

**UFRRJ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**O SERVIÇO SOCIAL FRENTE AS ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS  
E MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE PÚBLICA: UM RECORTE SOBRE  
A ROTINA PROFISSIONAL NO HOSPITAL MATERNIDADE  
ALEXANDER FLEMING**

**CAMILA OLIVEIRA DE MORAIS**

**2023**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**O SERVIÇO SOCIAL FRENTE AS ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS  
E MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE PÚBLICA: UM RECORTE SOBRE  
A ROTINA PROFISSIONAL NO HOSPITAL MATERNIDADE  
ALEXANDER FLEMING.**

**CAMILA OLIVEIRA DE MORAIS**

*Sob a Orientação da Professora*  
**Fabírcia Vellasquez Paiva**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como parte das exigências para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Seropédica, RJ.  
Julho de 2023

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ms MORAIS, Camila Oliveira de, 1999-  
O SERVIÇO SOCIAL FRENTE AS ARTICULAÇÕES  
INTERSETORIAIS E MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE PÚBLICA:  
UM RECORTE SOBRE A ROTINA PROFISSIONAL NO HOSPITAL  
MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING. / Camila Oliveira de  
MORAIS. - Seropédica, 2023.  
60 f.

Orientadora: Fabricia Vellasquez PAIVA. Trabalho  
de conclusão de curso(Graduação). -- Universidade  
Federal Rural do Rio de Janeiro, Serviço Social , 2023.

1. Serviço Social e Saúde. 2. Intersetorialidade .  
3. Saúde Pública. I. PAIVA, Fabricia Vellasquez, 1981  
, orient. II Universidade Federal Rural do Rio de  
Janeiro. Serviço Social III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL



ATA Nº 3145 / 2023 - CoordCGSS (12.28.01.00.00.00.04)

Nº do Protocolo: 23083.053154/2023-21

Seropédica-RJ, 10 de agosto de 2023.

Camila Oliveira de Moraes

**O SERVIÇO SOCIAL FRENTE ÀS ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS E MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE PÚBLICA: UM RECORTE SOBRE A ROTINA PROFISSIONAL NO HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**, pelo Curso de Graduação em Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Data de aprovação: 21 de julho de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabricia Vellasquez Paiva  
Orientadora - presidenta (DTPE/UFRRJ)

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Simone da Cunha Tourino Barros  
Membro externo (SUPIDOSO/SEDSODH)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Oliveira Frade  
Membro interno (DEDH/UFRRJ)

*(Assinado digitalmente em 11/08/2023 08:30 )*  
CARMEN OLIVEIRA FRADE  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptHOT (12.28.01.00.00.00.10)  
Matricula: 4206731

*(Assinado digitalmente em 11/08/2023 10:44 )*  
FABRICIA VELLASQUEZ PAIVA  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DeptTPE (12.28.01.00.00.00.24)  
Matricula: 1794153

*(Assinado digitalmente em 11/08/2023 10:03 )*  
SIMONE DA CUNHA TOURINO BARROS  
ASSINANTE EXTERNO  
CPF: 044.816.017-01

Visualize o documento original em <https://sipac.ufrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **3145**, ano: **2023**, tipo: **ATA**, data de emissão: **10/08/2023** e o código de verificação: **7c1382a41e**

Dedico esta monografia à minha mãe, Márcia Angélica de Oliveira, professora que confia incansavelmente na educação enquanto único caminho para um mundo melhor e mais justo.

## **AGRADECIMENTOS**

Louvo e agradeço primeiramente a Deus que, em sua infinita bondade e sabedoria, me guiou por cada passo e palavra para a conclusão desta etapa tão importante em minha jornada, pois sei que sem Ele não seria possível alcançar tal conquista.

Aos meus familiares, minha eterna gratidão por todas as vezes que seguraram minha mão nos momentos em que quase fui vencida pelo cansaço ou dificuldades pelo caminho, em especial meus avós Denair Angélica de Oliveira e Olivier de Oliveira que estavam ao meu lado todos os dias.

Sou grata também à minha madrinha Ana Paula, meu tio Luiz, meus primos Vitor e Felipe, e meu padrasto Alexandre que num momento conflituoso prontificou-se em encontrar uma solução sobre a possível perda de parte deste trabalho. Expresso também minha gratidão ao meu parceiro de vida Gabriel Oliveira, que se manteve paciente e me presenteando com toda sua positividade diária nesta caminhada.

Em especial agradeço a minha mãe, a quem dediquei esta monografia, Márcia Angélica de Oliveira, que jamais mediu esforços para me impulsionar, num ato de coragem e resistência, a acreditar na educação como caminho único e de emancipação humana. Profissional e mulher que tenho como grande exemplo para toda vida.

Em memória, agradeço ao meu tio Carlos Eduardo de Oliveira, que certamente estaria orgulhoso e presente durante a escrita deste trabalho, assim como em todos os outros momentos importantes da minha caminhada.

Aos meus amigos, agradeço a todos que de alguma forma se orgulham e felicitam a conclusão desta etapa, em especial Milena Rodrigues Lima que esteve em todos os momentos desta jornada como amiga acadêmica e de vida.

Registro aqui meus sinceros agradecimentos às excelentes profissionais que me orientaram, acompanharam e contribuíram brilhantemente para a produção desta monografia, bem como, para o meu processo de formação e engrandecimento acadêmico: Fabricia Vellasquez Paiva, Simone da Cunha Tourino Barros e Ana Lúcia Badu, assistentes sociais admiráveis e exemplos para toda minha jornada profissional.

Não há paz e desenvolvimento onde a vida é um valor menor, onde a saúde é considerada uma mercadoria que mais terá quem mais puder pagar. Não há justiça social onde a atenção a saúde depende da capacidade e do esforço individual de cada um. Não há futuro para uma sociedade sem bens coletivos sólidos e perenes (CEBES, 2009, p.185).

## **RESUMO**

A presente monografia objetiva apreender a importância do trabalho intersetorial e multidisciplinar do Serviço Social no Hospital Maternidade Alexander Fleming sobre a garantia dos direitos das usuárias, bem como, elucidar possibilidades, limites e desafios postos na contemporaneidade ao processamento deste trabalho. Para realizar esta pesquisa, utilizamos como metodologia as pesquisas bibliográfica e documental, vislumbrando obras que estudaram o conceito de intersectorialidade correlacionado ao setor da saúde pública, destacando, inclusive, a crescente abordagem de tal articulação enquanto objeto de pesquisa. No entanto, frequentemente, tal conceito ainda é discutido de forma limitada à teoria e à gestão neste setor, sendo assim possível inferir como indispensáveis a compreensão e o estudo da intersectorialidade enquanto objeto intrínseco à prática e ao cotidiano do trabalho profissional do Serviço Social na saúde. Ao analisarmos os casos da instituição de saúde em estudo, ficou evidenciado que as usuárias pertencem a um quadro significativo de vulnerabilidade social, enquanto as ações intersectoriais foram articuladas fundamentalmente junto ao Conselho Tutelar, à Vara da Infância e da Juventude e às Clínicas da Família, sendo estas demandadas pelos casos de entrega voluntária, saída à revelia, casos psiquiátricos e de dependência química.

Palavras-chave: saúde pública; Serviço Social; intersectorialidade

## **ABSTRACT**

This monograph aims to apprehend the importance of the intersectoral and multidisciplinary work of the Social Work at the Alexander Fleming Maternity Hospital on the guarantee of the users' rights, as well as to elucidate possibilities, limits and challenges posed in contemporary times to the processing of this work. To carry out this research, we used bibliographical and documentary research as a methodology, envisioning works that studied the concept of intersectionality correlated to the public health sector, highlighting the growing approach of such articulation as a research object. However, this concept is often still discussed in a limited way to theory and management in this sector, thus making it possible to infer that the understanding and study of intersectionality as an intrinsic object to the practice and daily routine of professional work in Social Work in health is essential. When analyzing the cases of the health institution under study, it became evident that the users belong to a group of significant social vulnerability, while the intersectoral actions were fundamentally articulated with the Tutelary Council, the Childhood and Youth Court and the Clinics of Family, the later being demanded by cases of voluntary surrender, self-discharge, psychiatric and chemical dependency cases

Keywords: public health; Social Service; intersectionality



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das usuárias atendidas no HMAF por região de saúde do município do Rio de Janeiro .....	50
Gráfico 2: Distribuição das articulações intersetoriais por instituições .....	51
Gráfico 3: Recorte etário do perfil das usuárias atendidas .....	51
Gráfico 4: Distribuição das usuárias por renda .....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAPS - Agência de desenvolvimento da atenção primária à saúde
AP - Área programática
CAPS - Centro de atenção psicossocial
CBAS- Congresso Brasileiro de Assistentes sociais
CEFSS - Conselho Federal de Serviço Social
CO - Centro Obstétrico
CRAS - Conselho Regional de Assistência social
EPU - Encargos previdenciários da União
FMI - Fundo Monetário Internacional
HMAF – Hospital Maternidade Alexander Fleming
LDO - Lei de diretrizes Orçamentárias
MRS - Movimento de Reforma Sanitária
NAIRR - Núcleo de atenção integral ao recém nato de risco
OMS - Organização Mundial da Saúde
OSCIP - Organização da sociedade civil de interesse público
OSS - Organizações Sociais de Saúde
PAC - Programa de aceleração do crescimento
PPA - Plano plurianual
PPP - Parceiras Público Privada
PT - Partido dos trabalhadores
RENAST - Rede Nacional de atenção integral à saúde do trabalhador
RN - Recém-nascido
SAMU - serviço de atendimento móvel de urgência
STF - Supremo tribunal federal
SUAS - Sistema Único de Assistência social
SUS – Sistema Único de Saúde
UNEO - Unidade neonatal

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. A POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS NA CONTEMPORANEIDADE.....</b>	<b>13</b>
2.1. BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	13
2.2. A POLÍTICA DE SAÚDE E O PERÍODO LULA.....	16
2.3. AS ARTICULAÇÕES POSTAS À SAÚDE PÚBLICA DURANTE O GOVERNO DILMA.....	22
2.4. O REFLEXO DOS GOVERNOS DE MICHEL TEMER E JAIR BOLSONARO PARA A SAÚDE PÚBLICA .....	25
<b>3. AS DIMENSÕES CONSTITUTIVAS DO TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....</b>	<b>33</b>
3.1. A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE E DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE .....	39
<b>4. O SERVIÇO SOCIAL NO HMAF: ANÁLISE INSTITUCIONAL E CASOS SOCIAIS QUE DEMANDAM MÊDIAÇÕES INTERSETORIAIS E MULTIPROFISSIONAIS ....</b>	<b>42</b>
4.1. HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING .....	43
4.2. DEMANDAS E RESPOSTAS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL.....	45
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A trajetória do serviço social na política de saúde pública, desde os seus primórdios, é marcada por conseguintes crises e lutas para que tal política fosse constitucionalmente reconhecida como dever do Estado e direito de todos os indivíduos. A partir de tal contexto, cabe destacar que, em sua gênese, entre o final do XIX e início do século XX, a prática do Serviço Social acontecia sob um viés filantrópico, religioso e assistencialista, visto que, mais especificamente nos anos de 1930, “o Serviço Social é apresentado no Brasil como resposta à questão social que precisaria ser enfrentada pelo Estado, além da Igreja e das frações da classe dominante” (BRAVO, 2013, p.13).

Durante o período histórico e contexto supracitados, a prática profissional do Serviço Social aplicava-se de tal maneira sobre todos os vieses sociais, inclusive, sobre a política de saúde inicialmente marcada por três principais fases: sendo a primeira, uma fase assistencialista antes da década de 1930, quando o Estado não reconhecia a saúde como uma expressão da questão social, bem como, não intervinha sobre este fator. Enquanto na segunda fase, a saúde passa a ser previdenciária, período em que as expressões da questão social eram tratadas como questão de polícia e o direito à saúde era reservado apenas aos indivíduos inseridos no mercado de trabalho formal. E finalmente, em sua terceira fase, é reconhecida a saúde universalista a partir da década de 1980 com marcos fundamentais enquanto política pública, garantidos pelas lutas e debates protagonizados pelo o movimento de reforma sanitária que em 1986, corroborou significativamente para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, configurando evento de grande mobilização da sociedade civil que culminou com a produção de um consistente relatório que serviu de base para a estruturação do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta forma, a partir de diversos desdobramentos, fases e lutas é possível ratificarmos a significativa importância em produzir cada vez mais análises, estudos e pesquisas referentes ao contexto da profissão intrínseco a este setor. Seja sobre a trajetória histórica do Serviço Social frente a questão da saúde pública, bem como, sobre os parâmetros, ferramentas e articulações fundamentais desenvolvidos pela profissão desde a constituição da política de saúde até a contemporaneidade afim de garantir uma atuação ética, humanizada e emancipatória.

Compreende-se como indispensável ao presente estudo abordar enquanto eixo central as dimensões constitutivas do Serviço Social frente aos limites e desafios para a atuação profissional no setor da saúde, enfatizando as potencialidades alcançadas

através da intersetorialidade enquanto ferramenta capaz de viabilizar a democratização do Estado através do acesso ao direito à saúde pública de forma integral e universal ao usuário.

Sendo redigida em três capítulos e pensada a partir de uma aproximação direta com o campo de estágio de Serviço Social no Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF), a temática abordada ao longo do presente estudo delinea-se num período de, aproximadamente, 1 (um) ano de atuação enquanto discente estagiária na instituição supracitada, sendo supervisionada por docentes de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, bem como, pela assistente social chefe do HMAF.

Tal experiência curricular é capaz de desvelar e sugerir reflexões diante da rotina institucional pautada na política de saúde pública, visto que, a atuação descrita encontra-se diretamente correlacionada às mais diversas expressões da questão social, proporcionando assim, enquanto estagiária, observações, análises e questões forjadas de maneira crítica sobre os desdobramentos contemporâneos na política de saúde pública, e as dimensões constitutivas do serviço social fundamentais neste setor.

Ademais, o principal viés metodológico adotado se deu a partir da pesquisa bibliográfica, que vislumbra a “possibilidade de investigar uma vasta quantidade de obras publicadas para entender e conhecer melhor o fenômeno em estudo” (SOUSA; OLIVEIRA; ALVES, 2021, p.68, sendo assim possível construir uma base teórica advinda de outras análises e reflexões já publicadas e fundamentadas anteriormente sobre o Serviço Social e as articulações intersetoriais na política de saúde.

Além disso, a experiência de proximidade com a rotina profissional, bem como, a atuação nos casos sociais aqui analisados através de registros e documentos não manipulados em outra pesquisa anteriormente, possibilita fontes primárias de estudo, ou seja, “dados originais, a partir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados” (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p.6), vislumbrando-se assim a pesquisa documental, aquela que “recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico” (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p.6) ou científico, buscando compreender tal realidade social de maneira indireta por meio da análise de diversos documentos, os quais, na presente monografia, tratam-se de relatórios sociais, diário de campo e do livro de registros produzido durante o ano de 2022 pelo Serviço Social do HMAF.

