



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL



Monografia

**O SUS NO BRASIL ANTES E DURANTE A PANDEMIA E OS  
DESAFIOS AO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS**

Helzaine Das Dores Bispo

MARIANA– MG  
2023

Helzaine Das Dores Bispo

**O SUS NO BRASIL ANTES E DURANTE A PANDEMIA E OS  
DESAFIOS AO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado como requisito parcial  
para obtenção do título de Bacharel em  
Serviço Social da Universidade Federal  
de Ouro Preto (UFOP) sob orientação  
do Prof.Drº. André Luiz Monteiro Mayer.

MARIANA – MG  
2023

## SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

B622sBispo, Helzaine Das Dores.

O SUS no Brasil antes e durante a pandemia e os desafios ao trabalho de assistentes sociais. [manuscrito] / Helzaine Das Dores Bispo. - 2023.  
76 f.: il.: gráf., tab..

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Monteiro Mayer.  
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.  
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Assistentes sociais. 3. Doenças transmissíveis. 4. Privatização. 5. Saúde pública - Pesquisa. I. Mayer, André. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 364.3

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter De Sousa - Bibliotecário Coordenador  
CBICSA/SISBIN/UFOP-CRB6a1407



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Helzaine das Dores Bispo**

**O SUS no Brasil antes e durante a pandemia e os desafios ao trabalho do Assistente Social**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Aprovada em 22 de agosto de 2023

### Membros da banca

Dr. André Mayer - Orientador - Universidade Federal de Ouro Preto  
Dra. Sheila Dias Almeida - Universidade Federal de Ouro Preto  
Dr. Cláudio Henrique Miranda Horst - Universidade Federal de Ouro Preto

Prof. André Mayer, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 28/08/2023



Documento assinado eletronicamente por **Andre Luiz Monteiro Mayer, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 28/08/2023, às 07:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0581455** e o código CRC **5B9BF32B**.

Agradeço a Deus em primeiro lugar por me acompanhar nesta caminhada, mesmo com momentos difíceis e tantas vidas perdidas nesta pandemia. Agradeço também ao meu pai, minha mãe e irmã por todo apoio e suporte. Aos amigos e colegas que fiz durante a graduação e tiveram grande importância no processo. Dedico também este trabalho a todos que perderam seus entes queridos para o vírus nesta pandemia. Sigamos sempre em defesa do SUS.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por guiar sempre meus caminhos durante essa jornada e me fazer capaz de finalizar essa graduação, mesmo com tantas adversidades. Por me fortalecer nos momentos de dificuldade e me agraciar com tantas bênçãos, conquistas e vitórias. A todas as minhas amigas que fiz na universidade, que foram de extrema importância ao longo dos anos, lutamos, rimos e choramos juntas, mas nunca desistimos.

Agradeço à minha família por todo suporte durante os anos, carinho, apoio na tomada de decisões. Meu pai e minha mãe por estarem sempre ao meu lado e minha irmã que neste momento está à espera do membro mais novo da família e que venha com muita saúde, pois será cercada de amor.

Esta monografia não seria possível sem as experiências que vivi no estágio, então agradeço a toda equipe da Associação de pais e amigos dos excepcionais de Ouro Branco- APAE por todos os excelentes momentos e conhecimentos adquiridos. Apreendi muito com vocês e vi o quanto amam e cuidam bem das nossas crianças especiais da cidade, um trabalho lindo feito por pessoas únicas e cheias de luz. Agradeço aos assistentes sociais da instituição, Renato e Daniela, por todos os conhecimentos passados a mim, boas conversas e vários ensinamentos, vocês foram essenciais e foi um grande prazer trabalhar com vocês e participar deste trabalho incrível que vocês fazem e amam fazer diariamente.

Agradeço à universidade e professores por me proporcionarem conhecimentos e me fazer ser cada dia mais apaixonada pela profissão que escolhi e ter a certeza de que segui no caminho certo. Por fim, agradeço a mim mesma por nunca desistir, mesmo em momentos que muitos desistiriam, por cuidar, me curar e conseguir seguir em frente, por cada dia difícil que consegui superar, por cada amigo que fiz, cada desafio que venci e os que ainda vou vencer.

*“ o momento que vivemos é um momento pleno de desafios. É necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”.*

*(Marilda lamamoto)*

## RESUMO

Esta pesquisa, objetiva analisar e estudar os principais conceitos que regem a criação do Sistema único de saúde - SUS, principalmente em relação ao contexto histórico da época, período ditatorial, e como esse contexto influenciou diretamente nos movimentos em prol da saúde. Ademais, o cenário em que o país se encontrava nos anos anteriores e durante o movimento conhecido como reforma Sanitária, este que foi responsável pela criação do SUS. A reforma sanitária foi um movimento criado em 1970, durante a ditadura militar, por médicos, acadêmicos de medicina, conselhos de medicina, população, trabalhadores e sindicato. Após muita luta, o direito à saúde universal e o SUS, foram implementados na constituição federal de 1988, como um direito de todos e dever do estado e tendo como princípio a universalidade, equidade e integridade, ou seja, compromisso em atender a todos independentemente da cor, raça, gênero ou condição social. Contudo, somente após dois anos da CF é que foi realmente efetivada a lei da criação do SUS em 1990. Deste momento em diante, o SUS vem enfrentando ao longo dos anos, vários desafios relacionados ao desfinanciamento e insuficiência de recursos, como também, com tentativas de desmontes, privatização e terceirização. Não obstante, estando novamente na mira de governos neoliberais nos últimos anos, a eficiência do SUS foi provada mais uma vez quando em 2020, foi iniciada uma pandemia que atingiria o mundo todo e especificamente no Brasil, causaria ao total cerca de 700.000 mortes.

**Palavras-Chave:** SUS; Pandemia; Saúde Pública; Privatização.



## **ABSTRACT**

This research aims to analyze and study the main concepts that govern the creation of the Unified Health System - SUS, mainly in relation to the historical context of the time, the dictatorial period, and how this context directly influenced the movements in favor of health. In addition, the scenario in which the country found itself in previous years and during the movement known as Sanitary Reform, which was responsible for the creation of the SUS. Sanitary reform was a movement created in 1970, during the military dictatorship, by doctors, medical students, medical councils, the population, workers and unions. After much struggle, the right to universal health and the SUS were implemented in the 1988 federal constitution, as a right for all and a duty of the state and having universality, equity and integrity as a principle, that is, a commitment to serve everyone regardless color, race, gender or social status. However, it was only after two years of the CF that the law creating the SUS in 1990 was actually put into effect. attempts at dismantling, privatization and outsourcing. However, being again in the sights of neoliberal governments in recent years, the efficiency of the SUS was proven once again when, in 2020, a pandemic began that would reach the whole world and specifically in Brazil, causing a total of around 700,000 deaths.

**Keywords:** SUS; Pandemic; Public health; Privatization.

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELA

Gráfico 1 – Trajetória Histórica dos Hospitais Privados – 2010-2022 .....	38
Gráfico 2 – Hospitais Privados versus Hospitais Públicos 2010-2022 .....	38
Gráfico 3 – Distribuição de hospitais privados por região – 2022.....	39
Gráfico 4 – Casos por ano.....	44
Gráfico 5 – Óbitos por ano .....	45
Gráfico 6 – Vacinas aplicadas (2023).....	46
Tabela 1 – Casos e óbitos confirmados.....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art.	Artigo
BR	Brasil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavírus
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CTI	Ciência tecnologia e inovação
DESSO	Departamento de Serviço Social
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ENPESS	Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
EPSII	Emergência de saúde pública de importância internacional
et al.	E outros
etc.	Etcetera
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FEDPs	Fundações estatais de direito privado
GOV	Governo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSA	Instituto de Ciências Sociais Aplicadas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MS	Ministério da Saúde
Nº	Número
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais
PAC	Plano de Atendimento a Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PIB	Produto interno bruto
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSL	Partido Social Liberal
RJ	Rio de Janeiro
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SARS-COV	Coronavírus (COVID-19)
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de conclusão de curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
USF	Unidade de Saúde da Família
XVIII	Décimo Oitavo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 CAPITALISMO E SAÚDE .....</b>	<b>15</b>
1.1 SAÚDE COMO MERCADORIA .....	15
1.2 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (RSB) E LUTA PELO SUS .....	22
<b>2 SAÚDE, PANDEMIA E SUS.....</b>	<b>41</b>
2.1 PANDEMIA MUNDIAL DA COVID-19 .....	42
<b>2.1.1 Os impactos da pandemia da covid-19 para a população brasileira .....</b>	<b>47</b>
<b>2.1.2 Pandemia no Governo Bolsonaro.....</b>	<b>50</b>
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O TRABALHO PROFISSIONAL NA PANDEMIA.....	55
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “o SUS no Brasil antes e durante a pandemia e os desafios ao trabalho de Assistentes Sociais”, tem como objeto de estudo o Sistema Único de Saúde. O SUS se configura hoje, como importante sistema na garantia do direito à saúde. Foi criado e implementado no Brasil, como um marco histórico e resultado de importantes lutas que ansiavam por esse direito de forma universal e igualitária.

Antes da criação do SUS, no país não existia um sistema que fosse destinado à todas as parcelas da população, mas sim instituições privadas e as que atendiam por previdência (exclusivamente para trabalhadores com carteira assinada e que contribuía), o restante da população que não se enquadravam nos requisitos citados, ficavam à mercê de casas de apoio e instituições filantrópicas. Foi a partir desse cenário e em pleno período ditatorial (1970), que foram iniciados movimentos que reivindicavam do governo o direito à saúde de forma universal, este que iniciou sendo um movimento pela reforma sanitária, mas que se tornou ao longo do processo, um movimento social em massa.

Com o crescimento do movimento pela reforma sanitária, o governo foi pressionado a responder às solicitações feitas pelos reivindicantes, os quais não eram somente a população insatisfeita, mas também médicos, estudantes e conselhos de medicina. Mais tarde, em 1976, foi criado pelos conselhos a CEBES (Centro Brasileiro de estudos de Saúde), que objetivava representar a categoria de médicos na luta pela reforma sanitária e democracia. Com isso, após tantas lutas, em 1986 houve em Brasília, a 8ª conferência nacional de saúde e contou pela primeira vez com participação popular e do sindicato dos trabalhadores. No debate foram discutidas as seguintes questões: a formulação de um sistema nacional de saúde, o financiamento destinado a essa área e a saúde como um direito universal e gratuito. O relatório final estabeleceu a saúde como um direito dos cidadãos e dever do estado, além da criação do SUS.

O interesse por essa temática surgiu a partir da realização do estágio supervisionado na área da saúde pública, o qual foi iniciado em um período anterior à pandemia e finalizado no momento pós pandemia, por esse motivo, se deu a necessidade de abordar sobre as mudanças percebidas ao longo do processo e como isso afeta de forma direta a população usuária dos serviços do SUS. Ver de perto as

mudanças que as redes de saúde tiveram que adotar, foi o principal motivo para a realização desta pesquisa.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020 e 2022 cerca de 150 milhões de brasileiros dependem do SUS, isso revela o quão importante as políticas de saúde são, e o quanto devem ser sempre aprimoradas, a fim de atender às diversas demandas nas redes públicas. Nesse âmbito, o projeto trará um detalhamento a respeito dos números colhidos pelo ministério da saúde e demais pesquisas realizadas durante a pandemia.

O objetivo geral deste estudo, é analisar o cenário da pandemia no Brasil, com foco na situação da saúde pública e o SUS, aprofundar em quais medidas foram adotadas pelo governo do então presidente Jair Bolsonaro e quais mudanças ocorreram no sistema único de saúde (SUS) após esse período, assim como os principais desafios enfrentados em relação à falta de recursos e financiamento e principalmente, as repetidas tentativas de desmontes, privatização e terceirização.

Como metodologia, foi uma pesquisa majoritariamente bibliográfica, qualitativa, quanto aos objetivos, uma pesquisa descritiva e o desenvolvimento do trabalho se deu através de análises de materiais textuais escritos, tais como livros, teses acadêmicas, periódicos, sites institucionais e governamentais, além de artigos científicos publicados pelo XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social – ENPESS. Foram utilizados ao total da pesquisa, 21 artigos voltados para a temática da saúde e pandemia no Brasil e a partir da busca por termos como, “Saúde, SUS, Pandemia e Serviços Sociais. Assim a divisão dos artigos estava da seguinte maneira: 3 na modalidade mesa temática, 2 na modalidade pôsteres e 16 na modalidade apresentação oral, nos anais publicados em 2022.

Foi feito também, um levantamento dos números mais expressivos relacionados aos infectados, recuperados e óbitos, além de informações sobre a evolução da vacinação e conseqüentemente com isso, diminuição dos casos. Objetiva-se ademais, estudar e pesquisar sobre os efeitos da Covid-19 na população e nas políticas públicas e comentar sobre a mudança do estilo de vida que todos os brasileiros tiveram que adotar durante determinado tempo, como por exemplo, o uso obrigatório de máscaras e álcool gel, destacar a demanda crescente em hospitais, unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de pronto atendimento (UPA). E por fim, fazer uma breve trajetória do SUS e seu contexto histórico, leis, constituição e implementação.

Em síntese, tem-se como objetivos específicos do projeto: fazer uma trajetória do SUS e contexto histórico, abordar sobre a reforma sanitária brasileira como evento chave para a criação do SUS, conceituar a pandemia da COVID-19 e os principais impactos no Brasil, mostrar as principais mudanças na saúde pública pós-pandemia, problematizar sobre quais medidas o Governo federal colocou a fim de garantir condições de combate ao vírus, apresentar as políticas de saúde, trazer um levantamento do número de infectados, recuperados, mortos e vacinação, colocar em pauta sobre como a pandemia afetou os demais setores da sociedade e acirrou ainda mais as desigualdades sociais, fazer um breve estudo sobre as estatísticas de brasileiros usuários do SUS e por fim evidenciar a importância do exercício profissional dos Assistentes Sociais nas políticas de saúde e na pandemia.

Considera-se de suma importância o debate desta temática por diversos fatores. Primeiramente, toda a população brasileira foi afetada direta ou indiretamente pela pandemia, em todas as áreas, profissionais e instituições tiveram que se adaptar ao novo estilo de vida de modo a evitar o contágio ao vírus e combater a proliferação. Não somente na saúde, mas em todas as áreas, todos foram mobilizados. Outra faz-se relevante demonstrar a importância que o Sistema Único de Saúde tem e seu difícil processo histórico, para que todos entendam as consequências que a privatização e terceirização trariam à população.

Isto posto, ressalta-se também a importância de debater o exercício profissional dos assistentes sociais frente à alta demanda ocasionada pela pandemia. Desse modo, houve neste período um grande aumento das expressões das questões sociais. Como atribuições, os profissionais de Serviço Social, atuaram na garantia de direitos aos usuários dos serviços e como uma ponte entre esses usuários e os projetos e programas sociais ao qual poderiam ser beneficiados.

As (os) Assistentes Sociais têm uma contribuição significativa e valiosa no atendimento de toda a população na perspectiva de acesso e garantia de direitos, acesso as políticas públicas e continua sendo um profissional essencial no enfrentamento da COVID-19, A pandemia demanda muito mais do que aquilo que era cotidiano na atuação da profissão (CRESS-PR, 2022).

A partir dessa ideia, considera-se que este estudo, trouxe informações relevantes e novos conhecimentos aos leitores, visto que mesmo com o avanço da vacinação, o vírus não foi totalmente combatido e ainda oferece riscos. Nessa perspectiva, é importante salientar que o pós-pandemia é um momento de grande



desafio para o SUS, profissionais da saúde e redes de atendimento. Outrossim, é valido destacar como o SUS conseguiu, na medida de suas condições, atender às altas demandas geradas pela pandemia em meio a tantas tentativas de desmontes em um governo neoliberal como era o de Bolsonaro.

A organização desta pesquisa foi feita da seguinte maneira: no capítulo 1, foi debatido a saúde como mercadoria, o processo histórico e contexto da criação do sistema único de saúde- sus, reforma sanitária e movimentos em prol da saúde. Além de mostrar a trajetória desde sua implementação até os dias atuais, certamente colocando em pauta os desafios enfrentados ao longo dos anos, adaptações, benefícios aos usuários, políticas públicas, etc. No capítulo 2, foi contextualizado sobre a pandemia da Covid-19 no Brasil e principais impactos, foi exposto sobre qual posição o governo federal tomou frente a pandemia e as incontáveis mortes causadas pelo vírus. Não obstante a isso, colocar como foi a administração deste governo pelo ex-presidente da república Jair Bolsonaro, assim como trazer seus principais pronunciamentos, medidas tomadas e o atraso na vacinação da população, resultando em mais óbitos. O próximo capítulo trabalhou, os desafios para o SUS pós pandemia, visto que, neste período atual, houve significativas mudanças nas redes públicas e privadas em decorrência à alta demanda causada pelo vírus e por sua vez, mostrar a necessidade de melhorias. Logo então, será evidenciado o trabalho profissional dos Assistentes Sociais na pandemia e com políticas de saúde públicas. Por fim, foram apresentadas as considerações finais deste projeto.

## 1 CAPITALISMO E SAÚDE

Primordialmente, para iniciar a presente pesquisa, é de suma relevância aprofundar um debate teórico acerca da relação entre saúde no Brasil e sua reprodução enquanto mercadoria em um país onde predomina o sistema capitalista. Desse modo, este estudo permitirá a compreensão das raízes da mercantilização de um dos mais importantes, dentre todos os direitos sociais previstos na constituição federal de 1988, além de detalhar os principais agentes responsáveis pela gradativa queda, desqualificação e necessidade de reforma e melhorias do SUS.

Paralelo a isso, o presente capítulo fará uma abordagem do capitalismo e saúde no que tange a relação entre ambos e será dividido nos seguintes tópicos: o primeiro, 1.1, trará o conceito de saúde como mercadoria. Neste tópico será contextualizado o valor e conceito de mercadoria e como ela se reproduz na sociedade do capital e trabalho. Logo após, especificamente no Brasil, como foi o decorrer do processo de efetivação do SUS enquanto sistema universal de saúde e seus maiores desafios, tal como, a privatização e o incentivo do estado para com as políticas e instituições privadas.

