

## AS INFLEXÕES DO BLOQUEIO ORÇAMENTÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19 ENTRE 2019-2022

Luciana Sousa Alves <sup>1</sup>

### RESUMO

A pandemia da Covid-19 assolou o país de forma avassaladora e o não reconhecimento da gravidade da doença por parte do Governo Federal consubstanciou no alastramento da contaminação levando aos hospitais a ocupação de todos os leitos sem estruturas para o atendimento dos usuários. O referido estudo busca apresentar as inflexões ocasionadas pela Pandemia da Covid-19 decorrente do processo de contingenciamento/bloqueio dos recursos destinados à Saúde entre os anos de 2019 a 2022. Utiliza-se a pesquisa qualitativa com abordagem na pesquisa bibliográfica e documental, baseado nos fundamentos de Salvador (2010), Brettas (2017) e Behring e Bochetti (2021), bem como nos dados disponibilizados no Portal Siga Brasil. A pesquisa aponta que foram direcionados para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) entre o período abordado em média R\$172,3 bi, sendo destinados para Atenção Hospitalar e Ambulatorial em média R\$72,05bi e para Atenção Básica em Saúde R\$35,4bi. Os demais recursos foram destinados para ações em saúde, a exemplo da Vigilância Sanitária. Dentro desse processo, observa-se que o processo de contingenciamento/bloqueio de recursos que seriam destinados aos Estados e Municípios para a prevenção, promoção e recuperação em saúde e para a criação de novos leitos hospitalares foram reduzidos. Com isso, compreende-se que as intervenções necropolíticas atuantes no Governo Bolsonaro, corroborou para o ápice da doença em 2021 e para ampliação no número de mortos – 694 mil -, como também afetou drasticamente todo o Sistema de Saúde incluindo os profissionais integrados à linha de frente de combate ao Covid-19.

**Palavras-chave:** Saúde, COVID-19, Contingenciamento.

### INTRODUÇÃO

A política de Saúde, no âmbito do contexto brasileiro, se apresenta como um viés interventivo de possibilidades para o atendimento da população, em que a Atenção Primária em Saúde (APS) se apresenta como uma porta de entrada para todas as necessidades e questões de saúde, devendo promover, prevenir e reabilitar a saúde, corroborando com o acesso aos demais serviços ofertados na Rede de Atenção em Saúde, tendo a Saúde da Família como um dos campos para a promoção, prevenção e proteção à saúde.

Entre os anos de 2019 a 2020, nos deparamos com uma Pandemia oriunda da Covid-19 que assolou o mundo drasticamente, atingindo cerca de 630.825.679 milhões de pessoas, configurando cerca de 6.592.852 milhões de mortes, de acordo com os dados disponibilizados pelo *Our world in data*. No caso brasileiro, a pandemia afetou o país no mês de fevereiro de 2020, atingindo até o momento cerca de 34.837.035 de casos, ocasionado cerca de 688.219

---

<sup>1</sup> Mestre em Serviço Social – Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); lucianasalves2016@gmail.com

mortes. Com isso, compreende-se que as intervenções necropolíticas atuantes no Governo Bolsonaro, corroborou para o ápice da doença em 2021 e para ampliação no número de mortos – 694 mil -, como também afetou drasticamente todo o Sistema de Saúde incluindo os profissionais integrados à linha de frente de combate ao Covid-19.

## **METODOLOGIA**

O estudo baseia-se na pesquisa qualitativa, cujo procedimentos teórico-metodológicos norteiam-se pela pesquisa bibliográfica e documental. Para isso, foram escolhidos materiais previamente elaborados como artigos, textos, dissertações e teses que debatem a temática em questão, baseados nos seguintes descritores: “Pandemia e Serviço Social”; “Saúde e Serviço Social”; “Assistente Social e Saúde”. No que tange a pesquisa documental, foram selecionados os atos normativos legais que norteiam a atuação do Assistente Social na política de Saúde.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **O contexto da política de Saúde brasileira e a implementação do SUS**

Paim (2008) ao dialogar a respeito do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o sinaliza como um fenômeno histórico-social que delineou os princípios da saúde como um direito da sociedade e um dever do Estado a partir de três dimensões da saúde: a saúde enquanto área do saber; a saúde enquanto setor produtivo; a saúde enquanto estado de vida.