Assim sendo, para melhor elucidar a temática, o estudo em questão está dividido em três capítulos: iniciando a discussão, no capítulo 1 delinea-se um breve resgate histórico

sobre a instauração da política de saúde no Brasil, bem como, uma compreensão mais detalhada através de diferentes ideologias e períodos políticos frente as questões da saúde pública desde o primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva em 2003 até o mandato de Jair Messias Bolsonaro que é concluído em 2022, com o objetivo de correlacionar a trajetória histórica da saúde pública com o cenário atual, compreendendo assim os determinantes que constituem a política na contemporaneidade, bem como, de quais maneiras os governos mencionados contribuíram sobre tal setor.

Enquanto no segundo capítulo, é vislumbrada a fundamental compreensão sobre as Dimensões Constitutivas do Serviço Social frente a atuação na política de saúde, compreendendo o necessário protagonismo da intersectorialidade para que o Sistema Único de Saúde resista aos limites e desafios postos ao seu pleno funcionamento, que se intensificam desde a sua gênese até os dias atuais.

Por conseguinte, em seu terceiro capítulo, o debate é conduzido para refletir as principais articulações e ferramentas utilizadas para viabilizar o direito à saúde pública diante da rotina proposta no HMAF, contribuindo, concomitantemente, para uma compreensão mais aprofundada sobre as ações que podem ser articuladas a partir de respostas intersectoriais e multiprofissionais às demandas trazidas pelos usuários a esta unidade de saúde pública. Compreendendo assim de forma mais ampla as competências, deveres e direitos do Assistente Social segundo o Código de Ética Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão.

## **2. A POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS NA CONTEMPORANEIDADE.**

### **2.1. Breve resgate histórico sobre a constituição da política de saúde no Brasil.**

Ao iniciar o debate sobre a Política de Saúde no Brasil, a fim de compreendê-la de maneira ampla e coesa, é indispensável que perpassemos brevemente pelo período de sua gênese, bem como, pelos principais marcos desta trajetória até a contemporaneidade, inclusive, para melhor elucidar os desdobramentos atuais sobre

tal política. Sendo assim, neste capítulo será possível observar os avanços, limites, retrocessos e desafios postos pelos diferentes cenários políticos estruturados nos últimos quatro governos do país.

Destarte, sobre a trajetória da política de saúde no Brasil, utilizaremos como ponto de partida o início do período de intervenção do Estado no setor durante o século XX, onde o mesmo assume um papel enquanto mediador de conflitos entre classes sociais com o principal objetivo de manter a ordem social para o capitalismo, que sofria certa ameaça sobre sua produção e reprodução, principalmente, por reivindicações realizadas através de movimentos operários sobre a questão de saúde que, anteriormente à intervenção estatal, ainda era realizada a partir de ações filantrópicas e caritativas.

O cenário supracitado tem suas principais alterações sobre o setor de saúde, principalmente, durante o período industrial em 1930, movimento este que priorizava apenas a dinâmica da acumulação do capital e por isso se deu de maneira assistemática em relação as necessidades básicas da classe trabalhadora, ou seja, total desorganização sobre o crescimento urbano e operário, resultando em condições insustentáveis de higiene, saúde e habitação, fatores que corroboraram para sequenciais reivindicações postas pela principal mão de obra da época, questões estas que, segundo Bravo (2000, p.4) “necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos.”

Assim sendo, visto a necessidade supracitada de manter a ordem social, o Estado passa a intervir sobre os setores de saúde pública e previdenciária com foco em estabelecer condições sanitárias mínimas para o meio urbano e mais escassas ainda para o meio rural, ações que se mantiveram entre o período dos anos 30 até 45, também reconhecidas como movimento campanhista<sup>1</sup> na saúde pública e hospitalocêntrico para a saúde previdenciária, uma vez que, mais especificamente na década de 40, os investimentos na saúde passam a ser concentrados na rede hospitalar adotando-se a concepção de medicina curativa, ou seja, quando a atenção à saúde tem seu foco voltado para a doença e para o indivíduo, desconsiderando

---

<sup>1</sup> “Baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960.” (MATTA E MOROSINI, 2009).

outras causalidades biológicas e coletivas, bem como, ocupando o espaço de ações preventivas.

Após tal período, já nos anos 50, ao nos voltarmos para o contexto político, há em destaque o governo de Juscelino Kubitschek (JK) que manteve o plano desenvolvimentista do mandato anterior de Getúlio Vargas. JK ficou conhecido principalmente por seu plano de governo chamado de “50 anos em 5” e pela abertura do país ao capital estrangeiro, o que para a saúde representou a facilitação de investimentos via indústrias farmacêuticas e equipamento hospitalar a partir das multinacionais.

A expansão do capital neste período promove um cenário político-social que passa a entender o setor de saúde como possível mercadoria, exercendo forte pressão para privatizações que contavam, inclusive, com o incentivo estatal, inclinando-se para a formação das empresas médicas. Este processo de desenvolvimento do setor, baseado nos interesses capitalistas e voltados para a iniciativa privada, se intensifica nos anos entre 1964 e 1974 durante a ditadura militar, fundamentalmente, através do binômio repressão-assistência<sup>2</sup>. No entanto, ao longo deste período de dez anos, o bloco do poder responsável por tais intervenções não atingiu êxito sobre a consolidação de sua hegemonia política, econômica e social. Logo, “a política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.” (BRAVO, 2000, p.7).

Além disso, somente após as mudanças ocorridas no cenário histórico-político a partir da queda hegemônica posta pelos anos de chumbo no Brasil, tornou-se viável a elaboração do mais significativo e fundamental marco para os avanços na política de saúde, que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representando o rompimento da visão de saúde apenas como um assunto técnico, sendo capaz de ultrapassar uma análise exclusivamente setorial, ou seja, a saúde a partir deste evento torna-se uma questão política, social e de representação democrática para a participação da população, visto que, diferente das anteriores, a 8ª Conferência

---

<sup>2</sup> Sistema utilizado durante o período da ditadura militar onde foi ampliado o direito a saúde pública para a maioria da população, porém, como o Estado não possuía estrutura para tal demanda passa a recorrer à centralização da saúde, bem como, à contratação de serviços privados, incentivando o mercado privado de saúde no Brasil.

Nacional de Saúde contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas.

Diante do cenário supracitado de enfraquecimento e crise no sistema utilizado durante a ditadura militar, no final da década de 70, ganham força as reivindicações e movimentos sanitaristas realizados por diversos setores da sociedade civil que clamavam pela política de saúde como direito de todos e dever do Estado. Um desses movimentos sociais, reconhecido como Reforma Sanitária, tornou-se fundamental para a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição de 1988, regulado posteriormente pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, chamadas Leis Orgânicas da Saúde.

Feito este recorte histórico através da trajetória traçada pela política de saúde no Brasil, ao correlacionarmos com a atualidade, é importante destacar que a crise econômica gestada desde 64 durante a ditadura militar e vivenciada, inclusive, nos anos 80, prolonga seus reflexos até os dias atuais. E apesar de os grandes avanços conquistados a partir da Constituição de 1988, a saúde nos anos 90 sofre consideráveis efeitos influenciados pela chamada política de ajuste neoliberal, onde “o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.” (BRAVO, 2000, p.13).

Vista como uma contrarreforma, a hegemonia neoliberal no Brasil representa para a contemporaneidade retrocesso e desconstrução de direitos, fundamentalmente, sobre o setor de saúde pública e todos os avanços desde a instituição do SUS, e ainda, passa a responsabilizar a sociedade civil pelo próprio bem estar social, bem como, relativizar direitos que anteriormente eram vistos como dever do Estado; comprometendo assim possíveis avanços de políticas sociais e promovendo desrespeito aos princípios e diretrizes fundamentais para a manutenção do Sistema Único de Saúde.

## **2.2. A política de saúde e o período do governo Lula (2003-2006 e 2007-2010)**

A partir do primeiro mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 2003, criou-se certa expectativa sobre o enfraquecimento dos reflexos neoliberais supracitados, principalmente, em relação a saúde. Já no cenário econômico havia certa preocupação de que o eleito pelo povo controlasse a inflação e estabilizasse a moeda da época, o real. Diante de suas propostas e ideais de governo, no setor da



saúde pública, esperava-se que as ações do novo presidente colocassem em declínio as articulações sobre o projeto de saúde privatista, enquanto fortaleceria o projeto de reforma sanitária.

Diante disto, cabe ressaltar que a política de saúde, ao ser pensada sob a ótica de diferentes períodos políticos e governamentais, não pode ser avaliada de maneira extrínseca em relação aos outros contextos e setores sociais de cada governo, visto que, em alguns pontos desta trajetória seremos colocados diante de ações e resultados capazes de interferir na saúde da população através de medidas postas a estes outros setores, expondo assim de forma indireta os reais caminhos ideológicos adotados referente ao bem estar e direitos da população.

Sendo assim, ao refletirmos sobre o governo instituído em 2003, Luís Inácio Lula da Silva passa a permear seu mandato através da polarização dos dois projetos que anteriormente já disputavam espaço no setor da saúde, ou seja, havia certa perspectiva sobre o retorno e fortalecimento dos parâmetros da Reforma Sanitária, como por exemplo, que os profissionais escolhidos para compor seu Ministério tivessem comprometimento com esta luta, bem como, a realização da convocação extraordinária para a 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Entretanto, havia também aspectos de continuidade em relação ao projeto de saúde privatista, visto que, foi mantida a lógica de focalização, sem antes prever uma reorganização do sistema como um todo e articulações para que a atenção básica pudesse seguir os princípios de universalidade e integralidade junto aos demais níveis de assistência, bem como, manteve-se a terceirização dos recursos humanos a partir de contratações precarizadas, que muitas vezes pela ausência de um concurso público acontecia com base em indicações político partidária. Além disso, o novo presidente não adotou a viabilização da concepção de seguridade social, visto que, não eram mediadas junto à sociedade ideais e ações de articulação entre a saúde, assistência e previdência.

Já ao nos voltarmos para ações mais palpáveis, embora bastante exógenas em relação ao cerne da política de saúde e suas demandas estruturais, durante seu primeiro mandato Lula se destacou por inovações como a primeira política de saúde bucal mais abrangente do país através do Programa Brasil Sorridente e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) visto como uma conquista que resiste até a atualidade. No entanto, como aqui mencionado anteriormente, Lula traz certa dicotomia em suas ações ao colocar em prática, por exemplo, o Programa de Farmácia Popular que tem como eixo principal o subsídio governamental para drogarias privadas, ou seja, o repasse de financiamento público para a indústria

farmacêutica com a finalidade de que o usuário realize um co-pagamento para ter acesso a saúde através de medicamentos que deveriam ser de responsabilidade do Estado, ferindo assim o princípio de universalidade ao desenvolver uma espécie de compartilhamentos de custos do SUS, difundindo a ideia de saúde pública focalizada, ou seja, apenas para os mais pauperizados da população, não como um direito de todos.

Além disso, o presidente manteve a maioria de suas ações incrementais na saúde voltadas para a atenção básica dando cada vez mais centralidade ao Programa Saúde da Família, sem prever estratégias para uma reorganização necessária deste setor, bem como, maior integralidade e articulação com os demais níveis de assistência à saúde. Lula aumentou em 57% o número de equipes em saúde para tal programa, assim como os recursos do piso de atenção básica, além disso, promoveu também a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ao fazermos uma análise sobre o princípio de equidade do Sistema Único de Saúde durante o primeiro mandato do então presidente, cabe ressaltar significativa ênfase em ações voltadas à grupos específicos, fortalecendo tal princípio através, por exemplo, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a busca por implantar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e ainda o Estatuto do Idoso em 2003, que segundo Menicucci (2011, p. 525) previa “um capítulo específico voltado para a saúde e com uma sinalização no sentido de suprimir o processo asilar e atuar na promoção e recuperação da saúde do idoso.”

Além dos fatores supracitados em relação as ações previstas para a política de saúde durante o governo de Lula, é válido abrirmos o debate e delinear as reflexões sobre os demais determinantes e setores sociais neste primeiro mandato do presidente, a fim de compreender melhor os condicionantes que interferiram direta ou indiretamente na saúde da população no período entre 2003 e 2006, visto que, a partir da lei nº 8.080/90 em seu Art.3º

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. (BRASIL, 1990).

Portanto, ao ser relacionada ao bem-estar físico, mental e social, a saúde da população está ligada, veementemente, por exemplo, às alterações socioeconômicas, bem como, às demais políticas sociais de um país. Sendo assim relevante destacar economicamente que no período Lula, desde o seu programa de governo, segundo Marques e Mendes (2007) delineou-se um cenário de diminuição dos direitos sociais em decorrência da manutenção do superávit primário<sup>3</sup>, justificando, por exemplo, significativas alterações sobre a previdência social, bem como, no financiamento do Sistema Único de saúde.

Logo, neste período foi posta a chamada contra-reforma da previdência social dos funcionários públicos, onde o presidente pressupôs a existência de um déficit previdenciário e a partir disto, dentro de diversas alterações, entendeu como necessário, por exemplo, estabelecer um teto para a aposentadoria de servidores findando o direito à integralidade, bem como, unificar o regime previdenciário entre os trabalhadores formais do setor privado e os funcionários públicos.

Enquanto ao nos voltarmos novamente para o cenário da saúde neste período, sobre o viés econômico, nos deparamos com novas articulações governamentais relacionadas ao financiamento do Sistema Único de Saúde, uma luta de longa data para o setor e que perdura como um grande risco ao direito a saúde pública até a contemporaneidade. Segundo Bravo (2000), uma das maiores ameaças sobre este fator gira em torno de hipóteses levantadas pelo próprio governo sobre possíveis estudos e articulações a fim de prever a desvinculação de recursos para a saúde e educação, ou seja, retirar a obrigação do financiamento de tais setores enquanto dever do Estado e direito de todos.

Desta forma, durante seu mandato, segundo Marques e Mendes (2007), movido pelo ímpeto de realizar um superávit primário superior ao acordado com o Fundo Monetário Internacional (FMI), Lula optou pelo caminho de reduzir a disponibilidade de recursos para o orçamento da saúde pública, uma vez que, além do estudo mencionado anteriormente, que foi referenciado em um documento enviado ao FMI, afim de vislumbrar as implicações de responsabilizar a União, os Estados e

---

<sup>3</sup> Com o significado de “resultado positivo”, o superávit primário “surge quando ao final de um período, se verifica que os gastos foram menores do que a receita” (IPEA, 2005), ou seja, nas contas governamentais quando isso ocorre significa que a arrecadação foi superior aos gastos. Sendo importante lembrar que neste cálculo não são levados em consideração os juros e a correção monetária da dívida pública.

os Municípios pelas despesas com saúde e educação, houveram outros episódios sobre a então pretensão governamental de reduzir cada vez mais os gastos com a saúde.