O próximo tópico 1.2, abordará sobre a reforma sanitária e luta pelo SUS- nesse eixo será tratado a respeito de uma reforma que se tornou um movimento social, pois contou com a participação de diferentes sujeitos, de diferentes classes sociais, mas com um propósito em comum: a criação de um sistema de saúde universal que seria capaz de atender a todas as demandas, acessível e de qualidade. Neste tópico será feita uma representação da reforma sanitária no Brasil e o contexto histórico em que ocorreu esse movimento, ou seja, na ditadura militar. Momento este marcado por forte censura e centralização de poder nas mãos de militares, este período ficou conhecido como anos de chumbo por conta da forte repressão por parte do Estado. E para finalizar, será conceituado também, o sistema único de saúde-SUS desde sua implantação até sua real efetivação em 1990 e os crescentes desafios enfrentados por ele ao longo dos anos até o contexto atual.

### 1.1 SAÚDE COMO MERCADORIA

Para explicar a questão da saúde como mercadoria, é necessário um olhar voltado para as formas de representação do modelo capitalista nas suas variadas

expressões, principalmente o trabalho e a mercantilização da vida. Neste contexto, falar sobre mercadoria implica entender o significado por trás desse conceito, Marx explica a mercadoria como simples, sem nenhuma necessidade de ser definida, um objeto externo que “[...] pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie” (MARX, 1983, p. 45) – quando analisada sob as óticas da qualidade e da quantidade, desdobra-se em valor de uso e valor de troca; o primeiro permite satisfazer a uma necessidade, o segundo é pura quantidade abstrata. Para Marx, a qualidade não faz, necessariamente, uma mercadoria. “O valor de uma mercadoria tem expressão autônoma por meio de sua representação como ‘valor de troca’” (MARX, 1983, p. 62). Valor, portanto, reduz-se à mercadoria, na medida em que suas características particulares desaparecem no ato da troca. A forma valor da mercadoria corresponde, nesse sentido, à quantidade em virtude de sua própria natureza (VICENTE, 2012, p. 59). O valor da mercadoria aparece como carro chefe das relações capitalistas, pois o capitalismo transforma tudo em mercadoria visando sempre o lucro.

Em vista disso, pode-se considerar que os direitos básicos de um ser humano também se tornaram mercadoria, pois através destes há uma geração de lucro e movimentação na economia. Conforme afirma Ferrugem *et al.* (2022), esse contexto, expressa a mercantilização dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, bem como a invisibilização do processo de saúde-doença diante do ocultamento da centralidade do trabalho. Diante da crescente precarização do trabalho, Alves (2013) aponta que ocorre uma precarização da vida, sendo que a degradação do ser que trabalha é uma característica essencial da barbárie social. Portanto, este trabalho dialoga criticamente com o cenário contemporâneo, abordando inicialmente sobre a Determinação Social da Saúde, para na sequência apresentar um debate sobre a centralidade do trabalho, e sua relação com o processo saúde-doença diante da lógica do capital. Assim como, na atual conjuntura brasileira, marcada pelo desmonte das políticas públicas, em especial do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental intensificar a luta em defesa da saúde pública, estatal de qualidade.

Construir um sistema de saúde na perspectiva de um direito fundamental e universal contrapõe a lógica do capital, que calca seus interesses nos lucros advindos da saúde e doença da população. Talvez seja por isso que o SUS, após mais de trinta anos de implantação pela Constituição Federal de 1988, considerado como exemplo de sistema universal de saúde e reconhecido por suas experiências exitosas em diversas partes do mundo, sofre

constantemente com tensões relacionadas aos interesses do mercado, incompatíveis com o modelo de atenção em saúde proposto pelo sistema (Ferrugem *et al.* 2022, p.11)

Dessa forma, especificamente no Brasil, o contexto da saúde pública foi um processo complexo e desafiador, visto que os setores da saúde privada não ficaram satisfeitos com a ideia vigente da criação de um sistema de saúde gratuito. Por conseguinte, as políticas sociais de responsabilidade do Estado, mas que podem proporcionar lucratividade para o capital (por exemplo, educação e saúde), foram focalizadas naqueles indivíduos que não podem pagar. Aqueles que possuem renda para adquiri-las que façam via mercado. Essa focalização além de ser uma afronta aos princípios da Seguridade Social leva o sucateamento dessas políticas. A exemplo a política de saúde, uma das áreas que conseguiu maiores avanços na Constituição de 1988, como direito de todos e dever do Estado, tem hoje um sistema sucateado, focalizado nos mais pobres (OLIVEIRA, 2014, p. 19).

Ainda nessa perspectiva, Oliveira (2014) aponta que os poucos investimentos implicam na diminuição das condições de uma política de saúde universal e de qualidade. Com o ajuste estrutural feito por esses sucessivos governos neoliberais, o SUS vem perdendo as características daquele que foi conformado na Constituição Federal de 1988 e que o movimento sanitário idealizou. No instante em que o Estado se desvia das suas funções, está abrindo caminho para a iniciativa privada atuar nesta lacuna, transformando os serviços públicos em mercadorias a serem adquiridas via mercado.

Um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram a formulação da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas, que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado, que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema (CFESS, 2010, p. 23).

Compreendo a problemática, Lima e Souza (2022) abordam a saúde como uma das políticas públicas que mais tem sido atingida pela crise capitalista através da intensificação de seu desfinanciamento que resulta na insuficiência de recursos e redução de gastos, da indefinição de fontes orçamentárias, da desresponsabilização do Estado e da transferência de recursos para o setor privado por meio de modelos de gestão privada. Em meio a um contexto de restrição do orçamento público em

virtude dos ajustes fiscais, tais medidas respondem às requisições impostas pelo capital financeiro que se apropriam do fundo público como forma de expansão dos lucros (MENDES; CARNUT, 2020).

A financeirização da saúde no capitalismo contemporâneo reconfigura o papel do Estado, cooptando o fundo público pelo capital fictício. Tal fenômeno resulta na redução dos gastos em saúde e, conseqüentemente, limita a universalização da assistência do sistema de saúde brasileiro. Por outro lado, há o privilegiamento das taxas de lucro através da valorização tanto das ações dos segmentos ligados aos conglomerados privados de saúde, como da ampliação dos serviços e crescimento lucrativo do complexo médico-empresarial da saúde, que envolve o setor hospitalar e tratamentos especializados, a indústria farmacêutica e de produção de equipamentos, instrumentos e materiais médicos, o setor de exames diagnósticos e laboratórios (SESTELO *et al.*, 2017).

Ademais, segundo Ferreira (2022), apreende-se o desmonte da saúde universal, por meio do Estado, Estado Social este que é capitalista, com perspectivas também de direitos privados e não universais. Entretanto, a desconfiguração do SUS, do orçamento do fundo público, da Seguridade Social, em tempos de crise, nos remete a uma barbárie, que pode nos movimentar enquanto classe social, na pulverização, na organização das lutas para resistências e consolidação da Seguridade Social e de um SUS universal e menos mercantil para todas as pessoas. Todas essas estratégias, e arranjos são exatamente, para desarticular o poder de organização da classe trabalhadora e impossibilitar de refletirmos para uma nova sociabilidade.

Prosseguindo, percebe-se até aqui, que a saúde pública no Brasil foi constituída em um processo controverso, onde havia grande repulsa por parte de órgãos e instituições financeiras e até governamentais que temiam que essa reforma proposta atrapalhassem os “negócios” e a indústria que lucrava com a saúde. Porém, mesmo com tentativas de “boicotes”, a força do movimento pela reforma sanitária foi grande e mobilizou agentes importantes e imprescindíveis, estes como representantes da medicina e do sindicato dos trabalhadores.

Ao pensar, no Brasil o neoliberalismo tem seu início tardio, devido às suas particularidades históricas. Neste período estava passando pelo declínio da ditadura militar, a crise econômica castigava o país e a ascensão dos movimentos sociais reivindicavam melhorias nas suas condições de vida, em razão destas serem extremamente precárias. O país convive com uma desigualdade social monstruosa, e

a situação se agrava ainda mais com o crescente desemprego ocasionado pela situação econômica. O momento de redemocratização do país foi possível através das lutas dos movimentos sociais. Como uma forma de reparar a monstruosa desigualdade social no país, de forma inédita foi prescrita na Constituição Federal de 1988 a efetivação dos direitos sociais, na contramão do que estava acontecendo no cenário internacional. Tal Constituição Federal de 1988 representou um avanço no que concerne aos direitos sociais, contudo não se passaram dois anos da promulgação e o projeto neoliberal começa a ser implementado no Brasil (OLIVEIRA, 2014, p.18).

Na década de 1990, o SUS foi alvo das contrarreformas neoliberais que tem atacado o seu caráter universal e público, visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2011, p. 43).

Diante dessa conjuntura, é importante colocar também sobre o processo de privatização enquanto parte de uma estratégia de recuperação da crise através do financiamento do setor privado pelos recursos públicos. A privatização dos serviços e empresas públicas caracteriza-se, basicamente, pelo repasse de recursos públicos – ou isenção de impostos – para o setor privado e pela renúncia da execução e gestão de políticas sociais por parte do Estado, acarretando a gestão privada destas. No âmbito da saúde, o privado, que segundo a Constituição Federal 1988 e a Lei Orgânica da Saúde 1990, deveria ser complementar ao SUS, torna-se substitutivo deste (KOETZ, 2016, p. 24).

Além disso, as principais instituições com as quais o Estado firmou convênio prestavam serviços de Alta Complexidade, nesse sentido, mais custosos aos cofres públicos do que as ações de prevenção, por exemplo (SARRETA, 2009). Além disso, em 1968, houve a criação do Plano Nacional de Saúde, com objetivos vinculados à privatização da saúde do país, e instituição de um sistema de metas que pudesse ter reflexo direto nos salários dos profissionais de saúde, O período foi importante para estreitar os laços entre o Estado e o empresariado nacional que passaram a atuar através de parcerias e convênios. Uma relação sustentada em troca de interesses, mas que, socialmente, foi justificada pela tentativa de prestação de saúde a todos. Nesses casos, as ações de saúde seguiram sendo pontuais, sem proporcionar a

transformação nas condições de saúde do país, apesar dos repasses milionários que foram feitos de maneira contínua (SILVA, 2022, p. 6).

Mais adiante, como considera Koetz (2016, p. 23), a saúde constitui-se, na sociedade capitalista, tanto como direito, quanto como mercadoria. Conforme a conjuntura e a luta de classes, penderá mais para um lado ou para o outro, porém, sempre imersa na contradição de (ter a capacidade de) satisfazer as necessidades das duas classes antagônicas desta sociedade. A partir deste momento a saúde pode configurar-se, também, como um termômetro para medir as condições da luta entre as classes em determinado momento – obviamente sendo analisado entre outros determinantes.

Isto posto, Bravo (2001), tendo em vista os problemas citados anteriormente, aponta que a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. 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 administração 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)<sup>1</sup> 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 à 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.

---

<sup>1</sup>O SUDS- Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados, foi uma iniciativa do próprio INAMPS no sentido de universalizar a sua assistência que até então beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes (SOUZA, 2002, p. 14).

Diante dessa análise, percebe-se que a saúde é colocada no status de atividade econômica passível de investimento privado visando a obtenção do lucro, além disso, o Estado costuma surgir como agente potencializador da relação de financeirização. De maneira geral, compreende-se que o capital financeiro é central no capitalismo contemporâneo, no entanto, a originalidade da discussão consiste no fato de que, apesar de ser uma política, a saúde é colocada como ferramenta útil à financeirização do capital, representando um eixo de investimento estratégico à iniciativa privada (SILVA, 2022, p. 12).

Na sequência, neste momento é relevante para o estudo trazer o processo da saúde como um direito social e universal previsto na constituição de 1988, após um longo período de luta do movimento sanitário para a efetivação do SUS. Antes de aprofundar na reforma sanitária brasileira, é relevante falar um pouco sobre o contexto sócio-histórico da época e como esse movimento foi visto pelo Estado ditatorial de 1969/1970, bem como o cenário político, ou seja, da ditadura militar.

Nos últimos anos da década de 1960 e início dos anos 1970, ao mesmo tempo em que vivia seu período de milagre econômico e de ufanismo modernizante, o Brasil, governado por militares, montava o mais cruel sistema repressor que o país já viveu. Foram os chamados "anos de chumbo". Na sua face boa, o governo transmitia aos brasileiros a imagem de um país coeso, emergente e de futuro. Campanhas mostravam um país que ia pra frente, como pregavam os ideólogos do governo do general Emílio Garrastazu Médici, eleito indiretamente em 1969. O governo promovia campanhas com slogans como "Brasil, Ame-o ou Deixe-o", e canções como "Eu te Amo meu Brasil", marchinha criada pela dupla Dom e Ravel, e cantada por "Os Incríveis". Eram campanhas ufanista que mostravam a face de um Brasil ideal, escondendo o atraso do país, e jamais davam sinais do processo de repressão e censura contra os que se opunham à ditadura. Uma lógica que excluía aqueles brasileiros que pediam a volta dos direitos políticos. E todos aqueles que obrigados a viver calados ou na clandestinidade queriam o fim da censura e da tortura. No país dos calabouços que ninguém via ou sabia existir, muitos brasileiros foram presos e mortos. O leque de vítimas foi muito além da esquerda armada. O recuo no campo político convivía lado a lado com avanços significativos em outras áreas.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>Período da história do Brasil conhecido como os "anos de chumbo". Eduardo Tramarim. 2007. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/279778-periodo-da-historia-do-brasil-conhecido-como-os-anos-de-chumbo/>. Acesso em: 20 jul. 2023.



É notório, que a ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. Neste cenário, a política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares. A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2001, p. 8).

Foi neste contexto complexo da política brasileira, de forte opressão, que foi iniciado o movimento pela reforma sanitária. Referente a mesma, para entender melhor o cenário atual das políticas de saúde, é necessário compreender a história da criação do sistema de saúde no Brasil e quais implicações surgiram após a implementação real deste modelo, que por sua vez, objetivava oferecer à população uma saúde acessível e universal. Falar sobre a reforma sanitária é importante para o estudo, visto que, foi o movimento que precedeu a criação do SUS. Para isso, no próximo tópico será feita uma abordagem sobre a RSB e seus desdobramentos.

## 1.2 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (RSB) E LUTA PELO SUS

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os

políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca.<sup>3</sup> As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>4</sup>

Neste panorama, Bravo e Menezes (2022) consideram que no final dos anos de 1970, com o processo de abertura política e, posteriormente, com a redemocratização do país, ocorreu na saúde um movimento significativo, que contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas governamentais apresentadas para o setor, o que contribuiu para um amplo debate que permeou a sociedade civil.

A Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

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

---

<sup>3</sup>O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento sanitarista", que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil. A consagração do movimento veio com a Constituição de 1988, quando a saúde se tornou um direito inalienável de todos os cidadãos, como está escrito na Carta Magna: "A saúde é direito de todos e dever do Estado". Morto aos 61 anos, em 2 de agosto de 2003, Arouca é reconhecido por sua produção científica e a liderança conquistada na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi presidente da Fiocruz em 1985, professor concursado da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), além de chefe do Departamento de Planejamento da Escola. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>. Acesso em: 21 jul. 2023.

<sup>4</sup>Reforma sanitária. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 20 jul. 2023.

estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001, p. 8).

o movimento sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses [...]. o que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos [...]. O movimento se identifica como condutor das aspirações de grupos de consumidores, de usuários dos serviços de saúde enquanto cidadãos (VAITSMAN, 1989, p. 153-154).

Sob essa ótica, Paim (2017) faz uma conceituação do movimento quando afirma que, a RSB, enquanto movimento, combateu a ditadura militar e o autoritarismo das práticas de saúde, defendendo a democratização da saúde como parte da democratização da sociedade, do Estado e da cultura. No entanto, havia reformistas que buscavam a modernização e a integração do sistema de saúde e conservadores que apenas “visavam à racionalização dos gastos e à eficiência (BAPTISTA, 1996, p. 13). Outros propugnavam uma totalidade de mudanças (reforma geral), enquanto alguns mais radicais tinham como horizonte a revolução no modo de vida (PAIM, 2008). Importantes formuladores desse projeto entendiam que a RSB poderia participar na construção de uma “democracia progressiva” (OLIVEIRA, 1988) e propugnar o socialismo (AROUCA, 1989; GALLO, 1991).

Este movimento no Brasil foi inspirado, também, nos eventos e reformulações ocorridas nos diferentes sistemas democráticos de saúde no mundo e muito contribuiu para a luta e construção de uma democracia participativa, culminando nos direitos firmados no texto constitucional de 1988. Dando ênfase à construção do sistema de saúde brasileiro e sua dimensão política, as ideias e propostas sanitárias colaboraram para a superação do acesso à saúde mediante contribuição à previdência social, num esquema centrado e impositivo, consolidando o conceito ampliado de saúde com ações voltadas para o indivíduo e comunidade independente de pagamento, utilizando-se de um financiamento efetivo (ROSA; CARREIRO; RACHADEL, 2022, p. 5).

Todavia, a reforma encontrou uma série de desafios impostos por instituições que se beneficiavam com os serviços da saúde privada e/ou por previdência. Dessa forma, conforme explica Paim (2007, p. 77) A partir desse momento começava a se elaborar a proposta da Reforma Sanitária, enfatizando a unificação dos serviços, a

participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção. Reconheciam-se entre os obstáculos para a sua consecução as atividades lucrativas ligadas à saúde, entre as quais as empresas e cooperativas, as indústrias farmacêuticas e alimentícias, bem como as vinculadas aos equipamentos hospitalares e instrumentos médicos. Portanto, a partir de uma ideia pouco estruturada sobre a pertinência de uma Reforma Sanitária no Brasil, constata-se uma evolução para transformá-la em uma proposta, com base em uma definição mais concreta do seu conteúdo.

Nesse quadrante, considera-se que a reforma sanitária foi de grande importância também na luta por direitos, não somente na saúde, pois pôde permitir a participação popular na tomada de decisões, principalmente o sindicato dos trabalhadores. Assim, esta reforma, não se reduz, em sua idéia original, a ser uma proposta de política de saúde, senão através desta, uma democratização da vida social, para o que deveria implicar-se em uma reforma democrática do Estado. A Reforma Sanitária Brasileira, portanto, não se reduzia a uma política de proteção social ou a uma reforma setorial (da Saúde), buscando uma “reforma geral” da sociedade brasileira. Lembremos, nesse sentido, de seus constantes subtítulos: melhoria das condições de saúde (entenda-se, necessidades em saúde) e da qualidade de vida da população brasileira (entenda-se um projeto de socialidade) (PAIM, 2008, p. 15).

