



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ANDRÉIA CARLA TRIGUEIRO NÓBREGA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA ANÁLISE DOS DESAFIOS
PROFISSIONAIS EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO**

**JOÃO PESSOA- PB
2025**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANDRÉIA CARLA TRIGUEIRO NÓBREGA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA ANÁLISE DOS DESAFIOS
PROFISSIONAIS EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para a obtenção do título de
bacharel em Serviço Social pela Universidade
Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Albani de Barros

**JOÃO PESSOA- PB
2025**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

N754t Nobrega, Andreia Carla Trigueiro.

O trabalho do assistente social na política de atenção à urgência e emergência: uma análise dos desafios profissionais em tempos de neoliberalismo / Andreia Carla Trigueiro Nobrega. - João Pessoa, 2025.
72 f. : il.

Orientador: Albani de Barros.

TCC (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2025.

1. Serviço Social. 2. Atenção á Urgência e Emergência. 3. Neoliberalismo. I. de Barros, Albani. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 36

ANDRÉIA CARLA TRIGUEIRO NÓBREGA

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA ANÁLISE DOS DESAFIOS PROFISSIONAIS
EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito para a obtenção do título de bacharel em
Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba, sob
orientação do professor Dr. Albani de Barros.

APROVADO EM: ____/____/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Albani de Barros (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dra. Maria das Graças Miranda
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dra. Renata Nóbrega Miguel
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

JOÃO PESSOA- PB
2025

*Dedico este trabalho à minha amada mãe,
Adriana Trigueiro Teixeira, que com seu amor
incondicional me incentiva todos os dias da
minha vida, acreditando em mim mais do que
eu mesma acredito.*

AGRADECIMENTOS

“No tempo certo, eu, o Senhor, farei isso acontecer.” (Isaiás 60:22). E assim Ele fez. Há cinco anos, adentrei na graduação sem ao menos saber do que se tratava a profissão. Hoje, entendo que Deus me colocou exatamente onde eu deveria estar, me concedendo força e resiliência para trilhar este caminho tão desafiador.

Agradeço à minha mãe, Adriana Trigueiro Teixeira, meu alicerce, porto seguro e meu anjo guardião. A mulher que, mesmo com suas dificuldades e problemas, sempre me dedica o seu melhor, que sempre me acompanha e me espera no ponto de ônibus, seja às seis da manhã, sob o sol do meio-dia ou às dez da noite. A mulher que sempre colocou minha educação em primeiro lugar. Agradeço do fundo do meu coração por sempre me amar, incentivar, encorajar e enxugar minhas lágrimas.

A todos os profissionais da educação que passaram pela minha vida e contribuíram com a minha formação. Desde a “tia” do fundamental ao corpo docente da Universidade Federal da Paraíba, em especial ao meu orientador Albani de Barros, por ter compartilhado seu conhecimento com tanta dedicação, sensibilidade e respeito. Externalizo, também, meus agradecimentos às professoras Danielle Viana Lugo Pereira, Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva e Renata Nóbrega Miguel por aceitarem o convite e contribuírem ricamente com este trabalho e com minha trajetória acadêmica.

Por fim, agradeço aos colegas de turma que tive a oportunidade de compartilhar as aulas on-line durante a pandemia, os corredores da UFPB, as dúvidas, os conhecimentos, as gargalhadas e as aflições. Nós que ingressamos na universidade durante a pandemia, nos apoiamos mesmo que a distância para superar esse período tão conturbado. Deixo meu agradecimento especial a Aline, Betânia, Gabriela, Joyce, Mariana e Valquíria, cada uma a seu modo de ser, teve um lugar especial durante esse processo.

*“[...] porque amo as pessoas e amo o mundo
que eu brigo para que a justiça social se
implante antes da caridade.”*

Paulo Freire

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar o trabalho do Assistente Social inserido na Política de Atenção à Urgência e Emergência do SUS, identificando os limites impostos pela lógica neoliberal. O interesse pelo tema surgiu através da experiência de estágio supervisionado na UPA Célio Pires de Sá. A vivência aflorou reflexões e questionamentos acerca da ação do Serviço Social em unidades de urgência, levando em consideração o desmonte das políticas sociais, contrarreforma do SUS e a necessidade constante de reafirmação do projeto ético-político profissional. Os objetivos específicos foram: Entender o desenvolvimento da Política de Atenção à Urgência e Emergência no Brasil; Expor em qual medida a precarização do trabalho vem afetando o trabalho dos Assistentes Sociais inseridos na Política de Atenção à Urgência e Emergência; Analisar a importância de reafirmação do Projeto Ético-Político.

Palavras-Chave: Serviço Social; Política de Saúde; Urgência. Neoliberalismo.

ABSTRACT

Abstract: This study aims to analyze the work of Social Workers inserted in the Emergency Care Policy of the SUS, identifying the limits imposed by neoliberal logic. The interest in the subject arose through the experience of supervised internship at UPA Célio Pires de Sá. The experience brought up reflections and questions about the action of Social Work in emergency units, taking into account the dismantling of social policies, counter-reform of the SUS and the constant need to reaffirm the professional ethical-political project. The specific objectives were: To understand the development of the Emergency Care Policy in Brazil; To expose to what extent the precariousness of work has been affecting the work of Social Workers inserted in the Emergency Care Policy; To analyze the importance of reaffirming the Ethical-Political Project.

Keywords: Social Services; Health Policy; Emergency Care. Neoliberalism.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ANSS Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVC Acidente Vascular Cerebral
CAPS Centros de Atenção Psicossocial
CBAS Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CF Constituição Federal
CFESS Conselho Federal de Serviço Social
CFM Conselho Federal de Medicina
CNRS Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CPI Comissão Parlamentar de Inquérito
EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC Emenda Constitucional
EPI Equipamentos de Proteção Individual
ESF Estratégia Saúde da Família
FHC Fernando Henrique Cardoso
FMI Fundo Monetário Internacional
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MARE Ministério da Administração e Reforma do Estado
NOBS Normas Operacionais
OMS Organização Mundial da Saúde
PEC Proposta de Emenda Constitucional
PETI Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB Produto Interno Bruto
PMDB Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PSL Partido Social Liberal
RAS Rede de Atenção à Saúde
RUE Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS Sistema Único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
UOL Universo Online
UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2. CONTEXTUALIZANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	15
2.1 Princípios, Diretrizes e Financiamento do Sistema Único de Saúde.....	17
2.2 Política de Atenção à Urgência e Emergência do SUS.....	19
2.3 Desafios do SUS em tempos de neoliberalismo.....	25
3. NEOLIBERALISMO E SUA RELAÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE	28
3.1 Neoliberalismo: fundamentos e expressões pelo do mundo.....	29
3.2. Política de saúde em tempos neoliberais: expressões da ideologia nos serviços de saúde.....	35
4. SERVIÇO SOCIAL NA UPAS-24H - DESAFIOS E POSSIBILIDADES MEDIANTE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	43
4.1 Competências e Atribuições profissionais na Política de Saúde.....	46
4.2. Desafios e Possibilidades do trabalho nas Upas: Desvelando a atuação nesse espaço sócio-ocupacional.....	52
4.3 Projeto Ético Político e legitimação da profissão.....	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6 REFERÊNCIAS	68

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar o trabalho do Assistente Social inserido na Política de Atenção à Urgência e Emergência do SUS, identificando os limites impostos pelo espaço sócio-ocupacional, assim como a relevância do Projeto Ético-Político na legitimação da profissão em meio aos desmontes do SUS e precarização do trabalho.

De acordo com o Ministério da Saúde, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são definidas desde a portaria 2.922/2008 como “estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências” e integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS) desde sua criação em 2010. As UPAs fazem parte da Política Nacional de Atenção às Urgências que foi instituída por meio da Portaria nº 1.863/GM, em 29 de setembro de 2003, que rege a implantação dos serviços de atendimento móvel de urgências nos municípios brasileiros e da Portaria nº 2.972/GM, de 9 de dezembro de 2008, que orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde.

É nessa contextualidade que atuam os assistentes sociais inseridos na Política de Atenção à Urgência e Emergência, e assim sendo, segundo Iamamoto, em sua análise do serviço social em tempos de capital fetiche,

O assistente social ingressa nas instituições empregadoras como parte de um coletivo de trabalhadores que implementa as ações institucionais, cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais. (Iamamoto, 2010, p. 421)

Nesse sentido, de acordo com Costa (2009), o assistente social atua na perspectiva de garantir direitos, viabilizar condições que fomentem o acesso e a promoção da saúde, o que se torna matéria-prima do exercício profissional e implica no fortalecimento da saúde pública universal. Os profissionais se inserem, com o objetivo de desvelar questões que transpassam a relação saúde/doença. No espaço sócio-ocupacional das Unidades de Pronto Atendimento, às demandas repassadas para os Assistentes Sociais são as chamadas “demandas imediatas” já que necessitam ser solucionadas durante o plantão, isso, de certa forma, limita a ação dos profissionais.

De acordo com Yamamoto (2000):

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo. (IAMAMOTO, 2000, p. 20).

Do ponto de vista das condições gerais de financiamento, funcionamento e atendimento à população usuária do Sistema Único de Saúde, cabe considerar o contínuo ataque ao orçamento das políticas sociais, com efetivos impactos negativos no campo da saúde. Além disso, a Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como “PEC do fim do mundo” ou “PEC da morte”, instituiu um novo regime fiscal que congelou gastos primários, dentre eles, investimentos na política de saúde. Além disso, a aplicação do receituário neoliberal tem resultado num processo contínuo de corte de gastos, que atingem de maneira especial áreas sociais, incluindo os serviços públicos de saúde, ao tempo que preservam as condições de repasse do fundo público para os gastos com a dívida pública, penalizando a classe trabalhadora e privilegiando os grupos rentistas.

A respeito da emenda constitucional que estabeleceu o chamado teto dos gastos, como é assinalado por Boschetti; Teixeira (2019, p. 68).

Ao definir um teto para despesas discricionárias, impede aumento de recursos para investimentos em saúde, educação, ciência e tecnologia e infraestrutura. Além de vetar a abertura de crédito suplementar ou especial, também implodiu a regra da vinculação orçamentária de aplicações mínimas na área de saúde e educação.

Sob essa ótica, o desmonte das políticas de proteção social representa a manifestação da ofensiva neoliberal no Brasil, caracterizada pela flexibilização, precarização trabalho, a privatização de serviços públicos, o corte contínuo de gastos sociais e taxa elevada de juros, entre outras características, cuja serventia fundamental é de valorizar o capital, beneficiando principalmente grupos rentistas nacionais e internacionais. Tais grupos também são detentores de enorme capacidade de mobilizar aparatos ideológicos para defesa de seus interesses.

Parte dessa batalha envolve a utilização do fundo público, como também atinge, de maneira mais ampliada, a busca de apoio na própria sociedade pelas pautas que

privilegiam as necessidades do mercado, da rentabilidade. Nesse sentido, emerge a negação dos projetos coletivos, a exacerbação do individualismo, além da responsabilização dos indivíduos por sua pobreza, retirando do Estado a responsabilidade de intervir diante das expressões da questão social, como apontado por Dardot e Laval (2016).

[...] esse tipo de política sempre se apoiou na ideia de que, para os mercados funcionarem bem, é necessário reduzir os impostos, diminuir o gasto público (inclusive enquadrando seu crescimento em regras constitucionais), transferir às empresas públicas para o setor privado, restringir a proteção social, privilegiar “soluções individuais” diante dos riscos [...]. (Dardot; Laval, 2016, p. 183).

O Brasil tem experimentado um contínuo processo de ajuste fiscal, materializado em contrarreformas que atingem o polo protetivo do trabalho e o desfinanciamento da saúde, trazem à tona contradições que de acordo com o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS buscam não viabilizar o SUS constitucional, o que gera no cotidiano dos serviços e questões como: “demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários.” (2010, p. 42). Este cenário de precarização também é observado com os baixos salários da categoria, o que faz com que os profissionais, na maioria das vezes, tenham mais de um vínculo empregatício, o que causa cansaço físico e mental, interferindo na qualidade dos serviços e na saúde dos profissionais.

Ademais, a desvalorização e a precarização de profissionais da área da saúde e do serviço social, o que reflete uma lógica de mercantilização dos direitos, na qual os serviços públicos são fragilizados em benefício da expansão do setor privado. Tais aspectos são expressões das políticas neoliberais e de seus impactos nas políticas sociais. Esse processo intensifica as desigualdades no acesso à saúde, privilegiando aqueles que podem pagar por planos e atendimentos particulares, enquanto a população mais vulnerável enfrenta um sistema público subfinanciado e sobrecarregado. Essa dinâmica compromete o princípio da universalidade do SUS e evidencia uma política de enfraquecimento do Estado como garantidor dos direitos sociais, reforçando a exclusão e a marginalização de amplas camadas da população.

Diante desta problemática, a presente pesquisa justifica-se pela necessidade de adensar a produção teórica no que diz respeito ao trabalho do Assistente Social no espaço sócio-ocupacional das Unidades de Urgência e Emergência. O interesse surgiu devido à experiência de estágio, vivenciado na UPA 24h- Célio Pires de Sá, em João Pessoa, Paraíba.

Durante esse período, foi aguçado o interesse de desvelar os limites e as possibilidades da atuação profissional, levando em consideração: as particularidades da Política de Atenção à Urgência e Emergência; Curto tempo de passagem dos pacientes nas unidades, o que prejudica a intervenção dos profissionais para além do que está aparente no momento, lançando um olhar crítico que consiga interpretar e intervir nas determinantes sociais de saúde que afetam a vida dos usuários; Reafirmação do Código de Ética e Projeto Ético-Político da profissão, uma vez que a equipe multidisciplinar, por diversas vezes, desconsidera as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social.

Nesse sentido, a monografia tem por objetivo analisar o trabalho do Assistente Social inserido na Política de Atenção à Urgência e Emergência do SUS, identificando os limites impostos pelo espaço sócio-ocupacional, assim como as ações desenvolvidas para o enfrentamento das expressões da questão social, apresentadas diariamente aos profissionais. E de forma específica: Entender o desenvolvimento da Política de Atenção à Urgência e Emergência no Brasil; Expor em qual medida o neoliberalismo vem afetando o trabalho dos Assistentes Sociais inseridos na Política de Atenção à Urgência e Emergência; Analisar a importância de reafirmação do Projeto Ético-Político.

Quanto ao método, seguimos a perspectiva teórica do método histórico-dialético e adotamos procedimentos metodológicos que incluíram um levantamento bibliográfico, leituras sistematizadas de artigos, livros e autores que discutem as categorias que subsidiam a compreensão sobre nosso objeto de estudo. Também desenvolvemos a pesquisa documental a partir da busca e análises de decretos e leis.

O aporte teórico-metodológico utilizado a partir do materialismo histórico-dialético, com base em Netto (2011), no materialismo histórico-dialético a teoria é uma modalidade especial de conhecimento do objeto que procura compreender a estrutura dinâmica de sua existência real efetiva, independente das representações do pesquisador. Assim sendo, o intuito da teoria crítica social marxiana é analisar o objeto de estudo, inserido em uma determinada realidade social, a partir da compreensão de sua totalidade. A partir do suporte teórico do materialismo histórico e dialético, busca-se analisar a práxis profissional do/a assistente social no sentido de acrescentar sua análise investigativa da realidade, com a finalidade de proporcionar a sua transformação.