Visto que, o presidente passa a se opor e descumprir artigos de Propostas Orçamentárias do Ministério da Saúde, como, por exemplo, o parágrafo 2 do artigo 59 da Lei das Diretrizes Orçamentária (LDO) 2004 contestado por Lula em 2003 com a finalidade de adotar como gastos com ação e serviço de saúde despesas de Encargos Previdenciários da União (EPU) e seu serviço da dívida<sup>4</sup>, bem como, os recursos do Fundo de Combate a Erradicação da Pobreza. Ou, ainda, como em 2005, que mais uma vez diante da Lei de Diretrizes Orçamentárias 2006 o presidente pressupõe incluir os gastos com assistência médica hospitalar de militares e seus dependentes enquanto cálculo de ações e serviços de saúde pública, diminuindo em 500 milhões o orçamento do Ministério da Saúde (MARQUES e MENDES, 2007).

Logo, além de efeitos negativos para o orçamento da saúde pública, a partir de tais articulações orçamentárias o presidente abre precedentes para que os Estados passassem também a considerar novos itens enquanto despesas com saúde, mesmo sem que tais itens já estivessem em agenda como ações típicas da saúde pública.

Ademais, as ações governamentais em favor do desfinanciamento da saúde pública neste período, além de gerar congestionamento e repressão de demandas, bem como, o retorno de doenças que já estavam extintas, beneficia e facilita a expansão da saúde privada, visto que,

na agenda de prioridades do governo Lula não consta disputar os serviços de saúde com o setor privado, onde os interesses dos produtores de equipamentos, medicamentos e tecnologias, e dos prestadores de serviços, por vezes organizados em corporações poderosas, mantêm-se intactos.” (FREITAS, 2007, p.68).

Ao nos voltarmos mais especificamente para o cenário social durante o segundo mandato de Lula no período entre 2007 e 2010, é vislumbrada a continuidade de programas do mandato anterior, obtendo, no entanto, uma mudança significativa, prevista pelo então nomeado Ministro da Saúde, que se dá a partir da transformação do teor administrativo apenas técnico e setorial da saúde pública para um lugar de articulações sobre determinantes sociais da saúde, estando ligado também à

---

<sup>4</sup> Trata-se de valores destinados ao pagamento de juros e reembolso de capital que a União teria que efetuar em relação aos Encargos Previdenciários.

epidemiologia, permitindo desta forma veemente estreitamento entre a saúde pública e causalidades cotidianas sobre as reais condições de vida da população em questão.

Portanto, ao tornar tais determinantes mais palpáveis e correlacionados à política de saúde é dado um grande passo em direção à reorganização e providências necessárias para este setor, e que sejam de fato compatíveis com as demandas cotidianas, sendo assim facilitada a identificação dos reais limites e desafios para melhorar tal política. Além disso, “por essa via, a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida não se limita à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir na determinação social da doença.” (MENICUCCI, 2011, p.526). Os reflexos de tais mudanças são expressos, por exemplo, através da 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, ao abordar como principal temática: “Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”.

Ademais, vale destacar a ênfase posta sobre ações intersetoriais na saúde durante este período, que surgem junto à proposta de reorganizar as indústrias responsáveis por produzir insumos destinados à saúde, instaurando assim um elo entre o desenvolvimento socioeconômico do país e a política de saúde pública, uma vez que, tais indústrias são capazes de gerar empregos, produção e significativo desenvolvimento econômico, vislumbrando assim, segundo Menicucci (2011), a necessidade de articular a saúde com outros setores e políticas públicas.

Assim como em seu primeiro mandato as ações de Lula possuem maior ênfase na saúde enquanto áreas setoriais, sendo, após a reeleição em 2007, correlacionadas aos determinantes sociais capazes de interferir direta ou indiretamente na saúde da população, dando origem a novas articulações e estruturas administrativas para estes setores, como por exemplo, promoção da igualdade racial e de gênero, desenvolvimento urbano afim de mediar um ambiente saudável, melhor mobilidade e acesso à moradia digna, dentre outras articulações pautadas em políticas de inclusão social, as quais, segundo Menicucci (2011) aparecem como um dos três eixos que organizam as ações prioritárias do Plano Plurianual (PPA) 2008-2011.

Ao vislumbramos exemplos de tais políticas e programas voltados para os determinantes sociais durante este período político e que alcançaram impactos significativos para a saúde, torna-se válido citar o acentuado empenho do presidente voltado à segurança alimentar, tendo como principais articulações os programas “Fome Zero” e “Bolsa Família”, onde ambos são integrados pela busca de erradicar a fome no país e promover a emancipação da parte mais pobre da população.

Além disso, Lula também atuou sobre a questão de habitação e saneamento, com destaque para o ano de 2004 quando foi lançada a Política Nacional de Habitação, bem como, para o Plano Plurianual 2008-2011 que deu ênfase em diversos programas habitacionais, tendo como principal exemplo o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) que atingiu positivamente muitas famílias em relação ao acesso à água, esgotamento sanitário e banheiros no interior de seus lares. Lula contou ainda com o “Programa Minha Casa Minha Vida<sup>5</sup>” em 2009.

Portanto, em linhas gerais o presidente cumpriu suas promessas de campanha, porém sem ênfase e eficiência sobre as expectativas levantadas para mudanças plausíveis na gestão da saúde pública, tendo em vista que, esperava-se considerável destaque aos princípios do Movimento de Reforma Sanitária, bem como, ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde, que ao final do mandato do então presidente ainda era assolado pela permanência de problemas antigos, pelo acesso não universal e integral ao direito à saúde, e, ainda, pela disputa dicotômica da política saúde entre público e privado. Deixando assim que tais expectativas permanecessem para o governo seguinte que também fora assumido por uma candidata do mesmo partido de Lula.

### **2.3. As articulações postas à saúde pública durante o governo Dilma**

Para continuar elencando os desafios, retrocessos e avanços da política de saúde no Brasil a partir de diferentes governantes e momentos socioeconômicos, é importante ressaltar que em 1º de janeiro de 2011 Luís Inácio Lula da Silva encerra sua estada na presidência após dois mandatos consecutivos. Sendo sua sucessora, no entanto, Dilma Rousseff, uma candidata do mesmo partido político e com ideologias bastante aproximadas do presidente anterior, considerando assim que as expectativas, devido a tal proximidade com seu antecessor, seriam de que Dilma adotaria significativas influências do mesmo.

Entretanto, a nova presidente também deu sinais próprios de idealismo e vertentes de governança ao deparar-se com um cenário mundial de forte recessão econômica, ainda que sem sucesso em algumas de suas articulações para conter a

---

<sup>5</sup> Um programa que destina seu foco à questão de habitação para famílias com rendas mais baixas, subsidiando e facilitando a aquisição de casa ou apartamento próprio.

crise econômica nacional, visto que, o governo Dilma não conseguiu apoio significativo para as pautas que propôs ao Congresso Nacional.

Além disso, mesmo dando continuidade aos programas de transferência de renda implantados por Lula, como por exemplo, o “Bolsa Família”, ou de habitação como o “Minha Casa Minha Vida”, segundo Reis e Paim (2018), Dilma segue em direção ao não rompimento com os limites impostos pelo modelo neoliberal, optando por voltar seu programa de crescimento econômico para o chamado “neodesenvolvimentismo<sup>6</sup>”, capaz de gerar consideráveis reflexos e condicionalidades negativos às políticas sociais como um todo.

No início do período Dilma, se por um lado a política de saúde alcançara avanços como a descentralização para os municípios, expansão de acesso, recursos humanos e tecnologia, por outro o setor ainda era marcado pelo desafio de alcançar a universalidade e a equidade enquanto princípios fundamentais, bem como, de solucionar questão e ameaças relacionadas ao subfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

Diante disso, é possível inferir que o primeiro ano do mandato de Dilma foi marcado por constante redução sobre os gastos públicos, expansão do setor privado, bem como, precarização do trabalho no setor da saúde. Sendo importante dar destaque, neste mesmo ano, à XIV Conferência Nacional de Saúde, bem como, à Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, que, em linhas gerais, tinha como ações prioritárias buscar por maior ênfase e atenção aos determinantes sociais, gestão, acesso e qualidade do setor.

No entanto, o subfinanciamento neste período sofre considerável agravo, resultando inclusive em movimentos de repúdio por parte da sociedade civil ao tomar conhecimento que os poderes Executivo e Legislativo haviam vetado a aprovação de recursos adicionais para o SUS, impedindo assim a destinação de 10% do orçamento federal para a saúde.

Diante disso, mesmo apresentando algumas articulações e programas, como por exemplo, a implementação do “Programa Mais Médicos<sup>7</sup>”, o governo de Dilma

---

<sup>6</sup> Teoricamente o neodesenvolvimentismo é apresentado como uma alternativa de resposta à crise do capital em relação às demandas sociais, ou seja, articulações que unem o desenvolvimento econômico com o desenvolvimento social. Porém, “em síntese, torna-se uma falsa alternativa, pois não resolve os problemas estruturais da sociedade capitalista, muito menos atende as condições de trabalho e de reprodução social dos trabalhadores.” (MOURA, 2015, p.11)

<sup>7</sup> Programa lançado por Dilma em 8 de julho de 2013 com o objetivo de suprir a escassez de médicos existente em Municípios do interior, bem como, nas periferias urbanas.

enfrenta crises frente a insatisfação da sociedade civil e reivindicações que permaneceram até o final de seu primeiro mandato, em 2014, através de atos e manifestações públicas por diferentes pautas relacionadas ou não ao setor de saúde, como por exemplo, a questão da mobilidade urbana afetada pelos aumentos das passagens.

Simultaneamente a tais fatores, é importante destacar que neste mesmo período o Congresso Nacional assume medidas contrárias à manutenção do Sistema Único de Saúde, como por exemplo, a abertura do setor ao capital estrangeiro em 19 de janeiro de 2015, segundo a Lei 13.097/2015 (BRASIL, 2015) que altera a Lei 8.080 (BRASIL, 1990), e Propostas de Emendas à Constituição que fomentavam veementemente a ampliação de planos privados de saúde.

Logo, ao refletirmos de maneira crítica sobre o primeiro mandato de Dilma e correlacionarmos com as propostas para sua candidatura nas eleições de 2014, sobre a questão de saúde pública é possível concluirmos que não houve ênfase relacionada à inovações e articulações voltadas ao cerne das demandas estruturais do Sistema Único de Saúde, ou até mesmo setoriais através de programas, não estando a saúde pública como prioridade para nenhum dos candidatos à presidência deste período, visto que, “nem em seus discursos de vitória e de posse a presidente eleita admitiu a saúde como prioridade, tampouco apresentou estratégias para assegurar a sustentabilidade do SUS.” (REIS e PAIM, 2018, p.106).

Ao vencer a eleições e iniciar seu segundo mandato Dilma, ratifica certa instabilidade e dissonância sobre seus ideais, pretensões postas no seu discurso de posse e as ações que de fato estavam sendo desenvolvidas, como por exemplo, mudanças anunciadas e articuladas por seus ministros sobre direitos trabalhistas não mantidos, gerando, assim, ainda mais críticas e oposições ao seu governo, bem como, uma crise política que associada à crise econômica já instaurada anteriormente e, ainda, à ausência de apoio por parte do Congresso Nacional, foi capaz de resultar na perda de sua base parlamentar, e sequencialmente na abertura do pedido de impeachment, que em 12 de maio de 2016 foi aprovado pelo Senado Federal.

Em síntese, ao vislumbramos o recorte da saúde pública durante o período Dilma, torna-se notório a não prioridade a este setor devido ao protagonismo das crises econômica e política que assolaram o mandato da presidente em questão. Resultando assim num cenário veementemente favorável à expansão dos setores privados e ao retrocesso do projeto democrático previsto pela Reforma Sanitária Brasileira.



#### **2.4. O reflexo dos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro para a saúde pública.**

Neste contexto pós impeachment e fim da Era governada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) a política de saúde encontrou-se majoritariamente constituída sob um projeto que, segundo Bravo (2013), é reconhecido por Reforma Sanitária Flexibilizada, colocado em prática, paulatinamente, a partir das articulações do período petista que flexibilizava os princípios e fundamentos reais da proposta inicial do projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) desenvolvido originalmente a partir de meados dos anos 70; ainda que algumas dessas articulações procurassem enfatizar esta ideia inicial, não tornava-se realidade devido à ausência de vontade política e financiamento.

Sequencialmente, o Brasil caminha rumo à posse do vice-presidente Michel Temer com ideais cada vez mais privatistas em direção a um novo regime fiscal baseado, principalmente, na redução de gastos sociais, vislumbrando “uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país” (BRAVO, 2018, p.12).

A partir de tal cenário, torna-se evidente a estagnação de avanços para a saúde pública, bem como, significativa ameaça ao financiamento do Sistema Único de Saúde, que apesar de apresentar um aumento durante o período de governo anterior, é marcado pela redução de participação orçamentária da União, crescendo a parcela de financiamento para os Estados e Municípios.

As articulações supracitadas que sublinham a desvalorização do setor público, a redução do papel do Estado na sociedade e visam a mercantilização da saúde são capazes de gerar fortes efeitos em direção à um sistema cada vez mais negligenciado, médico assistencial, hospitalocêntrico e ainda pensado a partir de considerável distanciamento dos determinantes sociais.

Ademais, os reflexos negativos sobre o setor de saúde deste período afetam diretamente a prestação de serviço, bem como, cede espaço a novas formas de gestão através do setor privado como, por exemplo, o surgimento das Organizações

Sociais de Saúde (OSS)<sup>8</sup>, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parcerias Público-Privadas (PPP) capazes de precarizar o trabalho e ainda aumentar a rotatividade dos profissionais de saúde.

Em linhas gerais o projeto político, bem como, as articulações do governo Temer são compreendidos por sucessivas contrarreformas que se permeiam de variadas formas pelos setores da sociedade, marcado, principalmente, pelo congelamento de 20 anos dos recursos orçamentários destinados a políticas sociais, através da EC 95/2016 (BRASIL, 2016), sendo este respaldado por um discurso raso e ideológico sobre crise na saúde pública e na sociedade em geral, discurso este utilizado, segundo Bravo (2018), com a principal finalidade de convencimento do senso comum sobre a necessidade de ajustes e perdas de direitos, disseminando o pensamento de que tais efeitos seriam sofridos por todos, enquanto na prática apenas a classe trabalhadora tem suas condições afetadas.

Além disso, é válido ressaltarmos o protagonismo do ministro da saúde neste período, Ricardo Barros, que ao afirmar como insustentável o princípio de universalidade conferido ao SUS pela Constituição de 1988 devido à dificuldade de seu financiamento, reconhece como ferramenta de sua gestão a proposta de Planos de Saúde Populares.

Diante disso, é instituído, inclusive, um grupo de trabalho para articular a então proposta de Planos de Saúde mais acessíveis financeiramente, tendo em vista que, segundo os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar mais ou menos 1,3 milhão de pessoas deixaram de utilizar planos privados de saúde entre 2015 e 2016, muito provavelmente assoladas pela instabilidade econômica e de empregabilidade do país, estando esse número mais acentuado no sudeste.