O ideal, agora de forma direcionada a uma luta democrática e aderida pela movimentação política dos sujeitos de direitos, trariam elaborações cada vez mais concernentes com a realidade, de forma a serem estabelecidas alternativas viáveis, visando uma sociedade mais justa e igualitária. A ação política teria esse foco primordial, principalmente, porque vários sujeitos da população, da classe trabalhadora adentrariam nessas proposições. Essas proposições só vieram a crescer, a medida em que vários sujeitos da classe trabalhadora adentraram nessas proposições, inclusive a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Estas, sendo bastante diversas e atuantes nos Simpósios sobre Política Nacional de Saúde (SOUZA, 2018, p. 48).

Decorrente disso, após grande êxito da reforma sanitária, foi aberta uma conferência, que contou com participação popular, o grande marco para o movimento e para a formulação de um novo sistema de saúde foi tal 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, em que se unem mais de 4.000 pessoas e, entre elas, quase todas as instituições de saúde. O tema da conferência foi “Democracia é Saúde” e foram debatidos os seguintes eixos: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema

Nacional de Saúde e Financiamento setorial. Os debates apontaram para algumas sínteses e reflexões importantes, constituindo-se como uma delas o fato de que é evidente que o setor da saúde necessita de uma Reforma Sanitária, ou seja, transformações amplas e profundas – abarcando a legislação no que tange à promoção, proteção e recuperação da saúde – e não apenas reformas administrativas ou financeiras (KOETZ, 2016, p. 24).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde avança do conceito conservador de saúde enquanto ausência de doença. Assim, contempla os diversos determinantes do processo saúde- doença, ou seja, saúde enquanto resultante das condições de vida de um modo geral. Contextualiza-se, também, a saúde no âmbito da sociedade e suas relações de produção. Ademais, aponta-se que a saúde deve ser conquistada a partir da luta da população. Dessa forma, o entendimento de direito à saúde:

[...] significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CNS, 1986, p. 04).

A 8ª foi a primeira conferência que contou com a participação de usuários. Antes dela, os debates se restringiam à presença de deputados, senadores e autoridades do setor. As conferências eram “intraministério”. O Ministério da Saúde convidava pessoas das secretarias e intelectuais, mas os eventos não tinham a dimensão atual. Arouca, que estava no núcleo do movimento sanitário e na época era presidente da Fiocruz,<sup>5</sup> foi convidado a presidir a 8ª Conferência. Os delegados da 8ª atribuíram ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde, e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais. A 8ª ainda discutiu o papel do setor privado, apesar de ele não estar presente. A ideia era ter um sistema exclusivamente público, com o setor privado subordinado às normas do SUS, assim como está estabelecido hoje. Por isso, apesar de convidados, os representantes do setor privado não compareceram. Para que as resoluções da 8ª pudessem se estruturar melhor e chegar à nova Constituição, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS),

---

<sup>5</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) tem como objetivos promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/>. Acesso em: 22 jul. 2023.

que funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987. A 8ª foi responsável por dar o arcabouço político e a CNRS deu o arcabouço técnico. A CNRS era composta por representantes de segmentos importantes, inclusive do setor privado.<sup>6</sup>

Posteriormente, após a conferência, foi criado o sistema único de saúde, resultado do processo de luta da Reforma Sanitária, que buscava um sistema universal de saúde para atender a toda a população nas décadas de 1970 e 1980. Em 1988, a saúde passou a integrar o tripé da Seguridade Social juntamente com as políticas de assistência social e de previdência social, sendo reconhecida como um direito social e uma política pública (PAIM, 2009).

A Constituição Federal brasileira de 1988 redefiniu o modelo de proteção social adotando o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social. A Constituição define que essas ações devem ser financiadas com recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais. No campo das políticas sociais, é dever do Estado assegurar a todos os cidadãos o direito à educação e à saúde (BRASIL, 1988). Para assegurar esse direito, na área da saúde, a Constituição determinou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal (SOUZA, 2002, p. 29).

Acerca desse fator, para entender o atual sistema de saúde pública no Brasil, é relevante observar a sua evolução histórica. Como já foi citado anteriormente, no começo do século XX, a economia liberal predominava no país, portanto, o atendimento médico era remunerado e atendia somente à parcela da sociedade que tinha recursos para custeá-la. Aos menos favorecidos restava a assistência filantrópica de instituições de caridade ou Santas Casas (BRASIL, 2011). Antes da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, o acesso da população aos serviços de saúde existentes era de forma limitada, devido à falta de hospitais e unidades públicas de saúde. A população se dividia em dois grupos: a 1ª classe e a 2ª classe, cuja divisão era muito injusta. A primeira classe referia-se aos poucos cidadãos que tinham que contribuíam com a previdência social e por isso tinham mesmo com limitações um acesso mais amplo à assistência à saúde, dispondo de uma rede de serviços e

---

<sup>6</sup>8ª conferência nacional de saúde: quando o sus ganhou forma. 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 21 jul. 2023.

prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do INAMPS<sup>7</sup>. A 2ª classe eram o restante da população os não-previdenciários. Nessa época, como afirma Souza (2002) os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber:

- a) Os que podiam pagar diretamente pelos serviços;
- b) Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS;
- c) e os que não tinham nenhum direito.

Isso demonstra que os brasileiros não tinham refúgio quando o assunto era saúde, quem tinha condições ou contribuía com a previdência tinha acesso aos serviços de saúde, porém quem não possuía ambos estava completamente desamparado e deixados à própria sorte. Nesse cenário e após muita luta pelo movimento da reforma sanitária que permitiu que o SUS fosse criado com o objetivo de universalizar prestação de serviço público de saúde a toda população. O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito nacional (SANTOS, 2015, p. 16).

Em 1990, com a criação do SUS, a política de saúde passou a ser regulamentada por leis, normas operacionais, emendas constitucionais e resoluções específicas. Neste mesmo ano foi aprovada a lei orgânica da saúde (lei 8.080/90), que especificava as atribuições dos SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992 após o impeachment do presidente Collor (PAIM *et al.*, 2011). A política de saúde foi implementada na constituição federal de 1988 nos seguintes dispositivos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser

---

<sup>7</sup>INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS) O INAMPS se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993. O antigo Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuía com a previdência social. p; Os setores da população que não faziam esta contribuição não podiam acessar estes serviços. Com a criação do SUS, o atendimento passou a ser universal, ou seja, qualquer pessoa pode acessar o serviço público de saúde em qualquer parte do país. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 21 jul. 2023.

feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Nesse ínterim, a principal fortaleza do SUS emana da diretriz constitucional da universalidade, que tem sido seu carro chefe desde a criação. Esse princípio, desenvolvido antes mesmo da implementação do sistema, em 1988, foi elaborado por entidades vinculadas à reforma sanitária e ao movimento previdenciário e contribuiu para a emergência de um novo modelo em que o acesso à saúde, em seus diferentes níveis, fosse possível em todas as regiões do país, para todos os brasileiros. As circunstâncias específicas e históricas desse movimento refletem uma combinação de tensões, mas também uma formulação sofisticada de como a política pública deve responder a demandas que estão colocadas em um determinado tempo. Desta forma, o modelo único e universal, construído com ampla representação social, acabou por influenciar os demais componentes das políticas de proteção social. Ou seja, por ser baseado em amplo movimento, o SUS acabou funcionando também como uma espécie de modelo aspiracional para outros modelos de proteção social: os campos da assistência social, da segurança pública e da habitação são os exemplos mais emblemáticos de desenhos de políticas influenciados pelo SUS (ABRASCO, 2022).

Sequencialmente, segundo Polignano (2001), “Esta lei (8.080/90), define o modelo operacional do SUS”, propondo a sua forma de organização e de funcionamento, algumas destas concepções serão expostas a seguir.

Primeiramente a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

De fato, o modelo político do SUS ganhava molde e era formulado com o objetivo de fornecer serviços de saúde de qualidade e que atendessem à população. Ainda conforme Polignano (2001, p. 24), os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidas:

- a) identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular as políticas de saúde;
- b) fornecer 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.



- c) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- d) executar ações visando a saúde do trabalhador;
- e) participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- f) participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- g) realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- h) participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- i) formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção
- j) controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- k) fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- l) participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- m) incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- n) formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

Nessa perspectiva, Hora, Paiva e Cavalcanti (2022) consideram que, como mencionado, o SUS é constituído por princípios da equidade, integralidade e universalidade. O princípio da equidade tem como finalidade compreender as desigualdades presentes na saúde, pois é preciso entender as diferenças sociais e atender a diversidade; com a integralidade, busca-se desenvolver ações de promoção, prevenção e sistematizar ações para enfrentar os problemas de saúde dos usuários atendendo as suas necessidades; e por fim, a universalidade determina que todos os cidadãos têm direito às ações e serviços de saúde, os brasileiros e estrangeiros podem acessar os serviços de saúde. Busca-se evitar que sejam impostas barreiras de acessibilidade legais, econômicas, físicas ou culturais. Sob este ângulo, é possível afirmar que a atenção dada ao SUS foi uma grande evolução para a saúde pública, visto que já atendiam às demandas do movimento pela reforma sanitária e também davam uma resposta às suas reivindicações, todavia após sua implementação, dificuldades e adversidades começavam a surgir.

À priori, o SUS atendeu as necessidades da população garantindo a todos um serviço de qualidade e gratuito, mas com o crescimento da população e maior

conhecimento dos serviços ofertados pelo SUS houve uma explosão de demanda, acarretando superlotação nas unidades que ofertavam tal serviço. Com o objetivo de melhorar cada vez mais o Sistema, o SUS encontra-se em constante aprimoramento, sendo considerado um sistema ainda em construção. O Estado, por buscar sempre ofertar novos serviços na área da saúde, não se atentou para o fato de que os serviços já prestados dependem de reformulação ou aperfeiçoamento. O grande número de pessoas que dependem do sistema exige maior número de profissionais para atendê-los, estrutura diferenciada, descentralização, hierarquização, fiscalização, rapidez e eficiência. Esses fatores são responsáveis pelo indicador de satisfação dos usuários (SANTOS, 2015, p. 16).

O SUS apresenta três grandes problemas estruturantes: no plano da organização macroeconômica, a segmentação que conduz ao dilema entre a universalização e a segmentação; no plano da organização microeconômica, a fragmentação do sistema e seu modelo de gestão; e no plano econômico, o seu subfinanciamento. A solução desses problemas implica mudanças que se devem dar, concomitantemente, no modelo de atenção à saúde, no modelo de gestão e no modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>8</sup>

Nessa linha de raciocínio, muito se discute, eventualmente, sobre a defasagem da saúde pública nos últimos anos, isso se deve, aos crescentes desafios enfrentados pelo sistema de saúde. Quanto aos mesmos, esses são mais visíveis no dia a dia do SUS. Os serviços de saúde, atualmente, sofrem diversos problemas nas unidades básicas e nas hospitalares, como a insuficiência de materiais, inadequação e degradação das instalações físicas, falta de equipamentos e tecnologias necessárias, ocasionando assim uma demanda reprimida, de má qualidade no atendimento e de baixa resolutividade associada a longas filas de espera para os dependentes dos serviços e falta de qualidade no atendimento médico-hospitalar (PORFÍRIO, 2022). Além do corte de recursos da saúde, a gestão dos recursos está deficiente, dessa forma, devido à redução de gastos e o déficit de recursos para investimentos, a terceirização passou a ser vista como um interessante modelo de estratégia por parte da gestão (NEVEU, 2022, p. 20).

A captura do fundo público da saúde favorece o setor privado que passa a gerir as unidades de saúde, caracterizando a privatização não clássica, pois

---

<sup>8</sup>Desafios do SUS. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/desafios-do-sus>. Acesso em: 23 jul. 2023.

não acontece a venda direta de uma empresa pública, mas a terceirização da gestão de serviços públicos por meio de contratos de gestão com entidades de direito privado, mediante repasse de recursos, instalações, equipamentos públicos e pessoal (LIMA; BRAVO; CORREIA, 2020, p. 129).

A força de trabalho, a gestão do sistema e a administração são também apontadas por especialistas e autoridades como pontos a serem melhorados. Com relação à atenção básica, o grande aglutinador de programas do SUS, os desafios passam basicamente pela necessidade de priorização política do investimento, capaz de fazer valer, por exemplo, os instrumentos de gestão, a ampliação da estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários. O subfinanciamento também está entre um dos obstáculos para a ampliação do acesso e melhoria na qualidade dos serviços. O mercado é, assim, um dos principais alvos de crítica no âmbito da saúde, já que existe uma renúncia fiscal a empresas que optem pelo plano de saúde privado.<sup>9</sup>

[...] Portanto, se o direito à saúde sofre ameaças diante da contenção dos gastos públicos e de políticas econômicas e sociais que constroem o seu alcance, a consciência sanitária significa luta para exercer, garantir e usufruir deste direito. O direito à saúde não é um direito natural que se alcança ao nascer. Não é uma dádiva de qualquer governo. É historicamente construído e conquistado mediante lutas sociais (PAIM, 2009, p. 122).

Prova disso, segundo pesquisa feita pelo IPEA (MATHIAS, 2011), sobre a opinião da população a respeito das dificuldades do SUS, os problemas mais frequentes citados são a falta de médicos (58,1%), a demora para atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (33,8%). De fato, trata-se de problemas crônicos de saúde pública no Brasil, devidos, em grande parte, a uma lógica que especialistas definem como imediatista e "hospitalocêntrica". A ela deve substituir-se um sistema que priorize a atenção primária, o diagnóstico precoce e o trabalho de prevenção. Uma solução recomendada pela ONU desde 1978 (Declaração de Alma-Ata, da OMS, 1978) e já delineada na Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 1990 (Brasil, 1990), que propunha uma rede de saúde descentralizada e hierarquizada, cujo polo coordenador deveria ser as Unidades Básicas de Saúde. Isso porque, afirma o documento da OMS,

---

<sup>9</sup>Conquistas e Desafios. Disponível em: [pensesus.fiocruz.br/conquistas-e-desafios](https://pensesus.fiocruz.br/conquistas-e-desafios). Acesso em: 06 jun. 2023.

80% dos problemas de saúde da população poderiam ser resolvidos por meio de uma atenção básica de qualidade.<sup>10</sup>

À luz dessa lógica, o sistema único de saúde brasileiro sempre esteve, sob forte pressão, mediado por disputadas de classes. A Seguridade Social em especial no Brasil é um campo de tensões e disputas entre capital e trabalho, se configurando sob a regra perversa, na qual só tem acesso, quem tem condições de contribuir, só tem condições de contribuir quem tem acesso e condições ao trabalho. Efeito desse aprofundamento são as privatizações; desregulamentação do trabalho em saúde, bem como o acirramento da precarização do trabalho. Exemplo prático é a incorporação de prestação de serviço de qualquer pessoa jurídica no sistema público de saúde, sendo permitido o uso de recibo de pagamento autônomo, para trabalhadores e trabalhadores da saúde, como é o caso de agentes de saúde em algumas localidades do país (FERREIRA, 2022, p. 6).

[...] o SUS vem vivendo imensos boicotes, deste citamos apenas três: o desfinanciamento público (a exemplo da Emenda Constitucional (EC) no 95/2016, que congelou por 20 anos o investimento da saúde e na educação); a sistemática alteração do seu modelo de gestão para perspectivas privatizantes - Plano de Atendimento a Saúde (PAC), em São Paulo, e 'cooperativa', no Rio de Janeiro, nos anos 1990 -, Organizações Sociais (OSs) desde o governo federal do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde a década passada; e o avanço do setor privado criando uma ideologia da impossibilidade da assistência pública à saúde de qualidade, expulsando amplos segmentos que, iludidos com a compra do plano de saúde, julgam não ser fundamental a defesa do SUS (BRAVO *et al.*, 2015).

Sob outro olhar, Silva (2022) considera que, enquanto componente de tal cenário, percebe-se um subfinanciamento crônico em torno do SUS, mais que isso, os pesquisadores em saúde têm sinalizado a vigência de um desfinanciamento em torno da saúde pública do país, agravado, sobretudo, a partir da Emenda Constitucional no 95/2016 (EC 95). Se o desfinanciamento de políticas sociais é resultado do teto de gastos, é antes de tudo porque ele constitui uma nova forma de apresentação sensível; isto é, ele funda uma nova relação entre o visível e sua significação, entre a palavra que expressa o público (a austeridade e o limite de

---

<sup>10</sup>Ipea divulga estudo sobre a percepção da população em relação ao sus. Disponível em: [retsus.fiocruz.br/noticias/ipea-divulga-estudo-sobre-percepcao-da-populacao-em-relacao-ao-sus](https://retsus.fiocruz.br/noticias/ipea-divulga-estudo-sobre-percepcao-da-populacao-em-relacao-ao-sus). Acesso em: 06 jun. 2023.

gastos) e as políticas sociais como excesso a conter, incidindo sobre o financiamento de direitos. Anterior a este cenário, já havia um contexto de relações estreitas entre o Estado e o empresariado da saúde, além das novas entidades classificadas como “filantrópicas” ou “assistenciais” que constantemente são destino de investimento público, conforme aponta Bravo (2006), o que fora instituído através da Constituição Federal de 1988 tem sido perdido em virtude de um novo direcionamento da saúde que “fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise” (BRAVO, 2006, p. 14).

A partir do mencionado e trazendo para os anos do governo PT, durante o governo Dilma, o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado. Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo, a financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado. Com isso, O subfinanciamento persistiu como um problema. Tal situação foi agravada quando o Legislativo e o Executivo impediram a aprovação de recursos adicionais para o SUS, rejeitando a destinação de 10% do orçamento federal para a saúde. Diante disso, a sociedade civil, mediante movimento denominado Saúde+10, articulou uma ampla mobilização e obteve mais de 2,5 milhões de assinaturas para uma emenda popular que garantisse o mínimo de 10% da receita bruta da União para a saúde. No entanto, mesmo com todo o esforço, as bases do governo no Congresso inviabilizaram o projeto. (REIS, PAIM 2018, p. 106, 107)

Nas eleições de 2014, a saúde não foi considerada prioridade nos programas de governos dos candidatos à presidência<sup>36</sup>. No entanto, a palavra SUS apareceu mais na cena política, em comparação com a campanha de 2010, se bem que nenhum dos programas evidenciava estratégias para garantir a sua sustentabilidade, Cabe ressaltar que, na segunda metade do primeiro governo Dilma, ficaram evidentes diversos ataques ao SUS, sobretudo partindo do Congresso Nacional, entre eles: 1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP n 627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas

de planos de saúde<sup>45</sup>, entre outros. Apesar desses ataques contra o SUS, alguns com a conivência do Executivo, certas iniciativas propostas pelo governo poderiam ser ressaltadas: 1) Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional; 2) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; 3) Programa Mais Médicos; 4) Normas para a redução do número de cesarianas e incentivo ao parto normal 5) Programa Nacional de Segurança do Paciente; 6) Política Nacional de Atenção Hospitalar; 7) Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; 8) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; 9) Política de Educação Permanente em Saúde; 10) Redefinida a Política Nacional de Promoção da Saúde; 11) Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras.

