde. 2. Produção de conhecimento. I. Melo, Luciano. II. Silva, Vanessa. III. Silva, Antônio. (Orientação). IV. Título.

360 CDD (22.ed.)

AGRADECIMENTOS

"Se você quiser alguém em quem confiar, confie em si mesmo. Quem acredita sempre alcança." — Renato Russo

Primeiramente, gratidão a Deus pela força e esperança que sempre me proporcionou nos momentos mais desafiadores.

Aos meus pais, Luiz Alberto e Sandra Maria, meu sincero reconhecimento. Meu pai, por ser meu maior motivador na escolha do curso e por oferecer suporte em diversas ocasiões. Minha mãe, pelas orações e pela fé inabalável de que tudo dará certo em minha vida.

A minha avó materna, Hilda, in memoriam, merece um agradecimento especial. Seu amor e generosidade foram uma luz em nossa família, e sua memória será eternamente celebrada por todos que tiveram o privilégio de conhecê-la. Te amo para sempre, vó Hilda.

Agradeço também aos meus amigos, cuja torcida e apoio foram fundamentais para meu desenvolvimento pessoal e acadêmico.

Aos meus colegas de curso, Luciano e Vanessa, expresso minha gratidão pela parceria na construção deste Trabalho de Conclusão de Curso. A colaboração de vocês foi essencial para o resultado do projeto, e tenho certeza de que a amizade que cultivamos na academia perdurará.

Por fim, agradeço ao Professor Antonio Israel, cuja orientação foi imprescindível para a viabilização deste trabalho. Sua dedicação e expertise foram verdadeiramente inspiradoras.

A todos, minha singela gratidão.

AGRADECIMENTOS

Como já dizia Clarice Lispector: “Sonhe com aquilo que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e nela só se tem uma chance de fazer aquilo que quer”. Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui, e nada disso eu conseguiria sozinho. Minha terna gratidão a todos os que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

A minha avó materna, Grinauria e minha mãe Regina por acreditar nessa jornada e sonhado junto comigo como também, todo amor, carinho, paciência e compreensão que tem me dedicado.

Ao professor Antônio Israel que, com muita paciência e atenção, dedicou do seu valioso tempo para me orientar em cada passo deste trabalho. Aos meus supervisores de estágio Ana Paula, Emanuela Pereira e em especial ao Richard Paiva que me ensinou com toda paciência e dedicação a vivência de um profissional com todas as qualidades que busco um dia alcançar, como também tanta influência na minha futura vida profissional.

Aos meus colegas de classe Alexandro Fidelis e Vanessa Ferreira Obrigado por todos os momentos em que fomos estudiosos e brincalhões, como também os perrengues que passamos juntos. Obrigado pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando eu precisava. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

Obrigado a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

"Quando o rio esquece onde nasce, ele seca e morre."
— Provérbio Africano

Primeiramente, agradeço a Deus, Iansã e Oxum Ipondá por todas as bênçãos e oportunidades. Sem a proteção e a força de minhas divindades, nada seria possível. Agradeço imensamente às minhas rainhas, Ritinha e Maria Navalha, por me sustentarem e protegerem em cada passo dessa jornada. Vocês são a minha luz.

Mainha, dedico este trabalho a você, que abdicou de seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus. Suas noites mal dormidas e seu esforço para me proporcionar uma vida digna foram a base de tudo que conquistei. Nada do que eu faça será suficiente para retribuir tudo que fez por mim. Painho, obrigada por todo o investimento em meus estudos; o senhor também faz parte dessa conquista. Agradeço também ao meu irmão Samuel por toda a torcida. Sempre estarei com você, te fortalecendo para alçar voos maiores que os meus. Amo você.

Pai Lívio, sua sabedoria espiritual e inteligência me direcionam para o melhor caminho. O senhor é uma inspiração para mim, e lhe dedico todo o meu respeito e amor. Agradeço a toda a espiritualidade e aos irmãos do Terreiro das Salinas

Flora, meu amor, sua presença constante e seu apoio incondicional me deram a força necessária para concluir este trabalho. Eu amo você. Também agradeço à minha sogra por todas as palavras de apoio e a toda sua família.

Agradeço a todos os meus amigos do ensino fundamental, pelo companheirismo ao longo desses anos de amizade, em especial a Krissia Nascimento. Aos meus amigos da UFPE, que estiveram desde o primeiro semestre.

As Assistentes Sociais do Hospital Correia Picanço que foram fundamentais no meu período de estágio, em especial, Kássia Uchôa, minha supervisora que tanto me ensinou. Por fim, agradeço ao meu orientador Israel por todo o apoio e paciência; seu profissionalismo me inspira de forma positiva. Agradeço também aos meus colegas de TCC, sem vocês, este trabalho teria sido ainda mais desafiador. Obrigada!

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo discutir a produção de conhecimento do Serviço Social brasileiro sobre a atuação dos assistentes sociais na viabilização dos direitos sociais, com foco na política de saúde. A pesquisa adota a perspectiva teórico-metodológica do materialismo histórico-dialético, buscando compreender a atuação desses profissionais na legitimação dos direitos à saúde em um contexto de transformações sociais e políticas. Parte-se da análise histórica da política de saúde no Brasil, desde a Era Vargas até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para o papel do assistente social na defesa dos direitos dos usuários. O estudo foi realizado por meio de pesquisa documental e revisão bibliográfica, resgatando a trajetória da política de saúde e refletindo sobre os desafios enfrentados pelos assistentes sociais no contexto neoliberal. Assim, o trabalho problematiza as contradições presentes na efetivação dos direitos sociais e propõe a análise crítica da prática profissional na área da saúde, destacando as contribuições do Serviço Social para a construção de uma saúde pública inclusiva e universal. Além disso, enfatiza-se a importância da interseccionalidade e da luta por equidade no exercício profissional, conforme os princípios éticos da profissão. A relevância do estudo se manifesta tanto para a sociedade quanto para a academia, ao fornecer subsídios para o fortalecimento do SUS e para o aprofundamento das discussões sobre a política de saúde e os direitos sociais.

Palavras-chaves: Serviço Social; Produção de Conhecimento; Atuação Profissional; Pesquisa; Saúde.

ABSTRACT

The present work aims to discuss the production of knowledge by Brazilian Social Services on the role of social workers in enabling social rights, with a focus on health policy. The research adopts the theoretical-methodological perspective of historical-dialectical materialism, seeking to understand the role of these professionals in legitimizing health rights in a context of social and political transformations. It starts with the historical analysis of health policy in Brazil, from the Vargas Era to the implementation of the Unified Health System (SUS), with emphasis on the role of social workers in defending users' rights. The study was carried out through documentary research and bibliographic review, recovering the trajectory of health policy and reflecting on the challenges faced by social workers in the neoliberal context. Thus, the work problematizes the contradictions present in the implementation of social rights and proposes a critical analysis of professional practice in the health area, highlighting the contributions of Social Work to the construction of inclusive and universal public health. Furthermore, the importance of intersectionality and the fight for equity in professional practice is emphasized, in accordance with the ethical principles of the profession. The relevance of the study is evident both for society and academia, as it provides support for strengthening the SUS and for deepening discussions on health policy and social rights.

Keywords: Social Service; Knowledge Production; Professional Performance; Search; Health.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Assistência e Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LC	Lei Complementar
MESP	Ministério de Educação e Saúde Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PEP	Programa de Experiência Profissional
PIAS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Política Nacional de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	17
1.1. A política de saúde na Era Vargas	17
1.2. A Política de Saúde no Período Ditatorial	21
1.3. Reforma Sanitária Brasileira.....	24
1.4. Neoliberalismo na década de 1990, construção do SUS e os impactos na política de saúde	26
1.5. Contrarreformas do SUS nos anos 2000 e suas principais alterações.....	35
2. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	44
2.1. Pesquisa e produção do conhecimento no Serviço Social	51
2.2. Trabalho profissional do Serviço Social na política de saúde.....	57
2.3. A dimensão política do trabalho profissional na saúde.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS.....	73

INTRODUÇÃO

Esta monografia tem como objetivo discutir a produção de conhecimento do Serviço Social brasileiro sobre a atuação dos assistentes sociais na efetivação dos direitos sociais, com foco na política de saúde. A centralidade deste estudo reside na análise da contribuição desses profissionais para a legitimação dos direitos à saúde no Brasil, em um contexto marcado por profundas transformações sociais e políticas, destacando suas articulações com a rede socioassistencial e outros sistemas de proteção social.

Assim, a pesquisa se justifica, pois, a atribuição do Assistente Social enquanto profissão liberal “pressupõe a expansão da produção e das relações sociais capitalistas, impulsionadoras da industrialização e urbanização que trazem no seu verso a questão social” (Iamamoto, 2010, p. 172). Trazendo consigo suas expressões onde os direitos são desrespeitados ou inacessíveis, desta forma, está posta a necessidade de compreender a importância do exercício profissional na superação dessas desigualdades que visa fortalecer a dimensão política da profissão, respaldada pelos princípios éticos de um Serviço Social. Entre os princípios fundamentais, destacam-se a não discriminação “por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física” (Código de Ética, 2012, p. 24).

Para além, o interesse pelo tema se deu de forma, resultado das experiências nos diversos espaços sócio-ocupacionais na área da saúde durante o período de estágio. A partir das inquietações suscitadas pelas atividades realizadas, decidiu-se desenvolver o trabalho de conclusão de curso por meio de questões que abordassem as dificuldades sociais relacionadas à saúde e ao Serviço Social. O objetivo é refletir sobre a intersecção entre os campos da saúde, buscando compreender e enfrentar os desafios sociais que causam impacto no usuário.

Além disso, o SUS, como uma conquista social, é cercado por intensas problemáticas e disputas societárias, tornando imprescindível a reflexão sobre o trabalho do assistente social na legitimação e fortalecimento dos direitos sociais. O objetivo geral deste estudo propõe discutir a produção de conhecimento do Serviço Social sobre a atuação dos assistentes sociais na efetivação dos direitos sociais na

política de saúde no Brasil. No que concerne aos objetivos específicos, busca-se apresentar uma breve trajetória da política de saúde no Brasil, desde a Era Vargas até os dias atuais, analisar a implantação do SUS e sua efetivação como política pública, compreender o trabalho dos assistentes sociais na legitimação dos direitos sociais na saúde e examinar as possíveis articulações entre o Serviço Social.

Ao pensar no problema do tema proposto, utilizou-se o método materialista histórico-dialético de Marx, visando à compreensão da realidade de forma histórica e crítica, como se deu a formação da política de saúde no Brasil no tocante às relações, participação e mobilizações sociais em seus antagonismos, contradições e correlações de forças. Para análise da sociedade, Marx utiliza como centro o trabalho, dialogando que, ao transformar a natureza, o homem se transforma também — logo, a produção é o domínio do homem pela natureza. Essa ideia trata-se de uma leitura da prática dos idealistas que é entendida como “atividade real, objetiva, material do homem social, que só pode ser assim considerado em e pela práxis” (Santos, 2012).

Nesse íterim, a teoria marxista compreende que a intenção de transformação do social é o que possibilita a prática. A teoria apreende o objeto pelo pensamento, não modifica de certo o real, porém, o conhecimento sobre o real, sim. O estudo forma-se por um conjunto de ideias sobre a realidade e a partir dela pensar em ações transformadoras. É uma análise fundamentada na prática, onde se estuda algo, até, então, subjetivo e idealista, para tornar o objeto de estudo algo concreto, portanto, é a materialização da teoria.

Realizou-se um estudo exploratório, por meio de uma revisão bibliográfica e análises documentais, descrevendo o resgate histórico da trajetória da política de saúde no Brasil até a implementação do SUS. Buscou-se, para tal, destacar a importância da participação do assistente social na política de saúde, visto que, de acordo com Andrade (2010, p. 25) "a pesquisa bibliográfica é habilidade fundamental nos cursos de graduação, uma vez que constitui o primeiro passo para todas as atividades acadêmicas".

Foram utilizados, como principais referenciais teóricos, os autores: Maria Inês Bravo, Raquel Soares, Marilda Vilela Iamamoto, José Paulo Netto, Ivanete Salete Boschetti, dentre outros. A escolha foi amparada pelos seguintes conceitos-chave: produção de conhecimento e pesquisa, Serviço Social e política, e saúde.

Organizou-se a monografia em dois momentos, além da introdução e considerações finais. No capítulo 2, apresentou-se a trajetória histórica da política de saúde no Brasil, marcada por desafios significativos, que percorrem desde a criação dos primeiros sistemas de assistência até a implementação do SUS. A saúde pública no Brasil passou por diversos estágios de desenvolvimento, refletindo as condições econômicas e sociais de cada época. Na Era Vargas, houve uma progressiva institucionalização da saúde como um direito, especialmente com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que atendiam uma parcela limitada dos trabalhadores formais, excluindo grandes camadas da população, como trabalhadores informais e rurais. No período destacado, o conceito de saúde não era ampliado para todos; apenas algumas parcelas da população podiam ter acesso.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco no reconhecimento da saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. A partir da nova concepção de saúde pública, o SUS foi implementado com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. O segundo capítulo deste estudo está dedicado a explorar esse percurso histórico, discutindo as principais fases da política de saúde no Brasil, como a reforma sanitária e as contrarreformas neoliberais que surgiram nas décadas de 1990 e 2000. Nesse contexto, os ajustes fiscais e as políticas de austeridade tiveram um impacto profundo sobre o SUS, gerando desafios para sua manutenção enquanto sistema público e universal.

O capítulo 3 abordou como a consolidação do SUS foi acompanhada pela inserção progressiva do Serviço Social na política de saúde. Inicialmente, a profissão se desenvolveu em um contexto de forte influência religiosa e moralizante, com o objetivo de atender às emergentes expressões da questão social que surgiram com o processo de industrialização e urbanização do país. No entanto, ao longo das décadas, o Serviço Social passou por um processo de renovação, com o movimento de reconceituação, que trouxe um olhar mais crítico e comprometido com a classe trabalhadora, posicionando-o como uma profissão em defesa dos direitos humanos e sociais.

O trabalho do assistente social na saúde vai além da prestação de serviços assistenciais ou emergenciais, envolve uma articulação contínua entre os direitos sociais e os determinantes sociais de saúde, incluindo o combate às desigualdades

socioeconômicas, que impactam diretamente o bem-estar da população. Com isso, o capítulo 3 explora em profundidade como os assistentes sociais atuam na legitimação e defesa dos direitos sociais, especialmente no campo da saúde, onde esses profissionais desempenham um papel fundamental na mediação entre os usuários do sistema de saúde e as políticas públicas. Essa ação envolve, ainda, a criação de estratégias de articulação com a rede socioassistencial, possibilitando que os usuários tenham acesso integral aos serviços necessários para sua proteção social e melhoria de suas condições de vida.

Além disso, o estudo buscou discutir a produção de conhecimento do Serviço Social, destacando a importância da pesquisa na área da saúde como ferramenta para a construção e reconstrução de práticas profissionais mais críticas e reflexivas. A produção teórica no campo do Serviço Social tem sido essencial para compreender as dinâmicas sociais e políticas que afetam a saúde pública no Brasil. As análises apontam para a necessidade de um olhar crítico, com foco em desvelar a realidade desigual, e também propõem um olhar sobre o subfinanciamento do SUS, que vem afetando a qualidade dos serviços. Observa-se que o SUS está cada vez mais mercantilizado, em função das políticas neoliberais que sustentam o sistema capitalista. Embora haja muitos avanços, ainda existem desafios extremos para manter uma saúde universal como um direito social, especialmente em tempos de austeridade.

A análise proposta nesta monografia visa entender como a atuação dos assistentes sociais pode viabilizar a efetivação dos direitos sociais e contribuir para a transformação das relações sociais por meio de práticas profissionais críticas e propositivas. Nesse sentido, o Serviço Social tem uma responsabilidade política, teórica e ética significativa ao atuar na defesa dos direitos de populações vulneráveis, combatendo a precarização dos serviços de saúde e promovendo a inclusão social por meio de uma atuação interdisciplinar e intersetorial. Compreender o contexto histórico da política de saúde e a atuação do Serviço Social é essencial para entender os desafios e os enfrentamentos que se colocam atualmente, frente às crises e aos retrocessos nas políticas sociais no Brasil.

A metodologia desta pesquisa foi conduzida a partir de uma abordagem qualitativa, utilizando revisão bibliográfica e análise documental. O levantamento teórico incluiu livros e artigos científicos, que trataram da história da política de saúde,

da implantação do SUS e da atuação do Serviço Social no campo da saúde. O estudo seguiu uma linha cronológica e temática, buscando compreender as influências históricas, políticas e econômicas sobre a atuação dos assistentes sociais no SUS.

Por fim, destaca-se a relevância deste estudo para a sociedade e a comunidade acadêmica. Para a sociedade, a importância reside na compreensão e no fortalecimento do SUS como uma ferramenta de garantia dos direitos sociais. A sociedade precisa conhecer a história do SUS, fruto de muitas lutas sociais, e entender que todos devem ter acesso ao sistema. Aprender também a atuação do Serviço Social na luta por justiça social e melhores condições de vida, especialmente, para populações vulneráveis, é fundamental na universalização da saúde e na inclusão social, combatendo as desigualdades que limitam o acesso pleno aos serviços ofertados.

Para a comunidade acadêmica, este estudo é relevante por ser uma discussão contemporânea que relaciona política social, saúde pública e neoliberalismo, permitindo uma análise crítica sobre a construção da política de saúde no Brasil e sua atual situação diante de tantas contrarreformas. A pesquisa oferece reflexões teóricas que podem fundamentar novos estudos, estratégias de intervenção social e debates sobre a intersetorialidade do Serviço Social, especialmente no trabalho interdisciplinar com a saúde coletiva.

Portanto, este estudo pretende não apenas apresentar uma análise teórica sobre o papel do Serviço Social na política de saúde, mas também destacar a relevância da atuação crítica desses profissionais na luta pela efetivação dos direitos sociais, em um cenário de constantes ataques às conquistas sociais e tentativas de desmantelamento do SUS. O trabalho dos assistentes sociais é essencial não apenas para garantir o acesso aos serviços de saúde, mas para fortalecer as políticas públicas que assegurem os direitos da população, promovendo a cidadania e a equidade social. Abordar a produção de conhecimento do Serviço Social, significa ampliar os saberes e a prática dos assistentes sociais, além de lutar por um SUS que apresente integralidade, intersetorialidade e universalidade no acesso à saúde. É fundamental princípios que vão além do papel, fazendo jus aos preceitos elencados na Constituição Federal de 1988.