Destarte, ao adotarmos como parâmetro a Constituição Federal de 1988, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, e todas as lutas da classe trabalhadora para alcançar como direito os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, as articulações previstas pelo então ministro representa veemente retrocesso e extermínio de direitos.

Outro ponto a ser destacado no período Temer, trata-se das mudanças proposta à Política Nacional de Atenção Básica, que não foram analisadas pelo

---

<sup>8</sup> “Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições filantrópicas do terceiro setor, sem fins lucrativos, responsáveis pelo gerenciamento de serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) em todo o país, em parceria com as secretarias municipais e estaduais de saúde.” (LAI PERNAMBUCO, 2023).

Conselho Nacional de Saúde, nem de maneira democrática junto a sociedade civil, a partir articulações que possibilitavam, segundo Bravo (2018), a ausência de centralidade na Saúde da Família e de equipes multiprofissionais, ou seja, princípios opostos aos previstos pela Atenção Primária à Saúde, desviando, inclusive da veemente necessidade de enfrentar o cerne das limitações e desafios relacionados, por exemplo, à coordenação de cuidado e intersectorialidade com outros níveis de complexidade, bem como, as questões relacionadas ao subfinanciamento.

Outros efeitos de tamanha recessão deste período para a saúde pública foram estabelecidos, também, sobre a política de saúde mental, através da Portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017) ponto Michel Temer articulou alterações extremamente regressistas e capazes de invalidar anos de luta e conquistas alçadas pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, visto que, entre tais mudanças há o fortalecimento às internações psiquiátricas enquanto ação prevista para a Rede de Atenção Psicossocial.

Além dos fatores supracitados, ainda durante o mandato de Temer foi elaborado um documento chamado de “Coalizão<sup>9</sup> Saúde Brasil” divulgado em 2017 e com bases ideológicas que buscavam construir um novo sistema de saúde brasileiro fundamentado sob uma rede integrada entre os setores público e privado, onde seria desenvolvido majoritariamente pela via privada um novo modelo de gestão para a saúde a partir, por exemplo, de novos modelos de conselhos e conferências, interferindo assim diretamente sobre o direito de participação social e na visão de saúde enquanto uma política democrática.

Delineado pelo processo de desenvolvimento do sistema capitalista brasileiro em sua fase neoliberal, o cenário político é assumido pelo governo de Jair Messias Bolsonaro, em 1 de janeiro de 2019, representando o início de um período marcado pelo aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, bem como, pelo intenso descaso e retrocesso sobre as políticas públicas e universais.

Nomeou-se então “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” (PSL, 2018) o Programa de Governo posto por Bolsonaro, seguindo a lógica em seu primeiro título de um “Brasil Livre” e com sucessivas analogias ao meio religioso conservador por meio de versículos bíblicos, e, ainda, contando com o

---

<sup>9</sup> Coalizão significa acordo político ou aliança interpartidária para alcançar um fim comum.

viés de “um governo liberal democrata” especificando assim o liberalismo econômico enquanto solução principal para o alcance de um superavit primário logo em 2020.

Ao abordar o tema saúde em seu Programa de Governo, Bolsonaro intitulou: “a saúde deveria ser muito melhor com o valor que o Brasil já gasta!” (PSL, 2018), evidenciando seu desinteresse em abordar o cerne das questões sobre o subfinanciamento da saúde tendo em vista o funcionamento do SUS. O presidente aborda ainda como medida eficaz a implantação de prontuários eletrônicos nos hospitais, citando como ponto vantajoso a facilitação de cobrar e responsabilizar os gestores locais.

Enquanto sobre os fatores relacionados à Judicialização da saúde, Bolsonaro apresenta como proposta que “toda força de trabalho da saúde poderá ser utilizada pelo SUS” vista como compartilhamento de esforços da área pública com o setor privado.

Sendo breve e superficial, o presidente em seu Programa de Governo perpassa pela política de saúde sem de fato abordar questões essenciais e ameaçadoras sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde enquanto dever do Estado e direito universal, frisando, ainda, a defesa da “privatização em geral como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas.” (BRAVO e PELAEZ, 2020, p.199).

À frente do Ministério da Saúde neste período, foi nomeado Luiz Henrique Mandetta, que ao assumir o cargo discursa publicamente de uma maneira que, ao refletirmos na atualidade de forma crítica, pode-se compreender um posicionamento dicotômico quando o novo ministro afirma defender a política de saúde como um direito de todos e dever do Estado, enquanto declara seu desejo sobre um sistema privado também forte, assim como consta no portal de notícias do Programa Mais Médicos do Governo Federal, que em 02/01/2019 emitiu uma reportagem sobre a posse do então Ministro.

Além disso, Mandetta ratifica o alinhamento de pontos com Bolsonaro ao reafirmar que é grande o orçamento já destinado a saúde pública, não demonstrando interesse sobre possíveis alterações dos recursos orçamentários destinados ao SUS. Lógica que o aproxima das propostas do ministro de saúde anterior.

Fatores e proposta de reestruturação da saúde indígena também foram pontos abordados no discurso do novo Ministro ao mencionar a não compatibilidade dos indicadores de saúde que estão inferiores ao investimento destinado à saúde da

população indígena, citando como possível causa, por exemplo, gastos elevados com a logística e transporte na Amazônia utilizados para fornecer a assistência. Posteriormente, segundo Bravo e Pelaez (2020), o ministro chega a propor como solução para tal gasto a municipalização da política, sendo, inclusive, alvo de muitas críticas por representações indígenas.

O governo de Bolsonaro também protagonizou tentativas de deformações sobre a Política de Saúde Mental como, por exemplo, a divulgação da Nota Técnica<sup>10</sup> nº 11/2019 intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”, que reverberou em muitos posicionamentos contrários e notas de repúdio publicados, inclusive, por Conselhos Regionais de Psicologia como, por exemplo, o do Estado de São Paulo, e ainda, entidades como a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Visto que, no então documento supracitado foi descrito como “melhor aparato terapêutico para a população” a utilização de aparelhos de choque elétrico afirmando que a compra destes passariam a ser financiada pelo Ministério da Saúde.

Além disso, a Nota Técnica em questão ao retornar o foco para o tratamento em hospitais psiquiátricos representa veemente retrocesso em relação aos anos do Movimento de Luta Antimanicomial e, ainda, segundo a nota de repúdio publicada pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2019) “as medidas apresentadas podem apontar para o descumprimento da Lei nº 10.216/01 que estabelece os direitos das pessoas com sofrimento psíquico e reorientou nas últimas décadas o modelo da política de saúde mental no país.”.

Ainda no período de contrarreformas bolsonaristas, o Ministro da Economia, Paulo Guedes, também opta por interferir na política de saúde ao propor a criação de um Voucher para a saúde, um aparato utilizado anteriormente por países que não possuem um sistema de saúde estabelecido, que consiste em uma espécie de vale que o Estado daria aos usuários para que estes utilizassem de serviços básicos de saúde em instituições privadas, afim de que o Estado seja desresponsabilizado de manter uma estrutura pública para esta finalidade. Tal proposta também se deu como Voucher para a educação, sendo esta,

---

<sup>10</sup> “Um documento elaborado por técnicos especializados em determinado assunto e difere do Parecer pela análise completa de todo o contexto, devendo conter histórico e fundamento legal, baseados em informações relevantes.” (GOVERNO FEDERAL, 2014).

vista com descrédito pelos especialistas por não haver evidência de benefícios aos usuários. No caso da saúde, a iniciativa pode ainda estimular consultas e exames desnecessários e, assim como na educação, deixar o custo do sistema mais alto.” (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR – ANDIFES, 2019).

Em uma espécie de intersetorialidade às avessas, outro ministério, dessa vez o da Justiça e Segurança Pública, interfere na saúde pública, por meio da Portaria nº 263, de 22 de fevereiro de 2019, que prevê a revisão dos tributos cobrados sobre os cigarros fabricados no Brasil, a fim de que ocorra a redução de tal cobrança, com a ínfima justificativa de controle do contrabando. O que, segundo Bravo e Pelaez (2020), é considerado impensável, visto que, a redução do imposto sobre o tabaco representa veementemente o risco de incentivar seu uso, gerando assim agravos à saúde da população.

Ainda em 2019, o Ministério da Saúde passa por significativas alterações estruturais, sendo estas a criação de duas secretarias: de Atenção Primária à Saúde e de Tecnologia da Informação, bem como, a extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, alteração esta que, infelizmente, não foi a única realizada pelo então presidente capaz de gerar certa ameaça à participação social prevista na Constituição Federal, visto que, em 11 de abril, Jair Bolsonaro apresenta o Decreto nº 9.759/2019, que logo em seu Art.1º explicita a também extinção de diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, estabelecendo novas diretrizes e limitações para estes.

Sendo assim importante ressaltar que tais extinções supracitadas e destinadas a espaços políticos de participação social representam significativo retrocesso sobre o exercício do poder popular, distanciando substancialmente a sociedade civil da participação sobre políticas sociais e públicas, as tonando cada vez mais técnicas e à parte da realidade social.

Outra perda significativa para a política de saúde nesse período deu-se sobre o desmonte do Programa Mais Médicos, havendo ainda a tentativa de sua substituição, em 01 de agosto de 2019, quando Bolsonaro anuncia o “Programa Médicos para o Brasil” que, segundo o Ministério da Saúde (2021), será operacionalizado pela chamada Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), que também trata-se de uma nova proposta trazida pelo governo em questão, com o objetivo de implantar na rede de Atenção Primária uma gestão para “firmar contratos

de prestação de serviços com pessoas físicas ou jurídicas e possibilidade de contratação direta dos planos e operadoras de saúde para prestação de serviços de atenção primária” (BRAVO e MENEZES, 2021, p.146), propondo um sistema de saúde cada vez mais vinculado ao meio privado e restrito para a parcela mais pobre da sociedade.

Para além de todo conservadorismo e articulações ultraneoliberais já engendrados nos princípios e ideais políticos desde o Programa de Governo Bolsonaro, ainda durante tal período, a saúde mundial é surpreendida pelo cenário devastador causado pelo Coronavírus, doença também reconhecida como Covid-19 que, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, em 11 de março de 2020 foi caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia.

Sendo necessário salientar que, para Brasil

“a pandemia agrava as condições de crise econômica, ambiental e sanitária, pondo em evidência os sistemas de saúde, em função do alto índice de contágio do vírus, implicando na sobrecarga dos sistemas de saúde em nível mundial” (BRAVO e MENEZES, 2021, p.143).

O primeiro caso de covid-19 no Brasil, segundo Resende (2022), foi identificado em 26 de fevereiro de 2020, chegando, inclusive, a ser registrado mais de 28 milhões de casos no país em dois anos. Há menos de dois meses após o surgimento do primeiro caso, Mandetta é destituído do cargo de Ministro da Saúde, tendo em vista as divergências existentes sobre a forma que Bolsonaro optou por encarar os agravantes da Pandemia no Brasil, uma vez que, Mandetta foi a favor do isolamento social, recomendando, ainda, que toda população seguisse as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Sendo substituído por Nelson Teich, que assume a pasta como Ministro da Saúde em 16 de abril de 2020 e afasta-se semanas depois, antes mesmo de completar um mês no cargo, em 15 de maio, devido ao fato de que Bolsonaro continuava realizando articulações sobre o Ministério, desviando assim qualquer autonomia dos responsáveis pelo setor. O presidente insistia em incentivar a população contra o isolamento social, e ainda, se colocava a favor da automedicação ao declarar publicamente que o uso da Cloroquina, não comprovado cientificamente, era eficaz para o tratamento em caso de sintomas da Covid-19. (CNN BRASIL, 2021).

Após a passagem relâmpago do segundo Ministro, em 15 de maio de 2020 Bolsonaro inova ao nomear para o cargo um profissional que não havia nenhuma formação na área da saúde, tendo em vista que os dois últimos responsáveis pela pasta eram médicos, enquanto Eduardo Pazuello atuava profissionalmente como

general da ativa do Exército. Foi então nesta terceira gestão que o Ministério da Saúde lançou o protocolo de tratamento da covid-19 recomendando a utilização da cloroquina, como queria Bolsonaro.

Sendo assim é possível inferir que tamanho esforço por parte do Governo Federal em caminhar rumo a soluções ineficazes, que contrariavam a OMS e com medicamentos não recomendados cientificamente, culminaria em significativo atraso sobre ações que realmente demandavam esforços e eram fundamentais para conter a pandemia, como por exemplo, o Plano Nacional de Vacinação, que foi apresentado somente em 1º de dezembro de 2020 pelo Ministério da Saúde, já de forma enfraquecida, visto que, não havia grande incentivo por parte do próprio governo, ausência de prioridade correta sobre grupos mais vulneráveis à doença, de informação e até de insumos essenciais à campanha. Segundo Bravo e Menezes (2021, p.148)

os limites no plano nacional de vacinação apresentado decorrem da falta de transparência, a debilidade na proposição de metas e a submissão da pasta à politização do tema das vacinas realizada pelo presidente da república.

Em 10 de dezembro de 2020, o Brasil já registrava 178.159 mortes por Covid-19 e 6.674.999 casos, sendo um país delineado pelo comando de um presidente capaz de disseminar a ideia de que o Coronavírus se tratava apenas de uma “gripezinha” em declarações públicas, e um Ministro da Saúde que, segundo Bravo e Menezes (2021, p.147), compactuava com a ocultação dos dados da pandemia e a militarização do Ministério da Saúde, insuflando veementemente o negacionismo, a censura e o obscurantismo.

As articulações supracitadas custaram a Pazuello uma investigação aberta pelo Supremo Tribunal Federal (STF) devido à crise sanitária que, em 14 de janeiro de 2021, assolou o sistema de saúde de Manaus, o Estado que registrava recorde de internados por covid-19 e neste período encontrava-se com insuficiência de oxigênio nos hospitais, causando a morte de pacientes por asfixia.



Diante de tal cenário é necessário ressaltar a responsabilidade do Governo Federal sobre a ausência de medidas eficazes com a finalidade de proteger a população e garantir seus direitos frente à uma crise na saúde pública assolada pela pandemia, visto que, as ações presidenciais caminhavam rumo à agudização da desigualdade social ao destinar “esforços para estabelecer uma falsa normalidade em nome do lucro, negando a Ciência e banalizando as milhares de mortes que ocorreram no país.” (BRAVO e MENEZES, 2021, p. 147).

### **3. AS DIMENSÕES CONSTITUTIVAS DO TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.**

No presente capítulo é vislumbrada a necessária compreensão sobre as dimensões constitutivas do trabalho profissional do Serviço Social na atualidade, com ênfase na política de saúde pública. Destaca-se a veemente importância de articulação entre tais dimensões no processamento do trabalho profissional, refletindo, inclusive, a direção social estratégica adotada em defesa do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), da democracia e da responsabilidade do Estado. Ademais, discorreremos, também, a respeito dos limites e possibilidades postos ao exercício profissional na saúde frente ao Estado Neoliberal, buscando desvelar a importância da intersectorialidade na garantia dos direitos aos usuários.