Desse modo, ainda conforme Reis e Paim 2018, diante da instabilidade política, as ruas voltaram a ser o palco das manifestações a favor e contra a presidente Dilma. Nesse cenário, o Congresso Nacional assumiu grande protagonismo, com embates entre os representantes do Executivo e do Legislativo em meio a uma crise econômica e a uma crise política. A perda da base parlamentar da presidente gerou a abertura do pedido de impeachment, seguido da cassação do presidente da Câmara dos Deputados por quebra de decoro parlamentar. Já em 12 de maio de 2016, o pedido de afastamento da presidente Dilma foi aprovado pelo Senado Federal. A situação do Brasil, com o ajuste fiscal, penetração da ideologia liberal e dificuldade do governo em apresentar resposta adequada aos fatos, indicava uma mudança na correlação de força, trazendo impactos negativos para as políticas de saúde.

A partir desse contexto e sequencialmente em 2016, após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, desde o início do processo, é substituída por seu vice, de forma interina, Michel Temer (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB), que representa um violento aprofundamento do neoliberalismo no Brasil já aplicado pelos governos anteriores desde a década de 90. Dessa forma, o ano de 2016 é marcado por um acirramento ainda maior dos cortes de recursos e da retração de direitos, bem como pela precarização da vida como um todo (KOETZ, 2016, p. 32).

Logo, Soares e Silva (2022) consideram que a partir do que se convencionou chamar golpe de 2016, observa-se a explicitação de uma nova fase da contrarreforma implementada no governo Michel Temer, sobretudo na política de saúde, alicerçada em atender os interesses do mercado privado da saúde. Esse governo prioriza a entrada maciça do setor privado da saúde dentro da esfera pública por meio da

apropriação do fundo público da saúde, ao mesmo tempo que impôs um teto de gastos, com a aprovação da Emenda Constitucional que tende a precarizar ainda mais os serviços de saúde. A partir do golpe institucional de 2016, configura-se uma nova fase da contrarreforma do Estado no governo Michel Temer:

[...] temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão de Saúde [...] (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13).

O governo Temer, do ponto de vista de Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), repete a tática na saúde para o conjunto da sua gestão baseada no aprofundamento da contrarreforma. Segundo Teixeira (2018), com a chegada do governo ao poder passa a responder às demandas do capital com intensidade, e aprofunda-se a perspectiva da saúde como um objeto de lucro a ser explorado. Dessa forma, o presidente interino cria uma proposta que afirmava que o teto era necessário para controlar os gastos públicos, a EC 95/2016.

A EC 95/2016<sup>11</sup> (Ministério da Fazenda (BR), Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (BRASIL, 2016), de autoria do Poder Executivo, e promulgada pelo Congresso Nacional durante o governo Temer, parece impactar de forma contundente no desenvolvimento do SUS. Ela altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, limitando os gastos públicos - aí inseridos os gastos com saúde - por 20 anos. Dessa forma, o orçamento do MS, por duas décadas, passa a ser reajustado apenas pela apuração da inflação, medida pelo índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Esta emenda desconsidera as necessidades de saúde da população. A manutenção de um sistema

---

<sup>11</sup> Emenda Constitucional n.º 95 de 15 de dezembro de 2016, também conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, onde foi estabelecido um “teto” para as despesas primárias até 2036 com o objetivo de formar superávits primários para pagamento de juros e amortização da dívida pública (que correspondem as despesas financeiras não submetidas ao mesmo “teto”), mas também criada uma regra de cálculo de “congelamento” desse “teto” por 20 anos –manter o valor das despesas pagas em 2016 atualizadas anual pela respectiva variação do IPCA/IBGE. Na prática, a consequência final da aprovação dessa Emenda é a deterioração das condições de saúde da população, pois o desfinanciamento federal do SUS prejudica também o financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. FERREIRA, B. P.; GONDINHO, B. Consequências da EC95/2016 para o SUS frente ao envelhecimento populacional: revisão de literatura. **J Manag Prim Health Care**. 2021 . Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1070>. Acesso em: 23 jul. 2023.

que atende a mais de 213 milhões de pessoas, com o grau de financiamento atual, requer ampliação em termos reais do valor aplicado em suas ações, sobretudo no contexto de crescimento das demandas por saúde. Mantido o SUS em seus preceitos constitucionais, a regra de financiamento em saúde não pode ser guiada apenas pela perspectiva fiscalista, sobretudo se observado que a proposta é que a EC-95 tenha vigência pelo menos por dez anos. É preciso observar as necessidades de saúde, inclusive, no médio e no longo prazo, considerando-se que o país deverá estar preparado para atender às demandas crescentes da população, em meio a uma transição demográfica, nutricional e epidemiológica já em curso. Conforme demonstrado, a EC caminha no sentido oposto, determinando uma aplicação mínima de recursos que impede a expansão em termos reais das despesas, sendo possível, inclusive, a diminuição (em termos nominais e reais) dos gastos federais em saúde, o que teria consequências sobre o nível de cobertura e a qualidade da oferta dos serviços do SUS (MENEZES, 2021, p. 16).

Já em 2019, no mandato seguinte, o SUS continua a ser alvo de ataques e desmontes, dessa vez pela gestão de Jair Bolsonaro e seu governo neoliberal. O SUS não resistiu ao desmonte promovido por Bolsonaro. Não bastasse o Ministério da Saúde ter sido varrido durante a pandemia de Covid-19 por um furacão de negligência, incompetência criminosa e tentativas de compra superfaturada de vacinas, como comprovado pela CPI no Senado, houve um progressivo sucateamento do SUS, que hoje vive um tempo de escassez de financiamento, falta de pessoal, interrupção de programas e tratamentos e desabastecimento de insumos e medicamentos. Nessa questão especificamente, tantos ataques citados neste capítulo e problemas sofridos pela saúde pública no país, muitos brasileiros optam pelos serviços privados e planos de saúde. A contradição entre a proposta de universalidade do SUS e a atuação da rede privada é ponto de partida para articulações e movimentos contra a tendência de privatização do setor da saúde. Além disso, as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, o difícil ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos de saúde privados e a precariedade que vem caracterizando o crescimento desordenado da oferta privada estão na agenda das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup>Público x Privado. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/publico-x-privado>. Acesso em: 21 jul. 2023.



Diante do exposto, é crucial para a pesquisa trazer alguns elementos sobre as condições da saúde brasileira no que se refere à relação entre o público (SUS) e o privado. A partir dos próximos gráficos a seguir, serão detalhados a trajetória e a evolução dos hospitais públicos e privados entre os anos 2010-2022 fornecidos pelo Conselho Nacional de Saúde. É possível verificar, por meio deles, algumas diferenças notáveis no quantitativo de instituições privadas no país e por cada região brasileira em comparação aos hospitais públicos.

Gráfico 1 – Trajetória Histórica dos Hospitais Privados – 2010-2022



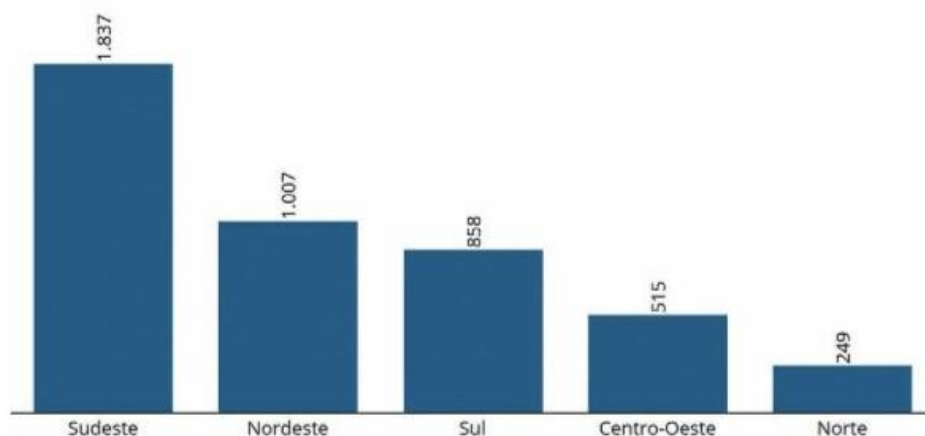
Fonte: CNSaúde (2022).

Gráfico 2 – Hospitais Privados versus Hospitais Públicos 2010-2022



Fonte: CNSaúde (2022).

Gráfico 3 – Distribuição de hospitais privados por região – 2022



Fonte: CNSaúde (2022).

Em síntese, a partir dos gráficos acima, foi possível compreender e verificar o tamanho do setor de saúde privada no Brasil e sua força. Nessa questão, o setor privado tem requerido cada vez mais o fundo público em seu favor, para a reprodução do capital. Conforme Mendes (2015), a atual fase do capitalismo contemporâneo tem demonstrado uma dominação da esfera financeira; os interesses do capital portador de juros tende a se intensificar na busca pelos recursos do fundo público brasileiro. “Nessas circunstâncias, em geral, o capital portador de juros, por meio de suas formas assumidas, utiliza o fundo público sob a apropriação de parte da receita pública, remunerando os títulos públicos emitidos pelo governo federal e negociados no sistema financeiro brasileiro” (MENDES, 2015, p. 84).

Nesse viés, pode-se afirmar que o fundo público é tudo aquilo que é obtido pelo Estado sob a forma de tributos, oriundos da acumulação do capital e da reprodução da força de trabalho. Neste sentido, o fundo público aparece, antagonicamente, como pressuposto da acumulação privada e como instrumento de manutenção e expansão da lógica do sistema capitalista. Esta relação, segundo Oliveira (1998), é constitutiva do capitalismo moderno, fazendo parte das relações de produção e consistindo em recursos públicos que podem ser utilizados para financiar tanto a acumulação do capital quanto a reprodução da força do trabalho, com investimentos sociais em bens e serviços de consumo coletivo. Nesse processo, as empresas privadas de saúde têm disputado o espaço público, seja através da ampliação no livre mercado com o fortalecimento dos planos privados de saúde, seja dentro do próprio SUS, por meio da complementaridade invertida e do repasse da gestão para o setor denominado

público não estatal, em que se destaca a implementação de modelos privatizantes de gestão para a execução das políticas sociais. (SANTOS, 2018 p. 213)

Percebe-se assim, que cada vez mais brasileiros estão optando por pagar esses serviços e também os planos de saúde a utilizar os serviços gratuitos oferecidos pelo SUS. Isso se deve a uma série de fatores internos, mas em tese constata-se que grande parte da população não enxerga o SUS como um sistema eficiente, e procuram outros meios. Desse modo, é nítido a importância de um sistema de saúde eficiente e de qualidade, o qual era objetivado desde o início da reforma sanitária. Mesmo com tantos desafios, pode-se afirmar que o SUS é de fato um sistema que atende aos seus usuários e é capaz de proporcionar aos mesmos, garantia de saúde e estado de bem-estar.

Desde o início, a instituição do SUS permitiu incluir, de forma rápida e extensiva, milhões de brasileiros como cidadãos com direitos no campo da saúde. O SUS, mesmo com muitas limitações para cumprir seus princípios constitucionais de universalidade e integralidade, garantiu avanços no acesso à saúde pública, com ampliação significativa da cobertura da atenção básica (76% da população) e adoção da estratégia de Saúde da Família, implantação de programas como o Samu, cobrindo mais de 90% da população brasileira, ampliação da rede de urgência e emergência, com implantação de Unidades de Pronto Atendimento, dos serviços de transplantes, entre outros. Toda a população brasileira é beneficiária do SUS e favorecida pelos seus avanços, também nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental e pelo acesso às vacinas do PNI, que incorpora as vacinas preconizadas pela OMS. É inquestionável as melhorias nos indicadores de saúde, como mortalidade infantil e a expectativa de vida ao nascer que vem acompanhando a trajetória de implantação do SUS (ÓCKE-REIS *et al.*, 2016). E foi nesse cenário, mesmo com tantos desafios e falta de atenção e recursos necessários, que a crise sanitária causada pela pandemia da Covid-19 em 2020, serviu para mostrar que o SUS é, sim, capaz de atender a todos os seus usuários de forma eficiente. A respeito da pandemia, esta será abordada no próximo capítulo.

## 2 SAÚDE, PANDEMIA E SUS

Neste momento do estudo, será conceituado neste segundo capítulo, sobre a situação atual do Sistema único de saúde- SUS e sua atuação durante a pandemia da Covid-19, bem como os principais desafios do pós pandemia na sociedade brasileira. Como objeto principal do trabalho, foram utilizados, entre outras pesquisas, artigos publicados pela XVII edição do ENPESS- Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social nas modalidades de mesa temática, apresentação oral e pôsteres em 2022. O ENPESS é o principal encontro acadêmico-científico da área de Serviço Social, de reconhecida relevância nacional e internacional. O evento congrega assistentes sociais, docentes ou não, pesquisadoras/es, estudantes de graduação e pós-graduação da área e de áreas afins, visando o fortalecimento da pesquisa, da produção de conhecimento, do trabalho profissional e da organização política da categoria profissional (CRESS-RJ 2022).

Assim, a seguinte discussão encontra-se dividida nos seguintes eixos: o primeiro eixo 2.1, aborda sobre saúde e pandemia do Coronavírus, iniciada em 2020 e seus desdobramentos enquanto emergência sanitária. Este eixo trará levantamentos e dados a respeito da letalidade do vírus e também os números significativos de casos confirmados e óbitos no país, bem como gráficos explicativos e informações sobre vacinas.

Logo após, no eixo seguinte 2.1.1, será pesquisado sobre os impactos de tal pandemia para o SUS e a importância da saúde pública, e especificamente no Brasil, os agravos mais significativos nos principais setores da sociedade, além de mostrar as consequências da covid-19 para a população brasileira e quais foram os mais atingidos. Será estudado também no próximo eixo 2.1.2, sobre as estratégias do governo federal no enfrentamento da pandemia e disseminação do vírus e por fim como foi a gestão do ex-presidente Jair Bolsonaro e seu posicionamento frente às demandas impostas ao governo. Adiante, no último eixo 2.2 e para finalizar a pesquisa, será contextualizado a respeito do Serviço Social nas políticas de saúde pública, considerando a atuação dos profissionais, desafios, desmembramentos, questão social e população usuária. Será pautado também neste eixo sobre o trabalho dos Assistentes sociais frente à pandemia e o agravamento dessas expressões da questão social devido à alta demanda. Por fim serão apresentadas as considerações finais deste trabalho.

## 2.1 PANDEMIA MUNDIAL DA COVID-19

Para iniciar, este primeiro tópico irá abordar sobre a atualidade que gerou grande impacto na saúde pública e atingiu milhares de pessoas no Brasil e no mundo e causou incontáveis mortes, a pandemia da Covid-19. No Brasil, a doença foi inicialmente notificada em fevereiro de 2020. A primeira morte aconteceu em 17 de março. Desde então, a doença se espalhou rapidamente, resultando, menos de dois meses depois, em mais de nove mil óbitos registrados (SILVA, 2021, p. 21).

O Ministério da Saúde confirmou em 26 de fevereiro de 2020 o primeiro caso. Conforme indicam Pinheiro, Silva e Silva júnior (2022), em 30 de janeiro de 2020, foi deflagrada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (EPSII) alertando para o alto risco de transmissão do novo coronavírus. A letalidade ainda era investigada, contudo, as autoridades sanitárias já enfatizavam a importância e urgência das medidas sanitárias para a proteção da população. Ainda segundo os autores, em 04 de março de 2020, com a confirmação dos primeiros dos casos no país, o governo brasileiro reconheceu e decretou oficialmente a emergência sanitária, adotando medidas contra a doença, através da portaria 356 e da lei nº 13.979 de 2020. As legislações exigiam isolamento social para pessoas sintomáticas, além de exames clínicos, testes laboratoriais, tratamentos médicos específicos, entre outros.

Apenas em 11 de março de 2020, a OMS reconheceu a pandemia do novo coronavírus e assim determinou os países adotar medidas de saúde para prevenir a doença e a transmissão. Neste contexto, enquanto grande parte das autoridades mundiais tratavam a pandemia com seriedade e precaução, a partir de evidências científicas, no Brasil o cenário conduzido pelo então presidente Jair Bolsonaro (2019-2023) era outro. As orientações para a população visam reforçar as medidas de prevenção, que incluem, lavagem das mãos com água e sabão ou sua higienização com álcool em gel, a “etiqueta respiratória”; o distanciamento social; o não compartilhamento de objetos de uso pessoal e o hábito de manter ambientes ventilados. A partir de abril de 2020, o Ministério da Saúde (MS) passou a orientar o uso de máscaras de tecido, objetivando barreira à propagação do SARS-CoV-2. As medidas de isolamento social, avaliadas constantemente, foram se modificando ao longo da pandemia de acordo com o local, número de infectados e condições do sistema de saúde. A fim de abrandar os impactos da pandemia, pesquisadores no

mundo todo empreenderam esforços para a produção de vacinas contra a COVID 19. No Brasil, foi lançado o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID 19 com a finalidade de organizar os fluxos para a vacinação em massa. Até fevereiro de 2021, a Anvisa aprovou para uso emergencial duas vacinas, a Fiocruz/AstraZeneca, produzida pela Fiocruz<sup>13</sup> e CoronaVac produzida pelo Instituto Butantan/ Sinovac (PINHEIRO, 2021, p. 16).