A saúde, enquanto área do saber, disponibiliza o conhecimento médico para intervir na recuperação, limitando os danos produzidos pela doença e evitando mortes e sequelas. [...]. A saúde enquanto setor produtivo era, antes do SUS, uma mistura de inúmeros componentes [...]. Já a saúde, enquanto estado vital das pessoas e da população, era descrita por indicadores limitados a dados de mortalidade, notificação de doenças infecciosas e acidentes de trabalho (Paim, 2008, p. 28-29).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surge como uma concepção vinculada à crítica realizada aos limites apresentados pela Medicina Preventiva, como também, pela busca incessante por alternativas que tratasse a crise sanitária e de saúde do período autoritário, como aponta Paim (2008).

Para Fleury (2009, p. 746), “a reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional”. Algumas concepções, a exemplo daquelas pautadas na concepção ampliada de saúde e na importância das lutas populares, foram propostas para a implementação do projeto da RSB. A autora ressalta que os elementos desta conjuntura partiram da

generalização da consciência sanitária; a construção de um paradigma analítico fundado na determinação social da saúde e da organização das práticas; o desenvolvimento de uma nova ética profissional; a construção de um arco de alianças políticas em torno da defesa do direito à saúde; a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social do sistema de saúde (Fleury, 2009, p.748).

Silva (2011) ressalta que os debates acerca da política de saúde contaram com o apoio de novos sujeitos políticos – estudantes, representantes dos movimentos sanitaristas, profissionais da saúde, professores, entre outros, que apresentaram as reais condições de vida da população brasileira, ratificando a dimensão política vinculada à democracia.

Desta forma, as articulações realizadas pelos movimentos sanitaristas e demais movimentos sociais, perceberam a necessidade da efetivação da Reforma Sanitária Brasileira que, por sua vez, corroborou veemente com a implementação da política de Saúde na Carta Magna de 1988, inserindo-a no rol da Seguridade Brasileira (Silva, 2011).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 apresentou, no plano jurídico, uma esperança de afirmação e ampliação dos direitos sociais diante do agravamento da ‘questão social’ decorrente da crise econômica que assolava o país. A política de Saúde passou a ser inserida no rol da Seguridade Social no Art. 196<sup>2</sup>, apontando as reivindicações realizadas pelo Movimento Sanitarista que, por sua vez, apresentou os seguintes aspectos:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar [...] (Bravo, 2006, p.10-11).

---

<sup>2</sup>A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

Correia (2019) ressalta que o modelo de saúde centrado na doença é oferecido apenas àqueles trabalhadores que contribuem com a Previdência Social é rompido, passando a se concretizar como um sistema universal, partindo da aplicabilidade dos princípios da equidade, da integralidade, do controle social, da regionalização e hierarquização da oferta dos serviços. O processo de ruptura inserido no modelo de organização do SUS, representou uma nova roupagem na relação do Estado com a sociedade, como também, com as esferas de governos.

Monerrat e Souza (2011) apontam que, em sentido histórico, a política de saúde apresenta um maior acúmulo político-teórico no processo de consolidação do SUS, ocorrendo uma descentralização em termos de planejamento e gestão setorial. E, para isso, foram efetivados alguns instrumentos de gestão que possibilitaram a concretização do SUS, como por exemplo a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), a Conferência Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

É na década de 1990 que, de fato, ocorre a implementação do Sistema Único de Saúde, através da Lei 8.080/90 e da Lei 8.142/90 que, foram editadas gradativamente, pelo Ministério da Saúde, através das Normas Operacionais Básicas (NOB's), que tem por objetivo definir os aspectos operacionais, o orçamento e o financiamento, como também, estruturar o modelo de atenção do setor.

As NOBs aumentaram pontos de veto a possíveis ataques ao SUS e conferiram legitimidade democrática ao sistema, incorporando a participação de novos atores. Entretanto, acabariam por contribuir para o surgimento de uma estrutura institucional que reserva à burocracia estatal controle sobre as principais decisões, com um peso elevado ao gestor federal, às comissões intergestores e às associações de secretários municipais e estaduais de saúde (Gesrchman e Santos, 2006, p. 182).

A NOB/SUS estrutura o modelo de saúde a partir de três níveis de atenção - primária, secundária e terciária. A atenção primária, direciona para o atendimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde Família, com o intuito de promover o acesso às políticas de saúde, como também viabilizando o acesso à prevenção dos acometimentos de doenças por parte da população no território. Podendo ser considerada como Porta de Entrada do Sistema Único de Saúde.