1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1. A política de saúde na Era Vargas

O resgate histórico acerca da política de saúde no Brasil, entre os anos de 1930 e 1964, permite uma análise de diferentes contextos econômicos, sociais e políticos que marcaram a necessidade da organização e viabilização das políticas sociais, dentre estas, a política de saúde. Inicialmente, se faz jus mencionar importantes aspectos acerca do processo de transição do regime oligárquico para o Estado burguês, em 1930, conhecida como “Revolução de 1930”. Caracterizado como um governo ditatorial e centralizador, a chegada da figura populista de Getúlio Vargas ao poder trouxe um novo cenário ao país, uma vez que “a revolução de 1930 marcou o fim da hegemonia política da classe dominante ligada à exportação do café” (CEFOR, s/d).

A partir dessas colocações, é importante frisar que esta transição refere-se a um período de crise da monocultura do café, uma vez que esta correspondia a uma significativa parcela da economia nacional, isto é:

A crise de 1929 afetou as exportações, provocando uma enorme queda nos preços do café. O governo, impossibilitado de continuar a exercer a política de proteção aos preços do café, devido à crise que afetava os cofres públicos, estava perdendo legitimidade. Assim, em 1930 ocorreu a revolução, liderada por frações da classe dominante que não estavam ligadas à exportação de café. Além disso, o movimento contou com o forte apoio de camadas médias urbanas, como intelectuais, profissionais liberais, militares, particularmente os tenentes (CEFOR, s.d.).

Deste modo, observa-se que o adensamento da luta de classes, nesse cenário, ocorreu sob um contexto de pós-abolição de surgimento das primeiras manufaturas, entre 1890 e 1920. De acordo com Gonçalves (2018), a classe trabalhadora, composta majoritariamente pela população negra, não era constituída como uma população cidadã, logo, não era determinada enquanto camada que pudesse ter acesso a direitos básicos, entre eles, o direito à saúde.

A questão social, inerente ao modo de produção capitalista, emergia no país, sob as reivindicações dos trabalhadores, em um contexto de precarização e desumanização decorrente de cenário político. Segundo Bravo (2018), a questão social precisava ser encarada como questão política, com a intervenção do Estado e o fomento para desenvolver políticas públicas para garantir minimamente melhores

qualidades de vida à classe trabalhadora. Sem uma política reparatória por parte do Estado, a população não mais escravizada passou a ocupar e formar as periferias e as favelas, em decorrência da urbanização e modernização do país como uma das consequências da expulsão dos grandes centros das cidades.

Neste sentido, afirma-se que as condições de vida e de saúde da população eram de extrema precariedade, traçada pela ausência de políticas e que passaram a ser organizadas diante de uma conjuntura marcada pela luta dos trabalhadores. Sobre estas condicionalidades, Iamamoto e Carvalho (2014, p. 137), destacam algumas nuances que remetem ao período:

Amontoam-se em bairros insalubres junto às aglomerações industriais, em casas infectadas, sendo muito frequente a carência — ou mesmo falta absoluta — de água, esgoto e luz. Grande parte das empresas funciona em prédios adaptados, onde são mínimas as condições de higiene e segurança, e muito frequente os acidentes. O poder aquisitivo dos salários é de tal forma ínfimo que para uma família média, mesmo com o trabalho extenuante da maioria de seus membros, a renda obtida fica em nível insuficiente para a subsistência. O preço da força de trabalho será constantemente pressionado para baixo daquele nível pela progressiva constituição de um relativamente amplo exército industrial de reserva.

Diante desse panorama sociopolítico, é pertinente frisar que a questão social passou a ser considerada como caso de política, uma vez que, o Estado, utilizava do seu braço armado para repressão. Sobre a época, em termos historiográficos, sabe-se que o país era composto, majoritariamente, por agricultores não alfabetizados, assim, para a indústria capitalista, essa população não era capacitada para trabalhar na indústria brasileira. De acordo com Silva (2017, p. 293), “o varguismo via a necessidade de se industrializar o Brasil com urgência, algo que tínhamos um déficit de quase 300 anos”.

Ao avançar na análise, deve-se mencionar uma histórica iniciativa brasileira que se trata das CAPs, instituída em 1923. Voltada para determinadas parcelas estratégicas dos trabalhadores, entre elas, os marítimos e ferroviários (considerados dois dos segmentos mais importantes para o setor econômico do Brasil à época), as CAPs eram financiadas pelo trabalhador e pelas empresas e propunham a garantia da aposentadoria a partir da contribuição previdenciária.

As Caps eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma Caixa, esse era um benefício mais comum nas empresas de maior porte (Matta; Pontes, 2007, p. 35).

Com a nova reconfiguração política do Brasil — visando apaziguar a luta de

classes, ao mesmo tempo que tentou conter as ações empresariais —, o Estado passou a criar novos ministérios, departamentos e órgãos para dar início a organização das políticas e subsídios para o desenvolvimento das bases capitalistas, ao mesmo tempo que precisou preencher as lacunas referentes à seguridade social. A partir disso, com o aumento da população trabalhadora e contribuinte, em 1930, Vargas transformou as CAPs em Institutos de Assistência e Previdência Social (IAPs) vinculados ao Ministério de Trabalho, Indústria e Comércio, que passou a contar com intervenção governamental em sua administração e gerenciamento dos recursos oriundos dos respectivos Institutos.

O público beneficiário da assistência era exclusivamente os trabalhadores formais, ou seja:

O trabalhador que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção. Portanto, estavam excluídos: o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. A proteção previdenciária era um privilégio de alguns incluídos, o que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social (Matta; Pontes, 2007, p. 35).

Portanto, essa grande massa de trabalhadores excluída, só vai ser levada em consideração décadas depois, através da aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil (1988) e do SUS. A “Constituição Cidadã” passou a categorizar o tripé da seguridade social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social; todas enquanto dever do Estado. Ademais, a Revolução de 1930 teve importância significativa no que se refere a saúde. Foi criado o Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), gestado por Gustavo Capanema, para a consolidação (ou uma tentativa) de operacionalização da saúde pública, sendo assim:

Os ideais de formação de um Estado robusto e centralizado pareciam ser realizados pela constituição de um aparato governamental que alcançasse todo o território nacional, integrando as esferas federal, estadual e municipal em um projeto político-administrativo mais unificado. Era uma clara reação ao federalismo extremado da primeira constituição republicana. A criação do MESP estava inserida nessa perspectiva de reforma administrativa (Hochman, 2005, p. 130).

Deste modo, as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz, responsável pela Revolta da Vacina, eram organizadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública. No entanto, ao longo do tempo, as ações de saúde foram perdendo o caráter de medidas coercitivas. Posteriormente, com a gestão de Carlos Chagas, é adotado um posicionamento voltado à educação sanitária. Sendo assim, as ações de saúde

voltadas à população se concentraram em campanhas sanitárias, baseadas em programas de controle de tuberculose e de outras endemias, além da vacinação. Essa dualidade entre as ações preventivas e as ações de caráter universal era de responsabilidade do MESP e a outra administrada pelos IAPS.

Segundo, Matta e Pontes (2007, p. 199), em 1942, foi criado o SESP, que possuía como finalidade “organizar ações de saneamento e de atenção integral à saúde para as populações da área de produção da borracha (Amazônia) e de ferro (Minas Gerais)”. Com isso, a criação deste serviço foi de suma importância para os trabalhadores que eram os principais alvos das endemias rurais e foram, naquele momento, beneficiados com acesso à informação, cuidados, e sobretudo, prevenção. Por outro lado, a atuação serviu no controle dessas endemias para não haver interrupções dos trabalhos, principalmente na Amazônia, isto é:

No campo da saúde pública vários órgãos são criados. Destaca-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, criado no período anterior, em 1942, em decorrência do acordo com os EUA. O SESP visava, principalmente, a assistência médica dos trabalhadores recrutados para auxiliar na produção da borracha na Amazônia e que estavam sujeitos à malária. A produção de borracha era necessária ao esforço de guerra dos aliados na 2ª guerra. Criou-se também o Ministério da Saúde, em 1953. As ações na área de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria (CEFOP, s.d.).

Em 1953, finalmente é criado o Ministério da Saúde, que nesse mesmo período se desvincula da pasta unificada com a Educação e, a partir disso, passa a assumir as ações de cunho universal e preventivo que combatia as doenças e endemias. Ademais, em 1956, o Brasil enfrentava um cenário caótico de endemias ditas rurais (malária, esquistossomose, doença de chagas etc), e, diante desta problemática, surgiu o Departamento Nacional de Endemias Rurais. Criado para centralizar e fortalecer as ações de combate às doenças rurais em todo território nacional, tendo sua devida importância para redução da incidência e mortalidade causadas pelas doenças, como apresentam Matta e Pontes (2007, p. 40):

Foram acontecimentos importantes deste período e que marcaram a trajetória da política de saúde: a criação do Ministério da Saúde em 1953, atribuindo um papel político específico para a saúde no contexto do Estado brasileiro; e a reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru) em 1956.

Nesse sentido, houve um expressivo aumento de casos das “doenças da modernidade” devido ao processo de urbanização e industrialização (conseqüentemente alterando o cotidiano do trabalhador). Os reflexos destas

questões perpassam os frutos da moradia inadequada, do traslado longo até às indústrias, muitas vezes cercados pela insegurança alimentar, da carga de estresse, entre outros. A partir destes processos, demarca-se a chamada transição epidemiológica, isto é:

O modelo de saúde que passa a se definir baseado no hospital e na assistência cada vez mais especializada também seguia uma tendência mundial, fruto do conhecimento obtido pela clínica médica no pós-guerra. O conhecimento mais detalhado da fisiologia e da fisiopatologia permitiu o desenvolvimento de drogas modernas e possibilitou uma revolução na prática médica, bem como o início de um processo de mudanças nos níveis de saúde das populações, que passam progressivamente a viver mais (aumenta a expectativa de vida) e a sofrer de doenças mais complexas (crônicas) ou típicas da modernidade, como os acidentes de carro, violências, entre outras (Matta; Pontes, 2007, p. 39).

Essa fase marca a transição epidemiológica, que é a mudança do perfil caracterizado pelas doenças da antiguidade/pobreza para as chamadas doenças da modernidade. A diferença no Brasil é evidente. Como não houve um enfrentamento adequado das doenças que afetam a população em situações mais vulneráveis elas não foram substituídas imediatamente pelas doenças modernas; ambas coexistem como problemas de saúde. Isto é, situação que vai deflagrar a crise na saúde.

1.2. A Política de Saúde no Período Ditatorial

Com a ditadura militar, instaurada em março de 1964 no país, é crucial entender como essas mudanças impactaram as políticas de saúde no contexto de autoritarismo militar extremo que durou 21 anos. José Paulo Netto (2001), em seu livro “Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64”, afirma que durante quinze anos da Ditadura Militar (de 1964 a 1979), modelou-se um país com características muito distintas do cenário brasileiro antes do período militar. O predomínio de interesses da classe burguesa indica um período de desenvolvimentismo com foco na economia.

Ao cabo do ciclo ditatorial, nenhum dos grandes e decisivos problemas estruturais da sociedade brasileira [...] estava solucionado. Ao contrário: aprofundados e tornados mais complexos, ganharam um dimensionamento mais amplo e dramático. [...] e aqui a sua novidade: o desastre nacional em que se resume o saldo da ditadura para a massa do povo brasileiro desenhou uma sociedade de características muito distintas das existentes naquela em que triunfou o golpe de abril (Netto, 2001, p. 15).

O contexto político e social da época foi tomado por uma narrativa empresarial militar, com apoio de diversos setores burgueses, inclusive, a própria mídia. A partir deste momento, as forças armadas deram início ao golpe e a instituição de um governo autoritário que instituiu medidas antidemocráticas: a cassação dos mandatos políticos, a determinação de ilegalidade e clandestinidade de espaços de discussão, de organizações e de partidos políticos — entre os espaços de discussão, destaca-se as conferências de saúde. No contexto da previdência, o período ditatorial realizou ações com características de um governo populista. Exemplo disso são as IAPs, logo em seguida as atividades são estendidas para todo trabalhador urbano.

Na prática, ocorreu a unificação de todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões que foram fundidos a partir do INPS. Como aponta Bravo (2018, p. 6):

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.

Em 1977, o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), responsável pela administração dos recursos previdenciários, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, responsável pela gestão da assistência médica. A criação desse sistema é pensada na lógica de expandir essa cobertura com foco na doença, copiando o modelo norte americano que terá a instituição do modelo real médico assistencial e privatista, pois,

Considerando as formulações teóricas resgatadas, é possível concluir que “modelo assistencial” é um termo polissêmico, utilizado para designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. No entanto, todos se referem a como, em um determinado contexto histórico-social, são organizados os serviços de saúde, como são realizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define a saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida. Entendemos que no processo de configuração de um “modelo assistencial” vários elementos interagem entre si, influenciando a definição de diferentes práticas assistenciais, articuladas a diferentes contextos históricos e culturais (Fertonani et al., 2015, p. 1872).

Perante o exposto, é imprescindível mencionar acerca do quadro sanitário nas décadas de 60 e 70, que foram marcados pelo aumento da mortalidade infantil impulsionada por diversos fatores, precisamente pela falta de saneamento e desnutrição. O grande problema da saúde pública ocasionou a tuberculose, a doença de chagas e a expansão da malária para a área urbana, o aumento dos acidentes de trabalho e a predominância das doenças da modernidade. Todas essas demandas vêm ainda mais forte pelo aumento da urbanização e industrialização acelerada,

assim como as causas externas; violência, suicídio e homicídio. Também, a prevalência das doenças infecciosas e parasitárias, mesmo com a expansão da população urbana trabalhadora a situação sanitária continuou caótica.

A partir disso, o Ministério da Saúde passou a atender a população que estava necessitada de medidas em relação à prevenção das respectivas doenças. Deste modo, é criada a Superintendência das Campanhas Sanitárias (SUCAM), por meio do decreto nº 66.580, de 15 de maio de 1970, que vai implementar medidas preventivas das endemias e epidemias (Ministério da Saúde, [s/d/], recurso eletrônico).

Em 1974, é criado o Plano de Pronta Ação (PPA) que representou a expansão da cobertura de serviços de urgência para população que não era assegurada — ressaltava-se o aumento dos acidentes, violência, homicídios, suicídio, entre outros se fazia presente de forma crescente) através dos serviços contratados pelo INAMPS. Em 1976, a expansão dos serviços de medicina preventiva ganhou um novo impulso com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIAS). Este programa visava aplicar o modelo de medicina simplificada. Alguns técnicos simpatizantes dos movimentos pela reforma sanitária aderiram ao PIAS e instituíram medidas importantes nos aparelhos do Estado em prol de uma reforma na saúde.

Como apresenta Paim (2008, p. 73):

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), criado em 1976 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e executado pelo Ministério da Saúde, representou um espaço de articulação de grupos progressistas, alguns oriundos da experiência de Montes Claros, onde podem ser identificados elementos organizativos do futuro SUS.

A crise no setor da saúde, com o aumento da demanda da população por serviço e a inércia do Estado autoritário centralizador, que não respondia a essas demandas, fez com que a população se mobilizasse pela retomada dos direitos sociais. Assim, através da introdução dos técnicos da saúde, são realizadas tentativas de mudar o aparelho de Estado. Nessa perspectiva, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com o intuito de acompanhar a movimentação dos recursos desses serviços contratados, que, ainda de acordo com Paim (1984):

A criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) sugeria, contudo, mudanças importantes nas políticas de saúde. Na verdade, a crise estrutural da Previdência não se limitava ao desequilíbrio entre receita e despesas, mas resultava do conjunto de políticas desastrosas que tinham a ver com toda a situação que enfrentava a economia, entre os quais: 1) desemprego crescente e redução do valor real dos salários, face a inflação; 2) redução significativa do número de contribuintes autônomos; 3)

diminuição da parcela de contribuição do governo (10% no início da década 70 e 3,4% em 1981); 4) sonegação das empresas, cujas dívidas acumuladas quando pagas, eram parceladas sem juros nem correção monetária (Paim, 1984 *apud* Paim, 2008, p. 88-89).

Após o fim da ditadura empresarial-militar, a abertura da redemocratização, a campanha pelas Diretas Já e a eleição do presidente Tancredo Neves, deu-se início a um momento histórico permeado por inúmeras mudanças no que se refere à política de saúde.

1.3. Reforma Sanitária Brasileira

A 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizada em março de 1986 em Brasília, concretizou-se na agenda política em um resgate da dívida social com a saúde pública, pois havia sido abandonada nos períodos anteriores. Fruto das reivindicações dos movimentos sociais pelo movimento da reforma sanitária, observa-se que :

A VIII CNS foi organizada num contexto político de transição democrática como resultado das propostas e das lutas do movimento da Reforma Sanitária. É considerada um marco para a saúde no País por simbolizar o processo de construção da plataforma e de estratégias de um movimento de democratização da saúde e por inaugurar um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde (Baptista; Matta; Rosário, 2020, p. 20).

Paim (2008) discorre que a Reforma Sanitária brasileira não se resume a um evento isolado, mas, sim, a um processo de transformação social com raízes históricas e implicações sociopolíticas profundas. Nesse sentido, ressalta-se que a mortalidade infantil foi altamente reduzida através das campanhas sanitárias e dos programas feitos no período anterior pelos programas PIAS, AIS, entre outros. Certas doenças, no entanto, causadas pela urbanização acelerada nas grandes cidades, eram problemas mais difíceis de serem solucionados. Nas discussões sobre a 8ª CNS, observa-se diálogos de cunho político acerca da saúde pública, pois, de acordo com Bravo (2018, p. 9):

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

efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão — os Conselhos de Saúde.

Toda a discussão da reforma sanitária vai se concretizar no conceito ampliado de saúde desde a conferência de Alma-Ata, em 1978, resultante do acesso e direito da população a políticas que viabilizem a assistência e o direito à cidadania. Dentro dos ideais centralizadores dessa reforma, a saúde foi reivindicada como um direito de cidadania. A segunda pauta era sobre a criação de um sistema unificado. Por último, discutiu-se o orçamento que deveria ser voltado para as questões sociais, pois, “esta conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde” (Paim, 2008. p. 99).

A 8ª CNS, considerada como a pré-constituente da saúde, trouxe três temas importantes que nortearam a conferência: a democratização da saúde; a integralidade; e descentralização do sistema de saúde, sendo a primeira que contou com a participação efetiva dos usuários, com 50% das vagas ofertadas aos usuários, e tornando-se referência para as conferências posteriores. Cabe destacar o significativo avanço conquistado em decorrência das fortes mobilizações no país para uma nova reconfiguração no campo da política de saúde, pois:

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político (Bravo, 2018, p. 12).