Para tal fim, a presente monografia se estruturou em três seções. A primeira seção fará uma breve contextualização do SUS, abordando: Princípios; Diretrizes; Financiamento; Política de Atenção Urgência e Emergência; Na segunda seção, será abordado o

neoliberalismo, seus fundamentos, implicações na Política de Saúde e a precarização do trabalho do Assistente Social . A terceira seção descreve os desafios do Serviço Social no espaço sócio-ocupacional das Unidades de Pronto Atendimento em meio a precarização do trabalho, também, analisa o papel do Projeto Ético- Político e reafirmação da profissão.

2. CONTEXTUALIZANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS

Anteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988, o acesso à saúde era assegurado como direito apenas para aqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho formal e contribuíssem com a Previdência Social. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) foi criado no período da Ditadura Militar, assegurando o acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores formais, atrelando previdência e saúde. Assim, apenas 30 milhões de pessoas acessavam os serviços hospitalares, a outra parcela da população dependia da caridade e filantropia para qualquer tipo de tratamento. No âmbito dos serviços de saúde, a prática médica tinha cunho individual, assistencialista e especializado, desconsiderando ações mais amplas de saúde pública preventivas e de interesse coletivo; sendo orientada, essencialmente, para a lucratividade do setor saúde e organizada nos moldes capitalistas, e devido a assistência médica estar ligada ao contrato de trabalho, funcionava como um seguro e não como direito, tendo total cunho meritocrático.

Esse modelo excludente de assistência à saúde reforçava as desigualdades sociais, deixando grande parte da população sem acesso a serviços de saúde básicos. Por sua vez, as camadas mais pobres, especialmente trabalhadores informais, desempregados e populações rurais, ficavam à margem do sistema, recorrendo a instituições filantrópicas ou dependendo de ações pontuais do Estado. Além disso, a ausência de uma política de saúde pública universal impedia a implementação de medidas preventivas em larga escala, favorecendo a propagação de doenças e agravando os índices de morbimortalidade.

Esse cenário começou a ser questionado a partir da década de 1970, quando movimentos sanitaristas passaram a denunciar as deficiências do modelo de assistência à saúde vigente. Em 1979, foi criado o Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu profissionais da saúde, intelectuais e militantes sociais na defesa de um sistema público universal. Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, consolidaram-se as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a defesa da saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado. Essas discussões influenciaram diretamente o texto da Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS e garantiu o princípio da universalidade, marcando uma mudança histórica na política de saúde no Brasil.

O caminho percorrido dessa época até chegarmos à criação do Sistema Único de Saúde, foi longo e exigiu mobilização e luta política, e nesse sentido, a movimentação das camadas populares e do movimento sanitarista, foram fundamentais. O Movimento da Reforma Sanitária, surgiu no período de luta contra a ditadura militar, constituído pela categoria médica, associações médicas, movimento popular em saúde, partidos de esquerda, pela Igreja por meio das comunidades eclesiais de base e vários parlamentares, que buscavam uma mudança radical na saúde brasileira.

As reivindicações do movimento da Reforma Sanitária estavam lastreadas pela democratização do acesso à saúde, na ampliação dos serviços públicos e na criação de um sistema de saúde integrado e descentralizado. Essas demandas foram significativas para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, que consolidou os princípios da universalidade, integralidade e equidade no atendimento à população.

O Movimento da Reforma Sanitária também se articulou com outras pautas da redemocratização brasileira, como a luta pela garantia dos direitos sociais e pela ampliação da participação popular na formulação e controle das políticas públicas. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco nesse processo, consolidando diretrizes fundamentais que orientaram a construção do SUS e reafirmando o papel estratégico da participação social na gestão da saúde pública.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada entre 17 e 21 de março de 1986, constitui-se como momento fundamental do Movimento Sanitarista e teve por objetivo contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde descentralizado e único, sendo a primeira a ocorrer com a participação popular e representa um marco na história de elaboração do SUS. O resultado da Conferência foi o consenso no que diz respeito à criação de um sistema único de saúde, separado da previdência, assim como a aprovação de propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município.

Para melhor estruturar as resoluções da 8ª Conferência, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987, dando arcabouço técnico até a chegada da nova Constituição. O relatório final foi enviado à Comissão da Ordem Social e logo após para a Comissão de Sistematização, que foi responsável por elaborar o projeto final da Constituição de 88. Concomitantemente, o movimento sanitário apresentou ao Congresso uma Emenda Popular, que agregava ao

documento mais de 50 mil assinaturas, legitimando toda a consolidação das ideias desde a década de 1970. É o resultado de toda essa história que hoje está presente no texto constitucional que democratizou o acesso à saúde no Brasil.

A criação do SUS, portanto, não foi um processo isolado, mas resultado de anos de mobilização social e debates técnicos que antecederam a Constituição de 1988. Nesse contexto, a participação da sociedade civil foi um elemento crucial, pois rompeu com o modelo tecnocrático anterior e garantiu que as demandas populares estivessem no centro das discussões sobre a reforma sanitária. Além disso, a influência da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da CNRS demonstrou a importância da articulação entre diferentes setores, incluindo profissionais da saúde, acadêmicos e movimentos sociais, que pressionaram por um modelo de saúde baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Essas diretrizes foram fundamentais para estruturar o SUS como um sistema público e gratuito, consolidando-o como uma das maiores políticas de saúde pública do mundo.

2.1 Princípios, Diretrizes e Financiamento do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, é entendido como um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários: universalidade, equidade, integralidade, e uma forma de organização e operacionalização. Para implantação do SUS foi necessário a criação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 que “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.” E a lei 8.142/1990 ditando que o SUS deve ofertar à população o direito de participar na formulação da política.

Os anos de 1990 e 1991 representaram o período de implantação do SUS, para orientar esse momento, o Ministério da Saúde criou as Normas Operacionais (NOBS). A NOBS orientou o Ministério nos trâmites legais de transferência de responsabilidade político-financeira, já a de 1993, guiou a descentralização para os municípios, a chamada “Municipalização da Saúde”. O SUS é definido como um sistema, pois significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades que promovem, protegem e restauram a saúde.

Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS possui como objetivos explicitados na lei 8.080/90: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

No que tange ao orçamento, o financiamento do SUS é caracterizado como tripartite, ou seja, realizado pelas três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Definindo no artigo 5º que “a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.”

O artigo 6º dita que “Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.” E o art.7º define que os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos. Esses dispositivos refletem os compromissos estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, que regulamentou os gastos mínimos em saúde nas três esferas de governo – União, estados e municípios – com o objetivo de assegurar o financiamento adequado do Sistema Único de Saúde (SUS).

Já a Emenda Constitucional nº 29, aprovada em 2000, foi um marco no financiamento da saúde pública no Brasil, tratando de uma base de recursos mínima e estável para o funcionamento do SUS, no intuito de reduzir a vulnerabilidade do setor às variações econômicas e políticas. Ela também estabeleceu critérios para definir o que pode ser considerado gasto em saúde, limitando o uso dos recursos a ações e serviços que atendam diretamente às necessidades de saúde da população, como promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

No tocante à regionalização e hierarquização, essas correspondem às ações de saúde de acordo com os níveis de complexidade, onde a porta de entrada para acesso à saúde é a atenção primária, e havendo necessidade de atendimentos especializados, os usuários são referenciados para atendimentos de alta complexidade. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (1990) evidencia que:

Regionalização e hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis de população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de problemas). (BRASIL, 1990, p. 5).

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, representou a normatização sobre o financiamento da saúde pública no Brasil, uma vez que buscou estabelecer uma base de recursos mínimos a serem direcionados para o funcionamento do SUS. Esse marco legal visou mitigar as oscilações econômicas e políticas, tentando instaurar uma maior previsibilidade e segurança para o planejamento e execução das políticas de saúde. Ademais, ao definir critérios rigorosos para a aplicação dos recursos, buscou indicar uma gestão mais eficiente e transparente.

No contexto da regionalização e hierarquização dos serviços, destaca-se a organização da rede assistencial conforme os diferentes níveis de complexidade, assegurando que o acesso inicial se dê pela atenção primária, com encaminhamento para serviços de maior complexidade quando necessário. Esse modelo não apenas promove a integralidade do cuidado, mas também otimiza o uso dos recursos e amplia a resolubilidade do sistema. Contudo, desafios persistem, especialmente no que tange à equidade no acesso e à capacidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção. A heterogeneidade regional, as desigualdades socioeconômicas e as limitações infraestruturais ainda configuram barreiras significativas. Dessa forma, torna-se fundamental o aprimoramento contínuo das políticas de saúde, com foco na integração das redes de atenção, na valorização da atenção básica e na alocação eficiente dos recursos.

2.2 Política de Atenção à Urgência e Emergência do SUS

Segundo o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), a emergência significa a “ação terapêutica imediata visando

sanar necessidades humanas básicas que acometem funções vitais da vida”, ao passo que a urgência se caracteriza por “imediata ação terapêutica que visa à recuperação do paciente que com um comprometimento agudo de suas necessidades humanas básicas, mas que não proporcionem risco de morte iminente.” (BRASIL, 2013).

Essas definições refletem a importância da organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS, cujo objetivo principal é garantir acesso oportuno e resolutivo a pacientes em situações de risco. A RUE é composta por diferentes componentes, que incluem desde a atenção primária à saúde, para a prevenção e manejo inicial de agravos, até a atenção especializada e hospitalar, voltada para o atendimento de casos mais graves e complexos.

Conforme Chioro et al (2022, p. 761):

No Brasil, a atenção às urgências apresenta -se como pauta prioritária, dada a magnitude dos problemas e a necessidade de intervenção para melhoria no atendimento. O histórico da política de atenção às emergências no SUS foi subdividido por O’Dwyer et al em três estágios: regulação inicial, implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Em 2011, o Ministério da Saúde propôs a política de construção de redes temáticas, sendo que, entre estas, regulamentou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída por meio da Portaria nº 1.863/GM, em 29 de setembro de 2003, que rege a implantação dos serviços de atendimento móvel de urgências nos municípios brasileiros e da Portaria nº 2.972/GM, de 9 de dezembro de 2008, que orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde. A criação da Política de Atenção à Urgência levou em consideração o quadro de morbimortalidade em todas as urgências relacionadas a trauma e violência e a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências.

Além disso, a efetividade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) depende não apenas da ampliação da infraestrutura, mas também da qualificação dos profissionais e da articulação entre os diferentes níveis de atenção. A sobrecarga nos serviços de urgência, frequentemente resultante da insuficiência de atenção primária resolutiva, demonstra a necessidade de fortalecimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada qualificada ao sistema. Outro desafio relevante é a desigualdade regional no acesso a serviços de urgência, especialmente

em áreas remotas, onde a oferta de atendimento especializado e transporte adequado ainda é limitada. Dessa forma, o aprimoramento da RUE exige investimentos contínuos, estratégias de gestão eficientes e a integração entre os diversos componentes do SUS, garantindo atendimento ágil e de qualidade à população em situações críticas.

A portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando o conceito da saúde como direito social e de cidadania e como resultante das condições de vida da população, 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, nos termos do que dispõe o artigo 196 da Constituição Federal. (BRASIL, 2011).

No que concerne ao desenvolvimento da política de urgências, o Ministério da Saúde dispõe que a Rede de Atenção às Urgências, que tem por finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, as Unidades Pronto Atendimento (UPAs) são definidas desde a portaria 2.922/2008 como “estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências” e integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS) desde sua criação em 2010. Atualmente, as UPAs funcionam em conformidade com a Portaria nº 10/GM/MS de 03 de janeiro de 2017, que redefiniu as diretrizes de modelo assistencial e financiamento das unidades de saúde e ditam:

I - funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos; II - Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional; III - acolhimento; E IV - classificação de risco. Art. 4º As ações das UPA 24h deverão fazer parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências - RAU, a qual se encontra vinculada, bem como incluídas no Plano de Ação Regional da RAU, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2017).

As Unidades de Pronto Atendimento 24 horas objetivem promover a descentralização dos atendimentos de urgência de menor complexidade, evitando que tais

casos sejam encaminhados para unidades hospitalares, buscando como um dos efeitos a diminuição da superlotação dos prontos-socorros, além de proporcionar aos usuários melhorias no atendimento dos serviços públicos. De acordo com O'dwyer e Mattos (2013), a formulação das políticas de urgência e emergência no Brasil está atrelada à acentuada insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares.

[...] as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) surgem como uma das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências para a melhor organização da assistência, articulação dos serviços; e definição de fluxos e referências resolutivas. Essa estratégia aparece como uma das iniciativas resolutivas para o problema da superlotação em emergências hospitalares (Oliveira et al., 2015, p.239).

O funcionamento contínuo das UPAS garantindo assistência médica 24 horas descentralizou os atendimentos hospitalares e apesar dos inúmeros problemas enfrentados, representa o novo modelo de organização do sistema de saúde no Brasil com atendimentos que prestam apoio intermediário aos hospitais e às Unidades Básicas de Saúde. A resolutividade de casos como: pressão e febre alta, fraturas, cortes, em tempo hábil nas UPAS, permite que os pacientes não precisem esperar pelo funcionamento das UBS, uma vez que essas unidades funcionam apenas durante a semana, ao mesmo tempo que diminuem as filas nos hospitais portas abertas. Já em casos mais graves como: infarto e derrame ou AVC, o rápido diagnóstico e encaminhamento do paciente para hospitais de referência significa maior chance de reversão e cura da enfermidade.

Assim, as UPAs fazem o intermédio entre a média e alta complexidade, possuindo o papel de estabilizar o quadro clínico dos pacientes ou para transferência para hospital de referência ou para alta médica com a resolução dos casos de baixa e média complexidade. A Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011, traz as competências destas unidades: dispor de serviços de acolhimento e classificação de risco, feitos por enfermeiros e técnicos em enfermagem; dispor de assistente social e psicólogo, que direcionam ou atendam às demandas dos pacientes; adotar uma política de classificar os riscos para priorizar o atendimento médico e odontológico nos casos mais graves; fazer uso de sistema informatizado na urgência, registrando assim o atendimento diário; e exercer outras atividades compatíveis com as suas competências ou que lhe forem atribuídas pelo Diretor Geral do respectivo Distrito Sanitário, bem como pelo Diretor de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2011).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) surgiu como primeira proposta de estratégia para implementação da Política de Atenção à Urgência Emergência, posteriormente, surge a ideia das UPAS 24h. Atualmente, ambos os serviços são essenciais no funcionamento dessa política, sendo uma das diretrizes de funcionamento das UPAS funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192. O SAMU faz parte da Rede Assistencial Pré-Hospitalar Móvel de atendimento às urgências.

No que diz respeito ao porte aplicável às UPAS 24 horas, a Portaria N° 104, de 15 de janeiro de 2014, dita que:

Definição do porte aplicável	População da área de abrangência	Área física mínima	Número de atendimentos mínimo em 24 horas	Número mínimo de médicos por plantão	Número mínimo de leitos de observação
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	Média de 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000m ²	Média de 250 pacientes	4 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300m ²	Média de 350 pacientes	6 médicos	15 leitos

Fonte: Portal da Saúde (2014).