Após este período, o país entrou em alerta, pois o vírus se proliferava e contaminava com grande facilidade. Pessoas com problemas respiratórios e doenças crônicas foram as mais atingidas, além dos idosos. Em consequência, os casos no Brasil aumentavam exponencialmente a cada dia e tanta demanda provocada pelo vírus causou problemas no sistema de saúde, o qual teria que atender a todos. Os números já diziam por si próprio, a situação estava alarmante e fora do controle do governo federal e entidades de saúde.

Desse modo, como material complementar ao tema, a seguir serão apresentados alguns gráficos quantitativos e tabelas, criados e atualizados pelo CONASS (Conselho nacional de secretários de saúde), informando sobre os indicativos de casos confirmado e óbitos no Brasil, desde o início em 2020 até 2023.

Tabela 1 – Casos e óbitos confirmados

<b>Ano</b>	<b>Casos</b>	<b>Óbitos</b>
2020	7.716.405	195.725
2021	14.573.707	423.339
2022	14.041.169	74.779
2023	1.308.043	9.546
Total	37.639.324	703.399

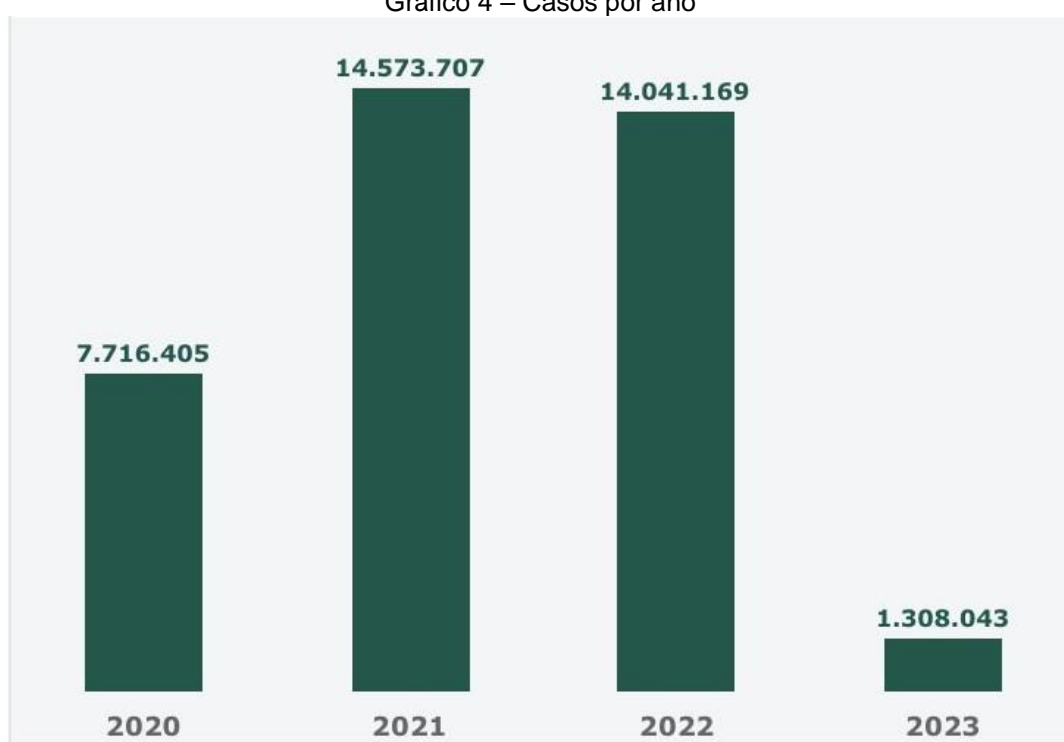
Fonte: CONASS (2023).

A primeira tabela mostra os casos e óbitos confirmados desde o início da pandemia em 2020 até os dias atuais, pode-se perceber a partir dela que 2021 foi o ano com números mais indicativos e 2023, após grande avanço da vacinação, está

<sup>13</sup>Um levantamento da Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca a Fiocruz entre os 15 principais produtores mundiais de vacinas. A Fiocruz, por meio do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), aparece no relatório entre os 15 maiores produtores de imunizantes. O portfólio de vacinas da Fundação é composto por 12 produtos, incluindo os imunizantes contra a Covid-19, febre amarela, poliomielite, e a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). Em média, 120 milhões de doses são entregues anualmente ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, número que aumentou muito nos últimos anos com a vacina contra o coronavírus. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-e-um-dos-15-principais-produtores-mundiais-de-vacina-para-oms>. Acesso em: 25 jul. 2023.

sendo até o presente, o momento pandêmico com menor percentual de casos e óbitos. O acompanhamento dos indicadores da Covid-19, feito a partir de semanas epidemiológicas, revela que o pior cenário no país foi observado na semana de 4 a 10 de abril de 2021. Na ocasião, foram registrados 21.141 óbitos semanais e o país contabilizava mais de 351 mil vítimas, de acordo com os dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O dia com o maior número de mortes foi 8 de abril daquele ano, com um total de 4,2 mil vidas perdidas para a infecção pelo coronavírus.<sup>14</sup>

Gráfico 4 – Casos por ano



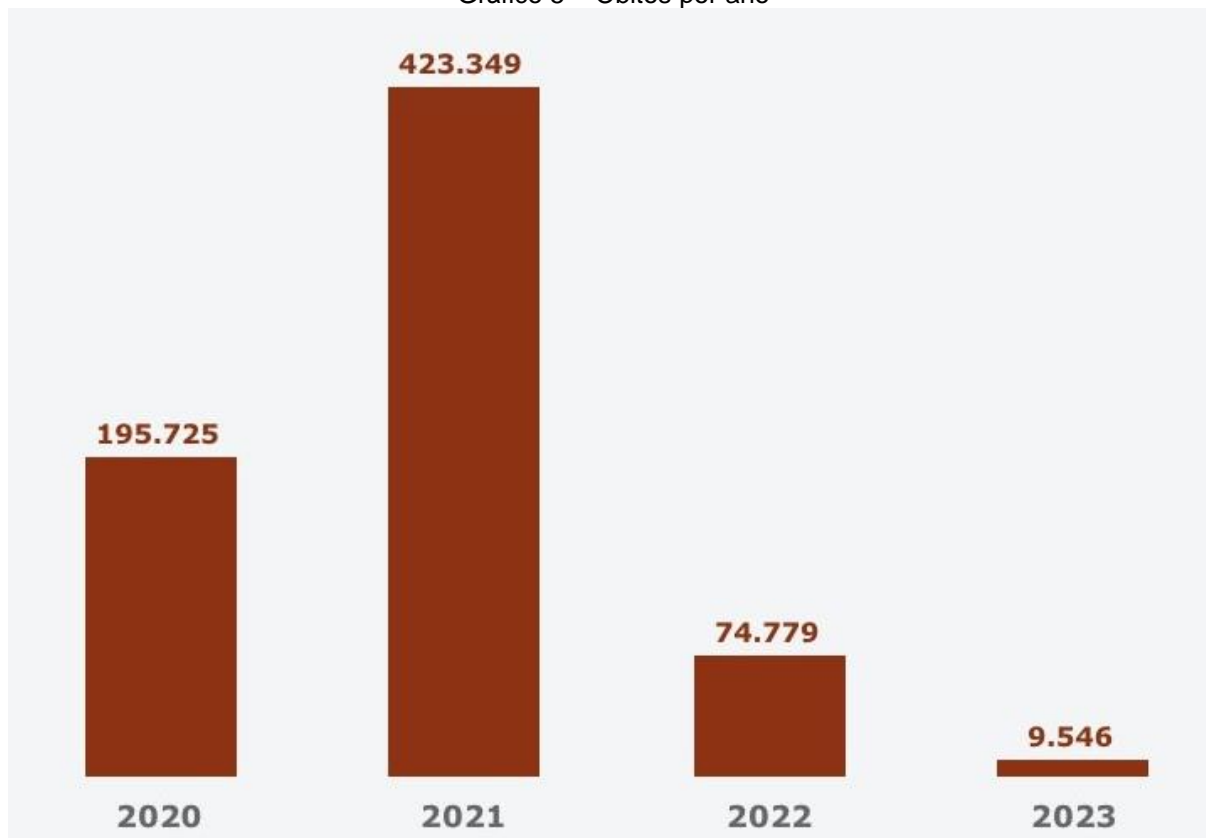
Fonte: CONASS (2023).

Prosseguindo, no primeiro gráfico fornecido também pelo CONASS, é possível identificar essa relação de casos por ano desde o início da pandemia e sequencialmente os números de casos informados por semana epidemiológica. Considera-se de suma importância identificar nos gráficos as notáveis diferenças de um período a outro, pois este estudo é relevante para afirmar a eficácia das vacinas

<sup>14</sup>Com redução no ritmo, Brasil ultrapassa marca de 700 mil mortes por Covid-19. CNN Brasil. 28 de Março de 2023. São Paulo disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/com-reducao-no-ritmo-brasil-ultrapassa-marca-de-700-mil-mortes-por-covid-19/amp/>. Acesso em: 20 jun. 2023.

contra a covid-19, tendo em vista que após início da vacinação, o número de casos diminuiu significativa e conseqüentemente o número de óbitos.

Gráfico 5 – Óbitos por ano



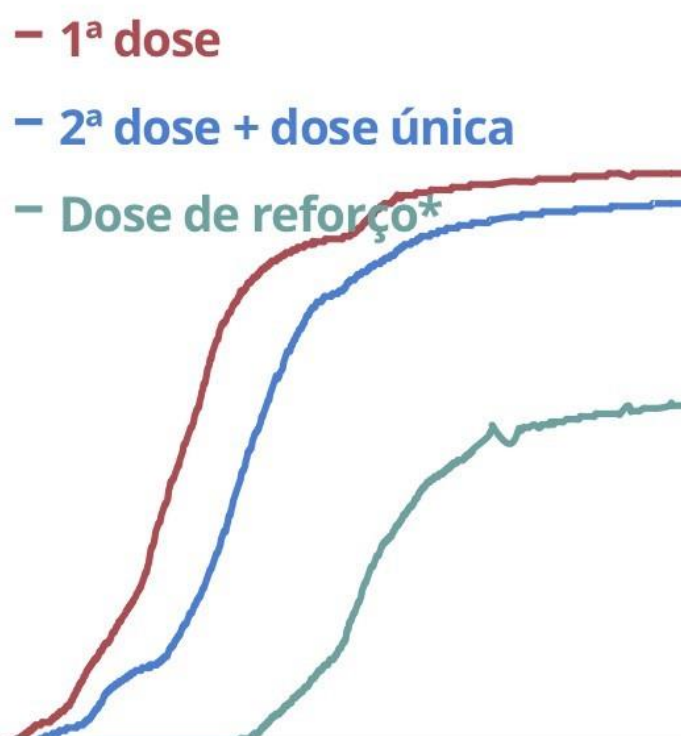
Fonte: CONASS (2023).

O fator determinante para a diminuição notável de óbitos nos anos citados foi a vacinação. Foi um período de redução do número de casos, casos graves e mortalidade. Nesse período, ao mesmo tempo, em que a variante Delta crescia e se tornava predominante, pôde-se verificar a efetividade da vacinação na redução da transmissão e, especialmente, da gravidade dos casos de Covid-19, resultando na queda das taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos. A queda da taxa de positividade de testes também apontou a menor transmissão do vírus Sars-CoV-2, como efeito da vacinação. Esta vacinação, como defendem os pesquisadores, é a estratégia mais poderosa que existe na luta contra a pandemia. E os ganhos que o Brasil tem alcançado com a ampliação e aceleração da vacinação vêm permitindo que várias atividades sejam retomadas. No entanto, como a vacinação não bloqueia completamente a transmissão da doença, persiste a necessidade de vigilância e alerta permanente, considerando os cenários que envolvem a circulação de variantes de



preocupação, que podem ser mais transmissíveis ou de maior letalidade, além da possível perda de imunidade com o tempo decorrido das primeiras doses, o que exige o reforço, principalmente em idosos e portadores de doenças crônicas. Portanto, é forçoso alertar que ainda não se chegou ao momento de abandonar todos os protocolos sanitários com os quais a população passou a conviver desde o início da pandemia.<sup>15</sup> No gráfico a seguir é mostrado o avanço da vacinação já neste ano em 2023.

Gráfico 6 – Vacinas aplicadas (2023).



Fonte: G1.

A partir destes dados, foi possível identificar que os colaterais da Covid-19 na população brasileira foram destruidores. Entre outros fatores, os efeitos da pandemia perpassam a situação da saúde-doença e abrangem também variadas questões, essas como, o vírus e seus impactos para o SUS e as consequências mais visíveis geradas pela pandemia no cotidiano das pessoas. No momento anterior ao avanço da vacinação, pode-se dizer que essa população foi afetada em grandes proporções não somente na saúde, mas também em diferentes áreas da vida e sociedade.

<sup>15</sup>Números comprovam os efeitos amplamente positivos da vacinação. Fiocruz. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/numeros-comprovam-os-efeitos-amplamente-positivos-da-vacinacao>. Acesso em 25 de Julho de 2023. Mapa da vacinação contra Covid-19 no Brasil. Disponível em: <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>. Acesso em: 25 jul. 2023.

### **2.1.1 Os impactos da pandemia da covid-19 para a população brasileira**

Diante desse cenário, como citado no capítulo anterior, a pandemia foi responsável por vários acontecimentos e tragédias desde o início em 2020. Na área da saúde em questão os impactos estão relacionados à alta demanda de usuários dos serviços da rede pública, dentre eles, pacientes infectados, com suspeitas, e também os que estavam internados. A falta de estrutura em hospitais e redes de saúde foram um dos grandes agravantes desse acesso aos serviços, tendo em vista que o SUS, em sua totalidade, não estava preparado, assim como toda sociedade, para receber tal demanda.

Em consonância, Behring e Boschetti (2021, p. 76) argumentam que, a pandemia, inquestionavelmente, revelou ao país e ao mundo o que o país insistia em ocultar: o desmonte da seguridade social e dos direitos trabalhistas pelos sucessivos ajustes fiscais deixaram o Brasil imensamente vulnerável diante da devastação do acelerado processo de contágio. Por um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente universal e descentralizado, mas que já agonizava com falta de recursos. Os mais atingidos pela pandemia foram a parcela mais pobre da classe trabalhadora, moradora das favelas e periferias sem condições adequadas de saneamento e meios de prevenção, com dificuldades de acesso ao SUS saturado, sendo a maioria de pessoas negras.

Na sociedade, com o advir da pandemia da COVID-19, um processo contraditório e adverso político, econômico e social assolava o Brasil. Ocorre um agravamento nos números de casos confirmados e de óbitos, uma vez que as condições socioeconômicas e habitacionais dificultam a maioria da população a adotarem as medidas de distanciamento e isolamento social e, igualmente, o Estado com limites e resistências em prover as condições adequadas para viabilizar essas medidas. A disseminação da COVID-19 ocorre no Brasil, num processo de desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo enormes desafios aos governos estaduais no enfrentamento da pandemia. O governo federal estimula diariamente medidas contrárias da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS), no que diz respeito às medidas de distanciamento e isolamento social (SILVA; GOMES; TOLENTINO. 2022, p. 2).

Como analisado, as consequências da pandemia por Covid-19 no Brasil é objeto de debate no meio acadêmico e social. É consenso que os riscos sociais e

vulnerabilidades aumentaram de maneira contundente, muitas famílias perderam entes queridos e foram afetadas pelas medidas de distanciamento e isolamento social necessário para o controle da pandemia. Essas medidas implicaram em fragilização de vínculos familiares e comunitários e aumento dos índices de violação de direitos. A crise econômica encerrou muitos pequenos empreendimentos, levando milhões de cidadãos brasileiros ao desemprego (SILVA, 2022, p. 10).

A partir da questão, com o advento da pandemia houve a emergência de novos desafios, mas também o incremento daqueles outros que aparentemente considerados “normais” para a sociedade, desta forma fazendo com que a população vivenciasse diversas crises, entre elas destacamos a saúde pública, especialmente em nosso país. No tocante à saúde ficou evidente as dificuldades encontradas, sejam pela superlotação nos equipamentos, insuficiência de equipamentos de segurança e insumos básicos para o atendimento (LEITE; JERONYMO; GUIMARÃES, 2022, p. 17).

De maneira mais grave do que em outros países, a pandemia encontrou aqui classes dominantes, seus prepostos e governantes que competem sobre qual deles imporá condições mais drásticas e precárias para as grandes massas. A pandemia tristemente escancara os resultados de décadas de políticas voltadas para a expansão do capital, sob todas as facetas. [...] Uma intensa e contínua reconfiguração do Estado, liderada por governantes das mais diversas origens políticas, deslocou os recursos públicos estabelecidos pela Constituição, entregando-os ao arbítrio e à gestão empresariais. A começar pela seguridade social, em cujo bojo figura a saúde pública (FONTES, 2020, p. 11).

Outro fator é que, o Brasil foi um dos países mais severamente impactados pela emergência de COVID-19 – cuja rápida e deletéria evolução foi agravada pela ausência de uma coordenação nacional técnica e politicamente comprometida com a população geral por encontrar a população em situação de extrema vulnerabilidade social, sob os efeitos da expressiva redução dos investimentos públicos em políticas sociais e no SUS. Esses fatores, associados às altas taxas de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e obesidade no país, contribuíram sindeamicamente para promover a ampla disseminação do SARS-CoV-2. As populações vulnerabilizadas da periferia dos grandes centros e dos municípios de menor renda sofreram desproporcionalmente os impactos da COVID-19. A inépcia e a incúria do Governo Federal no combate à pandemia podem ter sido responsáveis

pelo maior volume de mortes evitáveis da história republicana brasileira (MATTA *et al.*, 2021).

A pandemia de Covid-19 vem produzindo repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias. A estimativa de infectados e mortos concorre diretamente com o impacto sobre os sistemas de saúde, com a exposição de populações e grupos vulneráveis, a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental das pessoas em tempos de confinamento e temor pelo risco de adoecimento e morte, acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, transporte, entre outros. Além disso, a necessidade de ações para contenção da mobilidade social como isolamento e quarentena, bem como a velocidade e urgência de testagem de medicamentos e vacinas evidenciam implicações éticas e de direitos humanos que merecem análise crítica e prudência (FIOCRUZ, 2021.).<sup>16</sup>

Outrora, conforme dossiê apresentado pela ABRASCO (2022) O Brasil está entre os piores países do mundo no enfrentamento da COVID-19. O Governo Federal cometeu, pelo menos, sete erros graves, que ajudam a compreender esse fracasso:

- a) baixa testagem, isolamento de casos e quarentena de contatos;
- b) uso de uma abordagem clínica, e não populacional, para enfrentar a pandemia;
- c) desestímulo ao uso de máscaras;
- d) promoção de tratamentos ineficazes;
- e) atraso na compra de vacinas e desestímulo à vacinação;
- f) falta de liderança do Ministério da Saúde e inexistência de um comitê de especialistas;
- g) falta de uma política de comunicação unificada.