Por fim, como fruto da discussão desta conferência e das resoluções da Reforma Sanitária brasileira, lançaram-se as bases para a criação do Sistema Único de Saúde. O SUS foi uma medida implementada para descentralizar recursos do INAMPS transferindo para os estados e municípios.

1.4. Neoliberalismo na década de 1990, construção do SUS e os impactos na política de saúde

Com o início da ofensiva neoliberal brasileira, em 1989, assistiu-se ao crescimento da pobreza e da desigualdade no país. O neoliberalismo emerge com a negação da proteção social, baseado em um Estado mínimo em gastos sociais. Nesse sentido, sob o prisma neoliberal os serviços sociais passam para outro território: o mercado. A crescente mercantilização acarreta a privatização de políticas sociais — a saúde inclusa —, tornando os direitos sociais um produto e a classe operária em consumidor/cliente.

O colapso econômico global na década de 1970, marca uma crise do pacto fordista keynesiano, e prepara o terreno para o início dos governos neoliberais proveniente da crise petrolífera, que revitalizou a economia, trazendo mudanças em diversos países e consolidando uma virada neoliberal. Harvey (2005, p. 2, *apud* Damboriarena, 2016, p. 65) considera o neoliberalismo como:

uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano possa ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio.

Segundo Behering e Boschetti (2006), no livro “Política social, fundamentos e história”, as ideias neoliberais passaram a ser colocadas em prática no final dos anos de 1970, quando seus princípios foram assumidos nos programas governamentais em diversos países da Europa e dos Estados Unidos, contudo não se restringiu a esses países, com foco no crescimento econômico e aumento das taxas do lucro líquido empresarial. Tal abordagem enfatizava a redução do tamanho do Estado, o incentivo à livre concorrência e ao livre mercado, além da desregulamentação e flexibilização das leis trabalhistas. Acreditava-se que, ao diminuir a intervenção estatal na economia, as forças do mercado seriam mais eficientes na alocação de recursos e no estímulo ao desenvolvimento econômico.

Os mecanismos que contribuíram para a financeirização das políticas sociais no Brasil no contexto do neoliberalismo, como tratado no artigo da autora Tatiana

Brettas¹, traz os elementos estruturais, bem como, especificidades trazidas pelo neoliberalismo no contexto brasileiro.

No Brasil, o Estado, mesmo quando submetido ao discurso liberal, sempre possuiu um papel preponderante para a garantia das condições gerais de acumulação capitalista. Além disso, um dos traços que particulariza uma formação dependente é sua capacidade de dar saltos qualitativos, acelerar processos que foram muito mais lentos nos países pioneiros na industrialização (Brettas; 2017, p. 57).

Essa afirmação sugere que a burocracia e as estruturas políticas podem ser obstáculos para o desenvolvimento econômico. Se essas estruturas são lentas, ineficientes ou burocráticas demais, podem retardar a implementação de políticas e ações que impulsionam o crescimento econômico. Portanto, deve-se realizar um esforço para modernizar e agilizar essas estruturas, a fim de acompanhar as demandas e necessidades da sociedade, “[...] para que haja aceleração do desenvolvimento econômico, é necessário que ocorram também modificações nas estruturas e relações políticas” (Ianni, 2009, p. 285 *apud* Brettas, 2017, p. 57), que embolsa como no Brasil.

As políticas neoliberais ganharam força em meados de 1995, nos dois governos consecutivos de Fernando Henrique Cardoso — segundo artigo no site da Fundação FHC, esse seria um modelo de governabilidade privatista, ou seja, o presidente que mais privatizou empresas públicas até então², sob a justificativa da estabilidade e modernização do país. Para FHC, as privatizações não eram uma questão ideológica e sim uma necessidade para estabilizar e modernizar a economia e redefinir o papel do Estado³.

No campo da saúde, a década de 1990 trouxe avanços, desafios e transformações significativas em relação ao marco institucional promulgados pela Constituição Federal de 1988, que versa desde a construção do SUS, execução da descentralização dos serviços como um dos princípios básicos, financiamento, gerência de recursos, complementados por outras ações. Fato é que nessa década foram implementadas a Lei n.º 8.080/90 e a Lei orgânica da saúde, que trata das disposições gerais do SUS, como a promoção, proteção, recuperação da saúde, e

¹ Disponível em: https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/17702/pdf_1. Acesso em: 02 abr. 2024.

² Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/paywall/login.shtml?https://www1.folha.uol.com.br/infograficos/2013/11/78768-as-principais-privatizacoes-de-cada-presidente.shtml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

³ Disponível em: <https://fundacaoofhc.org.br/acervo-fhc-e-ruth/fhc-acao-politica/um-compromisso-com-a-estabilidade-e-a-modernizacao#>. Acesso em: 10 jun. 2024.

outras providências, determinantes e condicionantes, tendo objetivo identificar e divulgar itens que versam sobre os quesitos de alimentação, meio ambiente, educação, atividade física, renda, também contempla itens como moradia e saneamento o direito ao trabalho, renda e lazer como também acesso aos bens e serviços essenciais, compondo assim o conjunto de ações e serviços de saúde, mantidas pelo poder público nos níveis federais, estaduais e municipais.

É importante destacar itens como objetivos e atribuições do SUS em seus artigos 5º e 6º que traz em seu detalhamento:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, Lei nº 8.080, 1990, p. 2).

Bravo (2018, p. 14), traz uma discussão sobre os impactos do neoliberalismo na saúde, sendo um dos principais entraves “o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos” para execução da mesma. Bem como, a construção do projeto na década de 1990, diante da política de ajuste neoliberal, redefinindo o papel do Estado, ampliando o acesso aos serviços de atenção básica e mercantilizando os serviços de nível secundário e terciário. Salienta-se o trecho: “a proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico” (Bravo, 2018, p. 14).

O SUS, enquanto sistema de saúde, tem como um dos fundamentos centrais a universalidade. Para Costa (2000), a implementação do SUS, a partir dos anos 1990, foi um marco de mudanças tecnológicas, organizacionais e políticas e passou a exigir novas formas de organização do trabalho em saúde. Sendo assim, para garantir a integralidade/acessibilidade dos usuários em seu artigo 6º foram incluídas áreas de atuação como:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS: I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (Brasil, Lei nº 8.080, 1990, p. 2).

Ressalta-se ainda os incisos:

[...] entende-se por **vigilância sanitária** um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde [...] **vigilância epidemiológica**, se caracteriza por um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos [...] entende-se por **saúde do trabalhador**, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Brasil, Lei nº 8.080, 1990, **grifo nosso**).

Para além, a citada lei descreve sobre os princípios em seu artigo 7^a: “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS” (Brasil, Lei nº 8.080, 1990, p. 3). É importante o trecho que discorre sobre integralidade, universalidade e equidade⁴.

Dito isso, entende-se que o SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização⁵, que estão estreitamente ligados à rede de serviços de saúde, obedecendo os respectivos níveis conforme citado. Um aspecto bastante pertinente no sentido organizacional do SUS, foram as CNS, sendo esses espaços bastante

⁴ **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Universalidade: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais, ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#>. Acesso em 11 jan. 2024.

⁵ **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 11 jan. 2024

relevantes com participação da sociedade civil no que tange a discussão democrática sobre a política de saúde no Brasil, realizadas desde a década de 1940, chegando a IX no ano de 1992.

Inicialmente realizada em nível municipal, a posteriori estadual, para enfim ser concebida a etapa nacional, essa em especial trouxe como tema central: “Municipalização é o caminho” e temas específicos: sociedade, governo e saúde; implantação do SUS; controle social; bem como, outras deliberações e recomendações. Dentre as discussões mais relevantes estão a reafirmação do texto constitucional de 1988, do SUS, debates sobre financiamento como compra e vendas de serviços entre União, Estados e Municípios, e, ainda, a reafirmação da necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS.

É relevante destacar o feito da 10ª CNS (1996), com o tema: “SUS - Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Referendou a conferência anterior, aumentando significativamente a quantidade de Estados participantes representados pelos respectivos delegados eleitos provenientes das Conferências Estaduais de todos os Estados da União e do Distrito Federal.

A qualidade das deliberações, conferida pela alta representatividade dos delegados, manifestou-se pela novidade do grande peso destinado ao tema “Gestão e Organização dos Serviços de Saúde”, onde constam desde as mais detalhadas e singelas recomendações até as mais abrangentes e complexas. Também constam deliberações importantes e oportunas nos itens “Saúde, Cidadania e Políticas Públicas”, com questões mais gerais voltadas à qualidade de vida dos cidadãos, “Controle Social na Saúde”, que trata da consolidação e da ampliação do poder e da autonomia dos Conselhos de Saúde, “Financiamento da Saúde”, com deliberações sobre a origem, a utilização, o controle e a fiscalização dos recursos financeiros do SUS, “Recursos Humanos para a Saúde”, que dispõe principalmente sobre a política, a administração e a formação da força de trabalho em saúde, e a “Atenção Integral à Saúde”, com deliberações que aprofundam e consolidam novas dimensões para a atenção qualificada à saúde através do SUS (Conferência Nacional de Saúde, 1998, p. 11).

Sendo assim, aprofundaram e consolidaram discussões no que tange às políticas públicas na área da saúde, como gestão e organização dos Serviços de Saúde, qualificação do SUS, através de seus gestores, discussões pertinentes ao controle social na saúde⁶, financiamento, recursos humanos. Destaca-se que a

⁶ Significa a participação da sociedade na elaboração e execução das políticas públicas no Brasil, sua gestão, controle administrativo-financeiro, monitoramento dos planos e programas de saúde, que se associa à redemocratização do país. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/cosat/pagina/271/controle-social>. Acesso em: 12 jan. 2024.

aprovação da implementação a longo prazo do cartão SUS foi um resultado bastante positivo nos debates.

Deve ficar claramente definida na NOB-SUS Nº 1/96 que a implantação do CARTÃO SUS em todo o país deve ser feita a longo prazo, com o objetivo de cadastrar os usuários dos Serviços de Saúde, organizar a rede de assistência e implantar um Sistema de Informação que garanta o acesso a todos os usuários de forma universal às ações e Serviços de Saúde, fortalecendo as Câmaras de Compensação no Controle das Internações Hospitalares e o oferecimento de Serviços Básicos e de Alta-Complexidade com maior qualidade. O Cartão SUS não poderá de forma alguma servir para restringir a Assistência, mas sim deve garantir a Universalidade e o acesso ao SUS em todo o território nacional, respeitadas a territorialização e a referência e contra-referência (Conferência Nacional de Saúde, 1998, p. 90-91).

À vista disso, esse mecanismo de acesso aos serviços do SUS, tornou-se um documento para controle e acesso, por meio de um número de identificação onde qualquer usuário do sistema possa ter facilidade nas consultas e tratamentos, bem como o histórico de uso. Para além, foram debatidas as reafirmações previstas na Constituição Federal de 1998 sobre a descentralização e atenção integral à saúde “com prioridade para as ações preventivas e sem prejuízo para as ações assistenciais, e de participação e controle social” (Conferência Nacional de Saúde, 1998, p. 62), fortalecendo seus princípios aos níveis municipais e estaduais.

Em seus artigos 15ª a 19ª, da lei apresentada que descreve sobre competências e atribuições dos entes federativos, no âmbito do SUS, versando sobre as principais competência, no quesito da política de insumo, equipamento e hemoderivados, incluindo a participação complementar da iniciativa privada, “elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde” (Brasil, Lei nº 8.080, 1990).

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada [...] Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde - SUS quanto às condições para seu funcionamento (Brasil, Lei nº 8.080, 1990).

Participando assim de forma complementar, mediante contrato ou convênio, respeitando critérios estabelecidos pelo Ministério da saúde, e aprovados pelo conselho nacional de saúde:

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde. § 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do

Sistema Único de Saúde - SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. § 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia, ou função de confiança no Sistema Único de Saúde — SUS (Brasil, Lei nº 8.080, 1990, p. 15).

Portanto, a iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar, quando Estado não consegue prestar os serviços oferecidos na esfera da assistência à saúde, motivos esses que variam pela inexistência do mesmo ou insuficiência do serviço na rede do SUS, criando assim uma forma de compensação ao usuário, ressaltando que: “as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS” (Brasil, Lei nº 8.080, 1990, p. 14).

Em apenas dois anos de mandato do então Presidente da República Fernando Collor de Melo (1990/1992) foram necessários para vetar uma série de artigos da Lei nº 8.080/90⁷, ressaltando a ofensiva neoliberal das contra reformas e nos desmontes das políticas sociais. A Lei nº 8.142/90 veio para corrigir uma série desses vetos e incluir a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das conferências de saúde que devem ocorrer a cada quatro anos, destacando conforme citado acima a realização de duas CNS, realizadas na década em tela. Aponta-se, também, a implementação dos conselhos de saúde, como órgão permanente e deliberativo, composto por 50% de usuários que usam a parte assistencial do SUS, 25% de trabalhadores do SUS, e 25% composta de gestores e prestadores particulares de serviços.

O CONASS e o CONASEMS, conselhos nacionais e municipais, respectivamente, criados na década de 1980, também tem assentos garantidos nas vagas destinadas aos gestores, em virtude de que:

[...] são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento (Brasil, Lei nº 8.080, 1990).

A lei dispõe, ainda, sobre os recursos do FNS, afirmando a responsabilidade do financiamento de forma tripartite, ou seja, das três esferas de governo: federal,

⁷ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 jan. 2024.

estadual e municipal, por meio da vinculação de orçamento da seguridade social⁸, versa sobre as transferências de recursos da saúde:

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, Lei nº 8.080, 1990).

A referida lei afirma que, para estados, municípios e o distrito federal receberem os recursos do FNS, deve ser estabelecido um canal de comunicação com a sociedade civil, sobre informações a respeito dessas ações, que até então não eram disponibilizadas de modo acessível em relação aos custeios, investimentos e financiamentos, na esfera do SUS, e que devem cumprir requisitos como:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: I - Fundo de Saúde; II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o III - plano de saúde; IV - relatórios de gestão que possibilitem controlar os recursos, repassados V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (Brasil, Lei nº 8.142, 1990).

Sendo assim, estimulou-se a participação popular, hoje conhecida como controle social, através das conferências e conselhos municipais.

[...] Os 5633 conselhos de saúde atualmente existentes no Brasil (5.569 conselhos municipais, 26 estaduais, do Distrito Federal e 36 conselhos distritais)⁷ têm, pela lei, as funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Santos; Santos; Pessali, Rover, 2020, p. 4390)⁹.

Para além, existem as ouvidorias do SUS, através do telefone: 136, ministério público, a pressão popular dada por meio de manifestações, protestos, passeatas e atos são mecanismos de participação popular para se fazer ouvir e denunciar irregularidades no âmbito da política de saúde. Outro ponto pertinente para contribuir em uma década de mudanças estruturais na política de saúde no Brasil, foi a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998¹⁰, que:

Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais - OS, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações

⁸ Disponível em: [f%20financiamento%20do,e%2C%20os%20estados%2012%25](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm). Acesso em: 28 jan. 2024.

⁹ Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais da capitais brasileiras. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mnNTGr5N5QQZjXfZ97ZcfBF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 28 jan. 2024

¹⁰ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm Acesso em: 01 fev. 2024.

aperfeiçoados, envolvendo um efetivo controle social por parte da comunidade, temos um extraordinário aumento na qualidade dos serviços prestados (Pereira, 1998, p. 27).

Apesar da inserção desses novos modelos de gestão propostas pelo Estado (as OS; as OSCIP; e as FEDP) possuíam diferenças¹² em suas estruturas. Realizavam atividades estatais e enfatizam a prestação de atividades em áreas sociais, da saúde, da cultura e da educação, cuja responsabilidade pertence ao Estado. Porém, pela deficiência na administração dos recursos, propostas do enxugamento do Estado, ocorre racionalização de gastos públicos, enquanto diretriz que pauta o modelo residual de políticas sociais em tempos de neoliberalismo.

Dito isso, passados mais de 20 anos da aprovação do texto constitucional e do reconhecimento expresso da saúde como um direito, ainda existem muitos desafios. No que tange a seção da saúde na Constituição Federal (1988) com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, concentram-se na necessidade de oferecer ao cidadão garantias concretas e eficazes para que o direito à saúde seja efetivamente desfrutado, de forma universal, igualitária e integral. Portanto, quando se fala de saúde entende-se que a qualidade do serviço está intimamente relacionado a todo cuidado, também relativo a outras políticas, bem como a redução das desigualdades. Políticas sociais e econômicas¹³, sendo estas fundamentais para que a população possa ter saúde de qualidade.

1.5. Contrarreformas do SUS nos anos 2000 e suas principais alterações

As contrarreformas no contexto do SUS apresentam mudanças políticas, estruturais e administrativas, que buscam reverter políticas progressistas ou reformas antecedentes, defendendo os princípios e objetivos cruciais do SUS. Segundo Soares (2020), a contrarreforma é difundida com base racional/institucional e está em paralelo à saúde privada, a qual pensa o SUS como a melhor possibilidade em seu funcionamento. Mas, o modelo colocado como estrutural na contrarreforma, vai de

¹² Quais são as diferenças entre OS, OSCIP, OSC? Disponível em: <https://www.direcaoconcursos.com.br/artigos/direito-administrativo-quais-sao-as-diferencas-entre-os-oscip-e-osc>. Acesso em: 4 fev. 2024.

¹³ Constituição Federal (Artigos 196 a 200). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2024.

encontro com as diretrizes do SUS, ou seja, excluindo aparentemente a prática institucionalizada.

O Estado continua desenvolvendo um papel como agente ativo no processo de privatização. Significa que mesmo com a conjuntura desse processo de desestatização, é importante reconhecer que o Estado mantém algum nível de controle, supervisão ou comprometimento na prestação de serviços de saúde. Essas contrarreformas têm muitas vezes o objetivo de reduzir o papel do Estado no fornecimento de serviços de saúde, aumentar a participação do setor privado e inserir preceitos que favoreçam a privatização ou a mercantilização da saúde. No entanto, sobreveio desafios e alterações significativas que impactam o SUS no período destacado.

