



11º Encontro Internacional de Política Social 18º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Entre o capital e a vida: questão social,
crise ambiental e resistências

Vitória, ES, Brasil, 18 a 20 de agosto de 2026

Eixo: Política Social: fundamentos histórico-teóricos, análise, avaliação e financiamento

O SUS constitucional entre direitos e desmonte: reflexões sobre o desfinanciamento da saúde

Elana da Silva de Cristo¹

Tereza Cristina Pires Favaro²

Resumo: Este artigo propõe uma análise das contradições entre sistema único de saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, e sua materialização no cotidiano atravessado pelo ajuste fiscal permanente de feição neoliberal, uma estratégia de captura e redirecionamento do fundo público para garantir a rentabilidade do mercado financeiro em detrimento das políticas sociais e do investimento público. O estudo baseia-se na compreensão da saúde como um direito social universal resultante das lutas do movimento de reforma da saúde. O estudo, de abordagem qualitativa, elege o materialismo histórico-dialético como método de análise, fundamenta-se em pesquisas bibliográfica e documental, articulando o debate sobre a transição do subfinanciamento crônico, resultante da insuficiência histórica de recursos desde a Constituição de 1988, para um processo institucionalizado de desfinanciamento intensificado pela Emenda Constitucional nº 95/2016. É problematizada a partir da disputa estrutural em torno do fundo público e dos projetos societários em disputa, ao mesmo tempo em que se reafirma a centralidade da luta pela seguridade social e pela defesa da saúde como direito universal.

Palavras-chave: sistema único de saúde; seguridade social; financiamento da saúde; austeridade fiscal; desfinanciamento da saúde.

The constitutional SUS between rights and dismantling: reflections on the underfunding of healthcare

Abstract: This article proposes an analysis of the contradictions between the unified health system (SUS), established by the 1988 Federal Constitution and regulated by Laws No. 8.080/1990 and No. 8.142/1990, and its materialization in everyday life shaped by permanent neoliberal fiscal adjustment, a strategy aimed at capturing and redirecting public funds to ensure the profitability of the financial market to the detriment of social policies and public investment. The study is based on the understanding of health as a universal social right resulting from the struggles of the Health Reform Movement. Using a qualitative approach, the study adopts dialectical historical materialism as its analytical method and is grounded in bibliographic and documentary research. It articulates the debate on the transition from chronic underfunding, resulting from the historical insufficiency of resources since the 1988 Constitution, to an institutionalized process of defunding intensified by Constitutional Amendment No. 95/2016. This issue is problematized through the structural dispute surrounding public funds and the competing societal projects at stake, while simultaneously reaffirming the centrality of the struggle for social security and the defense of health as a universal right.

Keywords: unified health system; social security; health financing; fiscal austerity; underfunding in health care.

¹ Mestranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Assistente Social da Universidade Federal de Goiás - CEPAE. E-mail: elana-cristo@ufg.br

² Doutora em História e professora do Curso do Serviço Social da Universidade Federal de Goiás. Email: terezafavaro@ufg.br

Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 instituiu um marco civilizatório ao reconhecer a saúde como direito social fundamental e dever do Estado, integrando-a ao sistema de seguridade social ao lado da previdência e da assistência social. Tal formulação rompeu com a lógica excludente e contributiva que historicamente orientou as políticas de saúde no país, vinculadas ao mercado de trabalho formal e à capacidade de pagamento dos indivíduos. Inspirado em experiências internacionais de proteção social e influenciado pelo movimento da reforma sanitária brasileira, o sistema único de saúde (SUS) foi concebido como um sistema público, universal, integral, descentralizado e com participação social, materializando um projeto societário comprometido com a ampliação da cidadania e com a redução das desigualdades sociais (Bravo, 2006).

A consolidação do sistema de proteção social brasileiro coincide com a crise estrutural do capitalismo iniciada na década de 1970, marcada pela reestruturação produtiva, pela mundialização do capital e pela ascensão da hegemonia neoliberal. Nessa conjuntura, o Estado passa a ser redefinido não mais como provedor central de direitos sociais universais, mas como agente regulador mínimo, orientado pela contenção dos gastos públicos e pela priorização do equilíbrio fiscal. Conforme analisam Behring e Boschetti (2011), às políticas sociais passam a ser sistematicamente tensionadas pela lógica do ajuste fiscal permanente, deslocando o fundo público da esfera da proteção social para a reprodução ampliada do capital financeiro.