O atendimento pré-hospitalar móvel em situações de urgência é caracterizado pela busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica. Este tipo de atendimento evita o agravamento da condição da vítima, minimizando o sofrimento, prevenindo sequelas ou mesmo evitando o óbito, por meio de atendimento e/ou transporte adequado. (Ministério da Saúde, 2024).

Atualmente, a relação entre o SAMU e as UPAS-24h é de colaboração mútua, oferecendo atendimento rápido e eficaz à população em casos de urgência e emergência. O serviço móvel direciona os pacientes graves para as unidades onde há menor lotação, colaborando com o fluxo das instituições e favorecendo o atendimento mais rápido para os pacientes. Também, é através do SAMU, que são realizadas as transferências dos pacientes

para os hospitais de referência, podendo ser acompanhados pelos familiares/acompanhantes, o que facilita para as famílias que não possuem meios de transportes aos locais.

A respeito dos entraves enfrentados pelas UPAS 24h, podemos citar a superlotação, causada pelos problemas de atendimento na atenção básica, casos de enfermidades que poderiam ser resolvidos nos postos de saúde da família, acabam por gerar longas filas nas Unidades 24h, uma vez que o atendimento das UBSs é precário com poucos médicos, longas filas de espera para marcação de exames e péssimas condições estruturais de atendimento. Outra problemática, se encontra na falta de insumos e recursos, o que dificulta o atendimento e realização de exames, se levarmos em conta que os aparelhos para realização de exames, como raio-x ou ultrassonografia e outros procedimentos. Nesse sentido, o sucateamento na infraestrutura dos serviços de saúde se materializa com equipamentos quebrados e as condições precárias de algumas unidades. A alimentação dos pacientes também apresenta problemas, em alguns casos não é possível oferecer alimentação para os acompanhantes.

Outro aspecto relacionado a lotação das Unidades de Pronto Atendimento se dá também, devido a dificuldade na transferência dos pacientes que necessitam de suporte em hospitais de referência. Na teoria, o tempo de passagem de um paciente na UPA deveria ser de apenas 1 dia, porém a realidade é que alguns pacientes chegam a ficar mais de uma semana aguardando vaga. Isso ocorre pelo fato de os hospitais não possuírem leitos suficientes para receber os casos estabilizados pelas UPAS. Assim, o tratamento dos pacientes é dificultado e as instituições não conseguem liberar leitos para novos casos, o que em muitos momentos gera um colapso nas redes de saúde do município ou estado.

Dessa maneira, é notório que as UPAS 24h, estando no intermédio da Atenção Básica e da Alta Complexidade, são afetadas pelos problemas em ambos os espaços, cuja gênese está no subfinanciamento do SUS que estrangula os sistemas, obrigando-os a funcionar com recursos mínimos e sem as devidas condições.

Somado a isso, as condições de trabalho dos profissionais dessas unidades também se dão de forma precária, o que gera descontentamento e sobrecarga, fazendo com que a qualidade dos serviços seja afetada. Alguns profissionais necessitam de 3 a 4 plantões semanais na instituição para ganhar o mínimo suficiente para sua sustentação e da sua família, contando também com outros vínculos empregatícios que geram esgotamento físico nos profissionais de enfermagem, técnicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, administrativos etc.

2.3 Desafios do SUS em tempos de neoliberalismo

Embora tenha ocorrido inegáveis avanços com a implementação do SUS, principalmente, considerando as limitações e restrições estabelecidas pela política de saúde no Brasil antes da Constituição Federal de 1988, seu contexto de implantação colide com as limitações das políticas neoliberais, que no Brasil passaram a vigorar a partir da década de 1990. Desde a segunda metade dos anos 1990 até os dias atuais, observamos a adoção de um projeto político pautado nos ideais neoliberais, que ameaçam de forma efetiva a continuidade da política de saúde de forma democrática. Isso decorre do fato que para o neoliberalismo, o Estado deve atuar apenas como regulador do mercado, retirando do governo a obrigação de garantir direitos básicos para a população. Com isso, é possível considerarmos que os avanços contidos na CF 1988, inclusive aqueles relacionados à construção da seguridade social no Brasil, estão desde o momento de sua implantação sob pressão da dinâmica do mercado e de um ajuste fiscal constante.

A década de 1990 trouxe o elemento do ajuste fiscal e restrições às políticas sociais. No contexto econômico de implantação das políticas neoliberais no país, o Brasil enfrentou crises econômicas, inflação e ajustes estruturais impostos por organismos internacionais, como o FMI, além disso, também ocorreu um retrocesso no financiamento social: O ajuste fiscal levou ao subfinanciamento das políticas sociais, comprometendo a implementação plena de programas previstos na Constituição. No âmbito das políticas sociais, passou a existir uma maior ênfase em políticas focais e compensatórias, com uma mudança de uma lógica universalizante para programas focalizados, como o Bolsa Escola e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), em oposição à ideia de proteção social ampla.

A década de 1990 também foi marcada pelo avanço das ideias neoliberais, que influenciaram a condução das políticas públicas no Brasil. O discurso da austeridade fiscal e da necessidade de redução do papel do Estado resultou na privatização de empresas estatais e na ampliação de parcerias público-privadas, impactando setores essenciais, como saúde e assistência social. Nesse contexto, o princípio da seguridade social, previsto na Constituição de 1988, sofreu diversas restrições, dificultando a consolidação de um sistema de proteção social universal. A priorização de programas focalizados em detrimento de políticas estruturais aprofundou as desigualdades sociais, uma vez que as políticas sociais passaram a ser vistas mais como medidas compensatórias do que como direitos garantidos a toda a população.

Na obra “*A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*” (Dardot; Laval, 2016) é apresentada uma profunda análise acerca do neoliberalismo, mostrando que muito além de uma doutrina econômica ou ideologia, representa uma nova racionalidade de mundo, que se constitui como uma estrutura que organiza tanto as ações dos governantes como a própria conduta dos governados. Para os autores, os sujeitos devem encarar de forma natural as regras do jogo neoliberal, adequando-se à realidade em que saúde, previdência, educação e lazer são produtos que os cidadãos possuem a liberdade de escolher, em meio a esse cenário, é necessário naturalizar a convivência com o desemprego e precarização das relações de produção.

Sob essa ótica, o desmonte das políticas de proteção social representa a manifestação da ofensiva neoliberal no Brasil, caracterizada pela flexibilização, precarização e privatização do trabalho, além da responsabilização dos indivíduos por sua pobreza, retirando do Estado a obrigação de intervir diante das expressões da questão social, como é apontado por Dardot e Laval (2016).

[...] esse tipo de política sempre se apoiou na ideia de que, para os mercados funcionarem bem, é necessário reduzir os impostos, diminuir o gasto público (inclusive enquadrando seu crescimento em regras constitucionais), transferir às empresas públicas para o setor privado, restringir a proteção social, privilegiar “soluções individuais” diante dos riscos [...]. (Dardot; Laval, 2016, p. 183).

Ao analisarmos que de acordo com o Art.3 da lei nº8080/ 90 do SUS, “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”, é possível compreender a razão do neoliberalismo figurar como uma ameaça para a política de saúde do Brasil. Ao defender uma anódina intervenção do Estado nas expressões das questões sociais e a mercantilização dos direitos, precariza-se as políticas de proteção social que garantem direitos mínimos à classe trabalhadora. Tudo isso, rebaixa as condições de vida da população, trazendo efeitos sintomáticos no processo saúde-doença.

No que tange a concepção de saúde como processo complexo e determinado por diversos fatores, Paim (2006), cita que:

torna-se imprescindível que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação

integral na sociedade. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis a preços diferenciados, conforme a capacidade de pagamento individual, como consequência, a saúde não deve ser objeto de lucro.

Nesse cenário, a responsabilização do indivíduo pela sua saúde reduz a pressão exercida sobre o sistema público, a uma “perspectiva da governabilidade neoliberal”, ao mesmo tempo em que neutraliza problemas sociais e associa comportamentos saudáveis a valores mercadológicos – mercadorias passíveis de consumo individual (Soares, 2001). Também, o avanço dos interesses privados sob o SUS destaca-se como efeito do avanço do neoliberalismo, em consequência disso, o SUS se estrutura e se sustenta em meio a conjuntura de implementação de constantes contrarreformas que visam atender as necessidades do capital.

Correia (2022), no artigo *A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública*, argumenta que a contrarreforma do Estado brasileiro foi coordenada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), no governo de Fernando Henrique Cardoso, e incorporou por completo a agenda do Banco Mundial para a saúde, segundo a qual o Estado, como regulador, deveria focar apenas no financiamento e na gestão, ao invés de disponibilizar os serviços diretamente.

Essa reestruturação, alinhada aos princípios neoliberais, teve impactos profundos no Sistema Único de Saúde (SUS), fragilizando sua capacidade de garantir o direito universal à saúde, previsto na Constituição de 1988. A adoção dessas políticas resultou em um cenário de subfinanciamento crônico, precarização dos serviços públicos e aumento da dependência do setor privado, o que ampliou as desigualdades no acesso à saúde no Brasil. Correia (2022) argumenta que essa agenda foi parte de uma estratégia mais ampla de desmonte do Estado de bem-estar social, em favor de uma lógica de mercado que prioriza a rentabilidade em detrimento das necessidades da população.

Além disso, Correia (2022) ressalta que a contrarreforma do Estado brasileiro, ao seguir as diretrizes do Banco Mundial, contribuiu para a fragmentação e a desarticulação das políticas públicas de saúde, enfraquecendo a capacidade de planejamento e execução de ações integradas. Essa abordagem, centrada na eficiência econômica e na redução de custos, desconsiderou as especificidades e os desafios do sistema de saúde brasileiro, que precisa lidar com uma população diversa e com demandas complexas.

Nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff ocorreu a continuidade da implementação dos modelos privatizantes, ainda que sem a intensidade de

outros governos. Em 2007, foi proposta a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, pelo Projeto de Lei Complementar nº 92. Já em 2011, foi sancionada a Lei nº 12.550, que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma Empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Em ambos os governos, foram aprovadas leis e sanções que colaboraram com o processo de repasse dos recursos públicos para o setor privado.

Correia (2022), segue pontuando que:

A expansão do setor privado no livre mercado com apoio do Estado tem promovido o subfinanciamento do SUS, pois os recursos de deduções e subsídios fiscais ao setor privado poderiam compor o fundo público da saúde. Esse apoio tem se dado no financiamento de planos privados de saúde para os servidores públicos e empregados estatais, dos subsídios e isenções fiscais às empresas, e pela isenção fiscal de pessoas físicas, ao permitir o desconto integral dos gastos com saúde no imposto de renda. Além dessas vantagens concedidas, identifica-se a isenção de impostos a grandes hospitais privados, como SírioLibanês e Albert Einstein, e a emissão de certificação filantrópica às entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, como também a renúncia de arrecadação fiscal da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos. Todas essas renúncias fiscais produzem uma soma significativa de recursos que poderiam compor o financiamento da saúde pública, em vez de alimentarem a expansão do mercado privado da saúde. (CORREIA, 2022, p. 77-78).

Ao analisarmos sob a ótica do funcionamento diário do SUS, é possível perceber como o desfinanciamento afeta a política de saúde, haja vista que com a precarização do trabalho e dos atendimentos, as filas aumentam; os recursos ficam mais escassos; os profissionais mais explorados e os atendimentos com menos qualidade.

A expansão do setor privado no livre mercado, com o apoio do Estado, não apenas desloca recursos que poderiam fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), como também amplia as desigualdades no acesso à saúde, privilegiando uma lógica mercantil. As renúncias fiscais e os subsídios concedidos ao setor privado, como a isenção de impostos para grandes hospitais e a certificação filantrópica para entidades que operam planos de saúde, representam uma grave questão: enquanto o SUS enfrenta subfinanciamento crônico, o Estado direciona recursos significativos para as classes mais abastadas.

3. NEOLIBERALISMO E SUA RELAÇÃO COM A POLÍTICA DE SAÚDE

Ao abordar sobre o neoliberalismo e suas implicações na política de saúde do Brasil, é necessário compreendermos do que esta ideologia trata, quais são seus fundamentos e efeitos na sociedade

. Para tanto, é necessário retomar um pouco do que foi o liberalismo, seus principais defensores e entender como ocorreu sua propagação pelo mundo. Ao retomar os autores Dardot e Laval na obra *“A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal”* de 2016, percebe-se que, a naturalização dos princípios neoliberais pela sociedade ocorre quando as práticas de mercado são vistas como únicas e inevitáveis, como se fossem leis naturais e não escolhas políticas. Essa aceitação acrítica reforça a ideia de que a competição e o individualismo são inerentes à condição humana, obscurecendo os impactos sociais negativos, como a precarização do trabalho, o crescimento da desigualdade social, a concentração de riqueza e a erosão dos direitos sociais. Em consequência disso, o neoliberalismo não só molda as estruturas econômicas, como também influencia a subjetividade dos seres, fazendo com que valores como a meritocracia e o consumo sejam vistos como normais e desejáveis, mesmo quando perpetuam injustiças e exclusões.

3. 1 Neoliberalismo: fundamentos e expressões pelo do mundo

Friedrich Hayek, economista austríaco e um dos fundadores da escola austríaca de economia, foi um dos principais pensadores do neoliberalismo. Idealizador da Sociedade de Mont Pèlerin, criada em 1947, na Suíça, Hayek juntava-se com outros autores como: Milton Friedman, Karl Popper, Lionel Robbins, Ludwig Von Mises, Walter Eupken, Walter Lipman, Michael Polanyi, Salvador de Madariaga, entre outros que compartilhavam da sua orientação ideológica, em um grupo foi definido por (Anderson, 2008) como “opositores do Estado de Bem-Estar e do New Deal norte-americano, em uma espécie de franco-maçonomia neoliberal, altamente dedicada e organizada”. O grupo se reunia a cada dois anos e tinha como objetivo combater o keynesianismo e formas de solidarismo, preparando outra forma de capitalismo: mais rígida e livre de regras.

Anderson (2008, p. 9), define a criação do neoliberalismo como “uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar.” (p.9). O autor

continua a explanação, definindo que “O Caminho da Servidão”, de Friedrich Hayek, escrito em 1944, seria o texto original da ideologia, e define a obra como “um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciada como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política.

Hayek defendia o liberalismo ortodoxo e o Estado mínimo, para ele a intervenção estatal deveria ocorrer apenas mediante situações nas quais o indivíduo não pudesse se salvar e definiu o conceito de justiça social como um “conceito sem sentido”. Friedman, segundo grande nome defensor do neoliberalismo, por seu turno, também fez a defesa do Estado mínimo e se contrapôs à democracia, afirmando que “mercado e Estado são princípios de organização social antagônicos e irreconciliáveis” (Sousa, 2006, p. 129).

O grupo Mont Pèlerin argumentava que o novo igualitarismo promovido pelo Estado de bem-estar, destruía a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos. Eles argumentavam que a desigualdade era um valor positivo, ou até mesmo, imprescindível para as sociedades ocidentais, na medida em que associavam os princípios da igualdade como algo prejudicial à concorrência e a uma indevida intervenção do Estado, que interferia na liberdade individual.

Foi a partir do esgotamento do modelo econômico do pós-guerra, baseado no binômio fordismo/keynesianismo e materializada numa crise longa e profunda, com a recessão nos anos 1970, somada às baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação, que as ideias neoliberais passaram a ganhar espaço. Conforme argumenta Anderson (2008), segundo Hayek e seus companheiros neoliberais as raízes da crise encontravam-se:

[...] no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira mais geral, do movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais. (Anderson, 2008, p 10).