A maior determinação da contrarreforma, foi apresentar a necessidade urgente de acelerar mudanças no financiamento, gestão e organização da saúde pública. Com isso, arriscou na intensificação do percurso a ser alcançado por meio da participação e controle social do SUS para que a democracia tivesse um avanço significativo na execução das orientações práticas que funcionasse para a população de forma digna no acesso à saúde. Os autores ressaltam que:

se saúde for considerada a partir da conceituação expressa na Constituição da República. a política de saúde realizada pelo governo Lula foi desastrosa: não se avançou na ação intersectorial 45; o desemprego e a violência continuaram negando o direito 11 vida; faltam evidências de prioridade para a saúde: e o setor não foi poupado nos cones dos gastos públicos nem no contingenciamento de verbas já garantidas pelo orçamento 46. Enquanto o SUS enfrentava dificuldades (Silva, 2007, p. 14).

A terceirização e a privatização dos serviços ofertados pelo SUS no Brasil têm sido pauta de debate e preocupação por parte dos profissionais da área, bem como por defensores do sistema. A externalização de serviços de saúde no SUS envolve a contratação de instituições privadas ou sem fins lucrativos para coordenar unidades de saúde, realizar procedimentos médicos ou prestar serviços de apoio, como limpeza e segurança, compromete o princípio universal e igualitário à saúde, além de criar barreiras ao acesso, dificultando o sistema na fiscalização dos serviços contratados conforme as normas e garantias do SUS. Também pode levantar anseios com relação à perda de controle público em relação à saúde e a precarização das condições de trabalho dos profissionais e no atendimento aos usuários, pois as empresas terceirizadas priorizam o lucro em relação à qualidade do serviço prestado à população.

A experiência da terceirização no serviço público de saúde com a implantação das OSs demonstra cabalmente que há uma transferência de recursos públicos para instituições e empresas privadas, a fim de assumirem um serviço essencial à sociedade brasileira, que é um dever constitucional do Estado. Embora comandada pela lei nº 9.637/1998, que instituiu as OSs, a administração pública em todos os níveis – municipal, estadual e federal – não está cumprindo absolutamente nenhuma das exigências da referida lei (Druck, 2016, p. 23).

O desafio ao financiamento do SUS foi uma questão preocupante que afeta a capacidade do sistema de saúde em oferecer cuidados apropriados à população. Durante esse período, o SUS apresentou desafios importantes em relação ao financiamento, o que impactou diretamente a oferta e a qualidade dos serviços de saúde.

O Brasil hoje, contraditoriamente, e apesar da importância do SUS, gasta mais com a saúde privada do que com a saúde pública. Nos últimos anos, a Emenda Constitucional n.º 95, de 2016, passou inclusive a desfinanciar a saúde, que teve seu piso mínimo de gastos (15% da Receita Corrente Líquida – RCL) congelado desde 2017 (Andrade; Costa; Rizzotto, 2023, p. 7).

O orçamento destinado à saúde muitas vezes não acompanha o crescimento populacional, bem como as demandas por serviços na área. Além disso, o Estado fez restrições orçamentárias graves, com recursos muitas vezes insuficientes para atender às necessidades da população.

Conforme a Agência IBGE (2022), a regra do orçamento emergencial para enfrentamento à pandemia passou a não mais existir, ou seja, o Brasil voltou ao sufocamento da Emenda Constitucional 95/2m 2021¹⁴, que congelou investimentos em saúde e demais áreas sociais até 2036. Isso significa dizer que o SUS perderá R\$ 35 bilhões em comparação aos recursos do Ministério da Saúde em 2020. O valor equivale a 35 vezes o orçamento anual do SAMU em 2019, que foi pouco mais de R\$ 1 bilhão;¹⁵ isso levanta problemas como falta de medicamentos, equipamentos ultrapassados, longas filas de espera para atendimentos médicos e infraestrutura precária em unidades de saúde.

A expressão “desfinanciamento do SUS” tem sido adotada pelos pesquisadores da Economia da Saúde para identificar o processo de retirada de recursos do SUS a partir da vigência da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, recursos esses que já eram insuficientes para garantir o cumprimento pleno do preceito constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” – situação essa que era definida como “subfinanciamento”. O “desfinanciamento” representa a fase do

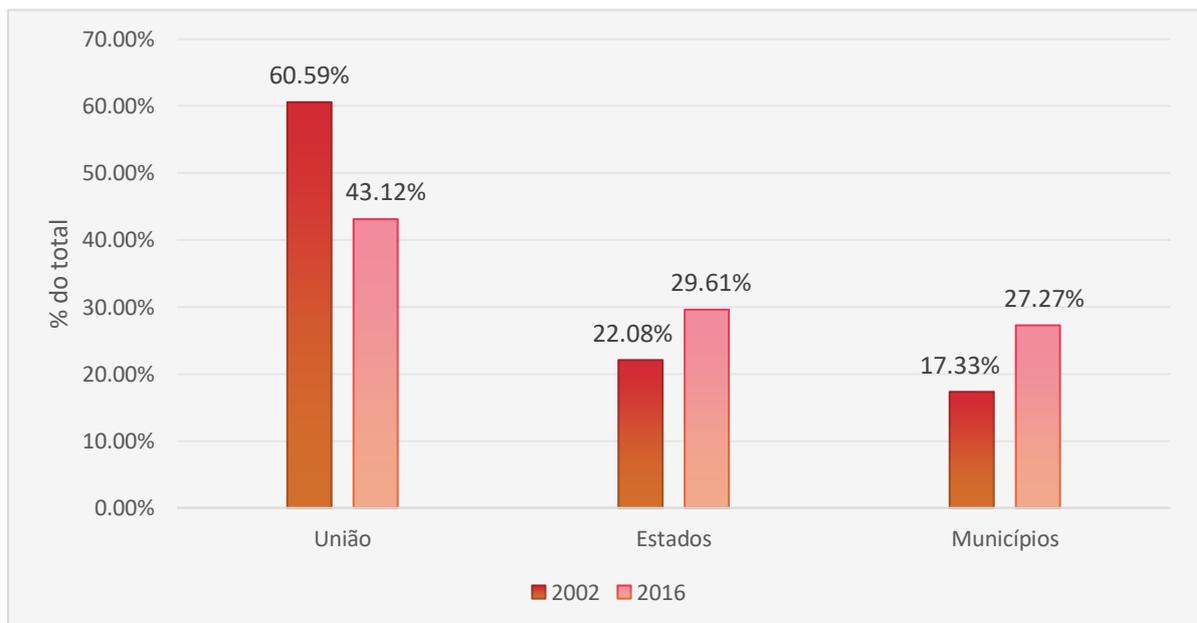
¹⁴ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm acesso em 10 jun. 2024.

¹⁵ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33484-despesas-com-saude-em-2019-representam-9-6-do-pib>. Acesso em: 10 jun. 2024.

aprofundamento do processo histórico de “subfinanciamento”, caracterizando o início do processo de desmonte do SUS a partir de 2017” (Funcia, 2022).¹⁶

Com dificuldades na expansão da cobertura, o desfinanciamento do SUS a partir dos anos 2000, dificultou a ampliação da cobertura de saúde para áreas remotas e desfavorecidas, bem como a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos no Brasil. Dessa forma, contribuiu para a permanência das desigualdades regionais no acesso aos cuidados com a saúde. No gráfico abaixo, demonstra a atualização e mudança estrutural do financiamento federativo e o respectivo investimento de cada ente na política pública de saúde, reflexo da aprovação da Emenda constitucional (EC) 29/2000¹⁷ e da Lei Complementar (LC) 141/2012.¹⁸

Gráfico nº 1 - Financiamento Federativo: mudança estrutural



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados BSPN e Siga Brasil (Afonso, 2017 *apud* Cunha, 2021).¹⁹

A EC 29 foi um importante marco na tentativa de garantir recursos financeiros para o SUS, ao vincular o aumento dos recursos federais à variação nominal do PIB. No entanto, a falta de crescimento econômico ao longo da primeira década deste século limitou o aumento desses recursos, comprometendo a capacidade do SUS em

¹⁶ Disponível em: <https://cebes.org.br/francisco-r-funcia-desfinanciamento-do-sus-o-que-fazer/30079/> acesso em 10/06/2024.

¹⁷ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm acesso em 20/06/2024.

¹⁸ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm acesso em 20/06/2024.

¹⁹ Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/7686>. Acesso em: 20 jun. 2024.

atender às necessidades da população. Sendo assim, é notório que o gasto público em saúde no país é comparativamente baixo, isso significa que o orçamento destinado à saúde no Brasil é insuficiente para atender às necessidades da população de forma abrangente.

Isso reflete na prevenção de doenças e na atenção básica à saúde, pois o desfinanciamento acaba afetando a execução do sistema, que permitia a identificação, assim, colaborando para o aumento de doenças descontroladamente, pois contraria o princípio de equidade assegurado pelo SUS. Diante desse cenário foi concretizado o projeto então proposto pelo Michel Temer (PMDB) que antecedeu a destituição de Dilma Rousseff da Presidência da República em outubro de 2015, intitulado “uma ponte para o futuro”²⁰ um programa neodesenvolvimentista que antecedeu o golpe de 2016, que era estimular:

O Estado mínimo e com parâmetros a serem executados que vai desde a construção de uma nova trajetória fiscal até o item que versa sobre “estabelecer uma agenda de transparência e avaliação de políticas públicas dos benefícios e análise dos impactos dos programas com a justificativa que o Brasil gastava muito com políticas públicas, com resultados piores do que a maioria dos Países relevantes”, bem como, a redução nos investimentos voltado a saúde, educação, assistência, é interessante destacar um trecho do artigo do Instituto Humanista Unisinos divulgado em março de 2016²¹.

Não sabem o que fazer com ele, só dizem que está sem controle e que precisa ser “reorganizado”. Na prática, certamente são desculpas para justificar a redução dos repasses orçamentários para o Ministério da Saúde. A “reorganização” é só uma forma de descobrir como fazer o SUS funcionar pelo menos precariamente com menos recursos. Ou seja, descobrir quem vai chorar menos se não puder mais ser atendido: os pacientes de câncer, ou com diabetes, tuberculose ou as grávidas com zika.

No início dos anos 2000, a estratégia havia alcançado uma importante disseminação no território nacional e uma expressiva base de apoio política, técnica e social 39,40. Quando se inicia o Governo Lula em 2003, a ESF permanece na agenda e prossegue a sua expansão (Melo, [s/d], p. 23).

A fragmentação na gestão do SUS aborda a necessidade de fortalecer mecanismos de adaptação e articulação entre as esferas federal, estadual e

²⁰Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3359700/mod_resource/content/0/Brasil%20Uma%20ponte%20para%20o%20futuro%20Fundac%C3%A7%C3%A3o%20Ulysse%20Guimar%C3%A3es.pdf. Acesso em: 10 jun.2024.

²¹ Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/noticias/552908-ponte-para-o-futuro-uma-analise-das-consequencias-das-30-propostas-do-documento-do-pmdb>. Acesso em: 10 jun. 2024.

municipal, pensando na garantia do serviço de saúde que é ofertado a todos. No período dos governos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), o modelo de gestão das políticas sociais de seu governo, fortaleceram o SUS e aumentaram os investimentos em saúde pública. De acordo com Correia (2022), as contradições estão relacionadas às questões administrativa, gerencial e de gestão que remetem à ideia privatista em relação ao público/privado, ou seja, objetivando a ampliação do setor privado por meio de suporte governamental. Mesmo apresentando seus interesses como universais, no momento de crise econômica, prevalece o interesse mercantil, destruindo o modelo público universal do SUS conquistado por resistência à luta de classe.

É a partir do golpe de 2016, entretanto, que os empresários da saúde passam a ter proeminência por meio dos seus aparelhos privados de hegemonia empresariais (APHEs), sustentada pela crítica ideológica à cisão entre o público e o privado na política de saúde brasileira, atuando para suplantando o SUS e a força de seu caráter público e universal, e criar um Sistema Nacional de Saúde sem barreiras, sob o comando do setor privado. Esse propósito foi favorecido pelo contexto ultraneoliberal a partir do golpe jurídico-parlamentar-empresarial contra Dilma Rousseff (Correia, 2022, p. 79).

Apesar do problema do financiamento do SUS não ter sido completamente solucionado durante o governo Lula, ocorreram iniciativas fundamentais que beneficiaram positivamente o financiamento do sistema de saúde no Brasil. No governo Lula, foi aprovada a EC nº 29, no ano 2000, que impôs medidas claras para os investimentos mínimos na saúde por parte dos governos federal, estaduais e municipais. Essa emenda ajudou a garantir um financiamento mais estável para o SUS e a priorização dos investimentos em saúde.

Além disso, o governo Lula fortalece o FNS, que é o principal encarregado por receber e gerenciar os recursos destinados à saúde oriundos de diferentes fontes, incluindo os orçamentos federal, estaduais e municipais, bem como os de transferências intergovernamentais. Iniciativas propostas pelo governo têm contribuído para melhorar o financiamento e a qualidade dos serviços de saúde no Brasil, mas é importante ressaltar que os desafios enfrentados pelo SUS são complexos e multifacetados, e ainda persistem após o término do mandato do governo Lula.

Face aos constrangimentos impostos pelos ministérios com maior poder na distribuição dos recursos (Fazenda, Planejamento e Orçamento, Casa Civil), o que talvez tenha tornado a situação da política de saúde mais confortável no período do governo Lula, em relação aos governos da década de 1990, tenha sido a carona no crescimento econômico (Araújo, 2017, p. 32).

É importante ressaltar que na gestão Temer uma das principais diretrizes do Pacto pela Saúde foi o desmonte da ESF com intuito de favorecer a burguesia do país por meio dos seus interesses, assim depauperando os direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988. A contrarreforma no governo Temer trouxe drástica deficiência no investimento do SUS devido ao congelamento de recurso orçamentário destinado às políticas públicas por vinte anos, objetivo esse que apresenta retrocesso para a classe trabalhadora. O objetivo articulado pela gestão Temer era de mudanças na PNAB por meio da efetivação com o setor privado por meio do discurso ideológico chamado “crise na política”.

O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para suprir todas as garantias. O referido Ministro, que teve seu financiamento de campanha para deputado federal vinculado a um consórcio de planos de saúde privados apresenta a proposta de Planos de Saúde Populares como um dos pilares da sua gestão à frente do Ministério da Saúde (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

No governo Bolsonaro, o SUS foi relativamente colocado em colapso, ou seja, desconstituindo diversas políticas públicas, recursos reduzidos, bem como comprometendo a continuidade e efetivação do programa destinados à saúde da família, saúde mental, entre outros. Além do incentivo à privatização e terceirização de serviços de saúde, o que ocasionou críticas quanto à qualidade e acessibilidade dos serviços ofertados. A gestão de Bolsonaro, comprometeu a luta travada pela classe trabalhadora que busca por igualdade e dignidade, além disso, o governo feriu alguns princípios que são assegurados pela CF/88, diretrizes do SUS da Lei nº 8080/90, entre outras.

É importante ressaltar que o processo de desmontes a saúde no país ocorre a partir dos anos de 1990, com a adesão do Estado ao modelo neoliberal. Então, pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação, sofre com os desmontes característicos do projeto neoliberal, que se apresentam de forma imbricada como os dois maiores desafios para defesa do SUS democrático e abrangente: o subfinanciamento e a privatização (Soares, 2010 *apud* Assis; Lapa, 2021, p. 2).

Com o golpe dado, a classe trabalhadora enfrentou medidas de retrocesso nas conquistas sociais e econômicas, principalmente com a aprovação do teto de gastos — do governo referido —, que estabeleceu um limite para os gastos públicos que são destinados para saúde, educação e assistência social. O conservadorismo pode promover práticas que enfatizam a responsabilização individual sobre questões de saúde e doença, focando em mudanças comportamentais como solução para

problemas complexos. Isso influencia o papel dos assistentes sociais, que podem ser requisitados a atuar mais sobre os indivíduos e suas doenças, ao invés de abordar questões estruturais e sociais que impactam na saúde dos usuários.

Vale salientar que propostas conservadoras dentro do Serviço Social surgem de práticas no campo da saúde, como um fazer clínico ou terapêutico, reforçando uma abordagem individualista e direta, voltada para o conservadorismo. Além disso, com a precarização do trabalho e a privatização da gestão de serviços de saúde contribuem para a fragilização da organização sindical dos trabalhadores, dificultando a defesa eficaz de seus direitos e interesses em um contexto cada vez mais complexo e fragmentado, pois serviço de saúde gerida por entidades privadas na maioria das vezes buscam reduzir gastos e lucrar por meio da diminuição dos direitos trabalhistas e qualidades na prática do trabalhador.

Em 2006, havia a ameaça de orçamento menos generoso, face à redução do PIB de 2005 em relação ao de 2004 (de 5,76% para 3,2%). Porém, embora o Projeto de Lei Orçamentária (PLOA) de 2006 tenha definido um valor inferior ao calculado pelo CNS como o mínimo a ser aplicado em ASPS, a LOA 2006 foi aprovada com um valor acima do mínimo, cerca de R\$ 4 bilhões em acréscimo em relação ao ano de 2005 (mantendo um acréscimo de 10% em relação ao ano anterior). Assim sendo, a publicação da Lei 11.306/2006 (LOA/2006) significou, segundo o Ministro Agenor (Ata 164 do CNS, abril de 2006), um orçamento bastante equilibrado (Araújo, 2017, p. 287).

Uma das exigências centrais de aumento de pagamento é o financiamento dos serviços privados e filantrópicos que realizam serviços de saúde dentro do SUS, ou seja, esses serviços podem estender-se a hospitais, clínicas e outras instituições de saúde que têm convênios com o sistema público de saúde para oferecer atendimento aos pacientes do SUS. Mas os conflitos, em sua grande maioria, aparecem em relação aos contratos e à remuneração dos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde privados e filantrópicos que são incompatíveis. As instituições podem buscar aumentos nos valores pagos pelos serviços prestados, enquanto os gestores do SUS podem sofrer com limitações orçamentárias e pressões para distribuir os gastos com saúde, assim gerando transtorno para população que necessita do serviço.

Desde 2002, na esfera federal, as LDO vinham desempenhando o papel da lei complementar, ao definirem que ações e serviços públicos de saúde compreenderiam a totalidade da dotação do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos de Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Lei nº 10777, de 24 de novembro de 2003), (Araújo, 2017, p. 289).

Os serviços privados e filantrópicos refletem desafios mais abrangentes referentes à aplicação de recursos, equidade, eficiência e transparência na gestão da saúde pública do Brasil, mas garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde prestados é um dos eixos fundamentais do SUS, e é essencial que todas as partes interessadas estejam comprometidas em trabalhar em conjunto para chegar nesse objetivo comum.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

No Brasil, o Serviço Social começou a se estruturar nas décadas de 1930 e 1940, com a industrialização e urbanização aceleradas criando uma demanda por profissionais qualificados para intervenção nas expressões da questão social. O contexto brasileiro, caracterizado por desigualdades marcantes e rápidas mudanças sociais, molda a atuação dos profissionais de Serviço Social. A profissão reflete as tensões e desafios de um país em desenvolvimento, com um papel essencial na mediação e transformação das relações sociais e na implementação de políticas públicas em saúde, educação e assistência social.