Para melhor elucidar esta abordagem é importante que, em linhas gerais, tenhamos o panorama de alguns pontos históricos traçados pelo Serviço Social em sua consolidação, citando, por exemplo, que as bases da profissão em sua gênese no Brasil, entre 1930 e 1945, advinham de articulações bastante conservadoras combinadas anteriormente à uma doutrina de arranjo religioso, atendendo, fundamentalmente, exigências e demandas trazidas pelo capitalismo que, ao expandir seu aprofundamento, passa a necessitar cada vez mais de intervenção profissional para além da caridade e da repressão.

Segundo Yazbek (2009, p. 6), para o Serviço Social “um primeiro suporte teórico-metodológico necessário à qualificação técnica de sua prática e à sua modernização vai ser buscado na matriz positivista e em sua apreensão manipuladora, instrumental e imediata”, ou seja, um fazer profissional que busca mediar respostas regulares, invariáveis, baseadas apenas no que está aparente e na imediatividade, aquém de qualquer subjetividade trazida pelo indivíduo.

Enquanto ao delinear-se sobre a saúde pública, o assistente social conquista

seu espaço de forma mais ampla somente a partir de 1948, quando é divulgado pela Organização Mundial da Saúde o primeiro conceito universal de saúde, definindo esta como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, destacando assim a importância dos aspectos biopsicossociais, ou seja, o atendimento às demandas de saúde passa a necessitar de uma abordagem multidisciplinar que compreenda não somente a dimensão biológica, mas também as dimensões psicológicas e sociais do indivíduo.

No entanto, mesmo diante de novas demandas e expansão de áreas para atuação, o Serviço Social permanece sobre o controle hegemônico do conservadorismo à serviço do capital por longo período, um cenário que se altera, paulatinamente, apenas a partir da década de 60, tratando-se, segundo Bravo e Matos (2004), de um debate que não surge de forma isolada, mas com significativa influência das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, trazidas principalmente pela repercussão existente na América Latina através do “movimento de reconceituação” do Serviço Social, despertando assim senso crítico contrário à profissão enquanto ferramenta assistencialista pautada pelo conservadorismo.

No entanto, neste período, é importante destacar que a profissão já se encontrara de certa forma regulamentada, visto que,

o Estado, mediante diplomas legais, estabeleceu os requisitos, as funções, atribuições e direitos dos profissionais de Serviço Social, criando as autarquias responsáveis pelo controle do exercício profissional, o então Conselho Federal de Assistentes Sociais/CFAS (NETO, 2015, p. 232).

Bem como, o Conselho Regional de Assistentes Sociais (CRESS), que também foi concebido no mesmo período, sendo estas organizações legais da profissão não definitivas, tendo em vista que posteriormente, devido aos novos posicionamentos críticos tomados pela profissão, fez-se indispensável uma reformulação sobre os Conselhos mencionados, debate que adensaremos mais a frente neste estudo.

Ademais, o início de um processo crítico e de reconceituação da profissão que, no Brasil, foi neutralizado pelo cenário político através do golpe militar instaurado em 1964, período apresentado sob um viés ideológico, repressivo e de agudização do conservadorismo, resultando assim em novas demandas da classe trabalhadora e,

consequentemente, novas articulações por parte do Estado e da autocracia burguesa afim de conte-la.

Diante disso, surge também a necessidade de adequar a prática do Serviço Social sobre tal contexto, reconhecida por Netto (2005) como a “perspectiva modernizadora” da profissão, a partir de bases teóricas formuladas essencialmente pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), as quais delineavam a manutenção do Serviço Social tradicional desde a sua gênese, apenas com algumas novas articulações, que, no entanto, mantinham a profissão sobre certa subalternidade aos interesses da classe dominante a partir de uma atuação profissional paliativa, assistencialista e com mais racionalidade burocrática, entendida como a modernidade necessária sobre as novas demandas.

Enquanto sobre a política de saúde, neste período a atuação do serviço social, segundo Bravo e Matos (2004, p.6), também recebe a influência modernizadora, aplicando-se principalmente sobre a prática curativa e a assistência médica previdenciária, realçando “técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios”.

Outro período histórico importante para a trajetória da profissão na saúde tem início a partir dos anos 80, num cenário de relevante movimentação política e marcado pela crise econômica gestada durante o contexto do golpe militar, surge o movimento que representara um divisor de águas para a saúde coletiva e também para a atuação do Serviço Social nesta, o chamado Movimento de Reforma Sanitária, tendo como marco para seu fortalecimento a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília.

Ademais, nesta mesma década, é necessário destacar a fundamentalidade da criação da Constituição Federal de 1988, trazendo destaque à saúde, à assistência social e à previdência social enquanto partes estruturais da Seguridade Social, e ainda, reconhece a política de saúde como um dever do Estado e direito de todos a partir da consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao nos voltarmos mais especificamente para o Serviço Social, também nos anos 80, a profissão encontra-se imersa em um processo interno de negação e revisão sobre suas bases tradicionais, ratificando, veementemente, o final marcante dos anos 70, a partir do histórico III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 1979, também reconhecido como “Congresso da Virada”, que representou a confirmação para uma nova direção social e política na profissão.

Corroborando assim, a partir da trajetória supracitada, para a consolidação de uma nova matriz teórico-metodológica do Serviço Social que, logo no início dos anos 80, passa a manter efetiva interlocução com a ideologia marxista, capaz de apreender o ser social através de mediações, partindo da compreensão de que a natureza das relações sociais do indivíduo não pode ser percebida em sua imediatez, sendo assim um conhecimento não manipulador e passível de articular dialeticamente a realidade e suas contradições. (YAZBEK, 2009).

Segundo Bravo e Matos (2004), este período torna-se marcante pois compreende o início do que a profissão representa para a atualidade, através da intenção de ruptura com o tradicionalismo, bem como, da correlação teórica e prática com a ideologia marxista.

Entretanto, tal processo, de forma gradual, deu-se primeiramente sobre as construções teóricas, havendo certo distanciamento da intervenção prática, estando assim a então intenção de ruptura nos anos 80 menos presente na atuação cotidiana do serviço social, inclusive, na área da saúde, onde o fazer profissional permanece até a década de 90 desalinhado dos setores progressistas da profissão, bem como, do Movimento de Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

Sendo fundamental destacar que o início dos anos 90 é marcado também pela expansão do projeto neoliberal no Brasil durante o governo de Fernando Collor de Mello, estando tal cenário político e econômico cada vez menos propício para o desenvolvimento do projeto de revisão do Serviço Social e do Movimento de Reforma Sanitária (MRS).

Logo, é instaurada uma polarização de forças sobre a política de saúde entre o projeto privatista proposto por articulações neoliberais do então presidente e o MRS, onde o primeiro respalda-se na desresponsabilização do Estado sobre a garantia de saúde como direito de todos, restringindo este apenas à garantir o mínimo aos que não podiam pagar pelo serviço, destinando o restante da população a consumir o acesso à saúde através de instituições privadas; enquanto o segundo confronta quaisquer articulações onde a saúde não seja garantida pelo Estado como política pública universal, integral e de equidade.

Portanto, é possível inferirmos que diante de perspectivas antagônicas para o contexto de saúde no Brasil, as demandas postas por ambos para a atuação do Serviço Social também caminhariam por vieses opostos, como por exemplo, enquanto o projeto privatista busca um fazer profissional a partir do assistencialismo e práticas

individualizadas, o MRS reverencia assistentes sociais que atendam as demandas de forma humanizada e crítica, buscando garantir o direito a saúde numa perspectiva democrática, intersetorial e participativa.

Ademais, mesmo que o cenário social e político apresentasse resistência e contrapontos, os anos 90 foi marcado pela consolidação do projeto ético-político do Serviço Social, que se dá, principalmente, através da reformulação do Código de Ética em 1993 e da nova Lei de Regulamentação da profissão, “por esta lei, o CFAS e os CRAS foram transformados no sistema Conselho Federal de Serviço Social- Conselhos Regionais de Serviço Social/CFESS-CRESS” (NETO, 2015, p.232). Sendo tais alterações indispensáveis para ratificar o compromisso da formação e atuação profissional com a luta da classe trabalhadora, bem como, fortalecer seu posicionamento político e emancipatório, visto que, a partir de tal período o então projeto ético-político que norteia a profissão

tem como núcleo a liberdade como valor ético central, compromisso com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, a defesa intransigente dos direitos humanos, bem como, a defesa radical da democracia e da cidadania. (SILVA e TIEKO, 2017, p.2).

Sendo necessário destacar que ainda no final dos anos 90, bem como, na contemporaneidade a partir da contínua expansão neoliberal e das desigualdades sociais intrínsecas ao capitalismo, ainda se ressalta a dificuldade de articular os projetos de reforma sanitária e ético-político do Serviço Social com o fazer profissional cotidiano no campo da saúde, visto que, “conhecer o projeto ético-político do Serviço Social, não significa automaticamente sua materialização” (SILVA e TIEKO, 2017, p.8).

Portanto, torna-se fundamental o debate e as constantes reflexões sobre a articulação das dimensões constitutivas do Serviço Social aplicadas às competências e ações profissionais, que, ao serem direcionadas à saúde, por exemplo, precisam, necessariamente, vislumbrar sobre a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação social no setor, impedindo assim que a profissão volte a ser limitada às demandas e normas de classes dominantes.

Além disso, segundo Miotto e Nogueira (2009), para que o assistente social seja capaz de romper com a supracitada lógica dicotômica entre teoria e prática, bem como, compreenda sua posição no processo sociotécnico da divisão do trabalho na

saúde, tornam-se, veementemente, indispensáveis clareza teórica e qualidade técnica impressas sobre exercício profissional, reconhecendo assim a necessidade de aprofundar a compreensão sobre a dimensão técnica-operativa, sendo está nada mais que os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos aplicados a prática.

No entanto, antes de adensarmos o debate sobre a dimensão supracitada, é imprescindível mencionar que o desafio de articulá-la ao fazer profissional cotidiano também é relacionado à complexidade dos mais variados fatores externos ao Assistente Social como, por exemplo, na saúde pública, ao perceber diferentes recursos e disponibilidades institucionais, bem como, a quantidade e a multidimensionalidade das demandas trazidas por usuários afetados por diversas expressões da questão social.

A partir de tais condições, a fim de desvelarmos a dimensão técnica-operativa sobre os processos do fazer profissional, adotaremos nesta pesquisa a visão didática posta por Mito e Lima (2009), ao considerar que a ação profissional é composta por dois grupos de elementos: os condicionantes e os estruturantes, que ao se articularem garantem direção e materialidade.

Sendo os elementos condicionantes valores que norteiam a finalidade das ações do assistente social, por exemplo, o projeto profissional composto pelas dimensões ético-política e teórico-metodológica, bem como, a natureza dos espaços sócio-ocupacionais, que sendo ela pública ou privada condicionam de formas distintas a autonomia e o fazer profissional, e, ainda, as demandas dos usuários postas ao Serviço Social, visto que, a partir destas serão adotados os objetivos e respostas necessários.

Enquanto os elementos estruturantes são aqueles que sustentam a ação profissional, como o conhecimento/investigação sobre a realidade do campo de atuação e dos usuários deste, o planejamento que confere ao assistente social projetar sua ação e escolher a abordagem e os instrumentos técnico-operativos mais adequados àquela realidade de espaço e sujeitos, e por fim, o elemento da documentação que torna-se um dos principais, visto que, a atuação profissional em sua maior parte se dá por meio da linguagem, logo, a visibilidade da intervenção torna-se palpável e passível de avanços por meio dos registros documentados sobre esta.

Ademais, é indispensável compreender que os elementos sumariados acima jamais são válidos à ação profissional de forma crítica e eficaz se não estiverem conectados e coerentes às matrizes teórico-metodológicas do Serviço Social. Estando

ainda, os elementos estruturantes diretamente correlacionados aos objetivos, abordagens e instrumentos presentes nos elementos condicionantes.

Portanto, as dimensões constitutivas aqui mencionadas quando vinculadas mais especificamente ao fazer profissional no setor da saúde, segundo Miotto e Nogueira (2009), o significado e relevância da ação profissional precisam estar alinhados à apreensão dos determinantes sociais neste campo, ou seja, a partir de uma apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença, para além de qualquer compreensão imediatista ou aquém da realidade social dos usuários.

### **3.1. A importância da intersectorialidade e do trabalho multiprofissional na política de saúde**

O direito universal à saúde a ser garantido pelo Estado, de acordo com a Constituição Federal de 1988, é o que representa um dos marcos para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim definido pela carta magna em seu art.198 os princípios organizativos de descentralização, integralidade e participação da comunidade. Tal sistema posteriormente é regulamentado pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ampliando oficialmente o conceito de saúde no Brasil ao descrever em seu art.3º que

“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” (BRASIL, 1990).

Ressalta-se assim a importância de que a atuação do assistente social neste setor esteja não somente em consonância ao projeto ético político e ao Código de Ética da profissão, mas também aos parâmetros e documentos elaborados pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) especificamente para este âmbito, como, por exemplo, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, que destaca “a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersectorialidade, integralidade, descentralização e universalização” (2009, p.9), enfatizando a compreensão das demandas de forma não imediata ou isoladas ao

setor, mas sobre a totalidade e subjetividade postas pelos diferentes determinantes sociais do processo saúde-doença.

Visto que, ainda sobre a lei nº 8.080/90, o Sistema Único de Saúde, para além dos princípios organizativos já mencionados, define que o setor também deve ser pautado pela universalidade: sendo o acesso às ações e serviços garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; pela equidade ao destinar maior atenção à parcela social que mais necessitar afim de diminuir as desigualdades preexistentes; e finalmente, onde também é aplicada a chamada intersetorialidade na saúde, o princípio da integralidade que,

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

Portanto, ao refletirmos sobre uma atuação profissional eficaz e alinhada aos princípios e diretrizes do SUS, torna-se imprescindível conceber o protagonismo necessário à intersetorialidade, para além do campo da gestão, delineando-se também, segundo o Ministério da Saúde, enquanto conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações.

A fim de tornar a abordagem mais didática iniciaremos a análise sobre intersetorialidade a partir da gênese e do significado em linhas gerais para este conceito, que ao se constituir pela junção do prefixo “inter” à variação da perspectiva nuclear “setores”, nos remete ao significado de correlação entre dois ou mais setores, sendo estes articulados sinergicamente para produzir ações e saberes sobre uma mesma questão, ou seja, aplicada à lógica do estudo em tela, a intersetorialidade “desvela orientações para soluções e alternativas concretas para articulação das políticas sociais, objetivando impactos positivos para as condições de vida das populações” (SILVA, 2016, p.89).