Embora o SUS possua um dos mais avançados marcos jurídicos do mundo no que se refere à universalidade do direito à saúde, sua materialização concreta é atravessada por um processo histórico de subfinanciamento, que se aprofunda nas últimas décadas e se converte em desfinanciamento institucionalizado. Tal processo não pode ser compreendido como resultado de falhas técnicas, ineficiências administrativas ou limitações gerenciais, mas como expressão de escolhas políticas e econômicas que subordinam os direitos sociais às exigências do capital financeiro, conforme demonstra Salvador (2008) ao analisar a disputa pelo fundo público no Brasil.

Observa-se uma crescente tensão entre o arcabouço jurídico-normativo que sustenta o direito à saúde e as condições materiais para sua efetivação, produzindo o descompasso entre SUS legal e o SUS real. Do ponto de vista jurídico, tal contradição

evidencia os limites da efetividade dos direitos sociais em contextos de hegemonia neoliberal, nos quais, embora positivados constitucionalmente, os direitos são progressivamente esvaziados em sua dimensão material, produzindo aquilo que Sarlet (2015) denomina de “efetividade formal sem efetividade real”. No caso da saúde, isso se traduz na ampliação das desigualdades de acesso, na precarização dos serviços públicos e no fortalecimento do setor privado como alternativa mercantil à insuficiência do sistema estatal.

O problema que orienta este estudo consiste em compreender de que forma o subfinanciamento histórico da política de saúde, aprofundado pelo desfinanciamento com o novo regime fiscal instituído pela Emenda Constitucional nº 95/2016, compromete a capacidade do Estado brasileiro de garantir o direito universal à saúde, alinhado aos princípios da seguridade social.

Diante dessa problemática, o artigo tem como objetivo geral analisar a contradição entre o SUS legal (forjado na luta do movimento da reforma sanitária brasileira e assegurado na Constituição de 1988) e o SUS real, efetivado no cotidiano sob a lógica do subfinanciamento, austeridade fiscal e financeirização do fundo público. Como objetivos específicos, busca-se: a) analisar a política de saúde no período pós-Constituição Federal de 1988 e b) discutir o SUS real e os rebatimentos do neoliberalismo sobre à saúde e os projetos societários em disputa comprometendo o direito universal à saúde.

Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, fundamentada no método materialismo histórico dialético, que permite apreender a política de saúde como parte constitutiva das relações sociais capitalistas e das disputas em torno do fundo público. A análise dialoga com autores do Serviço Social, do Direito e da Economia Política.

1. Seguridade Social: a saúde pós Constituição Federal de 1988

A constituição dos sistemas de seguridade social está intrinsecamente vinculada ao desenvolvimento histórico do capitalismo e às formas pelas quais os Estados nacionais responderam às expressões da questão social produzidas pela exploração do trabalho. No período posterior à Segunda Guerra Mundial, especialmente nos países centrais do capitalismo, consolidou-se um padrão de proteção social conhecido como Estado de

Bem-Estar Social, no qual o Estado assumiu papel central na provisão de políticas universais de saúde, previdência e assistência social (Esping-Andersen, 1991).

No Brasil, debater sobre os caminhos para garantir saúde à população de forma universal, significa pensar na redemocratização do País. A política de saúde está articulada às determinações sócio-históricas que emergem no cotidiano da vida social, impulsionadas, sobretudo, pelo desenvolvimento do sistema capitalista, assim, a trajetória da política de saúde no Brasil é marcada por interesses antagônicos, atravessada por processos de avanços e retrocessos (Mendonça, 2019).

Nesse contexto, a saúde vivenciava a duplicidade de um sistema dividido entre medicina previdenciária e de saúde pública. A saúde pública restringia-se a campanhas de baixa eficácia e assistência a população pobre, trabalhadores informais, desempregados e residentes da zona rural, além de enquanto a medicina previdenciária, a assistência via contratação de serviços privados era restrita aos que contribuíam com a previdência social, atendia principalmente os moradores das áreas urbanas, regidos pelos institutos de pensão. Com o aumento do êxodo rural, houve também o crescimento das doenças e o empobrecimento da população causada pela falta de cobertura da política de saúde e pelo desemprego (Mendonça, 2019).

Instituído como conquista democrática em 1988, o SUS surge em meio às contradições de uma conjuntura mundial marcada pelo avanço do neoliberalismo e pela retração do Estado social.

Essa condição estrutural contribui para o entendimento dos desafios históricos enfrentados pelo SUS desde sua origem. Ao contrário dos países centrais, o Brasil institui um sistema universal sem ter consolidado previamente um Estado de Bem-Estar Social, com base tributária progressiva e elevado nível de proteção social. Como destaca Behring (2011), trata-se de uma universalização tardia e contraditória, permanentemente tensionada pelas limitações do fundo público.