Iamamoto e Carvalho (1982) trazem a perspectiva do Serviço social a partir da sua função de mediação e reprodução das relações sociais no Brasil. O serviço social atua predominantemente nas chamadas expressões da questão social. Entretanto, em sua gênese, a profissão também contribuiu para a reprodução das estruturas sociais existentes, ajustando suas práticas às condições e políticas vigentes, com perspectiva de ajustamento social e moral de famílias e indivíduos. Em diversas vezes, as intervenções são moldadas para atender às necessidades imediatas, reforçando o *status quo* em vez de promover mudanças estruturais profundas.

Relembra-se que a regulamentação da profissão e a criação da primeira escola no Brasil em 1936 em São Paulo que nas décadas de 1950 e 1960 foram marcos importantes para a consolidação da profissão no país. A regulamentação, formalizada pela Lei nº 3.252 de 1957, conferiu ao Serviço Social um status legal, enquanto a criação das primeiras escolas foi crucial para o desenvolvimento acadêmico e a formação especializada dos profissionais, além de definir e fortalecer a identidade da profissão.

A influência católica é uma marca no surgimento do Serviço Social, todavia, com o processo de institucionalização da profissão, podemos observar a erosão dessa influência. Simultaneamente à redução da influência católica no Serviço Social, observa-se o fortalecimento da hegemonia norte-americana na América Latina, por meio do pan-americanismo 'monroísta'. Esse projeto visava estabelecer um controle político e econômico dos Estados Unidos sobre o continente, com o objetivo de

assegurar que o desenvolvimento do capitalismo nos países latino-americanos ocorresse de forma subordinada e dependente (Castro, 2011).

Com a crescente influência norte-americana no Brasil, surge a necessidade de formar profissionais e técnicos alinhados com as abordagens e métodos desenvolvimentistas. Para o Serviço Social, esse período representou um avanço em termos de reconhecimento, legitimidade e melhores perspectivas de ampliação profissional, manifestando-se de diversas formas, como destaca Castro (2011, p. 152): “[...] bolsas de estudo e especialização, acesso a cargos hierárquicos, participação em pesquisas multidisciplinares e expansão e diversificação do mercado de trabalho”, ajustando-se às exigências da modernização capitalista.

A princípio, a pauta abordada sobre o movimento de renovação profissional que de certa forma desafiou as práticas durante a ditadura empresarial-militar, houve o movimento de modernização conservadora, em 1965, com o objetivo de ajustar o Serviço Social à questão social, todavia, sem tocar na raiz dos problemas sociais. Essa vertente foi estimulada pelo capitalismo no período empresarial-ditatorial, pois, naquele momento histórico, era necessário fomentar políticas sociais direcionadas para o social. Além disso, compreende-se que a referida “modernização”, refletida nos seminários de Araxá, Teresópolis, Sumaré e Alto da Boa Vista, apenas preservou os métodos assistencialistas da profissão, sem buscar novas práticas que visassem criticar a realidade, uma vez que o foco estava no julgamento dos problemas individuais, suprimindo revoltas e desigualdades existentes (Netto, 2001).

Mais à frente, com a reatualização do conservadorismo, Netto (2001) afirma que surgiu uma nova roupagem do conservadorismo, apresentada como uma resposta “crítica” às questões anteriores, porém, sem modificar suas bases conservadoras. Nessa vertente, observou-se o recurso à fenomenologia e os caminhos de “regresso”, mas sempre mantendo o caráter assistencial. Com isso, essa modernidade, trazida por essa vertente, englobava novas formas de adaptar os indivíduos às normas institucionais, ainda assim, sem trazer uma base crítica das desigualdades. Outro fator foi a centralidade na dinâmica individual e a formulação seminal da reatualização do conservadorismo, explicitada por Netto (2001, p. 276), pois, a pobreza ainda era gerenciada, sem, contudo, abordar o rompimento das bases, mas, sim, o gerenciamento das desigualdades estruturais.

Netto (2001, p. 316) afirma que o movimento de intenção de ruptura com o conservadorismo veio para “confrontar a autocracia burguesa”, sendo este considerado um marco de avanços consideráveis no processo de renovação. Essa perspectiva, conforme Netto (2001) aponta, está pautada no materialismo histórico-crítico dialético marxista, além de ser influenciada pelos movimentos sociais e pela crítica ao autoritarismo, visto que a referida ideia tinha o discurso de despolitizar a profissão de suas bases hegemônicas conservadoras e politizar a profissão, trazendo um viés mais crítico e propositivo para sua atuação profissional. Assim, a intenção de ruptura estava muito ligada também à reconstituição da imagem profissional e ao questionamento do papel do assistente social. A partir disso, Netto (2001, p. 316) também diz que o Serviço Social passou a ser um “agente da emancipação social, comprometido com a classe trabalhadora”, com a dimensão política da profissão e lutando contra as ideologias capitalistas.

A partir desses movimentos de institucionalização, consolidação profissional e definição da identidade, observamos significativas transformações no Serviço Social. Nas décadas de 1970 e 1980, o Serviço Social começou a se expandir para novas áreas, incluindo o setor de saúde. Nos primeiros anos da década de 1980, o Brasil vivenciou uma efervescência de demandas democráticas e populares que haviam sido reprimidas por longo tempo, marcada pela mobilização de trabalhadores urbanos e rurais, o surgimento de movimentos populares e democráticos, e o protagonismo renovado de setores culturais e intelectuais.

Esse cenário colocou a necessidade de profundas transformações políticas e sociais na agenda do país. Dentro desse contexto, o histórico conservadorismo do Serviço Social brasileiro, que havia sido moldado e reciclado pelo "modelo econômico" da ditadura, encontrou-se pela primeira vez desafiado por uma conjuntura onde sua predominância no corpo profissional era contestada, refletindo as exigências políticas e sociais emergentes com o fim do regime ditatorial (Netto, 2001). Este movimento inaugurou-se dentro de uma escola de Serviço Social, a Escola de Serviço de Minas Gerais.

O "Método BH" é, no Brasil, a primeira tentativa de criar uma alternativa global ao tradicionalismo. Esse método é o aspecto mais evidente da proposta de ruptura que emergiu nas atividades da Escola de Serviço Social de Minas Gerais na primeira metade dos anos setenta. O "método" desenvolvido ali não se limitou à crítica

ideológica, à denúncia epistemológica e metodológica, e à rejeição das práticas tradicionalistas. Além desses elementos, ele avançou ao estruturar um projeto profissional completo e abrangente, oferecendo uma proposta paradigmática destinada a fornecer também os suportes acadêmicos necessários para a formação de profissionais e para a intervenção do Serviço Social (Netto, 2001, p. 276-277). A partir disso:

[...] as vanguardas profissionais procuraram consolidar estas conquistas com a formulação de um novo Código de Ética Profissional, instituído em 1986. Até então, o debate da ética no Serviço Social não era um tema privilegiado – é na sequência do Código de 1986, e após a sua revisão, concluída em 1993, que este tema ganhará relevo significativo (Netto, 2005, p. 14).

O Serviço Social possui um profundo significado social, refletindo um compromisso com a justiça social e a promoção da equidade. Originalmente focada na assistência e caridade, a profissão adotou uma abordagem mais crítica a partir de um desenvolvimento de novas perspectivas profissionais, voltada para a transformação social e a defesa de direitos humanos. Os assistentes sociais não se limitam às necessidades imediatas, mas também trabalham para abordar as causas estruturais das desigualdades e promover mudanças sociais. Segundo Bravo e Matos (2018) a ação profissional do Serviço Social na saúde começa a ganhar destaque e ampliação a partir de 1945, em resposta às exigências e necessidades do aprofundamento do capitalismo no Brasil e no cenário internacional, com destaque para o término da 2ª Guerra Mundial.

Nas décadas de 1960 e 1970, o Serviço Social na saúde passou a ser influenciado pela modernização das políticas sociais, solidificando sua atuação na prática curativa, com destaque para a assistência médica previdenciária, que se tornou o principal campo de emprego para os profissionais da área. A ênfase foi colocada nas técnicas de intervenção, na burocratização das atividades, na psicologização das relações sociais e na concessão de benefícios. Além disso, foi adotada uma terminologia mais sofisticada e alinhada com o modelo político-econômico implementado no país. Durante esse período, o trabalho profissional manteve-se alinhado com a abordagem “modernizadora”. As produções teóricas, embora limitadas na área, também seguiram essa orientação. No entanto, uma exceção notável a “essa tendência é um artigo publicado na Revista Serviço Social e Sociedade por Nicoletti (1979), que explora a planificação em saúde e a participação

comunitária, abordando questões relevantes no debate do movimento sanitário” (Bravo; Matos, 2018, p. 6).

Na década de 1980, o Serviço Social no Brasil experimentou transformações influenciadas pelo contexto histórico da época. Com a redemocratização e o fim da ditadura empresarial-militar, o país passou por um período de transição política que trouxe a nova Constituição Federal de 1988 — um marco fundamental para a ampliação dos direitos sociais e da cidadania. Essa mudança ampliou a esfera de atuação dos profissionais de serviço social, inserindo-os de maneira mais ativa na formulação e execução das novas políticas públicas que surgiram.

Durante o período, houve um fortalecimento das políticas sociais, especialmente nas áreas de assistência social e saúde, com a implementação de novas diretrizes que passaram a exigir uma participação mais efetiva dos profissionais. O Serviço Social se viu envolvido na implementação dessas políticas e na mediação entre o Estado e a população. Além disso, a década de 1980 foi marcada pelo crescimento e consolidação da formação acadêmica em Serviço Social. As instituições de ensino se expandiram e os currículos passaram a refletir uma abordagem mais crítica e alinhada com os debates sociais e políticos da época, contribuindo para o reconhecimento e a valorização da profissão.

Os movimentos sociais, particularmente os voltados para saúde e assistência social, também tiveram um impacto significativo. O Serviço Social participou ativamente desses movimentos, promovendo a participação comunitária e integrando as demandas populares nas políticas públicas. No entanto, a profissão também enfrentou desafios e críticas, como a burocratização e a complexidade das novas políticas sociais, que frequentemente entraram em conflito com as práticas tradicionais da profissão. Assim, os profissionais de serviço social precisaram se adaptar e inovar para lidar com as novas realidades impostas pelo contexto político e social.

A atuação dos assistentes sociais na saúde começou a ganhar destaque com a reforma sanitária e a criação do SUS, fruto do avanço do movimento sanitário, que vinha sendo construído desde os meados dos anos 70, que promoveram uma abordagem integral da saúde, uma vez que:

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se

a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais (CFESS, 2010, p. 19).

O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, que ganhou força nas décadas de 1970 e 1980, surgiu em resposta às deficiências do sistema de saúde da época, que era fragmentado e insuficiente para atender a toda a população. Composto por profissionais da saúde, acadêmicos e ativistas, o movimento buscava criar um sistema de saúde universal e integrado, defendendo princípios como a universalização do acesso, integralidade da atenção, descentralização e participação social. A ideia era garantir que todos os cidadãos tivessem acesso a serviços de saúde gratuitos e de qualidade, independentemente de sua condição econômica.

Esse esforço culminou na criação do SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988. O SUS representa um avanço significativo para a saúde pública no Brasil, com uma estrutura descentralizada que permite a gestão local e a participação da comunidade. Apesar dos desafios contínuos, como subfinanciamento e desigualdades regionais, o SUS continua sendo um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, refletindo o legado do Movimento de Reforma Sanitária e seu compromisso com a justiça social e a equidade na saúde.

Até esse momento, de acordo com Soares (2010, p. 89)

A política de saúde, até então, estruturava-se com base na racionalidade instrumental burguesa, fundamentada em preceitos formais abstratos que fracionavam e fragmentavam as expressões da questão social e suas modalidades de intervenção via políticas sociais, incorporando os conteúdos da burocracia weberiana e da racionalidade da indústria capitalista.

Nas décadas de 1980 e 1990, o debate na política de saúde era centrado na oposição entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. No governo Lula, surgiu um "novo" projeto que se conecta diretamente ao privatismo: o chamado projeto SUS possível. Esse projeto, promovido pelas antigas lideranças da reforma sanitária, ajusta os princípios políticos e emancipatórios que fundamentavam a proposta inicial, com o objetivo de modernizar e aprimorar o SUS (Soares, 2010). Bravo e Matos (2009, p. 8), traz um balanço do Serviço Social nos anos 1980 para a profissão no campo da saúde:

Se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos

serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde - o maior campo de trabalho.

Embora o número de assistentes sociais tenha aumentado, a política de saúde e a racionalidade hegemônica limitam a efetividade dessa expansão, resultando em condições de trabalho cada vez mais precárias e uma prática profissional emergencial e imediatista (Soares, 2010). Além disso, a reestruturação da gestão do trabalho na saúde pública tem priorizado a produtividade e a superexploração, moldando as propostas de melhoria dos serviços com base nesses novos modelos de gestão, a exemplo do modelo EBSEH.

A estratégia de aumentar a força de trabalho sem um correspondente aprimoramento das condições e valorização profissional não apenas perpetua um ciclo de precarização, mas também reforça uma prática emergencial e imediatista, que compromete a eficácia das intervenções e a capacidade de atender às complexas necessidades da população. A reestruturação da gestão, ao focar em modelos de eficiência que priorizam o corte de custos e a maximização da produtividade, ignora as reais necessidades de uma abordagem integral e humanizada, essencial para o fortalecimento do SUS e a melhoria da saúde pública.

Nesse cenário, o imediatismo é a marca da atuação do Serviço Social, a partir da “emergencialização da vida e o pragmatismo das ações” (Soares, 2010, p. 187), onde a intenção é conter qualquer movimento crítico e contestatório à política e ao Estado, sobretudo na saúde, um campo historicamente tensionado. A partir dessas tensões, o Serviço Social pode encontrar um caminho de desenvolvimento da prática profissional com mais consciência e intencionalidade e, ao fazer isso

[...] não estará rompendo com essas determinações e seus limites - pois isto só o pode fazer coletivamente, na luta de classes – mas estará tensionando esses limites e ampliando estrategicamente e dialeticamente as suas possibilidades de mudança (Soares, 2010, p. 190).

No campo da saúde, os assistentes sociais devem fomentar e seguir promovendo uma prática mais crítica e transformadora, ainda que o verdadeiro rompimento com essas determinações exija uma ação coletiva e uma profunda interlocução com a luta de classes.

2.1. Pesquisa e produção do conhecimento no Serviço Social

Para compreender o Serviço Social, no âmbito da pesquisa, é necessário um breve contexto da chegada da profissão no Brasil. Compreendendo que o Serviço Social chega ao país como profissão guiada pelos métodos positivista, funcionalista, com abordagem moralizante, psicologizante e a questão social sendo um caso de polícia. Como abordado no capítulo anterior, os anos 60 e 70 inicia no seio do Serviço Social um movimento para romper com esse modelo, se aproximando das teorias marxista, tal questão irá culminar no que ficou conhecido como Congresso da Virada, em 1979, em que o Serviço Social assume a teórica crítica como norteador de suas pesquisas e atuação profissional.

Contudo, autores como Boschetti (2015) e Iamamoto (2011), vão afirmar que a virada de 1979 e os avanços aqui citados promoveram processos de intenção de ruptura com o conservadorismo profissional. Bourguignon (2007), no entanto, vai afirmar que esse processo gerou uma cultura na profissão, que reconhece a pluralidade teórico-metodológica, sendo o marxismo hegemônico. Ainda sobre esse processo, o Projeto Ético-Político tem seu desenvolvimento entre os anos 70 e 80, quando o Serviço Social denuncia o conservadorismo da profissão, se aproximando da teoria social crítica. Como colocado por Netto (2001) no início, a profissão se aproxima de um “marxismo sem Marx”. O autor faz uma análise em relação ao projeto profissional e ao pluralismo, visto que o sujeito coletivo constrói o projeto profissional constitutivo de um universo heterogêneo.

Entende-se que os sujeitos se diferenciam entre si em diversos aspectos, isso irá refletir nas preferências teóricas, ideológicas e políticas, logo, por não ser homogênea se cria projetos individuais e societários diversos, sendo todo o corpo profissional um campo de tensão e luta. Para Cardoso (2000 *apud* Bourguignon, 2007, p. 48) uma postura pluralista significa uma postura democrática construída na interlocução crítica entre perspectivas políticas e ideológicas diferenciadas. Para Bourguignon (2007), os anos 80 e 90 marcam o amadurecimento do Serviço Social em relação a produção teórica profissional. Nos anos 80, destacam-se as universidades, criação da pós-graduação na área; nos anos 90, ocorre a consolidação do projeto ético-político da categoria que irá delinear aspectos essenciais para o desenvolvimento crítico.

O que se pode visualizar diante desse cenário é a questão que muito se evidencia hoje sobre a “dicotomia” entre teoria e prática, influenciado por um conservadorismo que nunca saiu totalmente de cena, porém, de acordo com as mudanças societárias, revelam ações favoráveis ao sistema capitalista, a não mudança do *status quo*. Nesse contexto, é preciso salientar a luta e resistência contra o conservadorismo nos pautando no Projeto Ético-Político, que é dinâmico e vivo e aprofundar — como aponta lamamoto (2011). na compreensão das implicações políticas de sua prática profissional, reconhecendo-a como polarizada na luta de classes.

Nesse sentido, a produção marxiana, bem como sua tradição, nos indicam aspectos relevantes para a pesquisa e produção de conhecimento na área (Silva, 2007). Compreende-se que o primeiro estudo no Serviço Social com contribuições marxianas é o livro considerado base publicado pela primeira vez em meados dos anos 80, “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica” (1985) da autora Marilda Vilela lamamoto em parceria com Raul de Carvalho. Sua obra é considerada um clássico para a área, tendo sua importância até os dias atuais.

É preciso evidenciar também que o Serviço Social é uma área que não é considerada como ciência, mas produz conhecimento científico e construiu coletivamente, em toda sua história, um Projeto Ético-Político que é fundamentado na tradição marxista (Prates, 2021).