Sendo este um desafio na contemporaneidade, tendo em vista que, apesar de “a Política de Saúde no Brasil, está organizada, no âmbito de legislação, de forma intersetorial para que seja possível o enfrentamento dos fatores que envolvem o processo de adoecimento” (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p.232), há uma trajetória passada de políticas públicas no Brasil pautadas pela visão setorializada, inclusive, sob um viés de fragmentação da questão social desde o planejamento de tais



políticas, sendo assim necessário superar tal herança historicamente setorial.

Ademais, para além de garantir o princípio da integralidade, as articulações intersetoriais, quando também delineadas nos campos de atenção e serviços à saúde, são refletidas diretamente sobre a resolutividade da atuação profissional, uma vez que,

“A integralidade não é apenas um conceito, mas uma diretriz que deve ser adotada no cotidiano. E o alcance deste processo se dá através da intersetorialidade e interdisciplinaridade, mecanismos que devem compor a atuação do assistente social” (BREDOW e DRAVANZ, 2010, p.232)

Afim de adensarmos o debate, além dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde que demandam ações intersetoriais para serem desempenhados cotidianamente, torna-se relevante enfatizarmos também, as diretrizes, elencadas pelo Ministério da Saúde (2010), postas à Política Nacional de Promoção da Saúde, sendo duas destas: “Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde” e “Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;”.

Outro exemplo acerca do conceito em questão, é observado através dos princípios organizativos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)<sup>11</sup>, que também pode ser articulado as demais políticas, principalmente ao registrar em seu art.3º enquanto um de seus princípios a “intersetorialidade: integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais;” (CONSELHO NACIONAL DE ASSISTENCIAL SOCIAL, 2012, p.16), e, ainda, ressalta a necessidade de articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e os Sistemas Único de Saúde – SUS.

Ademais, de acordo com os objetivos da pesquisa em tela, considera-se que, para o Serviço Social, é no campo dos serviços, ou seja, através de articulações diretas no atendimento entre o profissional e o usuário na saúde, que é apresentada

---

<sup>11</sup> Sistema público não contributivo, descentralizado e participativo com o principal objetivo de organizar a política de assistência social que tem por funções a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos. (CONSELHO NACIONAL DE ASSISTENCIAL SOCIAL, 2012)

maior demanda sobre o aprofundamento acerca do conceito e aplicação da intersetorialidade, uma vez que, esta representa

“mais que articulação ou coordenação das ações, pois envolve profundas alterações na dinâmica, nos processos institucionais, conteúdos das políticas setoriais e no próprio sistema de proteção social brasileiro. Requer mais do que articulação e comunicação entre diversas políticas sociais setoriais, saberes e poderes. Exige uma visão estratégica integrada e relações horizontais entre os diversos sujeitos coletivos, gestão de sistemas e serviços de proteção social envolvidos” (COSTA, 2010, p.218).

Portanto, a polissemia do tema reside na capacidade do conceito em se apresentar sob várias perspectivas, inclusive, a de ser aplicado à prática cotidiana pelo assistente social, além disso, seus desafios delineiam-se num primeiro momento a partir da compreensão sobre “insuficiências importantes na ação setorial isolada que tenha potência para enfrentar a raiz dos principais problemas que afetam a saúde das populações” (AKERMAN M ET AL.,2014, p.4292) e, ainda, num segundo momento ao construir a intersetorialidade enquanto práxis do serviço social na saúde, visto as principais dificuldades como “a utilização de meios tradicionais de comunicação, de alcance bastante limitado; a utilização de linguagem técnica de cada setor; a falta de gestão e ausência de cultura intersetorial;” (MACHADO, 2009,p.4).

Por fim, ao refletirmos sobre a contribuição do Serviço Social para a construção da intersetorialidade no âmbito do SUS e do ponto de vista do projeto ético-político da profissão, faz-se fundamental evidenciar a Reforma Sanitária enquanto perspectiva nuclear e, conseqüentemente, a democratização do Estado e luta pela efetivação e ampliação do direitos humanos e sociais como principal objeto para a radicalização em direção à construção de uma sociedade fundada na efetiva igualdade e justiça social (COSTA, 2010, p.218).

#### **4. O Serviço Social no HMAF: análise institucional e casos sociais que demandam mediações intersetoriais e multiprofissionais**

No capítulo em tela, objetivamos conhecer e analisar a compreensão e as mediações do Serviço Social do Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF) junto a rede de atendimento interna e externa ao hospital no ano de 2022, vislumbrando as demandas que necessitaram de articulações intersetoriais para que fosse viabilizado o acesso dos usuários ao direito à saúde de acordo com o princípio

da integralidade, correlacionando, ainda, os limites e desafios postos a esta atuação profissional frente à tais arranjos intersetoriais.

Busca-se assim aprofundar as temáticas e conceitos abordados nos capítulos anteriores, estando o cerne da questão voltado a reconhecer como os profissionais de Serviço Social identificam e atuam com a intersetorialidade em busca da integralidade, especialmente no pronto atendimento e frente a rotina do referido hospital. Ademais, far-se-á também uma breve aproximação acerca do serviço social e do trabalho multiprofissional na instituição.

#### **4.1. Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF)**

Em 13 de fevereiro de 1955, subordinado tecnicamente ao Hospital dos Servidores do Estado, no subúrbio de Marechal Hermes, Rio de Janeiro, foi inaugurado o Hospital Maternidade Alexander Fleming, sendo esta a primeira Maternidade na América Latina a contar com pediatras e obstetras de plantão, garantindo assim assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido nas 24 horas do dia. Assim descreve Antonio Marcio Junqueira Lisboa (2013), pediatra que participou do primeiro parto da instituição no dia de sua inauguração, e em 1958 foi eleito Chefe da Clínica Pediátrica da Maternidade Alexander Fleming.

A estrutura do hospital maternidade possui quatro andares, sendo o primeiro andar a porta de entrada para o atendimento, neste local é feita a avaliação para a classificação de risco sobre cada gestante e, após avaliação médica, é determinada a internação ou outro direcionamento.

O segundo andar é destinado às enfermarias de alojamento conjunto e possui, também, o setor destinado ao serviço de pré-natal, salas administrativas e do Serviço Social. Já o terceiro andar é dividido entre centro obstétrico (C.O) e unidade neonatal (UNEO), enquanto o quarto e último andar é reservado às enfermarias de isolamento com recém-nascidos em tratamento acompanhados por suas genitoras.

No que se refere a equipe de profissionais a sua formação conta com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, técnicos, dentre outros funcionários terceirizados.

Além da promoção do Programa da Saúde da Mulher, a Maternidade Alexander Fleming também possui como finalidade a promoção de assistência materno-infantil,

com enfoque à gravidez de baixo/alto risco, bem como, ao oferecimento dos cuidados na Unidade Neonatal aos recém natos de baixo peso ou alto risco.

Ademais, a equipe de Serviço Social da unidade de saúde é composta por duas profissionais, que alternam seus plantões de segunda à sexta no período de 8 às 17 horas, traçando como principal objetivo de atuação responder e compreender de forma crítica às demandas sociais trazidas pelas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na unidade do HMAF, bem como, as de seus familiares assolados, também, pelas diversas expressões da questão social, visto que, o reconhecimento de tal fator como principal objeto de intervenção “demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais” (CFESS, 2009, p.17).

Cabe destacar significativa intensificação de demandas trazidas ao HMAF durante o período pandêmico da COVID-19, visto que, houve a necessidade de atender não somente os usuários da região, mas também pacientes da maternidade do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, pois esta unidade de saúde tornou-se referência para pessoas que foram afetadas pelo novo coronavírus, a impossibilitando de continuar com sua maternidade ativa.

Logo, concomitante a isto, houve significativas alterações sobre a quantidade e tipos de expressões da questão social atendidas pelo Serviço Social do HMAF, uma vez que, se ratifica a ampliação sobre a região de atendimento, bem como, devido ao momento pandêmico.

Diante do contexto supracitado, vale destacar que as solicitações mais frequentes apresentadas pelos usuários durante os plantões são referentes a orientações sobre direitos sociais, direitos trabalhistas, fluxo de visitas nos andares, informações sobre sepultamento gratuito, mediação de conflitos com usuários na unidade de saúde e acompanhamento social das mães da Unidade Neonatal e do Núcleo de Atenção Integral ao Recém Nato de Risco (NAIRR)<sup>12</sup>.

Além disso, a respeito dos documentos técnicos utilizados pelo serviço social, podemos citar a entrevista realizada com os responsáveis do recém-nascido (RN), afim, principalmente, de registrar e compreender o processo da gestação e acesso a saúde neste período, como por exemplo, ao serviço de pré-natal frente aos

---

<sup>12</sup> “O objetivo do NAIRR é o acompanhamento clínico, por meio da detecção precoce – e posterior intervenção – de problemas no desenvolvimento e tratamento terapêutico de transtornos no desenvolvimento motor dos recém-nascidos que saíram das unidades de tratamento intensivo neonatais.” (RIO, Prefeitura. 2012)

determinantes sociais de cada caso, a situação socioeconômica das famílias e a dinâmica em que esses sujeitos vivem, e ainda, se há estrutura de suporte e cuidados necessários no pós parto, tanto em relação ao RN como em relação à puérpera.

#### **4.2. A intersectorialidade aplicada às demandas e respostas profissionais da equipe de Serviço Social**

Com o objetivo de tornar palpável a compreensão, bem como, adensar o debate sobre a intersectorialidade, para além da gestão, mas enquanto articulação indispensável à ação cotidiana do Serviço Social ao viabilizar o direito à saúde intrínseco aos princípios do Sistema Único de Saúde, neste tópico abordaremos demandas específicas trazidas à equipe de Serviço Social do HMAF, durante o ano de 2022, que para serem atendidas fez-se necessário a interação com setores e saberes externos à instituição de saúde, como, por exemplo, Clínicas da Família referentes a região de moradia dos usuários atendidos, o Conselho Tutelar e a Vara da Infância e Juventude.

As demandas aqui mencionadas, em sua totalidade, são bastante corriqueiras à rotina dos profissionais de Serviço Social na maternidade, optamos então por abordá-las de acordo com a frequência que as observamos, a partir dos dados obtidos pelas fontes documentais analisadas, como o e-mail institucional, o livro de registros do Serviço Social, os relatórios sociais e o diário de campo enquanto estagiária no ano de 2022, abordando assim inicialmente a demanda que ocorreu mais vezes neste período, sendo esta a saída à revelia.

Faz parte do protocolo da instituição de saúde mencionada solicitar a intervenção da assistente social de plantão para todos os casos em que a paciente internada, sendo esta gestante ou puérpera, comunica à equipe que está lhe assistindo a sua decisão de abandonar as dependências do hospital sem receber alta médica, sendo este ato, inclusive, assegurado enquanto direito do paciente segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, mas que no entanto, em sua maioria oferece riscos à saúde da usuária.

O Serviço Social é acionado com o intuito de compreender os possíveis motivos, sendo estes sociais ou não, que levaram a paciente a esta decisão. Durante o atendimento é informado à usuária sobre seu direito de deixar a unidade de saúde, bem como, sobre os riscos deste ato. Aos casos que se trata de motivos sociais, a partir de uma compreensão crítica sobre os mesmos, para além de suas imedaticidades, o Serviço Social realiza as mediações possíveis para que a paciente se mantenha na unidade até receber a alta médica, de modo a garantir a sua

assistência à saúde e a do bebê, de forma integral.

Enquanto aos casos que a evasão da paciente é concretizada, quando esta é maior de idade, cabe ao Serviço Social articular intersetorialmente ao entrar em contato com a Clínica da Família responsável pela região habitada pela usuária afim de que tal instituição acompanhe o quadro clínico e social da mesma, garantindo assim o direito à saúde em sua integralidade. Caso a usuária seja menor de idade, o Serviço Social deve articular intersetorialmente com o Conselho Tutelar notificando a saída à revelia.

Ademais, para além dos casos de saída à revelia de gestantes e puérperas, há também episódios em que as puérperas já receberam alta médica, no entanto, o RN permanece internado e então é manifestado pela mãe a vontade de retirar seu filho(a) das dependências da unidade de saúde, sem que o mesmo esteja de alta médica.

Diante disto, o Serviço Social é acionado e deve informar que enquanto o infante estiver sobre os cuidados médicos no hospital, o mesmo torna-se também responsabilidade do Estado, visto que, não é capaz de responsabilizar-se por decisões sobre si mesmo, e portanto, os pais e o hospital devem zelar pelo direito à saúde do RN, informando assim aos responsáveis que caso persista em não aguardar a alta médica, o Serviço Social, através de uma ação intersetorial, deverá reportar o caso ao Conselho Tutelar enquanto negligência de cuidados.

No que tange às puérperas dependentes químicas cabe à rotina e aos deveres da maternidade, para além da emergência apresentada explicitamente aos profissionais de saúde num primeiro momento, compreender o contexto e os determinantes sociais envolvidos a cada caso, apreendendo assim as demandas fisiológicas e sociais não explícitas da usuária, com o principal objetivo de mediar o acesso a saúde em sua integralidade. Assim ocorre quando é notado através de comportamento incomum, de exames clínicos alterados ou, ainda, por meio do questionário que é preenchido com as informações solicitadas à paciente e, portanto, percebido qualquer indício ou confirmação de dependência química por drogas lícitas ou ilícitas.

Ao identificar o caso social supracitado, é compreendido enquanto protocolo da instituição, que a equipe técnica entre médicos e enfermeiros solicite a intervenção do Serviço Social, que após um primeiro atendimento deve se articular com a equipe de

saúde mental da instituição, onde esta é composta por uma psicóloga e um psiquiatra, responsáveis por atenderem a paciente deste quadro clínico e emitirem um parecer sobre as condições emocionais e psíquicas da mesma, bem como, de forma mais direcionada ao psiquiatra, relatar os comprometimentos causados pelo tempo de dependência e tipo de droga utilizada pela usuária, correlacionando-os, inclusive, com a capacidade ou não de cuidados e responsabilidade sobre a vida de um recém-nascido (RN).

Destarte, após esta avaliação mediada por uma articulação multiprofissional, os casos que o parecer psiquiátrico indica a possibilidade de concomitância entre o tratamento da genitora sobre a dependência química, caso desejado pela mesma, e a capacidade de cuidados e responsabilidade pelo recém nato, é articulado pelo Serviço Social a busca e o atendimento de uma possível rede de apoio para este processo, salientando como indispensável que a puérpera receba certo suporte, seja por familiares, pelo genitor ou pessoas próximas, durante este período.

Enquanto aos casos que a avaliação psiquiátrica entende os comprometimentos psíquicos causados pela situação de drogadição como impeditivos sobre a noção de cuidados e responsabilidade necessários pelo RN, o Serviço Social após entrevistas e atendimento à usuária, junto ao genitor, familiares e pessoas próximas, aos casos que possuem estas participações, busca o esgotamento de possibilidades sobre um possível guardião que seja do convívio da genitora e demonstre condições de responsabilizar-se sobre os cuidados com o RN.