Para enfrentar a crise, foi então utilizado o conjunto de ideias estabelecidas pelos neoliberais: manter um Estado forte, reprimindo organizações sindicais, diminuindo os gastos sociais e a intervenção estatal na economia, liberar o comércio internacional, ampliar os processos de privatização, elevar taxas de juros, conter gastos sociais e estimular a diminuição das taxas de emprego, entre outras medidas. Seria preciso uma restrição dos gastos do Estado com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, em outras palavras, a criação de um exército de reserva de trabalho. Além disso, as reformas fiscais eram citadas como imprescindíveis, pois incentivavam os agentes econômicos.

A fim de analisar a fundo essa temática, Teixeira (1996), traz a luz que apesar de existirem diferenças entre o liberalismo clássico e o neoliberalismo, é essencial retomar os fundamentos clássicos da teoria liberal com base na ciência política moderna e na economia política clássica, partindo das ideias centrais, princípios teóricos e programas de ação, a fim de aprendermos como as diretrizes do liberalismo clássico fornecem subsídios para a teoria neoliberal. De acordo com o autor, o liberalismo é uma teoria defensora do Estado constitucional, aquele que tem como função a instituição de Estado jurídico, preservando a liberdade dos indivíduos na forma de normas e leis. Ademais, o liberalismo é delimitado por três concepções teóricas básicas: a teoria dos direitos naturais do homem (jusnaturalismo); o constitucionalismo; e a economia política clássica.

No contexto de ascensão da burguesia, o jusnaturalismo parte do princípio de que os direitos naturais nascem junto aos indivíduos e fazem parte da natureza humana, assim, o Estado tem como limite estes referidos direitos, com poder sobre a defesa e a preservação destes diante dos cidadãos. Hobbes e Locke partiram desse ponto de vista quando propuseram suas teorias sobre o Estado moderno. Ambos os autores defenderam a constituição de uma instituição política para organizar a vida em sociedade e formularam a respeito de um “estado de natureza” que impõe a necessidade de uma vida repleta de normas e leis instituídas politicamente.

Para Hobbes, a saída do “estado de natureza” ocorre, pois o ser humano é movido constantemente pelo medo e risco de morte, o que faz com que o povo se reúna e, em conjunto, construa uma instância política que garanta a paz. Ao criar esta instância política, os indivíduos acabam por transferir todos os seus direitos para a figura de um soberano, cabendo-lhes apenas obedecer às leis postas. Locke por sua vez, não se deve violar os direitos naturais, deve-se, sim, reconhecê-los e assegurá-los para garantir a liberdade do seu exercício pelos cidadãos. Dentre estes direitos, o autor aponta como principal o direito de propriedade, haja vista que este é resultante do esforço e trabalho individual. Sendo assim, o direito à propriedade é posto como fundamento da liberdade do homem, não cabendo ao Estado violá-lo.

Já no que diz respeito à teoria econômica clássica, Teixeira (1996) recupera as contribuições teóricas de Adam Smith. Para este autor, a intervenção estatal realizada de forma efetiva e constante cria obstáculos para a riqueza das nações, e apenas a sociedade de livre mercado seria a melhor alternativa para garantir a liberdade de cada indivíduo para agir segundo seus próprios interesses. Para Soares (2019), esse teórico entende que:

as relações sociais são permeadas por relações de troca e venda, imperando uma interdependência entre os indivíduos, e uma coesão social regulada por uma mão invisível que impulsiona os sujeitos à busca incessante por lucro e, conseqüentemente, contribui para o desenvolvimento de um povo ou nação. (Soares, 2019, p.4).

Smith (1996), por sua vez, citava a existência de uma “mão invisível” reguladora das relações sociais, de um mercado que é produto da natureza humana e de uma sociedade de livre mercado. Ele afirmava que a interferência do Estado na economia prejudicaria o desenvolvimento econômico e social. Dessa maneira, a economia deveria funcionar sem qualquer mecanismo de regulação externa, pois na sociedade capitalista “[...] o mercado deverá ser a instância suprema e intrascendível da vida humana” (Id., 1996, p. 209).

Para Soares (2019), o liberalismo foi até o início do século XX, compreendido como princípio do sistema capitalista, entretanto, esta certeza se desfez com a grande crise de 1929, pois surgiu o questionamento acerca das principais teses do liberalismo clássico, uma vez que a completa liberação do mercado havia produzido as contradições que estavam na gênese da crise do final da década de 1920. A principal delas, a tese de que a não intervenção do Estado na economia teria sido superada com a conjuntura da própria realidade, sendo apontadas como saídas para a crise a necessidade de o Estado abandonar sua posição de “vigilância” sobre a economia para se tornar o instrumento de “salvação” do mercado, através da implementação de políticas de incentivo ao processo de acumulação capitalista, bem como de políticas sociais compensatórias. Nesse novo cenário do capitalismo, o Estado se definiu como uma condição necessária ao desenvolvimento econômico (Teixeira, 1996).

Após esse período, a teoria neoliberal ascendeu nos pós-Segunda Guerra Mundial, recuperando alguns dos fundamentos do liberalismo clássico, porém com novos aspectos. Para Teixeira (1996), os teóricos do neoliberalismo defendem que o mercado é um instrumento para o controle do poder político, pois o compreendem como algo natural, como um espaço de realização da liberdade humana, ao mesmo tempo, em que um espaço da liberdade política, indispensável para o processo de (re)produção social.

Conforme Soares (2019), ao seguir esta linha de raciocínio, o neoliberalismo se coloca como uma “teoria autocontraditória”, uma vez que defende ser função do mercado atingir um equilíbrio satisfatório na economia, tendo o Estado como um interventor mínimo, com funções que se resumem à garantia da liberdade dos indivíduos, à proteção da

propriedade, à organização do cumprimento das leis e à imposição da ordem, impulsionando assim um mercado competitivo.

Harvey (2008) aponta que o Estado ao assumir os preceitos do neoliberalismo, assume as seguintes responsabilidades: criar e assegurar uma estrutura político-institucional e administrativa funcional às necessidades essencialmente do mercado; garantir as estruturas de órgãos militares; defender os direitos individuais, principalmente a propriedade privada, considerada um direito natural; e realizar intervenções estatais mínimas no mercado, permitindo a sua reprodução e a acumulação de capital sem maiores obstáculos.

No que diz respeito às experiências precursoras de implementação das diretrizes neoliberais mundialmente, Soares (2019), destaca o golpe de Estado em 1973, no Chile. O autor cita que Pinochet trouxe a defesa do livre mercado somada à ausência de liberdade civil e política, por meio da repressão às organizações dos trabalhadores, além da desregulamentação das relações de trabalho, privatizações, dentre outras medidas, que contribuíram para o processo de concentração de renda.

Soares (2019) segue argumentando que, na Inglaterra, a experiência neoliberal iniciou-se no governo de Thatcher, em 1979. Nesse período, houve a inauguração de um projeto comprometido com as diretrizes neoliberais, caracterizado pela elevação das taxas de juros, redução de impostos sobre grandes rendimentos, aumento do desemprego, cortes de gastos sociais, ataques aos sindicatos, privatizações etc. Apenas um ano depois, em 1980, a experiência neoliberal emergiu nos Estados Unidos através do presidente Reagan, que desenvolveu uma política interna de redução de impostos sobre grandes fortunas, elevação da taxa de juros, forte ofensiva aos sindicatos, incentivo à corrida armamentista, o que, por sua vez, teve como consequência o crescimento do déficit público.

Anderson (2008) nos mostra que as medidas adotadas nestes governos foram, à época, justificadas como necessárias para o enfrentamento da crise da década de 1970. Tudo isso fez com que a derrota dos sindicatos, o arrocho salarial e o aumento do desemprego fossem vistos como “natural” e “necessário” para uma economia de mercado, além de terem sido responsáveis pelo crescimento das desigualdades sociais.

No Brasil, o governo de Fernando Collor de Mello foi responsável pela implementação do neoliberalismo. Das principais ações adotadas, podemos citar: uma política caracterizada pela abertura econômica; ataques ao funcionalismo público; incentivo ao investimento do capital estrangeiro no Brasil; congelamento salarial, privatizações; redução do gasto público com políticas sociais, ampliação do setor privado etc. Tais medidas

permaneceram em algumas ações do governo de Itamar Franco e foram aprofundadas posteriormente com Fernando Henrique Cardoso, já na década de 1990, com a realização de forte ajuste fiscal, aumento da dívida pública, privatização de setores estratégicos para a economia e a venda de empresas estatais.

Conforme argumenta Oliveira:

A experiência neoliberal em nosso país significou a “dilapidação” do Estado brasileiro, acoplada aos traços do autoritarismo, típico da nossa sociedade, que se expressou na repressão ao sindicalismo e às demais formas de luta social, bem como no mandonismo de uma burguesia conservadora e atrasada culturalmente, avessa às camadas populares. Outra particularidade do neoliberalismo no Brasil se referiu ao abandono de parte dos intelectuais que se colocavam como progressistas ao compromisso com as lutas sociais, passando a contribuir com a legitimação do neoliberalismo: FHC é um exemplo da “direitização dessa intelectualidade” (Oliveira, 2008, p. 28).

Analisando a citação de Oliveira, o termo “dilapidação” sugere uma desestruturação deliberada das funções do Estado, particularmente nas áreas sociais e de regulação econômica. Esse processo está associado à privatização de empresas estatais, à flexibilização das leis trabalhistas e à redução dos investimentos públicos, com o argumento de aumentar a eficiência e reduzir o déficit público.

O governo FHC foi marcado por um processo de “reformas” que reconfiguraram o Estado brasileiro, possibilitando a efetivação de um Estado forte no ajuste fiscal, no sentido de favorecer o pleno desenvolvimento do mercado. Devemos apontar que a crítica dos neoliberais, que se centrava no Estado, apontava a “reforma” como “necessária” e “irreversível” para a “adaptação passiva” à dinâmica do capital financeiro no contexto de crise econômica. Por isso, as privatizações eram a principal estratégia para disponibilizar o patrimônio público brasileiro ao capital estrangeiro, sob a justificativa de redução da dívida externa e interna; obtenção de produtos com baixo preço para os consumidores; melhoria dos serviços; e alcance de eficiência econômica (Behring; Boschetti, 2011).

Segundo Dardot e Laval o neoliberalismo vem sendo colocado de forma errônea como estritamente uma política econômica que deriva diretamente de uma ideologia. Mas longe de se limitar a uma certa naturalidade de mercado, o neoliberalismo é um sistema normativo, dotado de eficiência, isto é, “capaz de orientar a prática efetiva dos governos, das empresas e, para além deles, de milhões de pessoas que não têm necessariamente consciência disso.” (Dardot; Laval, 2016, p. 15).

Essa perspectiva do neoliberalismo, ajuda a entender como as reformas implementadas no governo FHC não se restringiram a mudanças econômicas, mas também redefiniram as relações sociais e a própria subjetividade dos indivíduos. Ao promover a ideia de que o mercado é o mecanismo mais eficiente para alocar recursos e solucionar problemas, o neoliberalismo naturalizou a lógica da competição e do individualismo, transformando cidadãos em consumidores e direitos sociais em serviços passíveis de mercantilização. No caso da saúde, por exemplo, essa lógica se materializou na expansão do setor privado e na precarização do SUS, reforçando a ideia de que a responsabilidade pelo bem-estar individual deve recair sobre o próprio indivíduo, e não sobre o Estado. Assim, as reformas neoliberais não apenas reconfiguraram o Estado brasileiro, mas também redefiniram os valores e as práticas sociais, consolidando uma cultura política que prioriza o mercado em detrimento dos direitos coletivos.

3.2. Política de saúde em tempos neoliberais: expressões da ideologia nos serviços de saúde

De acordo com Paim (2006), o Estado neoliberal possui como estratégia, encolher-se ao nível mínimo, assim, as atividades relacionadas ao setor social são entregues nas mãos privada, filantrópicas ou voluntárias, para isso, são realizados incessantes apelos de “participação” e “parceria”. Por esse motivo, a reforma de Estado tem sido denominada de neoliberal, como alusão ao Estado liberal clássico do fim do século XIX e da Primeira República, ou República Velha, no início do século XX.

Sob essa ótica, o desmonte das políticas de proteção social representa a manifestação da ofensiva neoliberal no Brasil, caracterizada pela flexibilização, precarização e privatização do trabalho, além da responsabilização dos indivíduos por sua pobreza, retirando do Estado a obrigação de intervir diante das expressões da questão social, como é apontado por Dardot e Laval.

[...] esse tipo de política sempre se apoiou na ideia de que, para os mercados funcionarem bem, é necessário reduzir os impostos, diminuir o gasto público (inclusive enquadrando seu crescimento em regras constitucionais), transferir às empresas públicas para o setor privado, restringir a proteção social, privilegiar “soluções individuais” diante dos riscos [...]. (Dardot; Laval, 2016, p. 183).

Ao analisarmos que de acordo com o Art.3 da lei nº8080/ 90 do SUS, “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”, é possível compreender a razão do neoliberalismo figurar como uma ameaça para a política de saúde do Brasil. Ao defender a pouca, ou nula intervenção do Estado nas questões sociais e a mercantilização dos direitos, precariza-se as políticas de proteção social que garantem direitos mínimos à classe trabalhadora. Tudo isso, rebaixa as condições de vida da população, trazendo efeitos sintomáticos no processo saúde-doença.

Netto (2012), no texto “Crise do capital e consequências societárias”, cita que em momentos de crise as estratégias de restauração do sistema capitalista estão baseadas a redução da intervenção do Estado, que a partir da década de 2000 assume uma perspectiva ultraliberal, que diante das novas exigências do capital buscam remover a regulamentação do Estado sobre o mercado, com base na tríplice: flexibilização, desregulamentação e privatização. Na intenção de superar o ciclo constante de crises do capitalismo, a ideologia ultraliberal parte do princípio de redimensionar a ação reguladora do Estado, cortando gastos flexibilizando as relações trabalhistas, o que obrigatoriamente ataca os direitos sociais, haja vista que, o sistema de seguridade social fica cada vez mais fragilizado, aumentando a informalidade, terceirizações e o exército industrial de reserva.

A lógica neoliberal de mercado transforma a saúde em uma mercadoria, tendo acesso apenas aqueles que possuem capacidade de pagar por ela. A mercantilização da saúde reforça as desigualdades sociais e pode ser definida como uma política nefasta que escolhe em meio ao processo saúde-doença, quem deve sobreviver ou não. Referente a essa temática, Sousa (2017), aponta que:

Os rebatimentos neoliberais na política de saúde são expressos no estímulo a adesão aos planos privados, ao atendimento focalizado e setorializado das demandas sociais, privatização do serviço público, a formação de um sistema público de saúde para nicho populacional que não pode pagar, investindo mais no setor básico da saúde. Entende-se desse modo, que essas orientações neoliberais vão na contramão do que é preconizado pelo Movimento de Reforma Sanitária, o qual preconizava saúde gratuita para todos e com todos os níveis de atenção financiados, dentre outras pautas. (Sousa, 2017, p. 9).