Como área de conhecimento e de intervenção profissional, consolida o seu significado social em suas relações com as demais profissões e com as práticas societárias mais amplas, especialmente com as que se direcionam para o enfrentamento das situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral e, sobretudo, dos setores mais empobrecidos da sociedade (Martinelli, p. 498, 2011).

Pautados no Projeto Ético-Político e o que lamamoto (2011), resgata-se Bourguignon (2007, p. 49) quando nos informa “que no contexto acadêmico que a pesquisa se revela como potencialidade para o Serviço Social”. Para a autora, um dos desafios postos é a articulação de maneira orgânica entre produção de conhecimento e a prática profissional. Considerando a pesquisa enquanto âmbito privilegiado no âmbito da profissão, isso acaba por estimular a atitude investigativa, que rebate ao exercício profissional.

Há ainda que se mencionar que o Serviço Social foi reconhecido como área de conhecimento no CNPq em 1984 (BAPTISTA; RODRIGUES, 1992). Existem no Brasil 4.237 programas de pós-graduação stricto sensu. Desses, 34 são da área de Serviço Social, sendo 16 programas com mestrado e 18 com mestrado e doutorado. Em relação ao número de cursos, contabilizam-se 6.347 cursos de pós graduação stricto sensu no Brasil, sendo 52 de Serviço Social (3413 cursos de mestrado e 18 de doutorado) (Brasil, 2016; Ribeiro, 2016b *apud* Ribeiro, 2017, p.186).

É preciso considerar que nas duas últimas décadas do século XX, muito foi produzido. Há um acúmulo se considerarmos que as pesquisas em Serviço Social são recentes, encontrando-se vínculos com outras áreas das ciências humanas e sociais aplicadas, porém, a pesquisa segue sendo uma exigência colocada à profissão. Isso requer dos profissionais uma permanente postura crítica e de indignação com as expressões da questão social, decorrentes do modelo econômico que se tem rebatimento nas expressões da questão social.

Bourguigon (2007) afirma que a tradição da pesquisa acaba por se restringir em sua maioria a universalidade principalmente à pós-graduação como se produzir conhecimento estivesse na competência de docentes e especialistas. Ribeiro (2017), em sua pesquisa, aponta que 90% das pesquisas científicas realizadas no país eram de pós-graduação e em sua maioria de instituições públicas. Assim como a dimensão investigativa deve ocorrer na prática profissional. No entanto, muitas universidades não possuem recursos próprios, logo, suas pesquisas são financiadas por agências públicas como o CNPQ, porém, como Ribeiro (2017) menciona, tal situação pode trazer limitações e comprometer as pesquisas, sendo que, para serem financiadas, necessitam se enquadrar aos editais do CNPQ.

Os assistentes sociais – e não somente eles – lidam com temas e objetos de estudo inseridos no mundo e imbricados com a vida de seres sociais. Reivindica-se, então, a unidade/diversa entre a ontologia (fundada na vida e na natureza de determinados seres que possuem história e historicidade) e a gnosiologia (o movimento intelectual que persegue, indaga, desmonta e remonta a realidade com o inseparável auxílio da razão), não identificando ou separando totalmente estas dimensões. É preciso, portanto, reconstruir mentalmente – o mais fielmente possível – a totalidade do movimento da realidade complexa e contraditória que, por sua vez, possui uma dinâmica própria que não é abstratamente criada (Silva, 2007, p. 288).

Dessa maneira, concorda-se com Silva (2007, p. 290) quando ela coloca que é necessário “arrombar” os muros que separam as universidades e os múltiplos espaços de intervenção profissional”; é necessário estar atentos para as armadilhas da “modernidade”, que se reflete nos desmontes do serviço público, privatização das pesquisas. Nesse sentido, a pesquisa tem como dever a reconstrução da mediação ou como autora coloca (conexão) para a compreensão de como o universal se

particulariza em uma determinada singularidade, assim como a singularidade contém o universal e é influenciada por ele.

A autora defende que a formação teórica e a pesquisa são necessários para todo contexto da inserção profissional, apesar dela defender que o tempo para a crítica e a formulação de alternativas seja diferente. Para que isso ocorra é preciso em paralelo articular junto com a academia e os espaços de intervenção profissional aqui em específico, o Serviço Social. Desta maneira, torna-se fundamental compreender que a pesquisa e a produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro representam um papel crucial no desenvolvimento da profissão e na formação dos profissionais, excepcionalmente, no período da pós-renovação. Assim, abordar o amadurecimento intelectual do Serviço Social, incentivado pela pesquisa, é muito importante para apreender as complexidades da questão social e, com isso, fortalecer práticas mais eficazes.

Desse modo, a pesquisa em Serviço Social está para além de um instrumento elementar de trabalho, pois ela é primordial na construção de uma práxis profissional reflexiva e crítica. Conforme Setúbal "a pesquisa no Serviço Social enfrenta o desafio de se afirmar como uma prática regular e institucionalizada" (2017, p. 390), dado a uma questão histórica da profissão de centralizar mais na ação assistencialista e menos na investigação sistematizada.

Além disso, Setúbal (2017) enuncia que a pesquisa tem o vasto potencial de transformar a práxis profissional, possibilitando que os assistentes sociais possam descortinar melhor as realidades sociais, ampliando e desenvolvendo intervenções mais eficazes. Posto isso, Ana Elizabete Mota (2018), em seu artigo "Serviço Social brasileiro: profissão e área de conhecimento", tonifica que a pesquisa é importante também para consolidar o serviço social como uma área de conhecimento independente e prestigiada. Mota (2018) elucida ainda que a prática investigativa do Serviço Social brasileiro vem avançando consideravelmente, especialmente após o processo de renovação profissional entre as décadas de 1970 e 1980, que lutou com a finalidade de romper com as limitações impostas por uma prática profissional conservadora, acrítica, apolítica e alinhada aos interesses das classes dominantes.

Ademais, Mota (2018) afirma ainda que "a pesquisa é uma ferramenta crucial para a construção de um Serviço Social comprometido com a transformação social e a promoção da justiça" (Mota, 2018, p. 5). Dessa forma, a pesquisa dentro do campo

do Serviço Social configura-se como uma força motriz capaz de construir, reconstruir e as ações desses profissionais, garantindo que tais intervenções estejam fundamentadas em princípios éticos, políticos, teóricos e metodológicos, conforme afirma o Código de Ética Profissional de 1993. Por meio da pesquisa, é possível desvelar a realidade, identificar as necessidades das populações atendidas, apreender a totalidade e suas dinâmicas sociais que estruturam as desigualdades. Mota (2018) argumenta que a prática e a teoria no Serviço Social são indissociáveis, pois a transformação social não ocorre a partir de práticas empíricas, baseadas no senso comum e sem reflexão crítica.

Nesse sentido, é essencial que os profissionais questionem a realidade e utilizem sua instrumentalidade propositiva para alterar o real. Assim, a ausência de uma base investigativa relega a práticas puramente assistencialistas, limitadas à imediatividade, sem foco nas determinações das desigualdades sociais. Logo, pontua-se que o compromisso com a justiça social, um dos princípios elencados no código da profissão, só pode se concretizar se for também amparado pela práxis investigativa. Ao propiciar uma aproximação crítica e reflexiva, a pesquisa assegura que o Serviço Social não apenas responda às demandas sociais, mas também atue proativamente na construção de uma sociedade menos desigual.

À vista disso, o campo da pesquisa para o Serviço Social é essencialmente uma ação transformadora. Atinente às análises críticas acerca das distintas concepções de pesquisa no âmbito do Serviço Social, Moraes (2017) aponta que a pesquisa é algo diversificado, podendo ser apreendida de diversas formas. A primeira forma ocorre como um meio de coletar dados para fundamentar intervenções, funcionando como um processo crítico-reflexivo sobre a realidade. Na segunda forma, ela se apresenta como um conhecimento inovador. Assim, a pesquisa deve ir além de uma simples exposição, pois tem o potencial de compreender também as contradições sociais.

Conforme Setúbal (2017) dialoga, a pesquisa precisa estar presente na formação acadêmica dos assistentes sociais desde o começo, não apenas como uma disciplina separada, mas como uma prática que permeia todo o processo de ensino e aprendizagem. Isso porque é fundamental que os profissionais assumam uma postura investigativa em todas suas ações, desde a identificação dos problemas sociais até a concepção, implementação e avaliação das intervenções. Adicionalmente a essa

ideia, Mota (2018) afirma que a formação profissional está em constante diálogo com a pesquisa científica, promovendo o desenvolvimento do senso crítico entre os discentes do Serviço Social. Além disso, identifica um avanço imprescindível ocorrido com a introdução da pesquisa na formação dos assistentes sociais após o período de renovação profissional.

No tocante ao trabalho profissional, Moraes (2017) corrobora o pensamento de Mota (2018), acrescentando que, ao adotar uma postura investigativa no âmbito de trabalho, é possível identificar e analisar de forma aprofundada as expressões da questão social. Assim, ao empregar a pesquisa, não se deve utilizá-la “apenas como uma ferramenta para justificar intervenções já decididas previamente, sem uma análise crítica da realidade” (Moraes, 2017, p. 398). Constata-se que a pesquisa deve ser um processo contínuo e reflexivo, que possibilite aos profissionais revisarem suas práticas em prol do atendimento das necessidades reais da população.

Com o advento da renovação profissional, o amadurecimento da profissão se tornou um processo altamente relevante, marcado por críticas às práticas conservadoras e pela constante demanda por um maior comprometimento com os interesses da classe trabalhadora. Esse amadurecimento foi significativamente impulsionado pela valorização da pesquisa e pela produção de conhecimento na área do Serviço Social.

Nesse contexto, ao observar o período pós-renovação, verifica-se que "o Serviço Social se consolidou como uma profissão que não apenas intervém na realidade social, mas também a investigar e compreender em profundidade" (Setúbal, 2017, p. 393). O autor destaca a importância da pesquisa como geradora de conhecimento, o que confere maior reconhecimento e legitimidade à profissão de Serviço Social na sociedade.

Em consonância, Mota (2018) afirma que o amadurecimento intelectual da profissão está ligado à sua capacidade de fomentar diálogos com outras áreas do conhecimento. Moraes (2017) ressalta a importância de "incorporar saberes da sociologia, ciência política e economia nas práticas profissionais" (Mota, 2018, p. 9). No entanto, o processo de amadurecimento da profissão deve ser continuamente discutido, exigindo um compromisso constante com a pesquisa, a ética profissional e, sobretudo, com a formação continuada.

Netto (2011, p. 21) vai informar que “a teoria é o movimento real do objeto transportado para o cérebro do pesquisador”, o objeto da pesquisa, em específico a sociedade burguesa, visto que ele faz uma introdução dos estudos de Karl Marx, não depende do pesquisador para existir, quem pesquisa precisa ter como objetivo ir além da aparência do que se apresenta. Desta forma, o método da pesquisa viabiliza o conhecimento teórico, iniciando da aparência para a essência.

Observa-se que a pesquisa desempenha um papel central no desenvolvimento contínuo do Serviço Social no Brasil, promovendo uma prática mais crítica, reflexiva e transformadora. Embora a renovação profissional tenha sido um marco significativo na incorporação da dimensão investigativa, a profissão ainda enfrenta desafios que precisam ser superados para manter sua evolução. A persistência em adotar uma postura investigativa e reflexiva é essencial para que o Serviço Social se consolide como uma profissão firmemente comprometida com a justiça social e a defesa dos direitos humanos, garantindo respostas mais eficazes às demandas sociais emergentes.

2.2. Trabalho profissional do Serviço Social na política de saúde

Santos (2012) fala sobre provável razão da dificuldade que os profissionais hoje têm de utilizar os instrumentos e técnicos inerentes à prática, partindo do princípio que esse fator revela uma leitura inadequada das teorias de Marx. Para fundamentar tal hipótese, ela aborda afirmativas comuns entre os profissionais da área que culminam na ideia de que a teoria e prática não andam juntas e como isso pode prejudicar na leitura da realidade a ser analisada.

Posto isso, é possível e necessário avançar na análise sobre a pesquisa e a produção do conhecimento em nível de Serviço Social. Um primeiro desafio básico nesta direção é rever a tendência que, sob diferentes espectros teóricos, realiza a ruptura entre a teoria e a prática e, portanto, inviabiliza qualquer possibilidade da práxis. Ao assumir a prática como uma dimensão prioritária e emasculadora da teoria crítica (considerada, por essa perspectiva, uma ação prolixa e desnecessária – Silva, 2005), o assistente social estará reforçando a perversa identidade social e historicamente atribuída ao Serviço Social desde sua origem (Silva, 2007, p. 289).

A práxis como uma das categorias centrais da profissão, que é a ação pensada do ser humano, que age pensando na finalidade daquele determinado ato que ele tem, mediado pela consciência para se chegar à finalidade ele cria um projeto do qual

irá guiar e orientar sua ação. Ele tem como objeto a sociedade capitalista, as desigualdades existentes nela e a exploração, ele busca entender o ser social burguês na ordem do capital, e tem como objeto a possibilidade de transformação e o interesse pela apreensão do movimento efetivo do objeto.

A formação profissional hoje convive com posições opostas em que Santos (2012) destaca três delas: advinda de uma herança cultural e intelectual do Serviço Social brasileiro, acredita-se que a eficiência e a eficácia estão ligadas a competências técnicas o que quer dizer que os instrumentos e técnicas são mais importantes do que a prática em si. A outra é a preocupação que se têm diminuir a formação em apenas como fazer, o que acaba limitando os instrumentos e habilidades que são necessárias ao manuseio o que acaba fortalecendo a alteridade da dimensão teórica-prática da intervenção profissional, como se o ensino do teórico bastasse para a prática o que leva a crer que o marxismo não acompanha o arsenal de instrumentos e técnicas próprios.

Por fim, dos anos 80 até os dias de hoje existe uma terceira posição que diz que os instrumentos não devem ser vistos de modo isolado ou fragmentado, sendo assim: “como um dos elementos que constitui a dimensão técnico-operativa do Serviço Social” (Santos, 2012). Segundo a autora, é contraditório os profissionais que defendem a relação de unidade entre essas dimensões, porém, não reconhecem suas diferenças. Reconhecer a diferença das três dimensões, não significa fragmentá-las, assim como não cabe colocá-las como sinônimos, algo parecido é preciso considerar a unidade entre as dimensões da profissão identidade.

Esse momento se caracteriza por uma prática totalmente guiada pela teoria, como bom ensino teórico, o estudante é capacitado a aprender, distinguir e habilitar os instrumentos e técnicas necessários à intervenção profissional. Contudo, as leituras reforçam que a teoria marxista não foi acompanhada por instrumentos e técnicas próprias. Os instrumentos são um todo que constitui a dimensão técnico-operativo que estabelece uma relação de unidade com a prática interventiva da profissão como a teórico-metodológico e a ética política.

Esse pensamento tecnicista e teorista acabam sendo uma visão errônea tornado teoria e prática limitada e insuficiente dos elementos técnico-operativos da profissão qualquer que seja a área quando há o conhecimento teórico sobre a prática é que pode expressar uma teoria que pode modificar a prática no sentido de projetá-

la e avaliá-la o que quer dizer que na área da prática é a efetividade da ação sobre o mundo e o da teoria, é o de criar finalidades ou resultados ideais para ação. É a teoria que possibilita a ação. Para pensar a ação, é necessário refletir a teoria, conjuntamente com a prática a partir de uma dimensão ética política que constitui a profissão.

O objeto de intervenção do Serviço Social é a questão social. Na presente pesquisa de monografia do curso de Serviço Social pontuamos sobre o assunto a partir dos anos 80 em que intensifica o neoliberalismo no país. Para Silva (2008), que faz um debate sobre a República Neoliberal e os novos desafios para pensar a questão social, atualizando o debate sobre questão social nos anos 90 e o retrocesso em torno da temática, envolvendo a questão econômica, política e social em “tempos neoliberais”. A globalização ou mundialização do capital, agudiza as desigualdades, principalmente no que tange país do terceiro mundo. Para tal, a autora se reporta ao cenário atual para chamar a república neoliberal, usando como marco 1985 o período de redemocratização do país.

Os efeitos da globalização na realidade brasileira, considerando a realidade do país de uma industrialização tardia, faz com que autores como Ianni (1981 *apud* Brettas, 2017) veja a questão social como sinônimo de desigualdade, se constituindo de uma luta contra os antagonismos e as desigualdades sociais. Castel (1980) compreende tal questão como promovido pelo discurso dominante e defende que os problemas sociais são determinados pela estrutura econômica. Pontuando tais questões até aqui, veremos como isso se relaciona com a prática profissional dos assistentes sociais na saúde.

Pensando na atuação do assistente social na saúde Sodré (2010) vai dizer que a profissão, com seu conhecimento acumulado nas lutas sociais, traz para o campo da saúde a politização necessária para inserir o debate sobre os determinantes sociais e ainda hoje segundo o mesmo autor está inserido na linha de frente de trabalho que demarcam o posicionamento macropolítico que luta pelo SUS. Para Sodré (2010), o funcionalismo e estruturalismo no Serviço Social aportaram leituras conservadoras na profissão e trouxe marcos históricos para a profissão, como a inserção maciça dos profissionais em grandes hospitais.

O exercício profissional, expressão material e concreta do processo de trabalho do assistente social, explicita a dimensão política da profissão e o

reconhecimento da condição de sujeitos de direitos daqueles com os quais atua, tendo por fim último a sua emancipação social (Martinelli, 2011, p. 498).

Desta maneira, Sodré (2010) alerta que os profissionais precisam estar atentos para não replicar o modelo de produ o em massa que ele chama de saúde-fábrica, compreendido por ele como plantões e encaminhamentos. Tal atitude, por parte do Assistente Social, não corresponde aos princípios do Programa de Experiência Profissional (PEP), não se aproxima da dimensão política, e assim, não contribuem de forma efetiva para a emancipa o social.

Martinelli (2011) defende que as práticas humanizadas, tendem a nos fortalecer enquanto humanos, para a autora — e acreditamos que para todos nós, mesmo que de forma empírica — ao atendermos os usuários, em sua maioria estão fragilizados, um olhar, uma escuta ativa, acolhimento, fortalece esse usuário. Sodré (2010) se refere a humaniza o enquanto discurso por parte da gestão, justificando que ela   uma parte das a es que “dizem torna humano” as atitudes que são humanas.