Feito isto, é redigido um relatório social sobre a totalidade do caso indicando ou não um possível guardião, anexando este ao parecer da saúde mental. Por conseguinte, mediante uma articulação intersetorial, tais documentos são enviados à Vara da Infância e da Juventude de referência da região, com a finalidade de obter uma decisão judicial sobre a alta e liberação do recém nato. Seja a decisão de tal instituição conceder o documento oficial para o guardião, aos casos que possuírem esta possibilidade para o convívio da genitora, ou definir oficialmente a institucionalização do recém-nascido ao indicar um abrigo para este acolhimento pós alta hospitalar.

Os casos em que a gestantes ou puérperas apresentam histórico ou comportamento relativos à transtornos mentais é solicitado ao Serviço Social que seja realizado o atendimento do genitor e familiares, a fim de compreender os comprometimentos anteriores da usuária, bem como, para que seja solicitado o parecer da saúde mental sobre o caso.

Posteriormente, feito a abordagem e compreensão multiprofissional, a partir do

parecer psiquiátrico são postas as necessidades de encaminhamento, medicação e capacidade ou não de cuidados pelo RN. Nos casos em que a usuária não possui condições psíquicas de responsabilizar-se por seu filho(a), são esgotadas as possibilidades de algum familiar assumir tais cuidados. E, portanto, através de uma ação intersetorial, é enviado o parecer da saúde mental anexado ao relatório social indicando ou não um possível guardião para o infante, a fim receber a decisão judicial para o destino do RN, após alta médica.

Outra rotina institucional que demanda a intervenção profissional do Serviço Social é a entrega voluntária.

Segundo o Artigo 13, § 1º do Estatuto da Criança e do Adolescente, trata-se de um direito previsto por lei a decisão voluntária de qualquer gestante ou mãe que por alguma razão não queira ou não possa assumir os cuidados maternos em relação ao próprio filho formalize seu interesse em entregá-lo à adoção.

Portanto, é pertinente à rotina da maternidade casos de entrega voluntária decididos durante a gestação ou até mesmo comunicados pelas gestantes na hora do parto, bem como, é reconhecido como protocolo a participação do Serviço Social para estes casos, realizando o atendimento desde a primeira manifestação de tal vontade. A gestante ou puérpera passa pelo processo de escuta profissional, sem qualquer questionamento ou influência sobre sua decisão, o principal objetivo mantém-se sobre apreender os condicionantes sociais, bem como, ratificar os direitos e o sigilo sobre o processo em questão, para que posteriormente, através de uma articulação intersetorial, seja enviado à Vara da Infância e da Juventude a manifestação de vontade sobre a entrega à adoção do RN, e assim seja emitida à unidade de saúde a autorização judicial de acolhimento institucional.

Destarte, a partir da coleta de dados, casos e demandas realizados sobre a rotina do Serviço Social do Hospital Maternidade Alexander Fleming, no ano de 2022, com ênfase em suas articulações intersetoriais é possível concluirmos que as principais instituições envolvidas se trata de Clínicas da Família, Conselho Tutelar e Vara da Infância e Juventude. Enquanto as principais interações multiprofissionais deram-se em torno da equipe de saúde mental.



Ademais, torna-se indispensável abordarmos os limites e desafios que assolam tais ações profissionais, onde estes são identificados majoritariamente sobre as articulações relacionadas a saída à revelia, visto que, a maioria dos casos não recebem resposta ou acompanhamento necessários para a garantia do direito à saúde, fator ocasionado, por exemplo, por informações de contado não atualizadas pelas Clínicas da Família, impedindo assim que a articulação intersetorial possua êxito. Bem como, limites internos que são adensados pela ausência de aparatos tecnológicos indispensáveis como, por exemplo, durante o ano de 2022, que por incontáveis vezes não havia internet ou computadores disponíveis para o envio de relatórios sociais, notificações e comunicados às instituições necessárias.

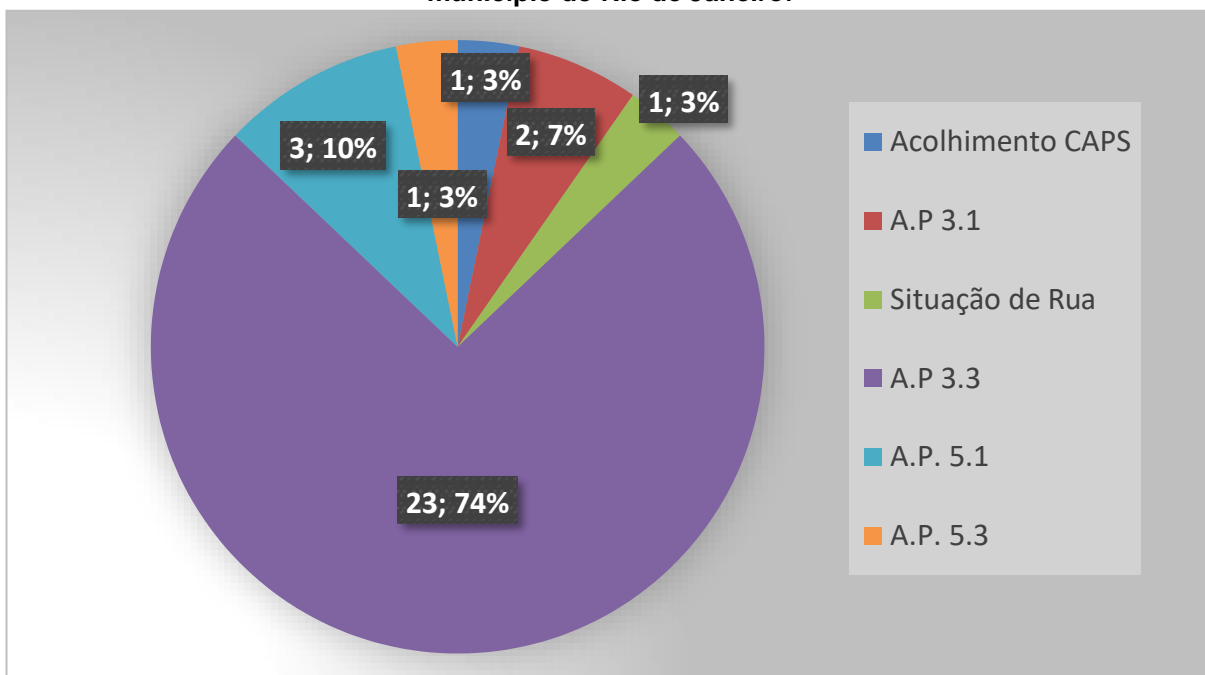
Para melhor elucidação do tema, exporemos a seguir gráficos com levantamentos regional, institucional, etário e de renda.

Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade do Rio de Janeiro em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde, visto que, estas determinam “características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade.” (PMS-RJ, 2013)

Os casos e demandas estudados pela presente pesquisa se deram sobre usuárias que habitam os seguintes bairros destas Áreas Programáticas:

Na A.P. 3.3, encontramos os bairros de Colégio, Pavuna, Bento Ribeiro, Barros Filho, Honório Gurgel, Guadalupe, Madureira, Irajá, Anchieta, Marechal Hermes, Cascadura, Rocha Miranda, Acari e Oswaldo Cruz. Já, na A.P. 3.1: Jardim América e Braz de Pina. Na A.P. 5.1 prevaleceu o bairro Realengo e na A.P 5.3, Santa Cruz, conforme demonstra o gráfico abaixo.

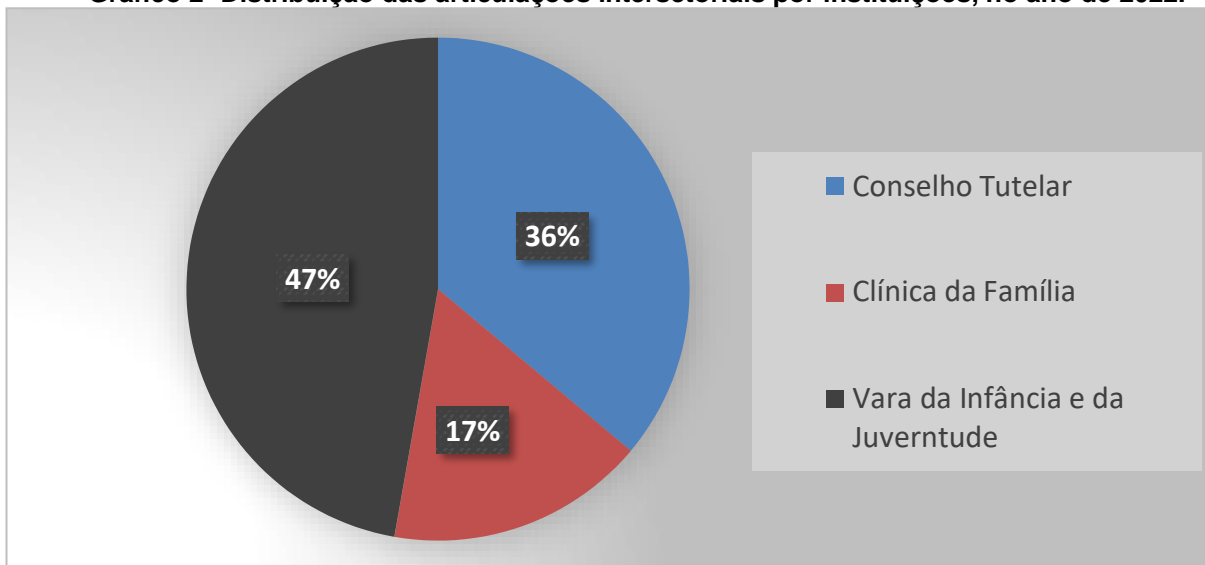
**Gráfico 1- Distribuição das usuárias atendidas no HMAF por região de saúde do município do Rio de Janeiro.**



Pelo exposto, o público principal de atendimento do HMAF se restringe a AP 3.3, território, este, da unidade de saúde. Podemos explicar este dado, pela existência de outras maternidades em outras áreas programáticas, enquanto os atendimentos que abrangeram outras APs, por ser esta uma maternidade de referência no atendimento à gestante de alto risco.

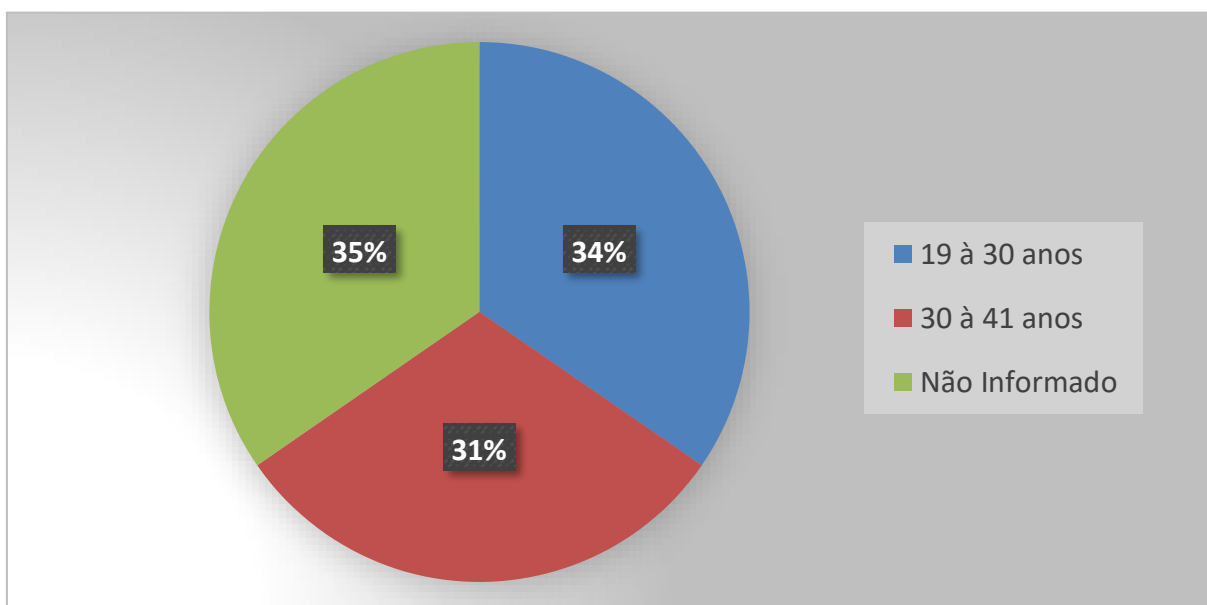
No que tange às articulações realizadas com outras instituições, de modo a garantir os direitos das usuárias e do recém nato, conforme relatado linhas atrás, ocorre principalmente com a Vara da Infância e Adolescência, com o Conselho Tutelar e com as Clínicas da Família. Sendo fundamental destacar que alguns casos demandam articulações intersetoriais com mais de uma instituição.

**Gráfico 2- Distribuição das articulações intersetoriais por instituições, no ano de 2022.**



Refletindo sobre o perfil das usuárias atendidas, foi possível inferir que, sejam por situação de entrega voluntária, saída à revelia, quadro psiquiátrico ou de dependência química, são mulheres adultas, em fase reprodutiva e de trabalho, conforme gráfico abaixo.

**Gráfico 3- Recorte etário das usuárias atendidas**



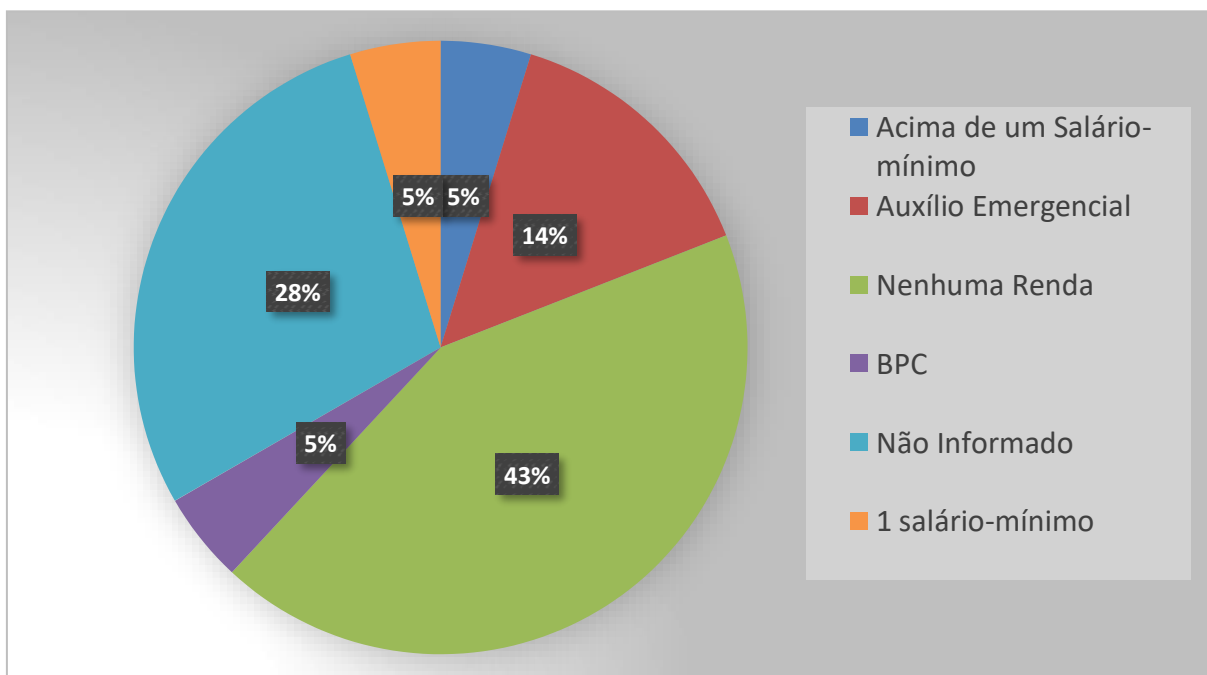
Ao analisar os dados acima é possível notar expressivamente a ausência de informação etária sobre 35% das usuárias atendidas, sendo assim indispensável ressaltar que os casos majoritariamente responsáveis por este dado trata-se de saídas à revelia, visto que, esporadicamente consta a idade das usuárias nas notificações feitas sobre tais casos ao Conselho Tutelar ou às Clínicas da Família. A partir disto, ressalta-se certa limitação sobre intervenções e mediações do Serviço Social que seriam possíveis caso houvesse a presença deste recorte etário.