A partir de 2016 até 2022, os governos Temer e Bolsonaro deram continuidade ao processo de mercantilização e precarização da saúde. Em 2016, a Emenda Constitucional (EC) n.º 95 congelou os gastos sociais por vinte anos, redirecionando esses recursos para a dívida pública. Já em 2017, a EC n.º 93 aumentou a desvinculação dos recursos destinados

ao financiamento da Seguridade Social. Em continuidade, o governo Bolsonaro teve inúmeros ministros da saúde ligados ao âmbito privado e que tentaram decretar medidas contra o SUS, porém, devido à movimentação popular, obtiveram grandes êxitos.

Segundo Bravo & Pelaez (2020), podemos identificar as propostas de contrarreformas no governo Temer, em documentos formulados pelo PMDB para o governo: Agenda Brasil (08/2015); Uma ponte para o futuro (10/2015), e Travessia social (04/2016). Para as autoras, no governo Temer, ocorreu a aceleração dos processos de contrarreforma e continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; 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 por meio da Coalizão Saúde (2017).

A gestão do ministro da Saúde Ricardo Barros iniciou com o discurso da necessidade de redução do SUS, afirmando que o país não conseguiria sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e seria preciso repensá-los, pois não haveria capacidade financeira para tanto. Por isso, propõe os Planos de Saúde Populares ou Acessíveis, como um dos pilares da sua gestão. De maneira concisa, essas eram as seguintes propostas para o Plano de Saúde Acessível: a) **Plano Simplificado** – cobertura para atenção primária, restrita a consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade; b) **Plano Ambulatorial** + hospitalar – cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade; c) **Plano em Regime Misto de Pagamento** – oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva; e, quando necessário, atendimento ambulatorial. (ANSS, 2017).

No que diz respeito ao financiamento, a medida de congelamento dos gastos, através da EC 95/2016 causou efeitos drásticos apontados por um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), por meio da Nota Técnica 28, elaborada por Fabiola Vieira e Rodrigo Benevides (2016). O levantamento informa que a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimada em R\$ 654 bilhões de reais, em 20 anos, em um cenário conservador (crescimento do PIB de 2% ao ano). Com estimativa de crescimento maior (3%

ao ano), a estimativa chega a R\$1 trilhão. Ou seja, quanto mais a economia brasileira cresce, maior a perda de recursos para a Saúde. (Bravo; Pelaez, 2020).

O governo Temer também teve como forte característica, a articulação efetiva com o setor empresarial de saúde. No documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, em 2017, divulga a intenção de construir um novo sistema de saúde para o Brasil, defendendo a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços.

Já o governo Bolsonaro demonstrou, desde a campanha política, pouca preocupação em garantir condições adequadas de oferta de serviços públicos de saúde. O aspecto mais emblemático quanto a isso foi a gestão da política de saúde durante a pandemia. Referindo-se às diretrizes que devem orientar as relações do governo com o setor de saúde suplementar, menciona-se a proposta de utilizar toda força de trabalho da saúde pelo SUS e que todo médico possa atender a qualquer plano de saúde, compartilhando esforços da área pública com o setor privado, como forma de garantir acesso e evitar a judicialização. (PSL, 2018).

Além disso, Bravo & Pelaez (2020), citam a proposta do PSL para descentralizar a concentração de médicos no país e ter mais atendimento no interior, onde são ressaltados trechos do programa de governo que apontam para a criação da carreira de Médico do Estado para atender às áreas remotas e carentes do Brasil. Já os agentes comunitários de saúde serão treinados para ser técnicos de saúde preventiva e atuar no controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

Ao tratar da Política de Saúde Mental, o governo Bolsonaro divulgou a Nota Técnica n.º 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. O documento traz em seu conteúdo alguns absurdos, como: reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”; liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Foi durante o governo, que pouco se aprofundou nas propostas para a Política de Saúde, que o Brasil vivenciou a crise sanitária da Covid-19, e assim, infelizmente, o povo brasileiro pode sentir o dilacerante impacto da falta de políticas públicas de proteção à saúde. Consoante a linha do tempo da Covid-19, feita pela Agência Brasil (2020), o primeiro caso da doença no país foi identificado no dia 26 de fevereiro de 2020. Em menos de um mês, no dia 20 de março, foi publicada pelo Ministério da Saúde a portaria que confirmava

transmissão comunitária em todo território nacional. Concomitante a rápida proliferação do vírus no Brasil, vivenciamos um cenário de (des)governo, que com fortes traços conservadores e ultraliberais, buscava minimizar a doença e não entregava respostas a população em relação à crise, sanitária, econômica, social e humanitária que o país se aproximava.

De acordo com reportagem do portal Uol (2020) de notícias, durante o período mais grave da pandemia, o Brasil teve quatro Ministros da Saúde, fato que se atribui às medidas irresponsáveis de caráter negacionista, considerando que o ex-presidente Bolsonaro não seguia os protocolos da OMS. Luis Henrique Mandetta esteve no comando do ministério de janeiro de 2019 a abril de 2020, sua saída do cargo se deu devido discordâncias com Jair Bolsonaro, uma vez que Mandetta era a favor das medidas de isolamento social e em seus pronunciamentos, expressava sobre a população seguir as recomendações da OMS.

O sucessor de Mandetta, Nelson Teich, passou pelo órgão no curto período de 16 de abril a 15 de maio de 2020, e essa breve passagem pode ser explicada novamente, pelas discordâncias com o Presidente da República, tendo em vista que o mesmo buscava alguém que servisse de mero fantoche e realizasse apenas as vontades do governo, mudando os protocolos de tratamento da Covid e incentivando a população a medicar-se com remédios cientificamente comprovados como ineficientes para o tratamento da doença (UOL, 2020).

Em sequência, chega ao ministério Eduardo Pazuello, general da ativa do exército, que assume em 15 de maio de 2020 e permanece no cargo até 15 de março de 2021. Nesse espaço de tempo, foi lançado o protocolo de tratamento recomendando o uso da cloroquina, algo que já havia sido negado pelo ministro anterior, Nelson Teich, médico oncologista. Após a saída de Pazuello, Marcelo Queiroga, médico cardiologista, assume e permanece até 31 de dezembro de 2022 (UOL, 2020).

Além da troca de ministros, o lento avanço da vacinação no país representou outra medida genocida da gestão de Bolsonaro durante a pandemia. De acordo com matéria publicada pela Folha de São Paulo no dia 7 de junho de 2021, o governo recusou 70 milhões de doses de vacinas da farmacêutica Pfizer, pela metade do preço pago por outros países, em 2020. Durante a CPI da COVID, documentos divulgados pelo senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP), mostram que a gestão deixou de responder 53 e-mails da Pfizer enviados para pedir um posicionamento sobre a compra dos imunizantes (Estado de Minas Política, 2022).

Foi em meio a todo esse cenário, no centro da contradição capital e trabalho, que a saúde dos profissionais ficou submetida aos modos em que o trabalho vem sendo regido no

capitalismo, sendo assim responsável pelo adoecimento e profunda exploração da força de trabalho. Sobrecarga da jornada de trabalho, novas demandas, requisições que não pertencem ao escopo de atribuições dos assistentes sociais, (des)governo descredibilizando da OMS e a ciência, somados ao medo da contaminação e incerteza em relação ao futuro, foram alguns dos principais fatores que contribuíram para o adoecimento, principalmente psíquico da classe trabalhadora de Assistentes Sociais na pandemia. Tudo isso em um cenário onde os assistentes sociais precisaram dar respostas assertivas a população usuária também já fragilizada pela crise sanitária, política, econômica e social que assolava o país.

A pandemia pode ser compreendida como uma representação do caráter destrutivo do capitalismo, que não enxerga limites para alcançar seu objetivo: o lucro, mesmo que para isso ocorra a degradação do planeta e de diversas espécies, dentre elas o ser humano, parte fundamental para reprodução do capital. Assim como é apontado por Antunes: Entre outras consequências devastadoras para a humanidade, podemos citar o desemprego monumental, a destruição ambiental, a “mercadorização” da vida e o incentivo diário a novas guerras e conflitos armados. Isso tudo nos trouxe a um quadro pandêmico que amplifica ainda mais o sentido letal do sistema de capital. (ANTUNES, 2020, p. 15).

No âmbito profissional, os assistentes sociais inseridos na política de saúde tiveram que lidar com a precarização do trabalho e deslegitimação de seus direitos, tendo em vista que em diversos momentos receberam requisições que não competem a profissão, além da insegurança demonstrada pelos entrevistados em relação aos EPIs fornecidos pelas instituições. Nesse sentido, o projeto ético-político e a organização das instituições representativas de serviço social foram fundamentais para legitimar a profissão e nortear o trabalho dos assistentes sociais de forma a responder qualificadamente as imposições complexas impostas pela crise sanitária e as expressões da questão social.

Referente a pandemia da Covid-19, pode-se afirmar que o ex-presidente e seus aliados cooperaram, em alguma medida, para a morte de milhares de brasileiros, com proliferações de notícias falsas que prejudicaram a população, sobretudo, medicamentos cineticamente não comprovados como a cloroquina e ivermectina para o tratamento da Covid-19. Foi diante desse contexto que a pandemia no Brasil adquiriu proporções alarmantes nos casos de mortes diárias pela Covid-19. O cenário era ainda mais sangrento para as camadas socialmente mais vulneráveis. Essa parcela da população foi atingida de forma cruel, considerando o desmonte das Políticas Sociais. De fato, a pandemia não foi um fenômeno apenas biológico, mas essencialmente social. Atingiu de maneira mais severa a

classe trabalhadora, particularmente segmentos de pessoas pretas, pobres, mulheres, indígenas etc.

Vale ressaltar que o sistema capitalista cria e recria constantemente crises cíclicas, as quais coadunam com a crise estrutural de produção e reprodução do capital. É claro que a crise não é algo teleologicamente pensado como um objetivo da burguesia, entretanto, são insuperáveis e necessariamente ocorrem, em razão do próprio metabolismo de acumulação de capital. Desde a década de 1970, o capitalismo está em processo de intensas transformações, do desenvolvimento da chamada reestruturação produtiva e sujeito à lógica das finanças, baseado na ideologia neoliberal, e como apontado por Yazbek et al. (2021, p.9),

[...] seu domínio sobre o capital produtivo traz consequências graves à 'classe que vive do trabalho' com a manutenção de taxas elevadas de desemprego, insegurança e instabilidade nos empregos, crescimento do trabalho informal, redução de salários, precarização das relações de trabalho, incluindo terceirizações e contratos por prazos determinados, entre outros aspectos. (Yazbek et al, 2021, p.9)

Soares, Correia e Santos apontam essa tendência.

Dessa forma, pode-se afirmar que a pandemia da covid-19 no Brasil desvelou ainda mais o projeto profascista do governo Bolsonaro, que contribuiu de forma decisiva para a morte de milhares de brasileiros, sobretudo pretos e pobres. Ao não investir recursos suficientes e de forma racional, ao não articular a política em nível federal, ao apresentar um discurso negacionista e não alinhado com as recomendações da OMS e ao desestruturar tecnicamente o órgão gestor máximo da política de saúde. (Soares; Correia e Santos, 2021, p.123).

Dessarte, durante a pandemia, foi possível observar que a falta de políticas também é uma política. Nesse caso, ao minimizar a gravidade do vírus, atrasar as vacinas, colocar em dúvida a eficácia dos imunizantes e dificultar o acesso ao Auxílio Emergencial, restringiu-se o acesso de uma camada da sociedade a condições mínimas de sobrevivência em um cenário de crise em todos os âmbitos da vida social.

Com isso, é possível considerarmos que os avanços contidos na CF 1988, inclusive aqueles relacionados à construção da seguridade social no Brasil, estão desde o momento de sua implantação sob pressão da dinâmica do mercado e de um ajuste fiscal constante. A década de 1990 trouxe o elemento do ajuste fiscal e restrições às políticas sociais. No contexto econômico, o Brasil atravessou crises econômicas, inflação e ajustes estruturais

impostos pelo FMI. Ademais, ocorreu uma significativa recessão no financiamento social: O ajuste fiscal gerou o subfinanciamento das políticas sociais, comprometendo a instauração completa de ações citadas na Constituição.

Yazbek (2009, p.51), pontua que:

A matriz conservadora e oligárquica, e sua forma de relações sociais atravessadas pelo favor, pelo compadrio e pelo clientelismo, emoldura politicamente a história econômica e social do país, penetrando também na política social brasileira. Do ponto de vista político, as intervenções no campo da política social e, particularmente, na assistência social, vêm se apresentando como espaço propício à ocorrência de práticas assistencialistas e clientelistas, servindo também ao fisiologismo e à formação de redutos eleitorais (Yazbek, 2009, p. 51).

Posto isso, diante da ideologia neoliberal, tornam-se cada vez mais reduzidas as possibilidades de ampliação de direitos, uma vez que prevalece a tríade: privatização, focalização e descentralização. Draibe (1993) afirma que descentralizar, privatizar e focalizar os programas sociais públicos na população ou grupos carentes constituem-se como pilares estruturantes das reformas propostas pelo neoliberalismo. Portanto, a partir dos anos 1990, é este o tripé que irá sustentar as políticas sociais brasileiras.

As alterações realizadas devido a contrarreforma do Estado, de acordo com (Raichelis, 2009) têm inflexionado o cotidiano profissional, com a flexibilização que precariza e intensifica as relações de trabalho, a fragmentação e desmonte das políticas sociais e a privatização dos serviços prestados pelas instituições empregadoras do Serviço Social, somado à queda de investimentos e sucateamento das instituições públicas em detrimento do crescimento e expansão do setor privado. O resultado disso, pode ser visto nos serviços públicos superlotados com condições precárias de trabalho para os profissionais e de atendimento ao público usuário.

O resultado desta política, de acordo com Bravo (2006), são dois projetos em tensão, a autora os denomina como: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980, inscrito na Constituição brasileira de 1988 e tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde; e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990, pautado na política de ajuste neoliberal e que tem como principais tendências, contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção e responsabilidade do poder central e focalização.

Bravo (2006), disserta que a questão do desfinanciamento está articulada à necessidade de contenção de gastos sociais do governo para construir um superávit primário

fundamental a manutenção da política focal de precarização e terceirização dos recursos humanos. Dessa forma, a maior parte do financiamento do SUS é direcionada para promover e manter apenas políticas focalizadas na população mais pobre, e não para legitimar os princípios defendidos constitucionalmente. Em consonância a isso, (Araújo *apud* Behring, 2003) aponta que ao mesmo tempo que o SUS foi um avanço político, na esfera econômica, em decorrência da política neoliberal, encontrou seu grande desafio ao se deparar com um financiamento aquém das necessidades, com cortes expressivos nos investimentos.

Assim, políticas de promoção à saúde acabam por cair no limbo, e as políticas de restauração ocorrem de forma precária, o que deixa a população em situação extremamente vulnerável durante o processo de adoecimento, tendo em vista que a qualidade dos serviços dificulta a identificação do diagnóstico e o tratamento eficaz para restauração da saúde. Tudo isso influencia o crescimento do setor privado, pois aqueles que podem, mesmo com muito esforço, optam por pagar um plano que garanta o mínimo de segurança para suas famílias. Ao analisarmos sob a ótica do funcionamento diário do SUS, é possível perceber como o desfinanciamento afeta a política de saúde, tendo em vista que, com a precarização do trabalho e dos atendimentos, as filas aumentam; os recursos ficam mais escassos; os profissionais mais explorados e os serviços com menos qualidade.