Tem-se por pré-sabido que o discurso da humaniza o propõe as mesmas a es planejadas pelas formas flexíveis de acumula o: aten o, acolhimento, cuidado, criar vínculos — afetividade posta em um processo de trabalho que se d  em ato. Esse processo de trabalho humanizador, ao mesmo tempo que proporciona rela es mais abertas com o usuário, também abre precedentes para trabalhos mais alienantes do ponto de vista da sua execu o. Certa vez ouvi de um profissional da saúde: “  fácil ser ‘humanizador’ com alguém que está vulnerável”. E tomamos então isto como ponto principal de nossa análise, nos direcionando aos assistentes sociais gestores das políticas públicas (Sodré, 2010, p. 465).

Nesse ponto Martinelli (2011, p. 502) se difere da ideia de Sodré (2010), visto que ela acredita que a humaniza o   o “uso consciente de conhecimentos, sentimentos, valores”, significam dizer que isso dá o direcionamento para a qualidade do atendimento, ressaltando a importância da  tica do cuidado, considerando que a o uso de si, pressupõe na mesma medida um cuidado de si. Desta forma, agindo de forma humanizada, alicerçado nos princípios da profissão e suas diretrizes políticas que norteiam em específico na área de saúde, seria uma  tica militante no campo dos direitos, consolidando os direitos de cidadania dos usuários do hospital, bem como seus familiares e também dos trabalhadores da saúde. Para Sodré (2010), a humaniza o produz um discurso ambíguo.

Tratando da humaniza o, o autor nos informa que se por um lado a humaniza o promove menos máquinas, produ o em série, menos fordismo na saúde, por outro lado, promove prática alienante, seja no ponto de vista profissional da saúde, seja enquanto usuário. O que significa dizer que no campo hospitalar os

usuários se caracterizam como doentes, ou seja, não existem pessoas saudáveis que busquem o hospital. Então os demandantes do serviço de saúde requerem atenção profissional e o mínimo que lhe for ofertado pode ser compreendido como humanizado.

Para Sodré (2014) o olhar biomédico que acaba por demarcar a questão social como algo fora da saúde delimita a segmentação do trabalho social, sendo assim, ele defende que o diferencial do trabalho do assistente social, é uma escuta que acolhe, ou o uso de linguagem que consiga chegar ao usuário de forma efetiva:

Daí que o assistente social percebe que sua principal ferramenta (a linguagem) gera um produto vital: a ação orientada, com perspectivas de continuidade da vida, para além do discurso da doença, uma promoção da saúde no seu sentido lato. Esta, então, se torna a dimensão política do seu trabalho — uma política que produz mais relações sociais, no sentido de arregimentar, agregar relações humanas para perspectivar a continuidade da vida. Neste sentido, afirmamos que este trabalho, que é relacional, é potente em sua ação (Sodré, 2014, p. 83).

Para isso efetivar nos referenciamos em Martinelli (2011, p. 501), que nesse ponto parece se encontrar com Sodré (2014), quando fala que um trabalho crítico e competente precisa ser pautado no ético-político, “ético porque se movimenta nos campos de valores, reconhecendo a condição humana dos sujeitos”, a dimensão política se relaciona ao compromisso com a emancipação.

É nesse contexto que precisamos fazer uma análise ainda que rápida sobre as mudanças e precariedade posta a profissão desde 2016, quando a Presidenta Dilma sofreu o golpe, e de 2016 até 2022, que gerou um retrocesso no país. Logo após, a ascensão da direita na presidência, com impactos na educação, saúde, mas, em destaque aqui, o trabalho, com flexibilizações dos direitos trabalhistas no Governo de Michel Temer iniciando com a lei de “Salão parceiro- profissional parceiro “ que para Abílio (2017, recurso digital) é um marco para o que ele chama de “porteira da uberização do trabalho no Brasil” que tem seus impactos na exploração do trabalho, sendo um novo passo para a terceirização.

Ao refletir sobre as condições de trabalho do/a assistente social a autora Camargo (2021) traz importantes contribuições para pensarmos as condições de trabalho da profissão hoje, considerando que o trabalho ocorre na contradição entre capital e trabalho, entre o controle direto do empregado, do qual o assistente social vendem sua força de trabalho e o compromisso ético-político com a classe trabalhadora, Foi através de lutas e reivindicações que a profissão conseguiu garantir

o direito de 30 horas semanais, porém, para a autora, isso intensificou a jornada de trabalho. Pontua-se, ainda, que muitos profissionais acabam tendo de dois a três vínculos para garantir o que necessitam para a sua sobrevivência.

Isso revela profissionais exacerbados, esgotados, que em sua maioria não tem o tempo necessário para fazer as reflexões críticas sobre as realidades postas pelas demandas, e nem da formação continuada para que possa dialogar teoria e prática. Além disso, as flexibilizações das leis trabalhistas, tornam os vínculos fragilizados, sem garantias de direitos trabalhistas, em locais insalubres, sem as condições de trabalho essenciais para desenvolver seus atendimentos e acompanhamentos. O cenário se mostra desafiador, nos convida a estarmos cada vez mais atentos às mudanças societárias, os rebatimentos a profissão e elaborar respostas e resistências frente a esses desafios, tanto pelos profissionais que compõem a profissão, quanto para aqueles que no Estado atual demandam da profissão.

É válido salientar a importância do debate entre Serviço Social e a política de saúde, enquanto política social promovida pelo Estado. A crise instaurada a partir dos anos de 1970, desencadeou uma série de estratégias e respostas da burguesia na perspectiva de superar a queda da taxa de lucros. Há necessidade de parcelas, cada vez maiores de capital, penetrarem as áreas consideradas não produtivas, como a dos serviços, dentre esses os de saúde se destacaram mundialmente como espaço privilegiado de investimento de capital, o conjunto das políticas sociais brasileiras e seu sistema de seguridade social. É pertinente afirmar que, sem dúvida, a política de saúde foi aquela que mais avançou em termos de estruturação de uma rede de serviços e universalidade de acesso, particularmente a partir da Constituição Federal de 1988, tendo em vista os aspectos da seguridade social no Brasileira no âmbito da saúde que é um direito de todos, sendo assim:

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo (Sodré, 2010, p. 3).

Conforme o Serviço social foi se inserindo a partir de uma resposta do Estado sob a forma de intervenção, nas expressões da questão social²² impostas pelo capitalismo e o projeto desenvolvimentista em curso e ascensão no país, fomentando maior agudização das mesmas. Ocorreram dois fatores substanciais para a inserção do Serviço Social na saúde: o novo conceito de saúde elaborado pela OMS, em 1948, que tem como tônica o conceito de que “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”²³, e a Consolidação da PNS no Brasil, em 1945.

O Estado partir desse ano e especialmente em 1950, vai aumentar os gastos estatais na área social mediante políticas sociais. Entretanto, não consegue estender suas proposições a todos os segmentos sociais, nem universalizar as medidas, gerando efetivos direitos ao trabalhador (Bravo, et al., 2004, p. 26). Diante do processo de industrialização e crescente êxodo rural para as regiões industrializadas, foram aplicadas medidas do novo conceito de saúde proposto pela OMS que determinou a requisição de diversos profissionais para atuar na saúde de maneira multidisciplinar, para ampliar a abordagem em Saúde Bravo e Matos (2009) — prevenção, educação, criação de programas.

Em consonância com as transformações sociopolíticas que se apresentaram, diante desse cenário, os assistentes sociais foram requisitados pelo Estado para o desenvolvimento de tarefas no âmbito educativo, como bons hábitos de higiene, nas demandas do cotidiano, as quais tinham caráter excludente e seletivo, bem como, ações no âmbito da política de saúde da época. Destaca-se que a matriz teórico-metodológica dessa época era o positivismo, devido à influência norte-americana. Com a ditadura civil-militar em curso no país por volta de 1975, novas requisições foram feitas aos profissionais face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital (Bravo; Matos, 2009). 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

²² Segundo Iamamoto, a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo de produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana- o trabalho -, das condições necessárias a sua realização, assim como de seus frutos (IAMAMOTO, 2001, p 16-17)

²³ Conceito elaborado pela OMS Organização Mundial de Saúde - 1945. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>. Acesso em: 10 ago.2024

trabalho, ainda que não possa, alterar estruturalmente o capitalismo (CFESS, 2010).

A partir das transformações sócio-históricas, mudanças influenciaram a renovação do Serviço Social no Brasil em meados de 1980, é possível identificar três tendências em disputa: “a modernizadora com influência do funcionalismo; a reatualização do conservadorismo com recurso à fenomenologia; e a intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo” (Netto, 1996). Sendo assim, o Serviço Social desenvolve uma atuação teórico-metodológica na saúde mais crítica, com atribuições e competências pertinentes com o conceito de saúde ampliado, que considera os determinantes sociais como responsáveis pelo processo de saúde-doença dos sujeitos e coletividade.

Nesse cenário entre os projetos políticos em curso nos anos de 1990, (o projeto da reforma sanitária²⁴ em relação ao projeto privatista²⁵) os assistentes sociais se viram envolvidos com essas tensões, isso envolveu uma abordagem mais crítica em relação às políticas sociais e um foco na promoção da justiça social. Durante a década em curso foi um marco para o Serviço Social, pois houve a aprovação da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993) que, a partir de um acúmulo e amadurecimento, explana de forma clara as atribuições privativas do assistente social bem como, às novas diretrizes curriculares da ABEPSS²⁶ (1996), apontando para a formação de um perfil profissional generalista, com capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico-crítica do processo histórico como totalidade, não reduzindo os profissionais ao mero trabalho técnico, mas um profissional/intelectual.

Considerando a apreensão das particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social na realidade brasileira. Além da percepção das demandas e da compreensão do significado social da profissão; e o desvelamento das possibilidades de ações contidas na realidade e no exercício profissional que cumpram as competências e atribuições legais (ABEPSS, 2014, p. 2-3).

Uma questão pertinente enquanto a formação profissional a partir das novas diretrizes curriculares é o entendimento sobre significados importantes, os assistentes

²⁴ Propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral, tendo como pilares a universalidade e a integralidade da atenção à saúde em suas diversas esferas: primária, secundária e terciária, bem como a participação social.

²⁵ Oriundo da ditadura civil militar iniciada em 1964 e retomado nos anos 1990, tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22056/17238s>. Acesso em: 10 out. 2024

²⁶ Disponível em: www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em: 10 ago. 2024

sociais são trabalhadores, com capacidade técnica, especializado em identificar e problematizar a relação existente entre o trabalhador e o empregador, pautado da divisão social e técnica do trabalho, para o entendimento de que “o exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vidas pelo usuário” (CFESS, 2010, recurso eletrônico).

A autora Líria Maria Bettiol²⁷ traz um ponto pertinente sobre os profissionais que integram os programas de saúde, geralmente são das áreas biológicas, e não se tinham profissionais de nível superior na área de humanas:

O trabalho assistencial em saúde é majoritariamente institucionalizado, realizado no espaço ambulatorial ou hospitalar, e resulta de um trabalho coletivo no qual o médico é o elemento central, que detém o controle do processo assistencial e delega atividades a outros profissionais de saúde (Sousa, 2009, p. 26).

O SUS, integrante da seguridade social como espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais dentro da política de saúde no Brasil desenvolvem o trabalho sustentado em quatro fundamentos: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 14). Para além, é pertinente a articulação com outros segmentos profissionais, bem como os movimentos sociais, que defendem o SUS, para a efetivação do direito social à saúde, como política pública como referendado pelo código de ética e o projeto ético político profissional. Nesse sentido, a profissão ganhou força e espaço, sendo hoje considerada como profissão de saúde, conforme publicado na Resolução nº 218/1997 do CNS e caracterizado como profissional da saúde pela Resolução nº 383/1999 do CFESS.

2.3. A dimensão política do trabalho profissional na saúde

O trabalho do assistente social, face às mudanças\transformações societárias contemporâneas, é impactado pela crise do capitalismo. De acordo com Montañó (Montañó; Duriguetto, 2011, p. 192-193, *apud* Nomeriano, 2022, p. 110),:

Essa nova estratégia sustenta-se em três pilares fundamentais necessariamente articulados, no atual contexto de crise e mundialização do

²⁷ Saúde e participação popular em questão. O programa saúde da família. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/xjKMYT7TQMw7gxN6FJKjFvj/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2024.

capital: a) a ofensiva contra o trabalho e suas formas de organização e lutas; b) a reestruturação produtiva; e c) a (contra) reforma do Estado.

Para Bravo (2013), intensificaram a demanda por mecanismos institucionais movimentados pelos representantes do capital, para atuar na reprodução da totalidade do processo social, com o objetivo de contribuir para encobrir, atenuar ou até mesmo controlar os efeitos das contradições criadas pelo capitalismo. Sendo assim, agentes “mediadores” dentre os quais o assistente social encontra-se foram requisitados para atuarem nesse cenário, Barros Pinheiro (2015)²⁸ explicita que o Serviço Social, assim como a maioria das práticas profissionais em saúde surgiram com a emergência e desenvolvimento do capitalismo monopolista, que se preocupava com a estrutura e sofisticação dos serviços de saúde por conta da importância econômica, política e social da questão.

Na implantação do SUS, conforme seu avanço, foram necessárias processos educativos explícitos de acordo com a nova realidade que se apresentava, sendo assim, “ao entender que, nas práticas educativas, a escolha pela abordagem pedagógica pode ser uma ferramenta potente para a dimensão política da formação do trabalhador” (Lobato, 2012, p. 5)²⁹.

Para o Serviço Social, o significado é de reconhecimento do papel e perfil profissional para com a área. Contudo, também se entende que as requisições desse trabalho confrontam-se com a condição de trabalhador assalariado, resultando numa tensa relação dessa condição com o projeto ético-político da profissão (Iamamoto, 2007, recurso eletrônico).

A partir de uma pesquisa exploratória extraída da revista Serviço Social e Sociedade (2010)³⁰, é pertinente destacar artigos no qual as ações educativas realizadas pelo assistente social na saúde, tendo em vista que essas ações estão conectadas com o projeto ético político da profissão, Simão (2010), nos traz que após a efetivação da constituição de 1988 “uma série de exigências vem se colocando aos setores da comunidade científica e profissional que se dedicam às questões relacionadas com a saúde”³¹.

Sendo assim, os profissionais que tem na questão social, subsídios para atuação profissional, tem buscado estratégias/alternativas para o enfrentamento das

²⁸ Disponível em:

www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/servico-social-e-saude-aspectos-da-intervencao-p-rofissional-.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024

²⁹ Disponível em: <https://www.scielo.br/j/j/phys/a/FKc73NvNfPgp4PyZJvr7rdF/#>. Acesso em: 12 ago. 2024.

³⁰ Disponível em: <https://www.scielo.br/j/j/sssoc/i/2010.n103/>. Acesso em: 12 ago. 2024.

³¹ Disponível em : <https://www.scielo.br/j/j/sssoc/a/x3QsGQBwN4Mzc8NQv46HSQ/>. Acesso em: 12 ago. 2024.

mesmas, sendo pertinente aos profissionais ainda de acordo com Bravo e Matos (2003; 2004, p. 14 *apud* CFESS, 2010), "[...] formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde" em uma ação articulada com outros profissionais que defendam o aprofundamento do Sistema Único de Saúde, nos trazendo que o agir profissional exige um investimento maciço em formação continuada por parte dos profissionais e de sua mobilização e organização política enquanto categoria.

Outro ponto de vista pertinente de ser citado é que:

A produção de pesquisa tem sido demandada de forma mais constante ao assistente social, que hoje tem se preocupado com a sua inserção nas pós-graduações tanto *lato sensu* quanto *stricto sensu*. Essa preocupação aparece de forma recorrente entre aqueles assistentes sociais interessados em atualizar conhecimentos e produzir uma prática crítica (Sodré, 2010, p. 9).

Dentro do eixo educacional é importante evidenciar a articulação entre teoria e prática, com "diretrizes que se encontram estruturadas a partir de núcleos temáticos que articulam um conjunto de conhecimentos e habilidades necessárias à qualificação profissional do assistente social na contemporaneidade" (Pereira, 2015 p. 3). As três dimensões no qual o Serviço Social se estrutura hoje foram apontadas no intuito de vencer os desafios que surgem no exercício da profissão, sendo elas as dimensões teórico metodológicas, que engloba arcabouço teórico e que embasa a profissão — indo desde, literatura, documentos, leis, diretrizes e resoluções, etc.

Cria-se, com isso, subsídios para a saída do senso comum, e assim conhecer a realidade e as demandas dos usuários, para assim desenvolver uma prática profissional a altura do que a profissão no seu Projeto Ético-Político. Pretende executar que é a dimensão e rumo que a profissão segue, desde o movimento de reconceituação onde houve a expansão do campo de atuação tendo como exemplo a área em tela, como também, se optou pela ruptura com o conservadorismo, e por consequência a neutralidade para assumir uma posição mais política da intervenção profissional, com escolha da defesa da classe trabalhadora, induzindo a escolha de determinado lado político diante das conjunturas contemporâneas.

Sob a fundamentação do código de ética da profissão, um dos pilares fundamentais para o embasamento das habilidades técnicas. Araujo e Siva (2010)³²

³² Disponível em: repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181339/Eixo_2_97_3%20correto.pdf. Aesso em: 18 set. 2024.

traz que o mesmo “não interpretam apenas aspectos normativos e deveres profissionais, mas também valores que identificam o projeto societário defendido pela categoria profissional”.

Tendo por fim, a dimensão técnico operativo que mira em direção do desenvolvimento profissional com competência técnica e científica, munindo-os de instrumentos e técnicas indispensáveis para o desenvolvimento profissional como atendimentos e intervenções indispensáveis para promover mudanças no cotidiano bem como, a mudança social dos usuários atendidos. Como também, o entendimento das co-relações de forças, na mediação entre direitos dos usuários e demandas institucionais. Entendendo que as três dimensões são indissociáveis e se fundem, tornando-se uma, visto que nenhuma é aplicável sem a outra, para um agir profissional crítico, propositivo, investigativo e interventivo, sendo posturas essenciais para um bom desempenho profissional.