Diante dessas práticas erráticas, é natural que se questione se o resultado desastroso relativo ao número casos graves e de óbitos era evitável. Ao se comparar as mortes por COVID-19 ocorridas no Brasil com as de outros países, é possível estimar o excedente de óbitos relativos à má conduta do Governo Federal no enfrentamento da doença.

Mais ainda, é entendido que, sem dúvidas, ter uma gestão mais eficiente é importante e urgente, porém, não é suficiente para a melhoria da saúde da população.

---

<sup>16</sup>Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia. Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em 16 de Junho de 2023.

Se o objetivo superior é incrementar o valor público do SUS, então é preciso, em primeiro lugar, oferecer a todas as pessoas uma atenção à saúde integral, cujas práticas estão baseadas na ciência, garantindo segurança para pacientes e profissionais de saúde. Para isso, é fundamental concentrar o uso dos recursos onde é necessário, evitando desperdícios causados pelo excesso de utilização dos serviços (ou pela inércia destes) e minimizando as práticas desnecessárias, especialmente as potencialmente iatrogênicas. Obter mais valor público requer inovar as práticas clínicas e os modelos de atenção, priorizando as necessidades das pessoas, das comunidades e dos territórios, não apenas aumentando a produtividade dos serviços de assistência à saúde (CONASS, 2022).

O respeito aos princípios constitucionais do SUS, do direito de todas as pessoas a uma atenção de saúde universal, integral e igualitária, representa um valor intangível, superior, que não deve nunca ser sacrificado. A busca por mais eficiência não pode, em nenhuma circunstância, restringir o acesso e o escopo dos serviços, ou afetar a segurança dos usuários e dos trabalhadores da saúde. É difícil acreditar que os ganhos que se deseja alcançar com 'mais eficiência' consigam compensar o déficit de recursos que o SUS acumulou ao longo de três décadas de existência. Também, incrementar seu financiamento é mandatório, especialmente agora, quando o país precisa de estratégias estruturantes para amenizar os efeitos da crise. Cortes no orçamento da saúde pública e outras medidas de austeridade fiscal terão unicamente o efeito de aumentar as desigualdades e causar mais mortes e sofrimentos às pessoas mais vulneráveis, atrasando o desenvolvimento social do Brasil.<sup>17</sup>

### 2.1.2 Pandemia no Governo Bolsonaro

Frente a tal problemática, neste eixo, será feito um estudo baseado nas implicações causadas pela pandemia da Covid-19 no Brasil a partir da gestão do até então presidente da república Jair Bolsonaro e quais as respostas do governo federal para a grave crise sanitária que o país estava vivendo com o rápido contágio pelo vírus e crescentes números de casos e óbitos. Primordialmente é importante trazer

---

<sup>17</sup> OCKÉ-REIS, O. *et al.* (org.). **SUS**: avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília: Ipea, CONASS, OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/sus-avaliacao-da-eficiencia-do-gasto-publico-em-saude/>. Acesso em: 26 jun. 2023.

um pouco sobre a figura política e representativa do ex-presidente e sua administração no período anterior e no pós pandemia.

O cenário de radicalização da política brasileira permitiu que Jair Bolsonaro fosse lançado ao debate político para o cargo de presidente da República. Para viabilizar sua candidatura, ele se filiou ao Partido Social Liberal (PSL) e escolheu Hamilton Mourão como seu candidato à vice-presidência, a candidatura se deu na eleição presidencial de 2018, com base em uma plataforma liberal, Bolsonaro defendeu propostas como privatização da Petrobras, fusão de ministérios, criação de escolas cívico-militares, acesso facilitado da população às armas, fim das demarcações de terras indígenas e quilombolas, entre outras. Seu governo assumiu valores conservadores e liberais. O governo Bolsonaro também ficou marcado pelos impactos da pandemia de covid-19. A doença chegou e se espalhou no país no começo de 2020, causando milhares de mortes ao longo dos anos de 2020 e 2021. Ficou marcado também pela negligência e lentidão nas ações para conter o avanço da doença. O presidente deu declarações polêmicas minimizando os efeitos da doença, debochando de cidadãos que adoeciam e faleciam e questionou a eficácia da vacina produzida para combater a covid-19. Até o dia 23 de dezembro de 2022, nos últimos dias do governo Bolsonaro, o total de mortes por covid-19 era de 692.854 brasileiros.<sup>18</sup>

Desde o início do mandato de Jair Bolsonaro, duas vertentes de ação política compuseram o projeto do governo: a vertente do bolsonarismo, movimento ideológico baseado na perspectiva antissistema, na truculência de corte fascista e na permanente oposição à ciência, e a vertente de corte neoliberal e fiscalista, que se apoia predominantemente em temas socioeconômicos – cuja expressão mais formalizada se deu ainda em 2016, no documento que consubstanciou as motivações para o impeachment de Dilma Rousseff e inspirou o projeto Ponte para o Futuro, do governo de Michel Temer. Outra característica do projeto Bolsonaro diz respeito ao sequestro de dados e informações. Mais do que uma consequência colateral e passiva da incompetência e do desmonte institucional, parece ser um projeto, parte integrante do exercício do poder. No terreno da política de Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI), corrobora essa hipótese uma consulta à página de indicadores nacionais do MCTI relativos a 2020, que é a última disponível (ABRASCO 2022).

---

<sup>18</sup>SILVA, Daniel Neves. "Jair Bolsonaro"; **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biografia/jair-bolsonaro.htm>. Acesso em: 24 jun. 2023.

Em suma, em meio ao risco à vida tão presente sob o mundo, a conduta manifestada pela atual gestão do governo desferiu ataques e incertezas referentes ao destino do Sistema Único de Saúde. Em menos de um mês, a alteração dos dirigentes do Ministério da Saúde expõe a sua falta de compromisso com a ciência, bem como o respeito para com a sociedade e demonstrando, além disso, traços alarmantes de autoritarismo, nacionalismo exacerbado, imposição religiosa, e descaso com tudo o que vem do social. Traços esses já bem familiares nos modos de governos fascistas como o de Benito Mussolini, na Itália. Nesse sentido, evidencia a expressão da questão social, em sua forma ostensiva, cruel, antiética, assim como, na sua antidemocrática tentativa de inculcar suas opiniões como certezas absolutas acima do que dizem os profissionais da saúde. As opiniões se divergem, e muitos profissionais alertam sobre os perigos da automedicação e da utilização em massa de um medicamento que pode reagir de formas distintas em diferentes organismos. A busca de Jair Bolsonaro por centralidade do seu modo de pensamento nos componentes do seu governo, gera um verdadeiro rodízio de ministros, aprofundando a crise política já presente em um momento que não deveria haver outras preocupações se não, as milhares de vidas ceifadas pela pandemia instaurada (FERREIRA *et al.*, 2022, p. 13).

Assim, diante do contexto supracitado, percebe-se que o governo pela gestão de Bolsonaro passava por situações de risco à vida e integridade da população brasileira e após o início da pandemia, tal situação se agravou ainda mais. Em meio a tantas tragédias e caos que todos viviam, faltou ao governo atitudes e incentivos que deveriam ir além do pagamento do benefício emergencial. O problema da população na pandemia não era somente econômico, mas sim sanitário, cultural, educacional, social.

Na atual gestão presidencial de Jair Bolsonaro, os ataques à área da saúde continuam acentuadamente, fortalecendo este projeto do SUS completamente submetido ao mercado, conforme Bravo, Pelaez e Menezes (2020). Tal processo se torna mais nocivo em meio à pandemia de Covid-19, a qual torna ainda mais evidente a importância do SUS, ao passo que atribui maior visibilidade aos desafios e lacunas oriundas de sua incompleta materialização. De fato, 'Antes da chegada do vírus no Brasil, o contexto no país já era assolador para a maioria da população brasileira, com o aprofundamento e a aceleração da contrarreforma do Estado e suas particularidades nos governos Michel Temer e Jair Bolsonaro' (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021, p. 120).

Por conseguinte, constata-se que alguns problemas ocasionados pela pandemia no Brasil poderiam ser evitados se houvesse no país uma melhor gestão

governamental. Variados setores além da saúde, sofreram impactos significativos, e influenciam diretamente a vida da população. Na economia, no governo Bolsonaro, teve três fases distintas. Na primeira, que compreende o primeiro ano da gestão, o Brasil andou de lado, com crescimento econômico fraco, inflação sob controle e desemprego relativamente estável. O novo presidente tentava governar sem o apoio do Congresso, e não conseguiu definir e implementar prioridades da sua gestão. A segunda fase começa com a pandemia, no início de 2020. O país caiu em recessão, o desemprego subiu e muitos perderam sua fonte de renda, e o impacto na pobreza só não foi ainda maior por causa do auxílio emergencial.<sup>19</sup>

Logo, vislumbra-se assim que a pandemia da COVID 19 afetou a toda população brasileira, de forma desigual, porém a todos, este estudo pôde compartilhar e abordar sobre a grande importância de um sistema de saúde eficaz e de qualidade pautado na primazia em atender a todas as demandas. O SUS desde sua implementação se configura como um sistema extremamente necessário e mesmo com tantos desafios impostos a ele, se mostrou capaz, principalmente durante a crise sanitária causada pelo vírus, de responder às necessidades dos usuários.

mesmo com tantas adversidades e desafios, o SUS, este sistema implementado no Brasil, vem dando respostas positivas no combate a pandemia da Covid-19, e mesmo que ele seja duramente atacado pelas ideologias neoliberais, ele está garantindo a sobrevivência dos brasileiros que não possuem condições de acesso aos sistemas privados e também daqueles que possuem, visto que os sistemas privados entraram em colapso no ápice da pandemia e a alternativa da população está sendo, mais uma vez, o SUS (FERREIRA *et al.*, 2022, p. 5-6).

A partir do mencionado, ainda conforme os autores Ferreira *et al.*, (2022), é necessário que se pense na importância desse sistema e, no quanto ele está sendo essencial neste período de maior crise sanitária e política que o Brasil está enfrentando, quando muitos fazem de tudo para invalidar e desmontar o SUS, ele mostra juntamente com os seus profissionais que ele é sim uma das maiores e melhores políticas públicas já criadas até os dias atuais. Assim, nota-se a importância desse sistema na garantia de saúde pública, gratuita e de qualidade para todos, pois ainda que este possua grandes adversidades, principalmente devido aos constantes sucateamentos, falta de incentivo e desmontes das políticas públicas no Brasil, é ele

---

<sup>19</sup>Como o governo Bolsonaro se saiu na economia. Lupion Bruno. 2022. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/como-o-governo-bolsonaro-se-saiu-na-economia/a>. Acesso em: 26 jun. 2023.



que garante o amplo atendimento à população. Em consonância, percebeu-se também a necessidade de profissionais capacitados e prontos para atender tais demandas. O trabalho em conjunto foi essencial para a manutenção da ordem no sistema de saúde pública, principalmente durante a pandemia.

Neste viés, ressalta-se que a gestão governamental durante essa pandemia, foi um problema e considerado pela maioria como ineficiente, isso porque, vários fatores contribuíram para a insatisfação popular com as medidas que foram e as que deveriam ter sido tomadas. Essas medidas foram determinantes para o agravamento do quadro da pandemia no Brasil, visto que, muitas vidas foram perdidas gerando grande impacto. Ressalta-se que a vacinação tardia da população foi o motivo principal para a grande tragédia de mais de 700 mil óbitos confirmados. A figura política de Jair Bolsonaro, hoje ex-presidente da república, foi marcante no Brasil, uma vez que, seu comportamento e atitudes eram completamente opostos daquilo que se esperava de um líder republicano. A ideologia de estado neoliberal seguida por Bolsonaro e suas propostas foram aceitas por grande parte da população brasileira, que foram bombardeados por um sistema de governo que disseminava ideias e notícias falsas, falas preconceituosas e insensibilidade com a dor dos governados.

Analogamente, cabe ressaltar, que a Política de Saúde no Brasil tem sofrido muitos impactos devido aos sucessivos ataques e desmontes do SUS, impulsionados ainda mais no governo Bolsonaro. A forma como o governo administrou a crise sanitária no país, negando a ciência e omitindo informações, interferiu diretamente no controle da pandemia e na vida da população. As diversas trocas de Ministros da Saúde durante a pandemia, atestam para a instabilidade do governo federal na condução de ações efetivas de controle a pandemia, além de representar um enorme desrespeito desse governo para com a população brasileira. A ausência de uma política governamental que desse conta de garantir proteção durante o isolamento social requerido pela pandemia retrata a face mais cruel desse governo e o descompromisso com a sobrevivência de milhares de pessoas (CASTRO; FREITAS, 2022, p. 5).

A Covid-19 deixou rastros de destruição no país, afetou a economia, causando crise econômica e aumentando o número de desempregados, fechamento de comércios, queda no PIB, diminuição da PEA entre outros fatores; afetou a saúde sobrecarregando os hospitais e redes de saúde públicas e privadas; na educação levando ao fechamento de escolas, demora no aprendizado dos alunos, abandono

escolar, ensino remoto o qual nem todos tinham acesso e acentuação das desigualdades escolares, etc. Na sociedade, a pandemia aliada a uma gestão ineficiente por parte do governo ocasionou à população de baixa renda impactos sociais, políticos, econômicos e culturais, dentre eles, o aumento das desigualdades sociais e trabalho informal, perda de familiares e amigos, vulnerabilidade e pobreza.

A partir do que foi pesquisado até aqui, cabe retomar a defesa do SUS de acordo com o que foi apontado lá no início pelo Movimento da Reforma Sanitária, resgatando seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e acesso igualitário a todos os níveis de complexidade do sistema, defendendo uma saúde 100% pública, estatal e de qualidade, com equipes profissionais qualificadas e com condições de trabalho. Neste cenário de ataque aos direitos sociais com a ofensiva ultraneoliberal e ultraconservadora, as conquistas históricas da classe trabalhadora são subtraídas a todo momento, sendo fundamental que os mais variados setores da sociedade se juntem à defesa do SUS, para que este cumpra seu propósito como um sistema de saúde eficaz (SANTOS *et al.*, 2022, p. 3).

## 2.2 O SERVIÇO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O TRABALHO PROFISSIONAL NA PANDEMIA

Dando continuidade, é de grande relevância neste contexto, abordar sobre o papel desempenhado pelas assistentes sociais mediante os problemas da saúde pública no país, visto que saúde é um direito prescrito na constituição e também uma questão social. Para isso, neste último tópico do segundo capítulo, foram utilizados, entre outras referências, artigos publicados pela XVII edição do encontro Nacional de pesquisadores em Serviço Social – ENPESS, sendo assim apresentados: na abordagem sobre o trabalho profissional das Assistentes Sociais, foram encontrados nos anais da edição, 12 artigos relacionados à temática e a partir da busca pelos termos “Serviço Social, saúde e pandemia”. Contabilizados da seguinte forma, 10 na modalidade apresentação oral, 1 na modalidade de pôsteres e 1 na modalidade mesa temática, estes que foram fundamentais para a compreensão da discussão, no atual cenário brasileiro.

A partir da leitura dos artigos, foi possível extrair que, as assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais

como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc.

Pode-se dizer com isso, que o Serviço Social é socialmente necessário porque ele atua sobre questões que dizem respeito a sobrevivência social e material dos setores majoritários da população. Viabiliza o acesso não só a recursos materiais, mas as ações implementadas incidem sobre as condições de sobrevivência social da população (IAMAMOTO, 1998, p. 14). Dessa forma percebe-se que Assistentes sociais tem como instrumento de trabalho, as múltiplas expressões da questão social e o campo da saúde é uma dessas expressões.

Nesse sentido, com base em Costa (2009), a assistente social atua na perspectiva da garantia dos direitos, na viabilização de condições que fomentem a promoção da saúde e o acesso aos serviços de saúde, o que se torna matéria-prima do exercício profissional na saúde e implica no fortalecimento da saúde pública universal. A profissional se insere, objetivando sua atuação na mediação do que diz respeito ao processo de desvelamento das questões que permeiam a relação saúde/doença.

É importante salientar que a prática do/a assistente social, com base no Código de Ética Profissional, tem como objetivo fundamental o enfrentamento às expressões da questão social, no sentido de promover a emancipação dos sujeitos e a viabilização dos direitos da população de modo que este se reconheça enquanto sujeito de sua própria história. Analisamos então, os limites e as possibilidades colocados na prática do/a assistente social inserido nesse contexto, observando sua prática na operacionalização da política de saúde (CASTRO; ANDRADE, 2015, p. 113).

Somado a isso, constata-se que o exercício profissional da Assistente Social, enquanto práxis de segunda ordem, perpassa três dimensões: teórico-metodológicas, técnico-interventivas e ético- políticas. Lacerda (2017) aponta como fundamental articulação destas dimensões no sentido da competência profissional crítica, destaca a execução da dimensão técnico-interventiva, a mais concreta, por estar próxima do aparente e do cotidiano, entendida como síntese de múltiplas determinações, cujas escolhas precisam estar coerentemente conectadas com o dever-ser pré-estabelecido pela profissional para a mobilização das relações causais mais adequadas; a dimensão teórico- metodológica enquanto a formação profissional por permitir situar os conflitos e respostas profissionais cotidianas a dimensão da historicidade, viabilizando o encontro do sujeito com sua personalidade histórico-coletiva; e a ético-

política, que direciona valorativamente as escolhas, primando pelas alternativas que possam ampliar a materialidade de valores emancipatórios (SILVA; PEREIRA, 2022, p. 2).

Mais adiante, Paula (2022) argumenta que, a inserção de assistentes sociais na política de saúde é de longa data, a primeira inserção é datada na década de 1940, tendo em 1967 a regulamentação do Serviço Social na assistência médica previdenciária. Anteriormente à construção do SUS, as profissionais já realizavam um trabalho na política de saúde, em um caráter assistencial e auxiliar à prática médica. Nesse momento, a organização da saúde era a partir da medicina previdenciária, tal qual um modelo hospitalocêntrico e médico- assistencial privatista, no qual o médico era o detentor do saber e das práticas na área da saúde.