No plano da seguridade social, essas contradições se aprofundam. A Constituição de 1988 institui um orçamento próprio da seguridade social, com fontes de financiamento diversificadas e baseadas na solidariedade social. No entanto, desde os anos 1990, esse orçamento passa a ser sistematicamente apropriado para outras finalidades, especialmente o pagamento da dívida pública. A Desvinculação de Receitas da União

(DRU) constitui um dos principais mecanismos desse processo, retirando recursos das políticas sociais e comprometendo sua sustentabilidade.

1.1. Da Reforma Sanitária ao SUS: a construção do direito universal à saúde na Constituição de 1988

O sistema único de saúde (SUS) é uma estratégia do movimento de reforma sanitária (MRS), que reuniu diversos setores da sociedade civil, como profissionais de saúde, movimentos sociais, movimento popular de saúde, comunidades eclesiais de base, professores universitários, partidos políticos, movimento estudantil, conselhos profissionais, sindicalistas, dentre outros.

Esses grupos se manifestaram e mobilizaram para pressionar por mudanças na política de saúde, face dos baixos resultados obtidos, à escassez de financiamento, somava-se à falta de profissionais com formação qualificada, da rede pública insuficiente; o déficit na oferta de serviços de saúde era, em parte, compensado pela compra de serviços pela previdência social, que repassava recursos à rede privada. Esse processo impulsionou o crescimento do setor privado de hospitais e da medicina de grupo, por sua vez, a assistência médica individual e curativa era garantida por algumas unidades da rede pública, instituições filantrópicas e hospitais universitários (Favaro, 2009).

O marco do movimento de reforma sanitária foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, realizada em Brasília, com a participação de delegados de todo o país. Durante o evento, foram aprovadas propostas fundamentais, como a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação de um sistema único, igualitário e descentralizado e a ampliação do conceito de saúde. Essas propostas foram posteriormente garantidas no texto da Constituição Federal (CF) de 1988, com a implementação do SUS.

A partir da 8ª conferência nacional de saúde, em 1986, iniciou-se o debate sobre a formulação da política de saúde, com destaque para a defesa da saúde como tema central do evento, qual seja, saúde “direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação” [...] (Bravo, 2004, p. 110).

O relatório final da 8ª conferência nacional de saúde, fundamentou o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 200, preconizado no artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário [...]” (Brasil, 1988).

A partir da Constituição de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado resultando na criação do sistema único de saúde (SUS), pautado nos princípios de descentralização, de universalização, de integralidade e de participação da comunidade. Foram definidos direitos para a população e responsabilidades para o Estado, além de evidenciar a importância da participação popular como um meio de garantir a efetividade desses direitos. Na Constituição, a saúde é incorporada ao tripé da seguridade social, ao lado da previdência social e da assistência social. A regulamentação e a implantação do SUS, em 1990, veio por meio das leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90.

A Lei 8.080/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, considerando as condições de vida e de trabalho; sendo a saúde, portanto, resultante dos determinantes e condicionantes da saúde à “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde” (Brasil, 1990a).

Enquanto a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Definiu ainda, a participação da sociedade por meio das instâncias colegiadas do SUS, as conferências e conselhos de saúde (Brasil, 1990b), nas três esferas de poder. Essas instâncias legitimam e regulamentam a participação da população através do exercício do controle social em todas as áreas de gestão do SUS (Brasil, 1990b).

A Constituição incorpora o conceito ampliado de saúde, contrapondo ao modelo biomédico, que é centrado na lógica curativista, ao reconhecer a saúde para além do bem-estar físico. Para Sérgio Arouca (1987 p. 36, apud Kruger, 2010):

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo [...] (Kruger, 2010, p.6).

Os princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS) constituem as bases para a organização e operação do sistema de saúde no Brasil, afirmando direitos historicamente conquistados pela população brasileira, e destacando o caráter democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização. Nessa perspectiva, são considerados os princípios organizativos do SUS à hierarquização e regionalização, a participação popular e descentralização política administrativa, e os princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, amparados pela Constituição Federal e pelas leis orgânicas de saúde de 1990 (Brasil, 1990a).

A partir do SUS, a promoção da saúde torna-se uma importante estratégia para o enfrentamento dos problemas sanitários contemporâneos e para a melhoria da qualidade de vida, ampliando e potencializando formas de intervir na saúde (Sucupira; Mendes, 2002). Nesse contexto, a defesa do SUS permanece vinculada à luta pela universalização dos direitos sociais e pela ampliação da proteção social.