Diante dos novos desafios que se apresentam ao cotidiano de um profissional, assertivo, atuante, é necessário cada vez mais um conjunto de ações que possam contribuir para a politização de indivíduos ou grupos coletivos. Nesse caminho, está a dimensão pedagógica do Serviço Social, no qual contribui com ações voltadas à educação, sendo esse um desafio expresso pelo código de ética da profissão no intuito de promover mudanças emancipatórias na sociedade e na realidade de vida da população usuária. Abreu (2010, p. 12), afirma que:

[...] a ação pedagógica da profissão, permite um constante reinventar profissional à realidade social que está posta, e afirma a razão de ser do projeto profissional, que nascendo a partir da questão social, deve caminhar lado a lado com o projeto de socialização das classes subalternas.³³

No tocante a condição das realidades sociais intensamente dinâmicas e contraditórias, exigem intervenções cada vez mais dinâmicas, dentre elas estão as ações voltadas para conscientização e mobilização, seguindo o pressuposto da participação social como porta de entrada para as mesmas serem executadas. O trabalho do assistente social se apresenta em ações investigativas, interventivas e formativas que trazem à tona a importância política da dimensão pedagógica para

³³ Disponível em: <https://pergamum.ufpel.edu.br/pergamumweb/vinculos/0000e7/0000e7ef.pdf>. Acesso em: 18 set. 2024.

pensar formas de trabalho que promovam ações emancipatórias (Camelo; Severiano; Silva; Ribeiro, 2019).³⁴

A partir do panorama apresentado, fica claro que o assistente social como agente operacional dentro das políticas sociais está inserido no campo da saúde. E, destaca-se, a relevância do processo pedagógico dentro dos espaços sócio-ocupacionais para além dos plantões e encaminhamentos.

A Informação sistematizada e geração de conhecimento associado à produção tornam-se um capital importante às novas formas de gestão. "O conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado, mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado" (Iamamoto, 2011, p. 63).

Essa produção de conhecimento sequenciado de ações que promovam e defendam o SUS, público universal e de qualidade, torna-se um requisito de suma relevância para contribuir com a qualidade dos serviços prestados. O diálogo constante com a população usuária é um mecanismo importante nesse processo pedagógico no que tange a socialização de informações sobre o papel do Estado na garantia desses direitos, bem como, a motivação no cuidado da saúde/doença, com usuários e familiares. Nota-se um instrumento importante para execução dessas ações que é o estudo social feito dentro dessas unidades de atendimento, servindo como um panorama para entender a realidade e demandas sociais de alguns territórios (Camelo; Severiano; Araújo; Silva; Ribeiro, 2019).³⁵

Sendo assim, entende-se que os assistentes sociais têm competência técnica e operativa para promover uma mudança social significativa a partir das ações realizadas com equipes de multiprofissionais que somam para o sucesso e objetivos esperados. É pertinente concluir que o Serviço Social tem intencionalidade de contribuir para buscar respostas profissionais bem como, contribuições no âmbito das ações profissionais e de pesquisa para momentos de sensibilização, de problematização, de debate sobre a importância das intervenções profissionais na política de saúde.

34

Disponível em:
https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaold_441_4415cbb5ee8a5d9.pdf. Acesso em: 18 set. 2024.

35

Disponível em:
www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaold_441_4415cbbb5ee8a5d9.pdf. Acesso em: 18 set. 2024

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresentou uma análise sobre a produção de conhecimento do Serviço Social acerca da atuação dos assistentes sociais na política de saúde, com foco na viabilização dos direitos sociais, especialmente no contexto do SUS. Através da discussão teórica e histórica, foi possível demonstrar a relevância da contribuição desses profissionais na mediação entre as demandas da população e as políticas públicas de saúde.

O segundo capítulo trouxe contribuições relevantes, apontando aspectos da história da política de saúde no Brasil, com enfoque em seu desenvolvimento no período de Vargas até a criação do SUS. Compreende-se que essa transição foi essencial, uma vez que a saúde era privilégio de poucos trabalhadores formais e, após muitas lutas sociais, passou a ocupar um espaço universal garantido na Constituição Federal de 1988. Este é um ponto crucial que necessita ser reconhecido e valorizado. Ademais, as reformas e contrarreformas das décadas de 1990 e 2000 trouxeram grande impacto no financiamento do SUS e no acesso a serviços de qualidade. Este capítulo também discute os impactos dessas políticas neoliberais sobre a saúde pública, abrangendo os desafios de manter um sistema de saúde pública em tempos de regressão de direitos sociais.

O terceiro capítulo, por sua vez, explora a atuação do Serviço Social na política de saúde, com ênfase em sua inserção nessa área entre as décadas de 1980 e 1990. O capítulo também oferece uma reflexão sobre o papel dos assistentes sociais na mediação entre as demandas da população e as políticas de saúde pública, enfatizando os desafios enfrentados pelos profissionais e pelas instituições, diante de projetos societários distintos. São resgatados conceitos de uma atuação crítica, propositiva, de práxis e instrumentalidade profissional, para enfrentar as inúmeras expressões da questão social no cotidiano. Além disso, o capítulo aborda a produção de conhecimento no campo do Serviço Social, destacando a relevância da pesquisa como ferramenta essencial para a transformação social e a luta pelos direitos à saúde.

Ambos os capítulos apontam resultados que reforçam que, em um cenário de constantes retrocessos sociais e econômicos, como as contrarreformas neoliberais, a atuação dos assistentes sociais no SUS se torna ainda mais crucial. Esses profissionais não apenas viabilizam o acesso aos serviços de saúde, mas também

desempenham um papel vital na articulação com a rede socioassistencial, promovendo uma saúde integral e inclusiva. Foi possível identificar também o papel central dos assistentes sociais na mediação entre a população e as políticas públicas, assim como as estratégias utilizadas para garantir o acesso aos direitos sociais, especialmente em tempos de contrarreformas neoliberais.

Destarte, este estudo é altamente relevante tanto para a área do Serviço Social, quanto para a sociedade em geral. Ao abordar a atuação dos assistentes sociais no SUS, a pesquisa contribui para a valorização dessa profissão em um momento crítico para as políticas públicas de saúde. Além disso, reforça a importância de profissionais comprometidos com a justiça social, especialmente em um cenário de ataques às conquistas sociais e à redução do papel do Estado. A reflexão sobre a intersetorialidade e a atuação crítica dos assistentes sociais é essencial para a manutenção e o fortalecimento do SUS.

Apesar das conquistas, o estudo também destacou os desafios enfrentados pelo SUS, como o subfinanciamento e a mercantilização dos serviços, que afetam a qualidade e o acesso aos cuidados em saúde. Além disso, o Serviço Social, embora essencial, também lida com limitações em sua atuação, muitas vezes restringida por condições de trabalho precarizadas e uma prática profissional que, em certos momentos, ainda carrega heranças conservadoras. Salienta-se que como classe trabalhadora, o profissional de serviço social também sofre pelas mesmas determinações.

Para futuras pesquisas, sugere-se discutir detalhadamente a articulação dos assistentes sociais com outros profissionais de saúde, assim como com a rede intersetorial, com foco em aprofundar práticas interdisciplinares. Além disso, é de interesse explorar as intervenções que o Serviço Social tem realizado para mitigar o impacto do cenário neoliberal sobre o SUS, intercalando resistências, lutas e mobilizações sociais.

Ao final, compreende-se que este trabalho contribui para a compreensão da importância do Serviço Social na defesa dos direitos sociais na saúde e propõe a necessidade de práticas profissionais críticas e transformadoras. A pesquisa trouxe reflexões sobre as articulações entre o Serviço Social e os demais sistemas de proteção social, visando fortalecer a luta por um SUS mais equitativo e universal. Essas reflexões abrem espaço para novos estudos, que podem focar nas estratégias

de resistência dos assistentes sociais frente às políticas de austeridade e no desenvolvimento de processos de trabalho mais alinhadas com a defesa da justiça social e dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- ABÍLIO, Costek Ludmila. Uberização do trabalho: subsunção real da viração. Instituto Humanitas UNISINOS, **Categoria**, 1 de março de 2017. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/186-noticias-2017/565264-uberizacao-do-trabalho-subsuncao-real-da-viracao>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- ALBINO, Moreita Nathália; LIPORONI, de Carvalho Reis A. Andréia. O desmonte da política de saúde sob a gestão das organizações sociais. **REFACS**, v. 8, nº 3, out., 2020. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/5029>. Acesso em: 7 set. 2024.
- ANDRADE, G. Iola Eli; COSTA, Maria Ana; RIZZOTTO, F. Lucia Maria. Seguridade Social: caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, lutar contra a desigualdade e reconstruir a democracia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, nº 137, p. 5-8, abr./jun., 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4k3z6zwWVQdryx4kfYXQCVk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2024.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. São Paulo: Atlas, 2010.
- ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão. **Estado e mercado, continuidade e mudança**: a dualidade da política de saúde nos governos FHC e Lula. Tese (Doutorado). Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.
- ASSIS, de Monteiro Cristina Letícia; LAPA, Almeida Camila. **Particularidades do processo de contrarreforma na atenção básica de saúde**: Um estudo sobre os retrocessos nos governos ultraneoliberais de Michael Temer e Jair Bolsonaro (2016-2020). 10º Jornada Internacional de Políticas Públicas. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissa_old_1095_1095612e86711ea2c.pdf. Acesso em: 20 set. 2024.
- BAPTISTA, de F. W. Tatiana; MATTA, C. Gustavo; ROSÁRIO, A. Celita. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde Debate**, v. 44, n. 24, 17-31 p., jan-mar, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHhzYYd7CwZfnsVnTQp/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 6 jul. 2024.
- BEHRING, R. Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.
- BETTIOL, Maria Liria. **Saúde e participação popular em questão**: o programa saúde da família. São Paulo: UNESP, 2006.
- BOSCHETTI, Ivanete Salete. Expressões do conservadorismo na formação profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 124, p. 637-651, out./dez., 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/xv3Lm3vQmxLmWNTmbpmBzNt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2024.

BOURGUIGNON, Ayres Jussara. A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 10, n. esp, p. 46-54, maio, 2007.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/LbRYxCkMz6jrFxmV7S45PXQ/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 11 set. 2024.

BRASIL. **[Constituição (1988)]**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2024]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 12 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957**. Regulamenta o exercício da profissão de Assistente Social. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-3252-27-agosto-1957-354707-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 12 ago. 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. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 ago. 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm, Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de

Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 196 de 1996**. [2012]. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Disponível em:

https://unibave.net/download?arquivo=/2016/07/Resolucao-196_96-Versao-2012.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 218, de 6 de março de 1997**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 383, de 5 de agosto de 1999**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/1999/res0383_05_08_1999.html. Acesso em: 12 ago. 2024.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Sousa; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês Sousa. et al., (Orgs.). *Saúde e Serviço Social*. 4. ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, Maria Inês Sousa; *Serviço Social e Saúde: desafios atuais*. **Temporalis**, ano I, n. 1, (jan./jun., 2000) – São Luis: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, 2007.

Bravo, Maria Inês Souza; Vasconcelos, Ana Maria de; Gama, Andréa de Sousa; Monnerat, Giselle Lavinias. **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro, Cortez, 2004.

BRAVO, S. Inês Maria. **Política de saúde no Brasil**. In. MOTA, Elizabete Ana. et al (orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2018. [recurso online]. Disponível em: https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo. Acesso em: 12 jun. 2024.

BRAVO, S. Inês Maria; MATOS, de Castro Maurílio. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In. MOTA, Elizabete Ana. et al (orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BRAVO, S. Inês Maria; PELAEZ, Junger Elaine; PINHEIRO, Nunes Wladimir. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, vol. 10, núm. 1, pp. 9-23, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4755/475566804003/html/#fn4>. Acesso em: 22 set. 2024.

BRETTAS, Tatiana. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. **Revista Temporalis**, Brasília, v. 17, n. 34, jul./dez. 2017, Brasília. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/17702>. Acesso em: 17 maio 2024.

CAMELO, A. C.; SEVERIANO, E. M.; O. SILVA, L. A.; RIBEIRO, H. M. C. B. **A dimensão pedagógica no trabalho do assistente social: possibilidades de desenvolvimento de práticas emancipatórias na política de assistência social**. 2019.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1980.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CEFOR. **Breve história das políticas de saúde no Brasil**. São Paulo, s.d. (mimeo).

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, Brasília, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

CÓDIGO DE ÉTICA do assistente social. **Lei. 8.662, 1993 de regulamentação da profissão**. 10ª. ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde. 1998. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/10conferencia/10conf.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

CORREIA, Costa Valéria Maria. A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. **Temporalis**, Brasília-DF, ano 22, nº 43, p. 72-89, jan./jun., 2022. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjip_WwkYcJAXUCq5UCHaU1LqEQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fperiodicos.ufes.br%2Ftemporalis%2Farticle%2Fdownload%2F38472%2F25302%2F124032&usg=AOvVaw2aCYY0v-kgkXLQxlfJopWd&opi=89978449. Acesso em: 22 set. 2024.

COSTA, da Horacio Dalva Maria. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, nº 62, 2000. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiN4_rr-P-IAxWxqZUCHXISDLkQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.unijales.edu.br%2Flibrary%2Fdownebook%2Fid%3A473&usg=AOvVaw3AF0MYksAcdSNO-SO-6DoT&opi=89978449. Acesso em: 12 set. 2024.

CUNHA, Almeida Ricardo Jarbas. O (des)financiamento do direito à saúde no Brasil: uma reflexão necessária. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, v. 7, n. 1, p. 59-77, jan./jul, 2021. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/7686/pdf>. Acesso em: 14 ago. 2024.

DAMBORIARENA, Luiza. Neoliberalismo como ideologia: uma reflexão sobre a sua reprodução na vida cotidiana a partir de Henri Lefebvre. **Revista brasileira de estudos organizacionais**, v. 3, n. 1, jun. 2016. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj-69Xc8_-IAxXurpUCHSBCGckQFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Frbeo.emnuvens.com.br%2Frbeo%2Farticle%2Fview%2F72&usg=AOvVaw1aot57McWE03iW9Qf0m5h1&opi=89978449. Acesso em: 11 jul. 2024.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2024.

ENTENDA o que são Organizações Sociais de Saúde. **Portal de transparência, OSS**, Governo do Estado de São Paulo. Disponível em:
<https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/sobre.php>. Acesso em: 8 ago. 2024.

FERTONANI, P. Hosanna. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciências e Saúde Coletiva**, vol. 68, n. 3, jun, 2015, Brasília. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/abstract/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 13 ago. 2024.

FUNCIA, R. Francisco. (Des)Financiamento do SUS: o que fazer?. CEBES, **Artigos e entrevistas**, notícias, 16 de novembro de 2022. Disponível em:
<https://cebes.org.br/francisco-r-funcia-desfinanciamento-do-sus-o-que-fazer/30079/>. Acesso em: 19 jul. 2024.

HOCHMAN, Gilberto. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Curitiba: Editora UFPR, 2005.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez e Celats, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em tempo de capital de feitiço: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41. ed. São Paulo: Cortez: CELATS, 2014.

MARTINELLI, Maria Lucia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set., 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2024.

MATTA, Corrêa Gustavo. PONTES, de Moura Lúcia Ana (orgs.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 284 p. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em:
<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2024.

MELO, Emanuella Silva Joventino. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. [s/d]. Disponível em:
<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/206072/1/MATERIAL%20EMANUELLA%20JOVENTINO.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A SUCAM e as endemias: 1990-1994**. [s/d/], recurso eletrônico. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sucam_endemias_1990_1994.pdf. Acesso em 6 jun. 2024.

MORAES, de Souza Antonio Carlos. Pesquisa em Serviço Social: concepções e críticas. **Revista Katálysis**, v. 20, set-dez, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rk/a/9cqrvxrpyXFtmnfgmkjx9wN/#>. Acesso em: 8 ago. 2024.

MOTA, Elizabete Ana. Serviço Social brasileiro: profissão e área do conhecimento. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 16, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/9kN3x6tySLZWBNGKsHk4rbS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2024.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. Lusíada. **Intervenção Social**, Lisboa, nº 42/45, 2º semestre de 2013 a 1º semestre de 2025. Disponível em:

http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1734/1/IS_42-45_13.pdf. Acesso em: 13 ago. 2024.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 5a Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. nº 84, ano XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo n. 50. abr. 1996.

NOMERIANO, Soares Aline. **O avanço do fenômeno da financeirização no ensino superior brasileiro em tempos de crise estrutural do capital**. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022.

PAIM, Silva Jairnilson. **Conjuntura da transição democrática: da criação do cebes à constituição**. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 69-152.

Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-06.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2024.

PEREIRA, Barbosa Laurentino Sofia. As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnicooperativa: particularidades e unidade. **I Congresso Internacional de política social e Serviço Social: desafios contemporâneos**. Londrina-PR, 2015. Disponível em:

https://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo4/oral/10_as_dimensoes_teorico....pdf. Acesso em 12 jun. 2024.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Controle Municipal da Saúde**. In. Brasil, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A reforma administrativa do sistema de saúde. Cadernos MARE da reforma do estado, 33 p. Brasília: MARE, 1998.

Disponível em:

<https://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno13.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2024.

PINHEIRO, Barros Eliana. Serviço Social e saúde: aspectos da intervenção profissional. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/servico-social-e-saude-aspectos-da-intervencao-profissional-.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.

PRATES, Jane Cruz. Desafios à formação e à pesquisa em Serviço Social em tempos de obscurantismo. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/42195>. Acesso em: 2 jul. 2024.

RIBEIRO, Borges Daniella. As pesquisas científicas do Serviço Social: o papel do CNPq. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 184-195, maio/ago., 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/bjZjbzPTttZk4XBzXfcffpm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 17 set. 2024.

SANTOS, dos Mônica Cláudia. **Na prática a teoria é outra?** Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

SANTOS, Luiza Christiane; SANTOS, Maria Paloma; PESSALI, Fialho Huascar; ROVER, Aires José. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. **Ciências e Saúde Coletiva**. vol. 25, nov. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mnNTGr5N5QQZjXfZ97ZcfBF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 ago. 2024.

SETUBAL, Alencar Aglair. **Pesquisa em Serviço Social: utopia e realidade**. São Paulo: Cortez, 2017.

SILVA, Antônio Renan. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública no Brasil. **Trilhas Pedagógicas**, v. 7, n. 7, ago. 2017, p. 291-304. Disponível em: <https://fatece.edu.br/arquivos/arquivos-revistas/trilhas/volume7/19.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2024.

SILVA, da Siqueira Fernando José. Pesquisa e produção do conhecimento em Serviço Social. **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 282-297, jul./dez., 2007. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/2319>. Acesso em: 16 jul. 2024.

SOARES, Cavalcante Raquel. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas do Serviço Social**. Tese de Doutorado. Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife 2010.

SOARES, Cavalcante Raquel. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social**.

[recurso eletrônico]. Recife: UFPE, 2020. Disponível em:

<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/70/120/322>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SODRÉ, Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar., 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/3xLfKfgDbyMxX8v938sYTQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2024.

SÓDRE, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 103, p. 453-475, jul./set., 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2024.

SOUSA, de Alvea Maria de Santana. **O cotidiano do trabalho de enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital público em São Luís-Maranhão**. Tese (Doutorado), Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.