A secundária, denota em uma complexidade de atendimento, direcionada para o atendimento especializado de média complexidade, sendo necessária a realização de intervenções e tratamentos emergenciais e crônicos. Há dentro desse modelo de atenção, a oferta dos serviços de forma especializada.

O nível Terciário trata do funcionamento da Rede Hospitalar de grande porte e alta complexidade, ofertando serviços público-privados. O nível de complexidade se apresenta de forma intensificada que, o objetivo dos atendimentos é o da manutenção da vida do usuário que busca por atendimento.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O capítulo II da Constituição Federal de 1988, trata no art. 195 a base de financiamento da Seguridade Social, mediante recursos provenientes do orçamento público da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, bem como, daquelas contribuições advindas de forma direta e indireta de toda sociedade, conforme descrito abaixo:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social; III - sobre a receita de concursos de prognósticos. IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988, art. 195).

A política de Saúde, assim como as políticas de Assistência Social e Previdência Social, inseridas no rol da Seguridade Social, não possui uma base de financiamento exclusiva, como aponta Alves (2021). O orçamento destinado para o funcionamento das políticas da Seguridade Social é oriundo da tributação sobre o trabalho assalariado, das contribuições sociais e é desvinculado do orçamento fiscal [...] (Silva, 2012, p.34).

Mesmo com o advento da Seguridade Social diante da luta de classes em busca da viabilização dos direitos sociais e de cidadania, a ocorrência da tentativa de desmonte das políticas sociais, incluindo a Saúde, foram iniciadas tão logo a promulgação da Carta Magna de 1988, como aponta Silva (2012), tornando-se nítida diante da,

fragmentação, isolamento e desarticulação de suas políticas; na exclusão dos trabalhadores e empregadores da sua gestão; nas recorrentes tecnificação, centralização e burocratização de seu planejamento a nível federal; a contraposição crescente entre as lógicas do seguro e da assistência, obstando qualquer perspectiva de complementaridade e de integralidade entre suas políticas como um sistema integrado de proteção social (Silva, 2012, p. 36).

Alves (2021) sinaliza que essa configuração afetou diretamente as políticas sociais que compõem o tripé da Seguridade Social, entendendo que a Constituição Federal de 1988, ratifica a base de financiamento como única, pois não existe, até o momento, um orçamento delimitado para cada política social.

A autora também indaga que o financiamento da política de Saúde sofre constante processo de subfinanciamento e isso torna-se nítido com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 15 de dezembro de 2016, realizando o congelamento dos recursos destinados às políticas de Saúde e Educação pelo período de 20 anos. A referida EC surgiu a partir da falácia do reajuste fiscal, como proposta de redução dos gastos por parte do Governo Federal.

Contudo, essa Emenda Constitucional não atingiu apenas as políticas sociais mencionadas anteriormente, mas as demais políticas sociais, a exemplo da política de Assistência Social. Com isso, a EC afeta diretamente na oferta dos serviços, programas, projetos e benefícios ofertados à população, possibilitando a ocorrência de um desmonte das políticas sociais e setoriais ao longo do tempo de vigência.

Desta forma, entre os anos de 2017 a 2022, os recursos destinados à política de Saúde foram subtraídos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), como demonstrado na tabela 01 abaixo:

**TABELA 01 - DESTINAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS - FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (BILHÕES R\$)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Autorizado	120,5	122,8	127,2	184,5	182,3	152,4
Executado	118,0	122,1	126,3	162,0	177,1	151,9
Bloqueado	-	1,6	-	-	-	-

**Fonte:** Siga Brasil (2023).<sup>3</sup>

A tabela 01 demonstra que após a aplicabilidade da EC N°95/2016, a Saúde entre os anos de 2017 e 2018, sofreu um bloqueio na destinação dos recursos de R\$1,6 bilhões para a execução das ações de saúde – assistência hospitalar e ambulatorial, atenção básica, suporte profilático e terapêutico, vigilância epidemiológica, incluindo despesas com pessoal e encargos sociais.