Ainda segundo a autora, o Serviço Social Brasileiro construiu um arcabouço teórico qualificado para a intervenção na realidade social, na linha da teoria social de Marx, primando pelo aprimoramento da categoria profissional e atento às dimensões estruturais e conjunturais da realidade brasileira (ABEPSS, 1996). A mudança nas formas de pensar a profissão se caracterizou em novas práticas e intervenções no trabalho coletivo em saúde, tendo as assistentes sociais, gradativamente, como imprescindíveis para a consecução do direito à saúde, como inscrito na constituição. Contudo, as intervenções não se dão aquém de tensionamentos políticos e institucionais, já que o trabalho em saúde ainda está centrado em uma perspectiva médico-hospitalocêntrica, que se ancora no saber médico, desconsiderando, ocasionalmente, a dimensão social da saúde.

Sequencialmente, Pinheiro e Santos (2022) consideram que com a implantação do SUS, o trabalho profissional da assistente social na saúde passou a dialogar com os princípios e as diretrizes da política de saúde, no que diz respeito à consolidação da democracia e ao acesso igualitário a todos os serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Vale frisar que, nesse período, as mudanças na direção social da profissão, decorrentes do Movimento de Reconceituação, já se faziam presentes no Código de Ética profissional de 1993 (dentre outros documentos que dão direcionamento ao projeto ético político), tendo fincado a defesa intransigente dos direitos humanos, da equidade e da justiça social, bem como a posição indubitável em prol dos interesses da classe trabalhadora. A atenção básica é o nível de complexidade do SUS que abrange a maior demanda de saúde da população e é vista como campo estratégico para consolidação dos princípios e diretrizes da política de

saúde. É a porta de entrada da rede pública de saúde e que se volta aos atendimentos e serviços mais simples e de menor custo, considerando ainda as estratégias de prevenção ao adoecimento.

É importante lembrar, também, que o perfil da assistente social que se necessita para atuar nas políticas sociais, como a saúde, deve rejeitar intervenções profissionais de caráter tracionais, funcionalistas ou pragmáticas, uma vez que são práticas conservadoras que tratam as manifestações da questão social como problemáticas pessoais de cada indivíduo devendo ser resolvidos isoladamente (CFESS, 2010).

Entende-se então, que o serviço social atua diretamente com os serviços e políticas de saúde. Desde sua implementação, O SUS se configura como um importante sistema de organização da saúde pública no Brasil, que estabelece que é direito do cidadão e dever do Estado promover assistência à saúde de maneira universal, integral e resolutiva. Assim, a política de saúde é considerada um dos campos de trabalho para os/as assistentes sociais de extrema relevância. De acordo com Almeida e Alencar (2011), a área da saúde é o espaço de atuação onde concentram o maior quantitativo de profissionais empregados atualmente, nos níveis de atenção básica, de média e de alta complexidade do SUS, como nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, Unidades de Saúde da Família – USF, policlínicas, hospitais e serviços de pronto atendimento (PINHEIRO; SANTOS, 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2020).

Em tese, constata-se que a importância do trabalho dos assistentes sociais na saúde é de fato reconhecido, contudo, o desafio se dá em como os profissionais lidam com os problemas diários enfrentados pelo SUS e tentam garantir acesso a esse serviço à população usuária. Dentro desse eixo, Lima e Souza (2022) apontam que, as ações socioassistenciais se constituem como as principais frentes de trabalho do Serviço Social. As intervenções nelas contidas estão associadas às condições de vida

e trabalho que impactam o processo de saúde-doença dos usuários. São questões relativas ao desemprego, ausência e/ou formas precárias de habitação, violência, pauperização, entre outros. As respostas da categoria profissional às demandas dos usuários devem transpor o caráter emergencial e burocrático, assegurando uma direção socioeducativa por meio da reflexão sobre as condições que estes sujeitos são submetidos e a mobilização dos mesmos na defesa da saúde (CFESS, 2010).

Destacam-se como principais ações socioassistenciais a democratização das informações por meio de orientações e encaminhamentos; a construção do perfil socioeconômico; a ênfase nos determinantes sociais de saúde presentes nas demandas sociais; a construção de estratégias que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços – garantia de direito da seguridade social; o conhecimento da realidade do usuário via visita domiciliar, quando dela houver necessidade; o conhecimento e mobilização da rede de serviços; o fortalecimento dos vínculos familiares, entre outros (CFESS, 2010).

Apesar das assistentes sociais realizarem frequentemente ações coletivas trazendo a perspectiva do trabalho interdisciplinar e intersetorial, enfrentam no cotidiano profissional situações difíceis, tais como o aumento do desemprego e precarização das relações de trabalho da população atendida, intensificando-se situações de violência e fome, entre outras expressões da desigualdade social agravadas no tempo presente pelo quadro de retrocesso da seguridade social (KILDUFF *et al.*, 2022).

Compreendendo a problemática, vale salientar que em plena pandemia mundial, as questões sociais se intensificaram e atingiram de forma mais acentuada a população. Dessa forma, como descrito no capítulo anterior, o trabalho do assistente social é indispensável na área da saúde pública, sabendo disso, este trabalho profissional aumentou proporcionalmente à demanda gerada pela pandemia. Como frisado, Oliveira e Costa (2022) consideram que a Pandemia da Covid-19 trouxe à tona expressões da crise do capital no contexto brasileiro, as desigualdades estruturantes da sociedade brasileira, acirrando as expressões da “questão social”, refletindo no trabalho dos/as Assistentes Sociais, precarizando ainda mais as condições de trabalho na qual encontram-se inseridos os profissionais do Serviço Social. Como bem aponta Behring e Boschetti (2006), o cenário neoliberal na particularidade brasileira é de restrição e redução de direitos, justificados pela crise

fiscal, transformando as políticas sociais em ações pontuais, altamente fragmentadas e focalizadas.

Ainda para as autoras, diante do contexto de precarização dos serviços públicos, principalmente na área da saúde, com serviços cada vez mais focalizados e seletivos, o trabalho dos/as assistentes sociais, é importante na medida em que contribui para que a população tenha acesso aos serviços. Toda precarização da política de saúde potencializou-se ainda mais em 2020 com a chegada da pandemia da Covid-19, onde agregou, ao combalido Brasil, novas mazelas, alterou a vida de toda a população, fazendo com que indicações de isolamento social e rotinas de higienização, fizessem parte do cotidiano. Ainda nos evidenciou um governo negacionista, que colocava em xeque todas as indicações das autoridades sanitárias.

Logo, cabe evidenciar que assim como os demais profissionais da saúde, os assistentes sociais atuaram na linha de frente no auxílio a população usuária e combate às desigualdades causadas pelo momento pandêmico. O Serviço Social foi convocado para atuar no enfrentamento a covid-19 na política de saúde pela Portaria no 639/2020 do Ministério da Saúde (MS) como profissional essencial, assim como podemos observar abaixo (RIBEIRO; CARVALHO; TEIXEIRA, 2022).

Art. 1º Esta Portaria institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", com objetivo de proporcionar capacitação aos profissionais da área de saúde nos protocolos clínicos do Ministério da Saúde para o enfrentamento da Covid-19.

§ 1º Para fins do disposto nesta Portaria, considera-se profissional da área de saúde aquele subordinado ao correspondente conselho de fiscalização das seguintes categorias profissionais:

I - Serviço Social;

(...) (BRASIL, 2020).

Ainda nessa fala, Ribeiro, Carvalho e Teixeira (2022) consideram que, por outro lado, o Serviço Social precisou se adaptar ao cenário produzido pela pandemia, o qual determinou mudanças na atuação profissional e apresentou novas demandas e requisições que, em certos casos, eram incompatíveis com o trabalho da/o assistente social. Nesta direção, Matos (2020, p. 3) chamou atenção para o fato das/os profissionais se limitarem ao campo das suas competências e atribuições privativas, evitando assumir àquelas não condizentes com a profissão. Esta orientação também foi divulgada pelo conjunto CFESS/CRESS:

O/A assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, visando o melhor atendimento ao/a usuário/a dos serviços de saúde, preservando a qualidade dos atendimentos prestados, não estando obrigado/a realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente (CFESS, 2020, p. 2).

Além disso, é preciso lembrar que a pandemia gerou riscos e agravos a saúde de assistentes sociais que atuaram na linha de frente. Vimos um número considerável de profissionais infectados e outros que perderam suas vidas por falta de políticas públicas adequadas para o controle da disseminação do vírus e do acesso aos equipamentos de proteção individual.

A partir dessa questão, percebe-se que a atuação profissional das assistentes sociais inseridos na área da saúde também foi comprometida e enfrentou dificuldades. Nessa perspectiva, o grande desafio imposto à Assistência Social, nesse cenário, foi dar continuidade ao atendimento aos cidadãos em um contexto pandêmico, de forma que oferecesse segurança e saúde aos trabalhadores, aos demandatários e mitigação dos riscos aos grupos de trabalhadores mais vulneráveis, sendo discutidas alternativas para reorganizar a oferta do serviço (SILVA 2022, p. 10). Diante da essencialidade dos serviços da Assistência Social, o (a) profissional assistente social foi inserido em uma realidade na qual sua atuação precisa conjugar ações de proteção social às famílias e indivíduos, garantindo as seguranças estabelecidas constitucionalmente, e, ao mesmo tempo qualificar e tecnificar essas ações, desfazendo possíveis equívocos que possam confundir seu trabalho profissional com ações meramente caritativas, desqualificando sua intervenção ético-profissional (RAICHELIS; ARREGUI, 2010).

Neste viés, acrescenta-se que nos mais variados espaços ocupados por assistentes sociais, não somente na saúde, o trabalho teve de ser flexibilizado para conseguir responder as tais demandas geradas pela crise ocasionada pela pandemia, este momento como esclarece Ribeiro, Carvalho e Teixeira (2022), exigiu das/os assistentes sociais a capacidade teórica, técnica e o compromisso profissional com o projeto ético-político da categoria.

Vale lembrar, que as assistentes sociais, na qualidade de trabalhadoras assalariadas (IAMAMOTO, 1998), estão sujeitas aos processos de alienação



inerentes<sup>20</sup> às relações de trabalho, situação que requer uma leitura que contemple a perspectiva da totalidade na apreensão do conjunto da vida social. O trabalho do(a) assistente social, contudo, também é permeado pelo caráter contraditório que marca não somente a profissão, mas o terreno institucional e a própria sociedade. A contradição, desse modo, engendra o surgimento de formas de resistência no próprio trabalho cotidiano. O cenário da pandemia, que ameaça a vida e escancara as desigualdades sociais, explicitou as contradições vivenciadas pelos(as) assistentes sociais nas instituições. É no embate diário e na ação miúda do cotidiano profissional que é possível encontrar a potência para a conformação de práticas que fortaleçam os caminhos para a resistência, a luta coletiva e a emancipação humana (TEJADAS; JUNQUEIRA, 2020, p. 113-114).

Seguramente, esse trabalho profissional exigiu igualmente o conhecimento das orientações instituídas pelas entidades da categoria, ou seja, pelo conjunto Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS). Segundo o CFESS, a assistente social durante a pandemia precisou estar atento para seguir as determinações das autoridades sanitárias competentes quanto às orientações para contenção da propagação do vírus; debater, com as equipes profissionais e os/as gestores/as locais, sobre a realização de atividades que devam ser mantidas e aquelas que possam ser suspensas ou reformuladas, tendo em vista os diferentes espaços sócio-ocupacionais e a defesa da autonomia profissional (CFESS, 2020, p. 3).

Acerca dessa lógica, Pinheiro, Silva e Silva Júnior (2022) complementam que, no que concerne à precarização dos vínculos de trabalho na saúde e à jornada de trabalho, devemos considerar que a pandemia sobrecarregou aqueles que permaneceram trabalhando, além de ter possibilitado muitas contratações temporárias e instáveis. Como exemplo disto, Soares, Correia e Santos (2021) destacam:

---

<sup>20</sup>O contexto da pandemia de Covid-19, implicou em mudanças importantes na sociedade, caracterizadas não só pela crise sanitária, mas socioeconômica. A partir deste lugar no qual o Serviço Social foi chamado a intervir, constituindo força de trabalho importante junto às demais categorias profissionais da saúde. O processo de expansão da pandemia implicou no acirramento das desigualdades sociais, neste sentido as demandas enfrentadas pelo serviço social, foram reconfiguradas, na medida em que dizem respeito não só as condições de saúde propriamente ditas, como também aos fatores determinantes dos condicionantes de saúde (NASCIMENTO; ROCHA, 2022, p. 7).

[...]no momento da pandemia houve um aprofundamento da plantonização da organização do trabalho profissional — inclusive utilizada como estratégia de menor exposição e risco do(a) trabalhador(a). Contudo, contraditoriamente, em muitos serviços tal estratégia intensificou a precarização das condições de trabalho e de riscos e agravos à saúde (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021, p. 124).

Em princípio a ideia era preservar os profissionais e diminuir riscos de contaminação, entretanto, de uma forma ou outra, aqueles que se submeteram a tais condições sofreram com os agravos em sua saúde, não apenas pela contaminação do vírus, mas pela precariedade em ambiente de trabalho. Consequentemente, com o constante aumento de casos e afastamento de profissionais que atuavam em linha de frente, a contratação de profissionais em condições trabalhistas precárias tornou-se uma estratégia emergencial em muitos estados, onde os contratos de trabalho possuíam tempo de um único mês, com baixos salários, horas extenuantes e riscos constantes de contaminação pelas dificuldades na viabilização dos equipamentos de proteção (PINHEIRO; SILVA; SILVA JÚNIOR, 2022, p. 11).

Outrora, as recomendações feitas pelo Ministério da Cidadania, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social e Secretaria Nacional de Assistência Social à categoria, foram feitas através da nota técnica nº 7/2020:

Conforme Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, a Assistência Social e o atendimento à população em estado de vulnerabilidade constam da relação dos serviços públicos e atividades essenciais, considerados nos termos do referido Decreto como 'aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência a saúde ou a segurança da população' (§1º). Para tanto, nas diferentes esferas, deve-se assegurar a continuidade da oferta de serviços e atividades essenciais da Assistência Social voltados ao atendimento da população mais vulnerável e em risco social, observando-se medidas e condições que garantam a segurança e a saúde dos usuários e profissionais do SUAS. Estas medidas devem abranger o funcionamento do SUAS como um todo, incluindo a gestão e a rede socioassistencial, pública e privada. O cenário de Emergência em Saúde Pública exige esforços sinérgicos, ainda, entre Sistema Único de Saúde - SUS e SUAS, para a ampliação do bem-estar e das medidas de cuidados integrais com a saúde da população mais vulnerável (BRASIL, 2020, p. 2).

Compreendendo a problemática, conforme cartilha publicada pelo CFESS, o CFESS Manifesta (2020), Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que as populações mais pobres serão as mais atingidas pelo novo Coronavírus/Covid-19. No Brasil, a maioria da população não tem acesso às políticas sociais de qualidade. Apesar de o sistema de

saúde ser público, há desigualdade no acesso. A maioria da população brasileira não possui acesso a condições para o confinamento e higiene adequada, estando, assim, mais exposta à proliferação e contaminação.

Em declarações feitas por algumas autoridades, tem sido apontado o confinamento da população em situação de rua em grandes estádios, com a finalidade de tirá-la da rua. Essa proposta não contribuiu para a resolução da pandemia e da proteção dessa população, além de violar os seus direitos humanos básicos e, ainda, colocar em risco os/as trabalhadores/as. Tal proposta requer do/a profissional um posicionamento crítico a favor da vida. Precisamos cobrar das autoridades que assegurem o direito igualitário à população que é desprovida de condições dignas de vida, bem como na defesa das condições dignas de trabalho (CFESS, 2020).

Nossa atuação profissional é fundamental, nesse momento, para que a população tenha acesso aos serviços de saúde, assistência e previdência social, além de benefícios eventuais que serão essenciais para a manutenção da vida da população mais empobrecida. Nós, assistentes sociais, estivemos sempre na luta por uma sociedade mais justa e igualitária e não podemos, nesse momento, recuar das nossas defesas e das nossas funções. Sigamos na luta em defesa da vida<sup>21</sup> (CFESS, 2020).

Em face do analisado, cabe destacar também que o enfrentamento da pandemia da COVID-19 desafia a sociedade atual como um todo e, principalmente, os profissionais Assistentes Sociais em manter o compromisso ético-políticos firmados junto à classe trabalhadora. A ausência de medidas efetivas de prevenção dos agravos da pandemia, a demora do governo brasileiro para fazer um plano de contingência na saúde, aprofundou a crise econômica no país, potencializando a crise sanitária, política e social, tendo como uma de suas consequências o aumento dos índices de desemprego, o achatamento salarial e a dificuldade da manutenção da renda familiar, agravando as condições de vida da população, sobretudo as que estão em risco e vulnerabilidade social (SILVA; PEREIRA, 2022, p. 2).

Ao realizar debate sobre os impactos no trabalho das/os assistente sociais, Raichelis e Arregui (2020), demonstram que, o acompanhamento atento do debate profissional em diversos espaços ocupacionais, públicos e privados, evidenciam, de um lado, o medo, as pressões, as angústias reais de assistentes sociais, especial, mas não exclusivamente, daqueles (as) que estiveram na linha de frente do trabalho presencial nos períodos mais duros da

---

<sup>21</sup>CFESS Manifesta- impactos do coronavírus no trabalho do/a Assistente Social. CFESS. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.

pandemia, quando ainda não havia disponibilidade de vacinas. Do mesmo modo, a radicalização das expressões da questão social em contexto de crise social, econômica e sanitária, tem provocado angústia e processos de adoecimento das equipes de profissionais de saúde (KILDUFF *et al.*, 2022, p.12).

Portanto, no que concerne ao trabalho profissional da assistente social na saúde pública em tempos de pandemia da Covid-19, Soares, Correia e Santos (2021), assinalam que é preciso partir do fato de o profissional está inserido na área enquanto trabalhador assalariado e prestador de serviços aos cidadãos usuários. Além disso, é preciso ter ciência de que se trata de uma política universal, mas subfinanciada e que não atinge as necessidades reais da população, e que, sendo assim, os/as profissionais precisam estar engajados em processos de resistência.