Ademais, diante da rotina institucional posta a equipe de Serviço Social no ano de 2022, torna-se amplamente possível correlacionar as limitações supracitadas enquanto consequências do acúmulo de demandas sobre o quantitativo insuficiente de assistentes sociais atuantes na unidade de saúde, uma vez que, trata-se de um hospital de grande porte e conta apenas com duas profissionais para todos os setores.

Portanto, há conseqüentemente um impacto sobre a qualidade dos atendimentos, bem com, frequente sobrecarga e precarização do trabalho profissional. Realidade esta capaz de retratar e ratificar a lógica do Estado mínimo, que prevê a ausência deste, bem como, a focalização do atendimento sobre a extrema pobreza. Logo, o acesso ao Serviço Social torna-se cada vez mais distante da universalidade ao ser visto como ação focalizada em determinadas frentes de trabalho.

Da mesma forma ocorre com a questão da renda que em 28% dos casos atendidos não foi mencionada. Entendemos ser um indicador importante para se refletir sobre as condições de vida dessa mulher, inclusive, sendo um determinante, ainda prevalente, para a entrega voluntária e demandas de orientação social sobre bolsa família, benefício de prestação continuada, etc., conforme demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 4 - Distribuição das usuárias por renda



Os dados acima demonstram um perfil de extrema pobreza da população atendida, pois 43% dessas mulheres, mesmo em idade produtiva, não possuem renda.

Logo, a partir de uma reflexão crítica sobre os resultados obtidos, nos deparamos com indicativos expressivos da vulnerabilidade social vivenciada pelas mulheres atendidas, bem como, com limitações significativas sobre a atuação profissional trazida pela sobrecarga de demandas.

Profissionais estes que mesmo ao mediar ações de proteção social à estas usuárias, como podemos observar, não possuem quantitativo profissional suficiente para abranger todas as demandas e tão pouco refletir criticamente sobre as vulnerabilidades trazidas até estes.

Somado a isto, ao encontrar os limites supracitados sobre o registro de informações relevantes em relação aos casos atendidos, a intervenção profissional afasta-se da chamada sistematização da prática que, segundo Almeida (2008), trata-se de “uma dimensão importante do trabalho profissional que favorece uma reflexão contínua de suas respostas sócio-institucionais em suas relações de determinação com a dinâmica do ser social.”(ALMEIDA, 2008, p.8) e, portanto, uma articulação fundamental capaz de recobrar e ressaltar a necessária atuação crítico-investigativa,

auxiliando amplamente, inclusive, em uma inserção real e efetiva sobre a construção de alternativas profissionais.

## **5. Considerações Finais**

Certamente é possível inferirmos que consideráveis avanços ao ordenamento legal brasileiro tornaram-se palpáveis a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que ao conceituar oficialmente um modelo de proteção social traz fundamental protagonismo ao tripé estruturante da chamada Seguridade Social, desvelando, conseqüentemente, os deveres do Estado sobre a garantia de direitos da população relativos à política de saúde pública e à Assistência Social, promovendo, inclusive, a ampliação da compreensão sobre o processo saúde doença condicionado aos mais variados determinantes sociais.

No entanto, diante da vastidão de limites e desafios vislumbrados no decorrer do estudo em tela, fundamentalmente, sobre a desresponsabilização do Estado frente ao desmonte de direitos até os dias presentes, é possível inferirmos que não há efetivamente uma perspectiva sistêmica e prioritária sobre a Seguridade no Brasil, contrariando grande parte das lutas e conquistas que resultaram na Constituição de 1988, bem como, delineando o lamentável cenário social de desarticulação entre saúde, assistência social e previdência, cenário este que traduz uma herança histórica pautada na ausência de ações intersetoriais no campo das políticas sociais.

Ademais, a construção de um Sistema Único de Saúde(SUS), tendo em vista que trata-se do maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente deste sistema para tratar da saúde, na mesma medida que representa anos de lutas, esforços e conquistas de uma classe inteira de trabalhadores por seus direitos desde a década de 70 ao primeiro soar do Movimento da Reforma Sanitária enquanto principal pilar de tal conquista, nos apresenta também a responsabilidade de resistência desde o surgimento do SUS até a contemporaneidade.

Estando tal resistência ameaçada caso permaneça distante de protagonizar, bem como, compreender o conceito de intersetorialidade enquanto articulação desde a gestão até a execução da política de saúde pública, distância capaz de ratificar a fragilidade no enfrentamento da fragmentação não somente dos programas e ações sociais, mas também das expressões da questão social correlacionadas aos determinantes sociais presentes no processo saúde doença. E, ainda, reafirma a não

promoção do direito a saúde sobre os princípios de integralidade e universalidade nos quais são pautados o Sistema único de Saúde.

Sendo assim, a partir das referências teóricas aqui abordadas, ao vislumbrarmos o conceito e a aplicação da intersetorialidade na saúde pública é necessário destacar que a polissemia atribuída ao tema tem como consequência uma compreensão ainda bastante genérica sobre a diversidade de abordagens e nuances trazidas pelo processo reflexivo de diferentes áreas do conhecimento no âmbito da literatura, inclusive, em relação ao conceito articulado à prática cotidiana. Entretanto, torna-se inexorável o reconhecimento de que a intersetorialidade enquanto objeto de pesquisa encontra-se em uma crescente visibilidade e notoriedade acadêmica para a contemporaneidade.

Além disso, ao articularmos a necessária contribuição do Serviço Social para a construção da intersetorialidade no âmbito do SUS, foi possível trazermos à reflexão as desigualdades sociais brasileiras enquanto determinantes da saúde, bem como, o ínfimo impacto das políticas sociais como articulação de enfrentamento sobre tais desigualdades, sendo assim, portanto, possível considerarmos neste estudo a intersetorialidade enquanto estratégia para alcançar o fortalecimento e maior interação no âmbito das políticas sociais, fundamentalmente aplicadas à saúde pública.

Ademais, do ponto de vista elaborado através da análise realizada sobre as dimensões constitutivas do Serviço Social aplicadas à saúde pública, compreender a intersetorialidade desde o campo da gestão até o campo dos serviços, contribui, significativamente, para uma ação profissional alinhada às teses do Movimento da Reforma Sanitária, bem como, à justiça social alcançada através da democratização do Estado e da ampliação dos direitos humanos e sociais.

Sendo imprescindível citar que a intersetorialidade de nada progride se compreendida apenas enquanto um mero somatório de partes, mas sim concebida como ação coordenada referente à articulação de saberes e fazeres de diferentes perspectivas a fim de responder as reais necessidades do usuário para além de suas imediatidades, mas sobre a integralidade individual e coletiva da população. Portanto, ainda que o SUS funcione eficientemente, se isto ocorre de forma isolada de outras políticas e em dissonância sobre a realidade social do usuário, tal Sistema deixaria de estar em consonância com seus próprios princípios e diretrizes, tornando-se assim ineficaz sobre a garantia da saúde pública.

Neste sentido, adota-se enquanto principal compreensão, o conceito de intersectorialidade na saúde enquanto articulação que, para ser efetivamente correlacionada à prática no campo dos serviços, para além da comunicação entre diferentes políticas setoriais, demanda profundas alterações na dinâmica e processos institucionais, bem como, uma visão estrategicamente integrada às relações horizontais e coletivas entre os sujeitos, sendo assim construída e projetada de forma compartilhada e sinérgica entre os saberes, práticas e poderes.

Ademais, a presente pesquisa desvela que, apesar de estar conquistando espaços de debates e reflexões enquanto objeto de estudo, como foi aqui supracitado, a intersectorialidade ainda se encontra distante de ser efetivamente adensada enquanto diretriz indispensável à gestão e aos serviços do Sistema Único de Saúde, e, conseqüentemente, não é compreendida como um eixo norteador para o trabalho profissional neste âmbito, o qual permanece hegemônico pela setorialização e fragmentação frente suas demandas na contemporaneidade, asseverando, assim, consideráveis limitações sobre incorporar a concepção ampliada de saúde.

Portanto, a partir de tais fatores, o cenário contemporâneo da saúde pública afasta-se progressivamente dos ideais trazidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, corroborando assim com perspectivas cada vez mais enviesadas ao projeto privatista e corporativista, que por sua vez exige práticas opostas ao que é defendido pelo Serviço Social frente à saúde coletiva em sua integralidade, tendo em vista que tal projeto tende a incentivar ações curativas, individuais e isoladas, contexto que facilita a disseminação do conceito de intersectorialidade apenas enquanto articulação de algumas profissões ao invés de objeto fundamental às práticas do setor.

Destarte, ao nos voltarmos para os resultados obtidos sobre os casos aqui analisado, do ano 2022 no HMAF, é possível compreender que se trata de usuárias pertencentes a um quadro significativo de vulnerabilidade social, vistas a margem da sociedade e em sua maioria sem acesso aos direitos e proteção social que deveriam ser mediados pelo Estado.

Enquanto a atuação profissional do Serviço Social sobre esses atendimentos, frente as articulações intersectoriais, apresenta certa limitação, tanto por fatores advindos das instituições articuladas, quanto da própria rotina e estrutura posta pela unidade de saúde, prevendo, inclusive a sobrecarga das assistentes sociais e precarização da intervenção profissional.



Além disso, as demandas expressas pelos determinantes sociais e condições de vida dessas usuárias influenciam significativamente no processo saúde doença e, como foi possível observar, necessitam de respostas articuladas para além da política de saúde, ou seja, de natureza intersetorial.

No entanto, frente ao cenário social posto à contemporaneidade abarcado por ideais privatistas e de Estado mínimo prevendo a desresponsabilização deste, as demandas abordadas ao longo do estudo em tela tendem cada vez mais a serem apreendidas enquanto casos isolados e eventualidades particulares à realidade de cada usuária, e portanto, de responsabilidade destas, desconsiderando assim qualquer inadequação e displicência por parte do sistema de proteção social, bem como, da política de saúde pública frente aos princípios do SUS e ao sentido ampliado de saúde.

## 6. Referências

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social. In: **Serviço Social e Saúde** – formação e trabalho profissional. 3ed. São Paulo: Cortez, Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p.399-408.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, cap. 2, 2009. p.40-48.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sóciohistóricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza; MATOS Maurílio Castro. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Cortez Editora, p. 197-217. 2006.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser\_social.v22i46.25630. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630). Acesso em: 13 jul. 2023.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza. **A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões**. In. Revista Inscrita nº. 9. Brasília: CEFESS, 2004.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, 27(4), 1265–1286. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400021>.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Vinte anos do SUS**: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável Saúde em Debate, vol. 33, núm. 81, enero-abril, 2009, pp. 185-188 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Privatização da saúde no Brasil**: da ditadura do grande capital aos governos do PT. In: EM PAUTA, Rio de Janeiro \_ 1o Semestre de 2019 \_ n. 43, v. 17, p. 60 – 73.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CEFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política pública de saúde**. Brasília-DF; CEFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Serviço Social e Intersertorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Recife: O autor, 2010.

FREITAS, Rosana de C. Martinelli. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. Rev **katálysis**. 2007Jan;10(1):65–74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000100008>> Acesso em: 10/07/2023.

Lei de Acesso à Informação – LAI. **Organizações Sociais de Saúde**. Pernambuco, 2023. Disponível em: <<https://www.lai.pe.gov.br/ses/organizacoes-sociais-de-saude/>> Acesso em: 16/07/2023.

LISBOA, Antonio Marcio Junqueira. **Contribuição à História da Perinatologia**. Brasília Med 2013;50(4):358-363.

MACHADO, Lourdes A. Construindo a Intersertorialidade. 2009. Disponível em: <[portales.saude.sc.gov.br](http://portales.saude.sc.gov.br)> Acesso em: 12/07/2023.

MACHADO, Lourdes A. **Construindo a intersectorialidade**. In: IV. Conferência estadual de saúde mental, 4., 2010, Florianópolis, SC.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. Rev. **Katál**. Florianópolis v. 10 n. 1 p. 15-23 jan./jun. 2007

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A Política de Saúde no Governo Lula**. In: Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. Rev: **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009. Disponível em: <[https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12733](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733). Acesso em: 26 jul. 2023.> Acesso em: 10/06/2023.

\_\_\_\_\_, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. Revista: **Textos & Contextos**. Porto Alegre v. 8n.1 p. 22-48. jan./jun. 2009.

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

\_\_\_\_\_, José Paulo. **O projeto ético-político profissional do serviço social brasileiro**. Intervenção social. - ISSN 0874-1611. - N. 42-45 (2.º semestre 2013 - 1.º semestre 2015). - p. 229-242.

Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS-RJ) 2014-2017. **Secretaria Municipal de Saúde**, 2013. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf). Acessado em: 06/07/2023.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). In: **Divulgação em saúde para debate** | Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul 2018.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Ano I, no. 1, p. 1-15, Jul. 2009.

SGORLON, Claudiana Tavares da Silva; SUGUIHIRO, Vera Lucia Tieko. **Projeto ético-político do serviço social e seus reatamentos na profissão**. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Número ISBN: 978-85-64093- 50-8. Florianópolis, 2017.

SILVA, Gilvaneide Nunes da. **Intersetorialidade na saúde**: estratégia de atuação do serviço social. João Pessoa, 2016.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. O que é? - Superávit primário. Rev: **Desafios do desenvolvimento**. Ano 2 . Edição 10 - 1/5/2005. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&id=2065:catid=28](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2065:catid=28)> Acesso em: 10/07/2023.

YAZBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social brasileiro na contemporaneidade. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS. 2009. p. 1-27