Os anos de 2018 e 2019 apresentaram uma pequena variante ou aumento nos recursos destinados às ações de saúde de R\$4,1 bi e R\$8,3 bi, respectivamente, comparados ao ano de

<sup>3</sup> Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>

2017, cujo valor executado foi de apenas 118,00bi. Destaca-se que, não foram divulgados no Portal Siga Brasil os montantes dos valores Bloqueados nos anos de 2019 a 2021, mas que isso não significa que não existiam recursos suprimidos, pois a Emenda Constitucional N°95/2016, vêm realizando um processo de supressão de recursos desde a sua aprovação.

Em relação a 2022, percebe-se a queda no valor dos recursos destinados à política de Saúde em R\$ 25,2 bilhões comparando ao ano de 2021 que, por sua vez, direcionou para a política de saúde no referido ano o montante de 177,1 bilhões, prejudicando a oferta dos serviços de saúde a população.

Diante disso, foram direcionados para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) entre o período abordado em média R\$172,3 bi, sendo destinados para Atenção Hospitalar e Ambulatorial em média R\$72,05bi e para Atenção Básica em Saúde R\$35,4bi. Os demais recursos foram destinados para ações em saúde, a exemplo da Vigilância Sanitária. Dentro desse processo, observa-se que o processo de contingenciamento/bloqueio de recursos que seriam destinados aos Estados e Municípios para a prevenção, promoção e recuperação em saúde e para a criação de novos leitos hospitalares foram reduzidos.

Com isso, compreende-se que as intervenções necropolíticas atuantes no Governo Bolsonaro, corroborou para o ápice da doença em 2021 e para ampliação no número de mortos – 694 mil -, como também afetou drasticamente todo o Sistema de Saúde incluindo os profissionais integrados à linha de frente de combate ao Covid-19.

No SUS, a concepção de Atenção Primária à Saúde, se articula em três processos essenciais e indissociáveis: o primeiro, sob a lógica do acesso universal ao sistema de saúde; o segundo, direciona-se para a relação entre os fatores econômicos e social, diante dos determinantes sociais que regem sobre o processo saúde-doença e; o terceiro, a participação social. Em conformidade com Giovanella (2018, p. 02),

Essa concepção abrangente de atenção primária à saúde, que o movimento da medicina social latino-americana cunhou como ‘atenção primária à saúde integral’, coaduna-se com diretrizes do SUS de garantia do direito à saúde.

Esse fato demonstra que a Atenção Primária à Saúde (APS) se consolida sob o paradigma diversificado dos modelos de cuidados primários em saúde, viabilizado sob o modelo tradicional, em que a atuação médica e da enfermagem se configura sob o aspecto generalista, sem a realização da abordagem/atendimento sob a perspectiva da família e um modelo de medicina pautada na família e na comunidade, mas de forma restritiva, sendo

realizado o atendimento sob ótica de uma dinamicidade médica generalista calcado no atendimento familista, como aponta Mendes (2015).

Em conformidade com o Ministério da Saúde e a Secretária de Atenção Primária à Saúde, a APS se apresenta como o primeiro nível de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando como um

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2023).

Percebe-se que, a APS é a principal porta de entrada do SUS, articulando-se com a Rede de Atenção e atendimento à Saúde, sendo regido pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade” (BRASIL, 2023). É importante ressaltar que, no Brasil, a Atenção Primária é estabelecida sob a perspectiva da descentralização administrativa, devendo funcionar nos territórios e locais de maior acessibilidade à população, podendo, assim, atender as demandas cotidianas.

O Ministério da Saúde (2023) direciona aos entes federados – Municípios, Estados e Distrito Federal – várias estratégias governamentais, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que propõe um leque de serviços multidisciplinares que visam atender à população em todas as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) através da oferta de atendimentos clínicos, consultas, exames, entre outros.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Além da Estratégia da Saúde da Família, o Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, por sua vez, tem por objetivo ampliar o atendimento e as ações próprias da atenção básica, buscando dá uma resolutividade para os acometimentos de doenças existentes nos territórios.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2012), o NASF é composto por uma gama de profissionais, de áreas diversificadas, com conhecimentos distintos, que buscam atuar de forma integrada e articulada com os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes direcionadas para o trabalho com populações específicas, a exemplo do Consultório na Rua e Ribeirinhas, “atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes” (BRASIL, 2012).