2. O SUS Real: rebatimentos do neoliberalismo na saúde e os projetos societários em disputa

A implementação do SUS coincide com a adesão do Estado brasileiro à política neoliberal endossada pelo Consenso de Washington (1989) entendido a partir de Vaz e Melo (2020) como conjunto de medidas econômicas voltadas para os países emergentes da América Latina. O objetivo dessas medidas era enfrentar a crise do endividamento externo e a hiperinflação que afetavam essas nações, promovendo disciplina fiscal, reorganização dos gastos públicos e uma maior abertura econômica.

Tais medidas neoliberais, resultaram em um Estado mínimo para o social e máximo para o capital, que busca reduzir os direitos sociais e transferir à sociedade a responsabilidade pela proteção social, observa-se a terceirização dos serviços de saúde por meio de organizações de saúde (OSs) com contratos temporários e precarizados, além da flexibilização das relações de trabalho, alinhada à lógica do mercado. Assim, surgem inúmeros desafios para a Política de Saúde, especialmente em face do subfinanciamento crônico e o desfinanciamento progressivo resultante do ajuste fiscal neoliberal contínuo, o que compromete a efetivação dos princípios constitucionais (CFESS, 2017).

Nesse contexto, na conformação atual, a política de saúde enfrenta significativos desafios em suas bases de sustentação, especialmente devido ao histórico processo de subfinanciamento da crise capitalista contemporânea, que tem o Estado capitalista atuando no sentido de restringir o orçamento público, em decorrência de ajustes fiscais de bases neoliberais adotados pelos governos brasileiros a partir dos anos de 1990 (Mendes; Carnet, 2020).

Cabe mencionar dois aspectos que vêm contribuindo para o estrangulamento do financiamento do SUS ao longo de sua existência: a Desvinculação de Receitas da União (DRU) e as renúncias fiscais. Originalmente, 20% das receitas do orçamento da seguridade social eram repassadas ao pagamento de juros da dívida pública. A partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, esse percentual aumentou para 30% (Mendes; Carnet, 2020).

Nessa perspectiva, o subfinanciamento do SUS avançou para uma nova trajetória, passa a ser transformado num processo de desfinanciamento, configurando um quadro de aniquilamento com a assombrosa EC 95, promulgada em 2016, que impõe um teto aos gastos públicos por 20 anos, afetando áreas como saúde, educação e assistência social, entre outras, contudo não o fez para as despesas financeiras, mantendo o alto patamar de pagamento dos juros da dívida por parte do governo brasileiro. Constatase que a EC 95 evidencia acumuladas de 2017 a 2036 de R\$162 bilhões a 400 bilhões (conforme projeção anual do PIB de 1% a 2% respectivamente) (Mendes; Carnet, 2020).

Com isso, resulta em desafios para a efetivação do SUS conforme os princípios constitucionais, com forte tendência de desmonte da universalidade, princípio basilar do SUS, provocando desigualdade no acesso às ações, programas e serviços de saúde pela população. Nessa direção, segundo Soares (2019), a racionalidade burguesa vem instrumentalizando a política de saúde para fins privados, favorecendo a terceirização da gestão dos serviços e a expansão do mercado privado relacionado ao setor saúde.

Desse modo, constata-se um processo de privatizações e terceirizações que transforma o modelo de gestão dos grandes hospitais públicos, guiado pela lógica gerencial e de valorização da quantidade, em detrimento da qualidade do atendimento. Isso resulta em longas filas, demandas não atendidas, escassez de vagas para cirurgias, falta de profissionais, insumos insuficientes, equipamentos ultrapassados e priorização

da prática médica curativa, assistencialista, individual e especializada, com ênfase no modelo biomédico.

Segundo Bravo (2006), dois projetos³ estão em disputa na política de saúde, o de reforma sanitária e o projeto de saúde privatista⁴; esse último vem ganhando a hegemonia desde meados da década de 1990, é caracterizado por abordagens individuais, fragmentadas e pelo desmonte do SUS, resultam em um processo acelerado de transferência da gestão para organizações sociais e outras formas de terceirização.

Assim, evidencia a contradição entre o que a Constituição consagra, a saúde como direito de todos, e a realidade excludente posta pela agenda neoliberal. O subfinanciamento da política de saúde, uma das medidas implementadas pelo projeto neoliberal, aliado à expansão da medicina privada, cria um abismo entre o SUS garantido por lei, e sua efetividade no cotidiano dos serviços. Isso contribui para o desmonte das políticas públicas, a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o sucateamento da saúde e a precarização do trabalho dos profissionais inseridos na política de saúde (Bravo; Matos, 2004).