4. SERVIÇO SOCIAL NA UPAS-24H - DESAFIOS E POSSIBILIDADES MEDIANTE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Em 1925, foi criada a primeira escola de Serviço Social na América Latina, pelo médico Alejandro Del Rio, no Chile. Enviado à Bélgica pela Junta Central de Beneficência de Santiago, Del Rio conheceu os centros de formação acadêmica do país e suas inquietações residiam na necessidade de formação de um grupo diversificado de profissionais, com o objetivo de atender ao crescimento da intervenção estatal no campo da assistência social (Castro, 2003). O objetivo da escola era formar profissionais que pudessem trabalhar complementando as funções dos médicos, como explicitado pelo próprio “o assistente social deveria ser um sub técnico incumbido de colaborar diretamente com o médico”. Por mais que o perfil original da profissão, esboçado pela primeira escola chilena, se colocasse sob uma base doutrinária católica, o seu trabalho na prática possuía uma ação bastante limitada, pois, situava-se nos contornos da profissão médica. (Castro, 2003, p. 74).

No que tange a gênese do Serviço Social no Brasil, sob a luz do pensamento de Iamamoto e Carvalho (2011), a profissão desponta no bojo da sociedade capitalista brasileira, na década de 1930, esboçando o controle do Estado interventor com as reivindicações feitas pela classe trabalhadora por condições dignas de trabalho e vida. De acordo com os autores, o processo de acumulação crescia de maneira desenfreada e se manifestava na vida dos indivíduos, o que resultou na expansão da questão social. Os trabalhadores vivenciavam condições precárias, com moradias insalubres, e a ausência do mínimo para sobrevivência: água, luz e esgoto, tudo isso devido à exploração do trabalho com remuneração baixíssima.

A partir da década de 1940, o Serviço Social brasileiro adquiriu sólida influência do Serviço Social norte-americano, que também apresentava forte ligação com o campo da saúde e com um arsenal teórico positivista. A figura de Mary Richmond é destacada como fundamental na contribuição da institucionalização do ensino, e também para a profissionalização do Serviço Social, dando ênfase à abordagem individual. Richmond buscou “inspiração” no trabalho realizado por Florence Nightingale, considerada pioneira na enfermagem, para o desenvolvimento das chamadas “visitadoras domiciliares”, que realizavam um diagnóstico social através do inquérito individual realizado no próprio domicílio.

Nesse período, ocorreu o processo de institucionalização da profissão. À época, os profissionais tinham como responsabilidade a saúde da classe trabalhadora, com atividades e práticas de cunho educativo e de adequação dos indivíduos ao modo de ser da sociedade burguesa, e a intervenção era baseada na doutrina da Igreja Católica. Foi com a influência do funcionalismo e positivismo que ocorreu o desenvolvimento do perfil dos profissionais formados nessa época nas escolas brasileiras, buscando por um “ajustamento” dos indivíduos à sociedade. As ações na área da saúde reproduziam a abordagem individual e curativa.

De acordo com Bravo (2009), devido às novas configurações societárias impostas pelo capitalismo monopolista, durante o processo de expansão no Serviço Social no Brasil (1940), a ação do profissional no campo da saúde aumenta e transforma-se no setor que mais absorve assistentes sociais. A autora explica que, além das mudanças de conjuntura do período, isso se deu em função do conceito desenvolvido em 1948, que tratava a respeito dos aspectos biopsicossociais e requisitava a atuação de outros profissionais na saúde.

É importante destacar que, nesse contexto, o Serviço Social na saúde estava fortemente marcado por uma perspectiva conservadora, que priorizava a adaptação dos indivíduos às condições sociais impostas pelo capitalismo, em vez de questionar as estruturas que perpetuavam as desigualdades. A atuação dos assistentes sociais era voltada para a educação sanitária e a moralização dos hábitos da classe trabalhadora, reforçando a ideia de que os problemas de saúde eram resultado de comportamentos individuais, e não de condições sociais e econômicas precárias. Essa abordagem, alinhada aos interesses da elite e do Estado, contribuiu para a manutenção do status quo, ao mesmo tempo em que legitimava a intervenção profissional como uma forma de controle social.

Segundo Castro e Andrade (2014), por mais duas décadas, o trabalho do assistente social se deu dessa forma, até que surgiram os questionamentos envolvendo o projeto de profissão que deveria ser seguido e iniciam as tentativas de mudança nas bases de intervenção do Serviço Social. Foi em consonância com o Movimento de Reforma Sanitária do Brasil, em 1980, que o Serviço Social passou por modificações na estruturação da profissão e nas suas bases teóricas. A concretização dessas mudanças ocorreu no Código de Ética profissional de 1993, com a defesa intransigente dos direitos humanos e a favor da equidade e justiça social, apropriando-se da teoria marxiana para compreender a dinâmica das relações sociais de maneira completa.

No que diz respeito à profissão após todos esses processos, Costa (2009) menciona que atualmente o/a assistente social atua na perspectiva da viabilização da garantia dos direitos, das condições que impulsionam a promoção da saúde e o acesso aos serviços, o que se torna matéria-prima do exercício profissional na saúde e implica no fortalecimento da saúde pública. O profissional se insere, atuando na mediação do processo de desvelamento das questões que transpassam a relação saúde-doença. Para compreendermos como se dá esse processo de trabalho na Política de Saúde, mais especificamente, nas Políticas de Atenção à Urgência e Emergência, é necessário tratarmos das Competências e Atribuições; Desafios e possibilidades do espaço sócio-ocupacional e a importância do Projeto Ético-Político na reafirmação da profissão.

4.1 Competências e Atribuições profissionais na Política de Saúde

De acordo com o documento Parâmetros de Atuação do Serviço Social (2010), desenvolvido pelo CFESS, às competências e atribuições dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres presentes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. De acordo com o Código de Ética de 1993, são assegurados como **direitos**:

- a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;

- h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

Já no que se refere aos **deveres** dos profissionais, o artigo 3º estabelece:

- a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

Diante disso, é possível notar a necessidade do perfil do assistente social estar afastado de abordagens tradicionais, funcionalistas e pragmáticas, que de qualquer forma, reforcem práticas conservadoras ou tratem expressões da questão social como problemas de cunho meramente individual. Para intervenção profissional, faz-se necessário que o assistente social possua leitura crítica da realidade e capacidade de identificar as condições materiais de vida, identificando respostas no âmbito do Estado e da sociedade civil. Também, é preciso reconhecer e fortalecer os espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. (CFESS, 2010, p. 35).

No que corresponde à competência, a palavra é um substantivo feminino originado do latim *competere*, que significa aptidão para cumprir alguma tarefa ou função. Sinônimo de conhecimento ou âmbito de jurisdição. Significa, ainda, aptidão, conhecimento ou capacidade em alguma área específica. Ao analisar a Lei de Regulamentação da profissão, que dispõe sobre as atribuições privativas e competências dos assistentes sociais, competência é compreendida como “capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (Iamamoto, In: CFESS, 2012, p. 37).

A Lei de Regulamentação reconhece como competências: implementar, planejar e avaliar políticas sociais. (Guerra et.al., 2016, p. 8) aponta que “competência e habilidade são dois conceitos que estão relacionados”. A habilidade é conseguir pôr em prática as teorias e conceitos que foram adquiridos, enquanto a competência é mais ampla e consiste na articulação entre conhecimentos, atitudes e habilidades.”

Algumas competências gerais são requisitadas pela lei regulamentadora da profissão, pois são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, sendo elas:

apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; • análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; • compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; • identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado. (ABEPSS, 1996).

No seu artigo 4º, como atribuições privativas do assistente social:

elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; • elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; • encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; • orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; • planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; • planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; • prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades; • prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; • planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social; • realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

São essas competências que possibilitam aos profissionais materializar uma análise crítica da realidade, estruturar seu trabalho e construir as competências e atribuições específicas solicitadas no enfrentamento das inúmeras expressões da questão social. A somatória dessas competências permite ao profissional examinar, ponderar e dialogar com diversas áreas e profissionais para viabilizar a garantia de direitos à população.

Ao tratarmos das atribuições, os significados etimológicos da palavra dizem que: o conceito de atribuição indica ato ou ação de um sujeito sobre outro no sentido de concessão, outorgamento, faculdade ou mesmo reconhecimento, sendo atribuição o ato de imputar algo a alguém. Como também, é utilizado, ainda, como: competência, prerrogativa, responsabilidade de determinada autoridade. Apesar desses vários significados, Guerra et al. (2016) nos mostra que a bibliografia da profissão, quando aborda a questão das atribuições, não a determina como atribuição profissional e utiliza, indiscriminadamente, os termos atribuição, atribuições profissionais e atribuições profissionais específicas e/ou privativas, nesse caso, sempre reputando à Lei de Regulamentação e poucas vezes ela vem seguida do substantivo profissional.

No artigo 5º, da Lei de Regulamentação da Profissão apresenta como atribuições privativas do Assistente Social:

coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; • planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; • assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social; • realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; • assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; • treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; • dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; • dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; • elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; • coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; • fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais; • dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; • ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Para (Guerra et.al., 2016) “atribuições privativas são as funções que a profissão desempenha no escopo da divisão social e técnica do trabalho, por isso trata-se de algo privativo, e que expressam o perfil de profissional que se encontra no mercado de trabalho, para o qual a formação profissional é central, pois sua função precípua é preparar seus profissionais para o desempenho dessas atribuições privativas.” (p.5). O conceito trata dos conhecimentos necessários para habilitar um profissional da área.

O assistente social necessita de completa clareza das suas atribuições e competências, tanto para estabelecer prioridades de ações e estratégias, como para não aceitar demandas e requisições que não fazem parte do seu escopo de atividades. Esse segundo fato é muito comum, principalmente na área da Política de Saúde, onde a equipe multidisciplinar montada de forma hierárquica impõe demandas que não fazem parte do fluxo da profissão, e quando acatadas, acabam por demandar todo o tempo do profissional, não permitindo seu exercício crítico e atuação nas expressões da questão social que a todo momento surgem nos espaços sócio-ocupacionais.

Ao tratarmos da UPA 24h, algumas das atividades do assistente social neste espaço são: realizar acolhimento, avaliação socioeconômica e os devidos encaminhamentos referentes aos problemas apresentados pelos pacientes. Na realidade, porém, ocorre que, mediante o grande fluxo e rotatividade de usuários, todos esses processos acabam por ficar fragilizados, tendo em vista a alta demanda e necessidade de respostas rápidas para situações de urgência e emergência. O processo de escuta qualificada fica bastante comprometido diante do dia a dia agitado das unidades e a articulação com outros serviços se torna algo delicado por conta do curto tempo de passagem dos pacientes.

A relação do Serviço Social com a equipe multidisciplinar também figura como um desafio na atuação no espaço das UPAS 24h, haja vista que boa parte dos profissionais desconhece as atribuições da profissão, passando por cima do real objetivo da intervenção profissional e interferindo de forma negativa na execução das atividades. Referente a isso, o CFESS nos mostra que:

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. (CFESS, 2010, p. 47).

Nesse contexto, referente à importância no trabalho interdisciplinar, Iamamoto (2002, p. 41) afirma que “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”.

O CFESS cita também que a equipe de saúde, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, tem historicamente requisitado aos assistentes sociais diversas ações que não são atribuições dos mesmos, citando:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. (CFESS, 2010, p. 46-47).

Costa (1998) realizou um estudo com o objetivo de identificar a razão do Serviço Social ser a quarta maior categoria no âmbito do SUS e, mesmo assim, os profissionais reforçarem a existência de imprecisão e desqualificação da profissão nesta área. Para compreender, a autora realizou uma pesquisa nos serviços públicos de saúde de Natal (RN). Costa afirma que “a legitimidade do Serviço Social na saúde se dá pelo avesso, pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde.” Acontece que essa situação não vem sendo encarada pelos profissionais de Serviço Social como trabalho, por isso a imprecisão discursada pelos profissionais. Para a autora, a forma de trabalho do serviço social na saúde só poderá ser alterada com a efetivação do projeto da reforma sanitária, que acarretaria a superação do modelo médico hegemônico.

Para Bravo & Matos (2017) ocorre a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o cerne da questão não se encontra no domínio de teorias relacionadas à área da saúde, mas ao fato de quanto estes profissionais se distanciam, no cotidiano do trabalho, do seu objetivo profissional, que segundo os autores, na área da saúde, passa pela capacidade de entender os aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e posteriormente pela busca de estratégias para o enfrentamento destas expressões da questão social. Assim sendo, Matos (2003), cita a necessidade da formulação de estratégias que busquem criar ou intensificar estratégias que busquem reafirmar o direito social à saúde, com atenção especial à articulação do projeto profissional do serviço social com o da reforma sanitária.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (Bravo; Matos, p. 17. 2017).

Os autores, seguem afirmando a importância dessas atividades parcerias com outras categorias, na tentativa de vencer os diversos empecilhos apresentados no dia a dia dos profissionais.

Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos conquistados pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão. (Bravo; Matos, p. 19. 2017).

Os Assistentes Sociais demonstram resistência às adversidades impostas pela precarização do SUS e do trabalho profissional, ao reafirmar diariamente o compromisso com o projeto ético político pautado na defesa da liberdade, compromisso com a autonomia, equidade e justiça social, assim como, a universalização do acesso aos bens e serviços relativos aos programas sociais, aos direitos sociais.

4.2. Desafios e Possibilidades do trabalho nas Upas: Desvelando a atuação nesse espaço sócio-ocupacional

Conforme exposto até o momento, a sociedade atual vive sob a disputa de dois projetos societários antagônicos, um defende um Estado que objetiva atender as necessidades da população, focado em investimento no âmbito social, e o outro, um Estado mínimo, com redução de direitos e investimentos nas áreas sociais. É no cerne dessa disputa que ocorre o trabalho do assistente social, e como explicitado por Yamamoto “o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes históricos, que fogem ao seu controle e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho.” (CFESS, 2010, p.424).

Nesse sentido, muitas limitações são encontradas no desempenho das ações no espaço sócio-ocupacional das Unidades de Pronto Atendimento, isso ocorre devido a inúmeros fatores, dentre eles: curto tempo de permanência dos pacientes na UPA 24h; desconhecimento por parte da equipe multiprofissional e dos usuários acerca das atribuições do Serviço Social; fragilidade dos vínculos empregatícios; sobrecarga de plantões: mais de um vínculo institucional; péssimas condições estruturais.

A influência neoliberal na saúde provoca o desfinanciamento do SUS e conseqüentemente a precarização do trabalho e dos atendimentos. É nessa contextualidade, que atuam os profissionais de Serviço Social das Unidades de Pronto Atendimento, e os rebatimentos dessa conjuntura no cotidiano profissional podem ser observados no esgotamento mental e físico devido alto número de plantões e vínculos empregatícios em mais de uma instituição, uma vez que o salário da categoria é muito baixo, além da falta de autonomia pois os profissionais não são concursados e dependem de política para manter o emprego, ficando assim limitados em sua atuação.

Netto, reforça essa ideia ao apontar que:

A reestruturação do capital mundializado, que no Brasil intensificou-se nas últimas décadas do século XX, provocou mudanças qualitativas na organização e na gestão da força de trabalho e na relação de classes, interferindo fortemente nos trabalhos profissionais das diversas categorias, suas áreas de intervenção e seus suportes de conhecimento e de implementação, conforme José Paulo Netto (2012).