Desta maneira, as equipes inseridas na Atenção Primária à Saúde são compostas por uma equipe multidisciplinar, contando com a presença de médicos e enfermeiros, por agentes comunitários de saúde, Assistentes Sociais, Psicólogos, Fisioterapeutas, Farmacêuticos, entre outros. Os processos de articulação interdisciplinar, é um dos “instrumentos” que concerne o exercício profissional, pois corrobora com o acesso dos usuários às demais políticas setoriais, a exemplo da Assistência Social. Dentro dessa realidade, os usuários ao serem atendidos nessas unidades de saúde, são direcionados aos demais equipamentos/serviços, buscando viabilizar o acesso ao tratamento adequado diante os acometimentos evidenciados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A política de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) representam a grande base de promoção e proteção à vida, diante das ações negacionistas e de necropolíticas evidenciadas pelo Governo Federal. A Saúde é uma das políticas públicas alvo de privatizações e da própria espoliação e expropriação do fundo público pelo capital financeiro, ratificadas na Emenda Constitucional N° 95/2016. Ao tempo que as supressões dos recursos destinados à saúde são efetivadas, a população é penalizada com a oferta do atendimento e dos serviços, consubstanciando numa perspectiva de (re) adoecimento ou agravamento dos processos saúde-doença.

## **REFERÊNCIAS**

ALVES, L. S. **O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DO NOVO REGIME FISCAL DA EC/95: A particularidade do FMAS no município de Campina Grande/PB no período de 2016 a 2018.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba. 2021. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/4358>. Acesso em: 12/10/2023.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, Ivanete. Assistência Social na pandemia da Covid-19: proteção pra quem? **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Wbf86mT4vwX6HvnSyRy3kkD/?format=html&lang=pt>.

Acesso em: 13/10/2023.

BRASIL. **Nota Técnica: A Pandemia de Covid-19 e os profissionais da Assistência Social no Brasil.** Fundação Getulio Vargas (FGV). Disponível em: [PesquisaFGV-rel03-social-covid-19-depoimentos-v2.pdf](https://www.fgv.br/assessoria/comunicacao/publicacoes/2020/09/2020-09-20-nota-tecnica-a-pandemia-de-covid-19-e-os-profissionais-da-assistencia-social-no-brasil) (cfess.org.br). Acesso em: 13/10/2023.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Compreensão acerca da APS.** Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee> Acesso em: 13/10/2023..

BRASIL. **Estudo analisa registro de óbitos por Covid-19 em 2020.** Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-analisa-registro-de-obitos-por-covid-19-em-2020>.

Acesso em: 13/10/2023.

BRASIL. **Portal Siga Brasil: Orçamento da Seguridade Social – política de Saúde.**

Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>. Acesso em: 15/10/2023.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 1986. Disponível em: [8ª Conferência Nacional da Saúde - Relatório Final](https://saude.gov.br/8a-conferencia-nacional-da-saude-relatorio-final) (saude.gov.br).

BRAVO, M. I. S et al. Política de saúde no Brasil. **Revista Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

CORREIA, J. de O. **FUNDO PÚBLICO E POLÍTICA DE SAÚDE: inflexões nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** IX Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOINPP): Civilização ou Barbárie: o futuro da humanidade. UFMA: 2019.

FLEURY, S. **Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro:2009. p. 743-752.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento da política de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** Vol. 21 nº. 61 junho/2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/Tm8WwTSQRHCtZMxpQHM6psj/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 19/10/2023.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em:

19/10/2023.

MENDES, E. V. **A construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em:

[https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-](https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao-1.pdf)

[APS-2-edicao-1.pdf](https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao-1.pdf). Acesso em: 09/05/2023.

MONERRAT, G. L; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à Intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/CfXpmXYLxHNyTnbKfw5HfDH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16/05/2023.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Revista Saúde em debate**. Vol. 33, n°81, jan-abr, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro: 2009, p. 27-37. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/5978>. Acesso em: 25/10/2023.

SILVA, A. X.. **A Reforma Sanitária Brasileira em debate**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOINPP): Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. UFMA: 2011. Disponível em: [http://www.joinpp2013.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/A\\_REFORMA\\_SANITARIA\\_BRASILEIRA\\_EM\\_DEBATE.pdf](http://www.joinpp2013.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_REFORMA_SANITARIA_BRASILEIRA_EM_DEBATE.pdf). Acesso em: 19/10/2023.

SILVA, S. S. de S. **Entre a expansão do capital e a proteção ao trabalho: contradições da Assistência Social brasileira no governo neodesenvolvimentista**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/10705>. Acesso em: 19/10/2023.