O chamado SUS real expressa os limites impostos pelo subfinanciamento histórico e pelo desfinanciamento institucionalizado, que se traduzem na precarização dos serviços, na ampliação de mecanismos de privatização e no aprofundamento das desigualdades sociais, o que compromete a universalidade do direito à saúde e redefine o papel do Estado na garantia da proteção social. Assim, o SUS real se configura como resultado de um processo histórico de contrarreforma do Estado, no qual a política de saúde é progressivamente subordinada à lógica mercantil e à austeridade fiscal. A superação desse quadro exige não apenas a recomposição do financiamento, mas o enfrentamento político dos mecanismos de privatização e de aprofundamento das desigualdades.

³ Influenciadas pelo processo de subfinanciamento crônico do SUS e como isso materializa no cotidiano dos serviços para a população, reflexões em curso apontam a existência de três projetos em disputa. Contudo, o estudo entende que há dois projetos, o de reforma sanitária e o privatista. O terceiro refere-se ao projeto de reforma sanitária flexibilizada, culminando na implementação do “SUS possível”, que é entendido como “arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do projeto da reforma sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde” (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p.10).

⁴ O projeto privatista e o projeto de reforma sanitária representam abordagens distintas em relação à gestão e organização dos serviços de saúde. Enquanto o projeto privatista busca privilegiar a lógica de mercado e a privatização dos serviços, o projeto de reforma sanitária centra-se na defesa da saúde como direito social e na construção de um sistema público de saúde garantidor do acesso universal e gratuito a todos.

Considerações finais

A análise desenvolvida ao longo deste artigo evidencia que a contradição entre o SUS legal e o SUS real não decorre de falhas administrativas ou insuficiências técnicas, mas expressa uma contradição estrutural entre o projeto constitucional de seguridade social e a hegemonia da política econômica neoliberal. O subfinanciamento histórico da saúde, convertido em desfinanciamento institucionalizado com a Emenda Constitucional nº 95/2016, revela uma escolha política que subordina o direito à saúde às exigências da acumulação do capital financeiro.

A política de austeridade fiscal produz efeitos regressivos sobre os sistemas universais de saúde, ampliando desigualdades sociais e comprometendo indicadores sanitários. No caso brasileiro, tais efeitos assumem contornos ainda mais graves em razão das históricas desigualdades sociais e da fragilidade da base de financiamento da seguridade social. A financeirização do fundo público e a priorização do pagamento da dívida pública aprofundam a crise do SUS e limitam sua capacidade de resposta às necessidades da população usuária.

Por fim, a defesa do SUS e da seguridade social é parte da disputa em torno de projetos societários antagônicos. Reafirmar a saúde como direito universal exige enfrentar a lógica da austeridade permanente, disputar a apropriação do fundo público e fortalecer os mecanismos democráticos de participação e controle social.

Referências

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1987.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabeth. et al. (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2004. p. 197-217.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

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

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS), (Brasil). **Residência em Saúde e Serviço Social subsídios para reflexão**. Brasília, 2017: (Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. **As três economias políticas do welfare state**. São Paulo: Lua Nova, 1991.

FAVARO, Tereza Cristina Pires. **O controle social no sistema único de saúde: a experiência de Goiânia - em duas gestões (1988 a 1992 e 1993 a 1996)**. 2009. 169 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

KRÜGER, Tânia Regina. **Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS**. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 9, n. 2, p. 123–145, 2015. DOI: 10.20396/sss.v9i2.8634891.

MENDES, Aquilas Nogueira e CARNUT, Leonardo. **Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento**. SER Social (Online), v. 22, n. 46, p. 9 32, 2020.

MENDONÇA, Tamara de Sousa. **A contribuição do (a) assistente social do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no acesso dos usuários aos serviços do Sistema Único de Saúde, Goiânia, 2017**. 2019. 120 fl. Dissertação (Programa de Pós-Graduação STRICTO SENSU em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

SALVADOR, Evilásio da Silva. **Fundo público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social**. Brasília: UnB, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política da saúde e o serviço social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo.** In: Periódicos UFES. v. 1 n. 1 (2019): "Contrarreformas ou Revolução: respostas ao capitalismo em crise" Vitória, ES, 2019.

SUCUPIRA, Ana Cecília; MENDES, Rosilda. **Promoção da Saúde: conceitos e definições.** SANARE, v. 3, n. 2, 2005.

VAZ, Vinícius Rezende Carretoni; MERLO, Edgard Monforte. **O consenso de Washington no Brasil: estabilização conservadora e estagnação.** Revista Aurora, v. 13, n. 1, p. 37-58, 2020.