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. (CFESS, 2010, p. 20-21).

Ademais, o modelo de atenção centrado nas urgências e emergências, com foco na resolução imediata dos casos, muitas vezes negligencia as demandas sociais e de saúde mental dos usuários, dificultando a implementação de um atendimento integral. Nesse contexto, os profissionais de Serviço Social se vêem sobrecarregados, não apenas pelas condições de trabalho precárias, mas também pela necessidade de agir de forma rápida, sem a devida rede de apoio ou continuidade no atendimento. Isso agrava ainda mais a fragilidade

da rede de proteção social, que deveria funcionar de forma integrada e ampliada, atendendo de maneira mais eficaz às necessidades da população.

Postas essas circunstâncias, o CFESS (2010) indica que a Política de Saúde vem enfrentando notáveis dificuldades para sua efetivação, como:

a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. ()

De acordo com Iamamoto (*apud* Correa; Barcellos, 2020, p.13) elementos como autoridade, controle, hierarquização, assim como as políticas de recursos humanos acarretam implicações sobre o processo saúde-doença dos profissionais, causando desgaste e sofrimento. Dessa forma, sabendo-se que o trabalho profissional de Assistentes Sociais possui como objeto de intervenção as expressões da questão social, o dilema do agir profissional acorrentado a formas de organização e de administração que dominam e degradam as condições de trabalho e dificultam a viabilização de direitos, corroboram com o adoecimento físico e psíquico.

A autora segue analisando que as exigências impostas pelos distintos empregadores materializam demandas, estabelecem funções e atribuições, impõe regulamentações específicas a serem empreendidos no âmbito do trabalho coletivo. Além das normas contratuais que condicionam o conteúdo e estabelecem limites e possibilidades às condições de realização da ação profissional (Iamamoto, 2007, p. 218-219). Assim sendo, identifica-se a existência de um campo de tensão que exige rigorosas investigações em relação à percepção do significado das disposições do trabalho alienado do Serviço Social.

As contrarreformas executadas e o desfinanciamento da saúde trazem à tona contradições que, de acordo com o CFESS, buscam não viabilizar o SUS constitucional, o que gera no cotidiano dos serviços questões como: “demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários.” (CFESS, 2010, p. 42). E essas questões se apresentam para o serviço social das UPAS-24h, de forma recorrente, e o dispêndio de tempo na resolução dessas problemáticas acaba por impedir os profissionais de realizar suas verdadeiras atribuições.

Essas questões se apresentam de forma recorrente no Serviço Social das UPAS-24h, unidades que, por sua natureza de atendimento emergencial, já operam sob alta pressão e demandas complexas. O dispêndio de tempo na resolução dessas problemáticas, muitas vezes relacionadas à falta de insumos, à superlotação e à insuficiência de profissionais, acaba por impedir os assistentes sociais de realizarem suas verdadeiras atribuições, como o acompanhamento psicossocial, a garantia de direitos e a articulação de redes de apoio para os usuários.

Tal realidade reflete um cenário mais amplo de desmonte das políticas públicas, em que a lógica da austeridade fiscal e a precarização dos serviços impactam diretamente a população mais vulnerável, que depende exclusivamente do SUS. No caso das UPAS-24h, a atuação do Serviço Social é fundamental para mediar conflitos, orientar usuários e suas famílias, e garantir que as demandas sociais sejam consideradas no processo de cuidado em saúde. No entanto, a falta de investimentos e a sobrecarga de trabalho limitam a capacidade de intervenção desses profissionais, reduzindo sua atuação a tarefas burocráticas e emergenciais, distanciando-se do caráter preventivo e emancipatório que orienta a profissão.

Além disso, a ênfase excessiva no modelo médico-curativo, em detrimento de uma abordagem integral e multidisciplinar, reforça a fragmentação do cuidado e a desvalorização de práticas intersetoriais. Para os assistentes sociais, isso significa um desafio constante de resistência e busca por estratégias que garantam a efetividade de seu trabalho, mesmo em um contexto adverso. A defesa do SUS constitucional, portanto, não se restringe apenas à garantia de recursos financeiros, mas também à valorização dos profissionais e à implementação de políticas que priorizem a saúde como um direito universal e um dever do Estado.

A precarização das condições de trabalho nas UPAS-24h tem efeitos diretos na qualidade do atendimento prestado, ampliando as desigualdades no acesso à saúde. A sobrecarga de trabalho, aliada ao baixo reconhecimento da função do Serviço Social no contexto das urgências e emergências, resulta na subutilização do potencial desses profissionais para promover a integralidade do cuidado. A falta de uma rede de apoio eficaz e de articulação entre os diferentes setores da saúde, como a atenção primária e especializada, dificulta a continuidade do atendimento e a inclusão de outras demandas sociais aos usuários. Referente a esse aspecto, Moreno e Wanderley (2018) citam:

O cotidiano institucional tem como marca uma necessidade da urgência, em especial na área da saúde, ou seja uma necessidade “clínica” que acaba cobrando

ações imediatas, no entanto a instituição também pode ser um espaço possível de transformação da vida cotidiana, quando há apropriação das dimensões profissionais, não só no âmbito da instituição, mas na apreensão crítica da realidade que está para além do poder institucional. (Moreno; Wanderley, 2018, p.11)

Silva (2006), aponta que o processo saúde-doença está ligado a uma concepção ampliada do termo saúde, no qual as condições sociais, econômicas e culturais interferem diretamente na saúde dos indivíduos. Isto significa dizer que a saúde dos sujeitos não é mais vista apenas como patologia, mas resultante de determinantes sociais que implicam na qualidade de vida. Dessa forma, a contribuição profissional no processo saúde-doença surge ao revelar a compreensão acerca dos determinantes sociais de saúde, não limitando-se ao processo curativo, mas sim à integralidade do bem-estar.

De acordo com os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, do CFESS, são postas como não atribuições dos assistentes sociais, as demandas entendidas como meramente administrativas:

marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)³², medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. (CFESS, 2010, p. 46-47).

A atual conjuntura da política de saúde impacta o trabalho do assistente social em diversos aspectos, como aponta o CFESS (2010): nas condições de trabalho, formação profissional, influências teóricas, aumento da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Aumenta-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

E nesse sentido, os assistentes sociais do campo de estágio realizam diariamente a convocação de familiares para notícia de alta, /liberação de vaga e óbito; emissão de declaração de acompanhante, guarda de documentos e pertences deixados na unidade; esclarecimentos sobre a demora no atendimento, sobre como se dá a forma de classificação da gravidade dos casos a serem atendidos, e até mesmo são solicitados para acompanhar

pacientes com menos de 18 anos que estão sem um responsável para serem atendidos na ala pediátrica. É importante salientar que essas demandas não são vedadas ao assistente social mas ao serem requisitadas diariamente, tornam a atuação profissional exclusivamente administrativa, uma vez que não é preciso formação crítica para tais atribuições.

Nesse contexto, a atual fase de expansão do capitalismo, marcada pelos processos de financeirização da economia, reestruturação da produção e transformações no mundo do trabalho, vem sendo responsável pelo desemprego e precarização do trabalho, além dos impactos negativos nas políticas sociais. As mudanças decorrentes do processo de reestruturação econômica e política do capital em resposta à crise estrutural dos anos 1970 e o aprofundamento das políticas neoliberais trazem à tona o processo de ajuste fiscal que reduz recursos do Estado para as políticas sociais e direcionam as verbas de forma a adequar-se aos princípios das reformas em curso.

Antunes (2018) afirma que, na fase denominada por ele como "nova era de precarização estrutural do trabalho", o trabalho regulamentado vem sendo substituído por inúmeras formas de informalidade e trabalho precarizado. É nessa contextualidade que Faermann & Mello (2016) apontam o adoecimento cotidiano dos assistentes sociais, uma vez que a lógica burocrática do trabalho quantitativo em detrimento do qualitativo nos espaços em que atuam gera o adoecimento dos profissionais. Somado a isso, diversos outros aspectos, como: excesso de atividades e de demandas em sua rotina; escassez de recursos materiais e estruturais para desenvolver suas ações; precárias condições de trabalho; falta de materiais diversos e de salas para o atendimento dos usuários, geram desgaste nos assistentes sociais que ficam impossibilitados de realizar um trabalho de qualidade. De acordo com as autoras, isso reverbera no processo saúde-doença desses trabalhadores, ocasionando o aparecimento de doenças e sintomas como: síndrome de burnout, estresse, frustrações, sensação de incapacidade, enxaqueca, infelicidade, esgotamento mental, desmotivação, diabetes e gastrite que estão ligadas, sobretudo, a fatores emocionais.

Ao tratarmos da humanização no atendimento nas UPAS 24h, o CFESS pontua que “o assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão.” (CFESS, 2010, p. 52). Por isso, o entendimento do conceito de humanização, numa perspectiva mais ampliada, faz com que os profissionais possam analisar os determinantes sociais do processo saúde-doença e, junto à população, desenvolvam caminhos e estratégias para a melhoria dos atendimentos.

É devido a necessidade de uma nova cultura de atendimento, que a humanização se torna um desafio, pautar na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS é necessário para a consolidação dessa proposta. Para tanto, faz-se necessário que os trabalhadores da saúde tenham condições dignas de trabalho e salários compatíveis com as suas atribuições, assim como ambientes de trabalho com infraestrutura e insumos suficientes.

A defesa dessa concepção de humanização encontra-se respaldada no projeto ético político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional. Para tanto, o assistente social deve participar na elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, investindo na educação permanente das equipes, com vistas a repensar o modelo de atenção à saúde e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo. (CFESS, 2010, p. 52).

Se na Política de Saúde como um todo, a humanização figura como um desafio, na Política de Atenção às Urgências e Emergências, os obstáculos são ainda maiores, pois existe a necessidade de participação do assistente social na elaboração de protocolos assistenciais, rotinas de trabalho e no processo educativo permanente das equipes, com o objetivo de repensar o modelo de atenção à saúde e avaliar, com continuidade, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. Em contrapartida, o assistente social ocupa nessas instituições a posição do chamado Serviço Social tarefairo, uma vez que o excesso de demandas e urgência de respostas retira dos profissionais o tempo necessário para essas atividades acima referidas.

4.3 Projeto Ético Político e legitimação da profissão

Netto (1999), ao tratar da construção do projeto ético-político do Serviço Social, aponta que, segundo a teoria social crítica, a sociedade não tem objetivos nem finalidades, porém, a mesma teoria sublinha que as ações humanas sempre são orientadas para objetivos, metas e fins. Para Netto, a ação humana "implica sempre um projeto que, em poucas palavras, é uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar, com a invocação dos valores que a legitimam e a escolha dos meios para lográ-la." (Netto, 1999, p. 2). Em sociedades como a que vivemos, os projetos societários são, necessária e simultaneamente, projetos de classe, ainda que reflitam mais ou menos determinações de outra natureza. Na

ordem capitalista, os projetos societários compatíveis com os interesses das classes trabalhadoras e subalternas possuem condições menos favoráveis de enfrentamento aos projetos das classes dominantes.

No que tange aos projetos profissionais, estes representam a autoimagem de uma profissão, pois elegem os valores, objetivos e funções, assim como elaboram os requisitos teóricos, práticos e institucionais para o exercício da profissão. Netto, cita que para a caracterização de projeto profissional:

Infere-se que ele envolve uma série de componentes distintos: uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas etc. São várias, portanto, as dimensões de um projeto profissional, que deve articulá-las coerentemente. (Neto, 1999, p.7).

Teixeira e Braz (2009) situam que desde a década de 1970, o Serviço Social vem construindo um projeto profissional alinhado com os interesses da classe trabalhadora. Os autores apontam o Movimento de Reconceituação, em consonância com a redemocratização do Brasil, a base histórica para o processo de renovação da profissão, onde ocorreu uma ruptura política e ideológica. O ápice desse processo se deu no "Congresso da Virada", no III CBAS, de 1979, em São Paulo, isso devido à mesa de abertura composta por nomes oficiais da ditadura terem sido substituídos por nomes da classe trabalhadora.

Os autores consideram, nesse período, a gênese do projeto ético-político, avançando nos anos 1980 com a elaboração do Código de Ética de 1986, que legitimou o exercício profissional e concretizou o compromisso da profissão com os trabalhadores. Já a consolidação do projeto ocorre na década de 1990, com a produção de conhecimento mais adensada e maior maturidade política organizativa dos profissionais. Essa fase é marcada pelo espraiamento do neoliberalismo que ameaça de forma direta o projeto ético-político profissional e impacta na profissão tanto no âmbito dos usuários como nas condições de trabalho.

Porém, esse processo não é restrito à década de 1990. Teixeira e Braz (2009) mencionam que a ofensiva do capital “articula um conjunto de estratégias que foram desencadeadas a partir dos anos 70 e atendem primordialmente aos imperativos de manutenção das taxas de lucros dos monopólios que, por meio de verdadeiras oligarquias financeiras e econômicas, controlamos rumos do modo de produção capitalista.” (Teixeira; Braz, 2009, p.185).

Dentre essas estratégias, Netto e Braz (2006) mencionam modificações nas formas de produzir riqueza, com avanços tecnológicos que modificam os padrões de acumulação e intensificam ainda mais o processo de centralização do capital. Essas alterações implicaram no enfraquecimento da classe trabalhadora. Como consequência disso, as condições de vida e trabalho decaíram, os salários foram rebaixados e instaurou-se o desemprego estrutural.

Para tanto, a burguesia teve que operar significativas transformações nos aparatos do Estado, que foi progressivamente capturado pelas forças do grande capital internacional, hegemônico pelo capital financeiro. Este conjunto de modificações foram as respostas do capital à sua própria crise. Tais respostas funcionaram “como uma estratégia articulada sobre um tripé: a reestruturação produtiva, a financeirização e a ideologia neoliberal” (Netto; Braz, 2006, p. 214).

Pertinente ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, este possui como base o reconhecimento da liberdade como valor central, compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Dessa forma, o Projeto Profissional se vincula diretamente a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. Afirma-se a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, assim como a presença do pluralismo tanto na sociedade, como no exercício profissional.

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida. (Netto, 1999, p.216).

Ao tratar do projeto de forma mais restrita ao profissional, é reafirmada a necessidade de uma formação que trabalhe a capacidade crítica dos profissionais, fornecendo-lhes o aporte teórico necessário para análise da realidade social dos usuários, seguida de intervenção qualificada para entregar respostas às diversas demandas apresentadas nos espaços sócio-ocupacionais.

Do ponto de vista estritamente profissional, o projeto implica o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do assistente social. Daí a ênfase numa formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social – formação que deve abrir a via à preocupação

com a (auto)formação permanente e estimular uma constante preocupação investigativa. (Netto, 1999, p.16).

Compreendendo a formação e como se constitui o projeto ético-político do serviço social, entende-se que o assistente social precisa estar alinhado a um projeto societário que defende e luta pela emancipação das classes. Considerando as inúmeras interferências da ideologia neoliberal na sociedade atual, a defesa desse projeto se torna cada vez mais fundamental, como pontuam Teixeira e Braz (2009):

[...] o projeto ético-político encontra-se num momento crucial de sua trajetória, que é expressão também da própria trajetória da profissão. E o momento é crucial porque remete à manutenção ou não das bases teóricas, organizativas e ético-políticas do projeto coletivo da profissão que mudou as feições do Serviço Social brasileiro nos últimos 30 anos. (Teixeira; Braz, 2009, p. 198).