Sob esse viés analítico, a respeito do trabalho profissional na área da saúde, Matos (2014) enfatiza que um dos maiores entraves é a dificuldade de efetivação da política de saúde. Antes mesmo da pandemia da Covid-19, Matos (2017) destacava os limites do trabalho na saúde pública em meio aos interesses da economia de mercado, mas também assinalava a importância do trabalho coletivo para fazer pressão e fortalecer o direito à saúde:

A atuação profissional nos serviços de saúde não se dá na atualidade de maneira isolada. Há um trabalho coletivo, que é permeado por tensões e características próprias da área da saúde, mas, contudo, influenciadas pela forma como o trabalho vem sendo desenvolvido na sociedade capitalista (MATOS, 2017, p. 42).

Com isso, como foi abordado, o trabalho profissional dos assistentes sociais na pandemia, foi representado principalmente por grandes desafios, estes causados pelo agravamento das disparidades na sociedade, sobretudo num contexto em que as condições de vida da população se deterioraram e as mazelas da questão social se reconfiguraram e complexificaram. Entre estes podemos elencar fome, desemprego, habitação, violência, precarização do trabalho, outras doenças pré-existentes e ainda o agravamento das condições de saúde pós infecção. Neste sentido, “as urgências da vida diante das expressões da questão social requisitam a/o profissional a dar respostas também urgentes às demandas sociais que se expressam cotidianamente em seu trabalho” (NASCIMENTO; ROCHA; 2022, p. 7).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi visto nesta pesquisa, pode-se considerar que a saúde pública, como direito previsto na constituição federal de 1988, é um marco histórico e o sistema único de saúde - SUS é resultado de muita luta, por isso é tão importante que o mesmo seja preservado enquanto serviço de atendimento universal e gratuito. Foi possível observar, que desde sua implementação em 1990, o SUS vem sofrendo ataques e desmontes vindos de diferentes governos neoliberais, o que culmina no enfraquecimento da capacidade e qualidade dos serviços ofertados. Ademais, a tentativa de privatização, e a falta de financiamento e recursos, se configuram como principais desafios enfrentados pelo SUS logo após ser efetivado, até o contexto atual. Foi também analisado, sua evolução histórica, o movimento pela reforma sanitária e o cenário da época, ditadura militar.

Já avançando e trazendo para a atualidade, o Brasil e o mundo foram atingidos fortemente por uma pandemia causado pelo vírus SARS-CoV, também conhecido como Covid-19. Especificamente no Brasil, a chegada do vírus resultou em uma grave crise sanitária, visto que neste país a desigualdade e a falta de condições de parcelas da população não são favoráveis para seguir às recomendações da OMS afim de evitar o contágio e transmissão. Isso aliado a uma gestão governamental ineficiente agravou a situação ao ponto que ao “fim” da pandemia já foram perdidas aproximadamente 700.000 vidas e isso é alarmante.

Sobre os impactos mais significativos da pandemia na vida e sociedade os efeitos foram mais desastrosos, visto que não somente na saúde, mas várias outras áreas foram igualmente afetadas dessas podemos citar a educação, a economia e a cultura entre muitas outras. O Brasil voltou a viver a miséria, a fome e a extrema pobreza, a situação estava crítica em todos os cantos com hospitais lotados sem leitos para internação, pessoas morrendo sem um tratamento adequado devido à alta demanda, elevados preços dos alimentos e insumos essenciais como gás de cozinha e gasolina, enquanto o presidente do país, ridicularizava a situação e tratava como se fosse e segundo ele uma “gripezinha”. A falta de sensibilidade para com os governados com declarações como “não sou coveiro”, “E daí, lamento. Quer que eu faça o que?” e também defendendo o uso de remédios como a cloroquina que claramente é ineficiente para o problema.

Finalizando com o trabalho profissional dos Assistentes Sociais nas políticas de saúde, é relevante abordar sobre a importância deste profissional, principalmente no momento de crise sanitária. Pode-se afirmar que a demanda atribuída ao serviço social cresceu de tal forma, que novas estratégias tiveram que ser pensadas para que os profissionais conseguissem atender a todos os usuários. Não somente os Assistentes Sociais da saúde, mas em todas as áreas de atuação, se adequaram a tais mudanças de modo a dar continuidade aos atendimentos ao público e população usuária, sempre objetivando viabilizar o acesso a garantia de direitos sociais e assegurar pessoas em situação de vulnerabilidade.

Portanto, o trabalho profissional nesta pandemia se acirrou ainda mais, tendo em vista a acentuação das desigualdades sociais e as consequências da pandemia para a sociedade. De qualquer forma, a categoria profissional se comprometeu e foi capaz de atender, mesmo com grandes adversidades, todas as demandas de forma eficaz e com enfoque nas necessidades de seus usuários. Foram realizados anteriormente e ao longo da pandemia, diversos fóruns de Serviços Sociais, para defesa do SUS contra as ameaças de privatização. Este como a Frente Nacional contra a privatização da saúde<sup>22</sup>, composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários com objetivo de defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 80. Na pandemia, este trabalho de defesa e luta pelo SUS, realizado por profissionais de Serviço Social foi de grande relevância para a manutenção da garantia aos direitos à saúde para a população. E desse modo, é dever da categoria profissional de Assistentes Sociais, ter um compromisso com a saúde pública no país e com o SUS como um direito universal. E como categoria viabilizadora de acesso aos direitos, zelar pela proteção do SUS contra futuras ameaças.

---

<sup>22</sup> BISQUOLA, Clara. Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/destaque-central/403/frente-nacional-contra-a-privatizacao-da-saude>. Acesso em 23 de Agosto de 2023.

## REFERÊNCIAS

- ABEPSS. **Saúde é um direito humano fundamental. Não é mercadoria!** 2017. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/noticias/saudeeumdireitohumanofundamentalnaoemercadoria-66>. Acesso em: 06 jun. 2023.
- ABRASCO. **Pandemia de COVID-19**. 2022. Disponível em: [https://s3-usa.s3.amazonaws.com/c/308481554/media/1824637bb2d1e9e9d74927413860285/Abrasco\\_Dossie\\_Pademia\\_de\\_Covid-19\\_versao2.pdf](https://s3-usa.s3.amazonaws.com/c/308481554/media/1824637bb2d1e9e9d74927413860285/Abrasco_Dossie_Pademia_de_Covid-19_versao2.pdf). Acesso em: 16 jun. 2023.
- ALMEIDA, N. L. T.; ALENCAR, M. M. T. Políticas Públicas e mercado de trabalho profissional do assistente social. *In*: ALMEIDA, N. L. T.; ALENCAR, M. M. T. **Serviço Social: trabalho e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2011.
- ALVES, G. **Dimensões da Precarização do Trabalho** - Ensaio de Sociologia do Trabalho. Bauru: Projeto Editorial Praxis, 2013.
- AROUCA, A. S. Apresentação (contracapa). *In*: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.
- BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil: vinte anos da Reforma Sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde; Pnud, 1996. (Projeto Nordeste II).
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, 2021.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BISQUOLA, Clara. Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/destaque-central/403/frente-nacional-contra-a-privatizacao-da-saude>. Acesso em 23 de Agosto de 2023.**
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **8ª conferência nacional de saúde: quando o sus ganhou forma**. 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 21 jul. 2023.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Histórias das Conferências de Saúde**. 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>. Acesso em: 16 jun. 2023.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da união, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Corona vírus Portal do Covid-19**, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br> Acesso em: 26 jun. 2023.

BRAVO, M. I. S Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S.; *et al.* (org.). **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVdV94OXICTGdQS2c/view>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde. **Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, n. 50, jul./dez. 2022.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Lutas sociais em defesa da saúde. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas da política de saúde no governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CASTRO, J. S. de O.; ANDRADE, L. S. de. Serviço social e SUS: desafios na prática do assistente social. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 111-126, jan./jun. 2014.

CASTRO, M. M. de C.; FREITAS, I. das G. Política de saúde na pandemia da covid-19: uma análise das determinações ministeriais para a atenção primária à saúde. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

CFESS Manifesta: **os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social**. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 16 de Junho de 2023.

CFESS. **Resolução no 273, de 13 de março de 1993**. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes sociais e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_1993.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf). Acesso em: 26 jun. 2023.



CNSAÚDE. **Cenário dos hospitais 2021-2022**. 2022. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2022/07/CNSAÚDE-FBH-CENARIOS2022.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CORREIA, M. V. C. Por que ser Contra aos Novos Modelos de Gestão no SUS. *In*: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (org.). **Cadernos de Saúde**. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Pela Saúde: projeto políticas públicas de saúde/FASSO/UERJ, AdUFRJ, 2011.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1073-1083, 2009.

CRES-RJ. **Encontro Nacional de pesquisadores em serviço social- ENPESS. O que é?** Cress-RJ. 2022. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/noticias/encontro-nacional-de-pesquisadores-em-servico-social-xiii-enpess/>. Acesso em 6 de junho de 2023.

FERREIRA L. A. A interlocução entre saúde coletiva, serviço social, pandemia e o campo ciência, tecnologia e sociedade (cts). XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

FERREIRA, B. P.; GONDINHO, B. Consequências da EC95/2016 para o SUS frente ao envelhecimento populacional: revisão de literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, n. spec, p. 1-2, 2021. DOI: 10.14295/jmphc.v12.1070. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1070>. Acesso em: 23 jul. 2023.

FERREIRA, J. dos A. A centralidade das políticas sociais para o adensamento das crises e desmontes do estado essencialmente na saúde. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

FERREIRA, W. M.; AQUINO, T. P. de; ALMEIDA, A. P.; BEZERRA, V. T. S.; RIBEIRO, A. V. da C. (Des)governo e pandemia: a política da morte versus o Sistema Único de Saúde. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

FERRUGEM, R. D.; DEVIT, T. V.; WUNSCH, D. S.; MENDES, J. M. R. A importância da determinação social e da centralidade do trabalho para a construção da política de saúde. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

FONTES, V. **CRISE do coronavírus ou crise do capitalismo?** Publicado em 3 jul. 2020. Disponível em: <https://youtu.be/YvwS9oAyhUU>. Acesso em: 10 jun. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Conquistas e desafios**. Disponível em: [pensesus.fiocruz.br/conquistas-e-desafios](https://pensesus.fiocruz.br/conquistas-e-desafios). Acesso em: 06 jun. 2023.

GALLO, E. **Razão e planejamento**: algumas indicações críticas para uma práxis emancipadora. 1991. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

HORA, T. D. da; PAIVA A. R. de; CAVALCANTI, L. F. Mulheres refugiadas e o direito à saúde no Brasil: universalidade e equidade em questão. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS). **O INAMPS**. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 21 jul. 2023.

KILDUFF, F.; TRINDADE, A. de A.; CARVALHO, C. O.; CARDOSO, C. A.; NASCIMENTO, L. de A. Crise sanitária e serviço social: implicações da pandemia de covid-19 na reorganização dos processos de trabalho em um hospital universitário. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

KOETZ, M. T. **O direito à saúde na sociedade capitalista**: privatização versus participação social. 2016. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

LACERDA, L. E. P. Era só mais um Silva: **Fundamentos e defesa do exercício profissional crítico da assistente social**. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

LEITE, A. E. D.; JERONYMO, J. J. N.; GUIMARÃES, J. C. G. Desgovernados? o enfrentamento da pandemia pelo governo Bolsonaro. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

LIMA, J. B. de; BRAVO, M. I.; CORREIA, M. V. C. Privatizações e mercantilização da saúde e crise no Rio de Janeiro: o desmonte realizado pelas organizações sociais. *In*: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. F. (org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

LIMA, M. N. D. S. C.; SOUZA, R. de O. A importância da determinação social da saúde para a qualificação da atuação do serviço social no SUS. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

LUPION, B. **Como o governo Bolsonaro se saiu na economia**. 2022. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/como-o-governo-bolsonaro-se-saiu-na-economia/a>. Acesso em: 26 jun. 2023.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MATHIAS, M. **Ipea divulga estudo sobre a percepção da população em relação ao SUS**. 2011. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/noticias/ipea-divulga-estudo-sobre-percepcao-da-populacao-em-relacao-ao-sus>. Acesso em: 6 jun. 2023.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, Ética e Saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2017.

MATOS, M. C. No rastro dos acontecimentos: a política de saúde no Brasil. *In*: DUARTE, M. J. *et al.* (org.). **Política de Saúde hoje**: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas: Papel Social, 2014.

MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J. (ed.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 9-32, 27 jan. 2020.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde Soc.*, São Paulo, n. 24, Suppl.1, p. 63-78, 2015.

MENEZES, A. P. do R. **O SUS no governo Temer**: luta de representações e interesse coletivo. São Paulo. 2021. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021.

NASCIMENTO, M. F.; ROCHA, S. R. da. Serviço social e saúde: um olhar sobre a produção do conhecimento de covid-19. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

NEVEU, L. **Serviço social no âmbito da política de saúde**: reflexões sobre o trabalho do/a assistente social no Serviço de Ouvidoria hospitalar. 2022. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

OCKÉ-REIS, O. *et al.* (org.). **SUS**: avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília: Ipea, CONASS, OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/sus-avaliacao-da-eficiencia-do-gasto-publico-em-saude/>. Acesso em: 26 jun. 2023.

OLIVEIRA, F. de. O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos*, São Paulo: Cebrap, n. 22, p. 8-28, out. 1998.

OLIVEIRA, J. A. Para uma teoria da Reforma Sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. **Saúde Debate**, n. 20, p. 85-93, abr. 1988.

OLIVEIRA, J. F. S. de; COSTA, M. H. L. A precarização do trabalho dos assistentes sociais ante o contexto de crise sanitária no Brasil: um recorte da pandemia da covid-19. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

OLIVEIRA, W. B de. **Mercantilização da saúde e precarização do sus**: os rebatimentos no hospital de Casimiro de Abreu-RJ. 2014. 60 Ff. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2014.

PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. Reforma sanitária brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva. **Planejamento e políticas públicas**, n. 49, jul./dez. 2017.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil**, 2011.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAULA, M. O. de. Política de saúde e o trabalho das assistentes sociais: dimensão social da saúde e a perspectiva interseccional como norteadora das ações profissionais. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

PINHEIRO, L. J. **Desafios da enfermagem em unidades de cuidados críticos durante a Covid-19**: uma revisão de escopo. 2021. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2021.

PINHEIRO, H. A.; SANTOS, G. V. Trabalho profissional do/a assistente social na atenção básica da saúde pública. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

PINHEIRO, H. A.; SILVA, B. C. L.; SILVA JÚNIOR, P. L. Crise sanitária e serviço social: contrarreformas na política de saúde e desafios para o trabalho profissional do/a assistente social. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil Uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, no. Mm, 2001. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso em: 20 maio 2023.

PORFÍRIO, F. "**Sistema Único de Saúde (SUS)**". Brasil Escola. 2022. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/mas-que-seria-sus-quais-suas-diretrizes-principios-gerais.htm>. Acesso em: 6 jun. 2023.

RAICHELIS, R.; ARREGUI, C. O trabalho no fio da navalha: a nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Revista Serviço Social e Sociedade**, 2010.

REIS, C.R. PAIM, J. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016)**. DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE | RIO DE JANEIRO, N. 58, P. 101-114, JUL 2018.

RIBEIRO, B. C. de S.; CARVALHO, G. C. F. de; TEIXEIRA, K. C. da S. O trabalho da assistente social na saúde: desafios no período de pandemia. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

ROSA, A. P.; CARREIRO, C. R. de Q. C.; RACHADEL, P. R. Saúde pública no contexto pandêmico: reflexões em tempos de avanço do estado neoliberal. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

SANTOS, I. da S. **Sistema único de saúde (sus)**: grau de satisfação dos usuários no município de Ibitirama/ES. 2015. 34 f. Monografia (Bacharel em Administração Pública) – Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2015.

SANTOS, M. de J.; ÁVILA, H. D. D. de; SOUZA, N. A.; SOUZA, L. V. F. de. Educação popular em saúde: a importância da extensão universitária na defesa do sus. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

SANTOS, V.M. A captura do fundo público na política de saúde: o fortalecimento do setor privado. Argum., Vitória, v. 10, n. 3, p. 203-216, set./dez. 2018. | ISSN 2176-9575

SARRETA, F. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

SESTELO, J. A. de F.; CARDOSO, A. M.; BRAGA, I. E.; MATTOS, L. V.; ANDRIETTA, L. S. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 26, Número Especial, p. 1097-1126, dez. 2017.

SILVA, A. X. da; GOMES, M. J. G.; TOLENTINO, D. V. A contrarreforma na política de saúde e as suas expressões no estado da Paraíba na pandemia da covid-19: a função dos aparelhos multilaterais de hegemonia. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

SILVA, C. L. da; PEREIRA, V. L. M. A competência profissional da assistente social no contexto de pandemia da covid-19. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

SILVA, D. N. "**Jair Bolsonaro**"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biografia/jair-bolsonaro.htm>. Acesso em: 24 jun. 2023.

SILVA, E. de M. S. da. O sus na era da desresponsabilização estatal: as tendências de privatização da saúde pública no Brasil a partir de modelos de gestão pós 1990. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

SILVA, W. Z. R. **Aspectos gerais da covid-19 e suas consequências**. 2021. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de São Paulo, Diadema, 2021.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: **estrutura, princípios e como funciona**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 26 jun. 2023.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>. Acesso em: 20 maio 2023.

SOARES, R. C.; SILVA, M. S. Contrarreforma na política de saúde e suas expressões em Pernambuco: tendências, privatizações e superprecarização do SUS. XVII ENPESS. **Anais**. Rio de Janeiro, 2022.

SOUZA, P. R. A. de. **Promoção da saúde e reforma sanitária: desafios e possibilidades**. 2018. 110 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

TEIXEIRA, M. J. A urgência do debate: as contrarreformas na política de saúde no governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018.

TEJADAS, S. da S.; JUNQUEIRA, M. R. Serviço Social e pandemia: desafios e perspectivas para a atuação no sociojurídico. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021.

TRAMARIM, E. **Período da história do Brasil conhecido como os "anos de chumbo"**. 2007. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/279778-periodo-da-historia-do-brasil-conhecido-como-os-anos-de-chumbo/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo da saúde. *In*: TEIXEIRA, S. (org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 139-156.

VICENTE, J. J. N. B. Reflexão sobre o conceito de Mercadoria em Marx. **Informe econômico**, Ano 13, n. 28, nov. 2012.