A defesa e materialização do projeto profissional é realizada no dia a dia dos assistentes sociais, com uma atuação ética, qualificada e acima de tudo socialmente comprometida. Ao tratarmos especificamente da Política de Atenção à Urgência e Emergência, uma atuação profissional voltada para humanização e encaminhamentos resolutivos, em oposição a todos os entraves postos pela política precarizada e que sofre há anos com ataques, desfinanciamento e desmontes; além do desrespeito com suas atividades e funções; sobrecarga e imposições, representa uma ação profissional compromissada com o projeto ético-político.

Percebe-se assim, que o projeto ético-político do Serviço Social, assim como o da Reforma Sanitária encontram-se em construção até os dias atuais, extremamente afetados pelo neoliberalismo. Diante desse cenário, a reafirmação de ambos os projetos significa não só lutar pela efetivação da saúde pública de qualidade, mas também, em certa medida transcender, o desafio citado por Yamamoto de “desenvolver a capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano” (2000, p. 20-21).

Ao tratarmos da construção diária do projeto profissional, de acordo com Guerra (2011), é no exercício profissional que o assistente social constrói um modo de fazer que lhe é próprio e pelo qual a profissão torna-se reconhecida socialmente. Para a autora:

[...] a instrumentalidade no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico. (Guerra, 2011, p.1).

A instrumentalidade possibilita que os profissionais concretizem sua intencionalidade em respostas profissionais. Guerra (2011) aponta que é por meio desta capacidade, obtida no cotidiano profissional, que os assistentes sociais transformam as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Assim sendo, é possível compreender que a instrumentalidade possui papel fundamental para a concretização dos princípios e valores do projeto ético-político. Os instrumentos profissionais, entrevistas, pareceres, planejamentos, pesquisas, precisam ser realizados para colaborar com a transformação social e iniquidade das desigualdades sociais.

É no cotidiano do espaço sócio-ocupacional no qual está inserido que o assistente social exerce sua instrumentalidade, o local em que imperam as demandas imediatas e conseqüentemente, as respostas imediatas; burocráticas; administrativas. Esse cenário, por vezes, impõe a ausência de mediação ou intervenção profissional sobre as expressões da questão social. Segundo Guerra (2011), a instrumentalidade condiciona os profissionais na definição das finalidades e na escolha dos meios e instrumentos mais adequados ao alcance das mesmas, mesmo que de caráter individual, essas finalidades retratam o aporte cultural do qual a profissão dispõe, tudo isso, orienta as decisões técnicas, teóricas e ético-políticas.

Tais escolhas implicam projetar tanto os resultados e meios de realização quanto as conseqüências. Isso porque, no âmbito profissional, não existem ações pessoais, mas ações públicas e sociais de responsabilidade do indivíduo como profissional e da categoria profissional como um todo. Para tanto, há que se ter conhecimento dos objetos, dos meios/instrumentos e dos resultados possíveis. (Guerra, 2011, p. 13-14).

Dessa forma, é possível notar que, por meio da instrumentalidade, o Serviço Social materializa o projeto ético-político, posicionando-se em defesa dos direitos humanos, das políticas sociais e da universalidade do acesso aos direitos. A atuação crítica do assistente social utiliza os instrumentos profissionais com intencionalidade ética e política, e não apenas técnica. Na Política de Atenção à Urgência e Emergência, desenvolver habilidades para superar o imediatismo imposto pelos serviços significa operar transformações nos objetos, meios e instrumentos para utilizá-los em favor da luta pela justiça social, viabilizando os direitos garantidos por lei aos usuários. A atuação crítica e propositiva,

através da análise dialética da realidade, permite que o assistente social consiga formular estratégias de ação alinhadas com elementos emancipatórios, democráticos e de luta social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa visou contribuir com os estudos referentes ao trabalho do assistente social na Política de Atenção à Urgência e Emergência do SUS. De maneira mais específica, compreender o Sistema Único de Saúde, a influência do neoliberalismo no trabalho profissional e a importância do projeto ético-político na afirmação das competências e atribuições profissionais. O interesse pela temática surgiu a partir da experiência de estágio em uma Unidade de Pronto Atendimento, que possibilitou vivenciar as tensões e os desafios concretos no cotidiano de trabalho do Assistente Social na UPA-24h, no período de um ano. Essa fase permitiu questionamentos e reflexões no que diz respeito aos desafios e possibilidades da atuação do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional.

Assim, o trabalho ficou articulado com o objetivo geral: analisar o trabalho do Assistente Social inserido na Política de Atenção à Urgência e Emergência do SUS, identificando os limites impostos pela lógica neoliberal. Os objetivos específicos foram: entender o desenvolvimento da Política de Atenção à Urgência e Emergência no Brasil; expor em qual medida a precarização do trabalho vem afetando o trabalho dos Assistentes Sociais inseridos na Política de Atenção à Urgência e Emergência; analisar a importância de reafirmação do Projeto Ético-Político.

A atuação do assistente social na Política de Atenção à Urgência e Emergência está voltada para a promoção e prevenção da saúde, passando pela compreensão dos determinantes sociais da saúde, a mediação com a equipe multidisciplinar, e intervenção frente às expressões da questão social que todos os dias atravessam o espaço sócio-ocupacional. Ao analisarmos o conjunto de autores citados na pesquisa, pode-se concluir o consenso no fato de que o assistente social deve intervir nas demandas sociais que demonstram vulnerabilidade dos usuários, utilizando do aporte teórico dialético para análise crítica da realidade e viabilização dos direitos, atuando diretamente nas situações que ameaçam a saúde dos usuários e a continuidade do cuidado.

É importante considerar, diante dos argumentos apresentados ao longo deste trabalho, que no tocante a atuação profissional dos profissionais do Serviço Social nas unidades de urgência e emergência está inserida em uma conjuntura determinada pelas contradições do modo de produção capitalista, intensificadas pela aplicação do receituário neoliberal.

Desde a década de 1990, compreende-se o avanço das políticas neoliberais no Brasil. O aspecto contraditório é que enquanto o país buscava materializar no campo da seguridade social as conquistas obtidas com a Constituição Federal de 1988, em especial a adoção da universalidade na oferta de serviços públicos de saúde, ocorria paralelamente um esforço estatal para constringer o avanço de políticas sociais e possibilitar condições mais adequadas para expansão do mercado na área da saúde.

A adoção de medidas neoliberais têm provocado profundas transformações nas políticas públicas, particularmente no Sistema Único de Saúde, que vem sendo alvo constante de desfinanciamento, privatização e desresponsabilização do Estado. Um exemplo recente, mas longe de ser o único, foi a Emenda Constitucional nº 95/2016 que instituiu o teto de gastos e, mais recentemente, o chamado arcabouço fiscal. Tais ações comprometem de forma significativa a capacidade do SUS de garantir uma saúde pública universal e de qualidade. Dessa forma, essas ações resultam na precarização dos serviços, sobrecarga das unidades de pronto atendimento e na intensificação das expressões da questão social, como a negação do direito à saúde, o aumento da pauperização e a responsabilização individual pelas condições de vida.

Paralelamente, o trabalho dos assistentes sociais também é afetado pela intensificação de uma lógica de caráter produtivista, pela flexibilização das relações laborais, ausência de concursos públicos, ampliação das terceirizações nas unidades de saúde, o rebaixamento de salários e acúmulo de funções. Tais aspectos são severos desafios que comprometem não apenas a qualidade da intervenção profissional, mas também a saúde física e mental desses trabalhadores.

Ademais, há alguns outros desafios impostos para os assistentes sociais cotidianamente: precarização da política; do ambiente de trabalho; dos serviços; desfinanciamento do SUS; má compreensão por parte da equipe multidisciplinar e dos usuários acerca das atribuições profissionais. Além disso, o próprio modo de ser da Política de Atenção à Urgência e Emergência requer respostas imediatas, o que dificulta a intervenção profissional pelo curto espaço de tempo que os usuários passam pelas unidades, e muitas vezes o serviço social encontra-se coberto de demandas administrativas. O dispêndio de tempo na resolução dessas problemáticas acaba por impedir os profissionais de realizar suas verdadeiras atribuições. Diante desse cenário, faz-se necessária a reafirmação diária do Código de Ética Profissional e do projeto ético-político.

É inegável a necessidade do Assistente Social nas UPAs-24h, levando em consideração que as instituições portas-abertas recebem todos os tipos de problemas de saúde, o que torna possível compreender como vai a saúde da população. Nesse sentido, o Serviço Social possui o papel de correlacionar os agravos de saúde com as condições de vida da população, compreendendo os determinantes sociais de saúde e quais direcionamentos podem ser tomados para viabilizar direitos à população.

Antunes (2020, p. 18) define o capitalismo como “sistema letal em relação ao trabalho, à natureza, à ‘liberdade substantiva’ de todos os gêneros, raças, etnias, à plena liberdade sexual, dentre tantas outras dimensões do ser em busca de sua autoemancipação humana e social”. Nessa contextualidade, os assistentes sociais caracterizados como parte da classe trabalhadora enfrentam a precarização do trabalho, sendo tomados pelo desgaste físico e mental ocasionado pela quantidade de plantões que precisam atuar para receber uma quantia suficiente para suprir suas necessidades, uma vez que a profissão não possui piso salarial definido. Tudo isso em uma política precarizada há anos e que sofre inúmeros ataques de ordem neoliberal que buscam privatizar os serviços de saúde.

[...]o momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários. (Iamamoto, 2000, p.13).

Diante disso, a resistência e a luta imperam como requisitos indispensáveis na atuação dos assistentes sociais. O posicionamento junto à classe trabalhadora, com atuação voltada para a viabilização de direitos e emancipação social, ocorre no dia a dia profissional, a cada atendimento e usuário. Cada admissão social precisa ser realizada com olhar crítico e propositivo e não apenas para o cumprimento de protocolo institucional. O reconhecimento das competências e atribuições profissionais, assim como dos valores e ideais do projeto ético-político, oferece aos assistentes sociais os subsídios para a luta pelos direitos dos usuários e dos seus direitos enquanto profissão socialmente reconhecida.

6 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Alyne Nunes. **A política de saúde em tempos de neoliberalismo: desafios da atuação profissional do/da assistente social no âmbito hospitalar**. Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade Federal de Alagoas. 2022.

ANDERSON, Perry. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. (In SADER, Emir & GENTILI, Pablo (org.) Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009. **Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 mai. 2009. p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.072, de 30 de outubro de 2003. **Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out. 2003b. p. 44.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011. **Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto-atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 nov. 2011c. p. 48.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 de maio de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 10/GM/MS, de 03 de janeiro de 2017. **Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento - UPA 24h, como componente da Rede de Atenção às Urgências - RAU, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011a. p. 70.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. **Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011b. p. 70.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 out. 2003a. p. 56.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008. **Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 dez. 2008. p. 66.

BOSCHETTI, Ivanete Salete; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. **O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social.** In: SALVADOR, Evilásio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de. Crise do capital e fundo público. São Paulo: Cortez Editora, 2019. p. 68.

BRAVO, M.I.S. MATOS, M.. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Rio de Janeiro. 2004.

BRAVO, M.I.S; PELAEZ, E.J. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências.** Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Política de saúde no Brasil.** Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, São Paulo: Cortez, v. 3, p. 1-24, 2006.

CASTRO, M. M. **História do Serviço Social na América Latina.** São Paulo: Cortez, 2003.

CASTRO, J.S.O; ANDRADE. L.S. **O Serviço Social e o SUS: Desafios na prática do Assistente Social.** Serv.Soc & Saúde, Campinas, SP v.13, n.1 (17) p. 111-126 jan./jun.2014.

CHIORO, A.; et al. **A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 46, n. 134, p. 761-776, julho/setembro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília, 2010. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais.

CORREA, Khyssela; BARCELLOS, Warllon de Souza. **Transformações no mundo do trabalho e suas incidências sobre a saúde do assistente social em tempos de pandemia.** REINPEC v. 06, n. 2. DOI 10.20951/2446-6778/v6n2a10. 20 dezembro de 2020.

CORREIA, M.V.C. **A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal.** Temporalis, [S. l.], v. 22, n. 43, p. 72–89, 2022.

COSTA, M. D. H. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN).** Recife: UFPE (Dissertação de Mestrado), 1998. (mimeo).

_____. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª. Edição- SP: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

DARDOT, P.; LAVAL, C. A. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DRAIBE, S. M. **As políticas sociais e o neoliberalismo.** Revista USP, n. 17. São Paulo: Ed. da USP, 1993.

FAERMANN, L. A.; DE MELLO, C. C. V. **As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais.** Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 96–113, 2016.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Brasília: CFESS/ABEPSS-UnB, 2011.

HARVEY, D. **O Neoliberalismo: história e implicações.** Tradução de Adail Sobral; Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez. 2000.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social.** 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade.** In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do(a) assistente social. Brasília: Cfess, 2002. In: IAMAMOTO, M. V. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 35ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.

MARTINELLI, M. L. **Serviço social: identidade e alienação.** 7.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MATOS, M. C. **O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90.** In: Revista Serviço Social e Sociedade (74). São Paulo: Cortez, 2003.

MORENO, R.V. WANDERLEY, M.B. **O trabalho do Assistente Social na Política de Saúde: Desvendar de seu exercício profissional.** Espírito Santo. ENPESS, 2018.

MOTTA, Anaís. Portal UOL. **Mandetta, Teich, Pazuello e Queiroga: os 4 ministros da Saúde da pandemia.** Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuello-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm> . Acesso em: Fevereiro. 2025.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica.** São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. **Crise do capital e consequências societárias.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. **O cuidado integral e a atenção às urgências: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências no Estado do Rio de Janeiro.** Saúde Soc. São Paulo, v. 22, n.1, p. 199-210, 2013.

OLIVEIRA, Francisco de Oliveira. **Neoliberalismo à brasileira**. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

SANTOS, Greice; MANCINI, Marina; NEVES, Victória. **Contrarreforma neoliberal e política social: uma análise sobre o serviço social**. Revista Serviço Social em Debate, v. 2, n. 1, 2019, p. 03-18.

SILVA, J. L. L. **O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde**. In: Informe-se em promoção da saúde. vol.2.n. 1. Rio de Janeiro: UFF, 2006.

SMITH, Adam. **A Riqueza das Nações** – Investigação sobre sua natureza e suas causas. Coleção Os economistas. São Paulo: Abril Cultural, 1996.

SOARES, R.B. **Neoliberalismo no mundo: considerações sobre os fundamentos históricos e teóricos** IX Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão. 2019.

SOUSA, F.. Os revestimentos do neoliberalismo na política de saúde: possibilidades e desafios. VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. Maranhão. 2017.

TEIXEIRA, Francisco J. S. **O Neoliberalismo em debate**. In: TEIXEIRA, Francisco José Soares; OLIVEIRA, Manfredo Araújo de (Orgs.). Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1996.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. **O projeto ético-político do serviço social**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS (org.). Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS: ABEPSS, 2009. p. 185-200.

YAZBEK, M. C.; BRAVO, M. I.; SILVA, M.L.O.; MARTINELLI, M.L. **A atual conjuntura e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 5-12, jan./abr. 2021.

YAZBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.