



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

(Gestão de Políticas Sociais)

**Política Social e Gestão do Trabalho: o Apoio Institucional do MEC
no Programa Mais Médicos**

Esp. Marisa Silva¹
Prof^a. Dr^a. Anacely Guimarães Costar²
Prof^o. Dr. Silvio Yasui³

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um marco na política social brasileira ao reconhecer a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Entretanto, sua consolidação ocorre em um contexto marcado por contradições próprias das políticas sociais. Nesse cenário, o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, busca enfrentar a escassez e a distribuição desigual de médicos, ampliando o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). Entre suas estratégias destaca-se a Supervisão Acadêmica, coordenada pelo Ministério da Educação (MEC), que articula formação e prática profissional. Este artigo analisa o apoio institucional do MEC no PMM, discutindo suas atribuições, organização e desafios no contexto da política de saúde brasileira.

Palavras-chave: Política social; SUS; Programa Mais Médicos; Apoio institucional; Atenção Primária à Saúde.

Abstract: The Brazilian Unified Health System (SUS) represents a milestone in social policy by recognizing health as a citizen's right and a duty of the State. However, its consolidation occurs within a context marked by contradictions inherent to social policies. In this scenario, the More Doctors Program (Programa Mais Médicos – PMM), created in 2013, aims to address the shortage and unequal distribution of physicians and expand access to Primary Health Care (PHC). One of its strategies is Academic Supervision, coordinated by the Ministry of Education (MEC), which articulates professional training and practice. This article analyzes MEC's institutional support within the PMM, discussing its roles, organization, and challenges in Brazilian health policy.

Keywords: Social policy; Unified Health System; More Doctors Program; Institutional support; Primary Health Care.

¹ Psicóloga na Secretaria Municipal de Assistência Social, mestranda em Psicologia e Sociedade no programa de pós-graduação da Universidade Estadual Paulista: UNESP – Campus Assis/Assis-SP, especialista em Redes de Atenção à Saúde, e-mail: marisant23@gmail.com.

² Psicóloga, docente em Psicologia na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), campus Assis (SP), doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), anacely.g.costa@unesp.br.

³ Psicólogo, docente em Psicologia na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), campus Assis (SP), doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz e livre-docente em Psicologia e Atenção Psicossocial pela (UNESP/Assis), silvio.yasui@unesp.br.



1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco na política de saúde brasileira, entendendo-a como um direito do cidadão e dever do Estado. No entanto, atualmente, a percepção pública sobre o SUS costuma ser ambígua: ao mesmo tempo em que é reconhecido como uma política social essencial, também é alvo de críticas, especialmente quanto à qualidade dos serviços e à dificuldade de acesso a atendimentos médicos.

Nesse contexto, em 2013 foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), como uma medida do governo federal para enfrentar problemas estruturais do SUS, especialmente a escassez e a distribuição desigual de médicos no país, sobretudo em periferias de grandes centros urbanos, municípios do interior e territórios isolados (Brasil, 2015). O programa tem como objetivo ampliar a oferta de atendimento médico à população nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

O Programa é constituído por três eixos: o primeiro é o Provimento Emergencial que tem o objetivo de promover a APS em regiões prioritárias do SUS, o aperfeiçoamento de profissionais através da integração ensino-serviço; o segundo trata do investimento na infraestrutura dos serviços de saúde da APS, bem como o investimento na informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e implantação de sistema de informação; e o terceiro é sobre a formação médica no Brasil com a regulação da autorização de novos cursos de Medicina e ações de qualificação da formação médica tanto na graduação quanto na residência médica.

Considerando a relevância do PMM para promover mudanças na formação médica voltadas às necessidades da população usuária do SUS, destaca-se a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), orientada por seus princípios fundamentais. Nesse contexto, o Programa busca ampliar o acesso e a cobertura da população, além de enfrentar a escassez e a má distribuição de médicos no país, aliado a iniciativas de qualificação da formação médica.

Entre os dispositivos organizacionais criados no âmbito do PMM destaca-se a Supervisão Acadêmica (SA), coordenada pelo Ministério da Educação (MEC), que busca articular formação e a prática profissional aos médicos participantes por meio do acompanhamento de supervisores e tutores acadêmicos. Nesse processo, no MEC foi instituída uma estratégia de gestão denominada Apoio Institucional, composta por profissionais da saúde distribuídos nos estados da federação e responsáveis coordenar e monitorar as atividades da SA.

Diante disso, o presente artigo tem por objetivo analisar o apoio institucional desenvolvido pelo MEC no âmbito do PMM, buscando analisar as atribuições, organização e a percepção do trabalho do Apoiador Institucional do MEC (AIMEC) na execução do Programa Mais Médicos. Para tanto, realizou-se uma revisão bibliográfica acerca da política social, da política de saúde no Brasil, do Programa Mais Médicos e do conceito de apoio institucional no campo da saúde coletiva.

2 A POLÍTICA SOCIAL: AS BASES



Atualmente, estudar e compreender a política social torna-se imprescindível para trabalhadores e pesquisadores das políticas sociais comprometidos com a população atendida. Para entender seu avanço no Brasil, é necessário também considerar seu desenvolvimento gradual e desigual nas diferentes partes do mundo.

As políticas sociais tiveram um desenvolvimento gradual e diversificado entre os países, dependendo da correlação de forças, da pressão dos trabalhadores e do desenvolvimento das forças produtivas. É no final do século XIX, que o Estado capitalista passa a assumir as ações sociais de forma mais ampla, organizada e com caráter de obrigatoriedade. No geral, elas são setorializadas e fragmentadas, entendidas como respostas e formas de enfrentamento às expressões da questão social (Behring; Boschetti, 2006, p. 64).

Destaca-se que a principal funcionalidade das políticas sociais é a preservação e o controle da força de trabalho, tanto ocupada quanto excedente. Contudo, é importante considerar que a política social possui um caráter contraditório, pois, ao mesmo tempo em que atende aos interesses do capital, também resulta historicamente da luta de classes, podendo favorecer os trabalhadores (Netto, 2009, p. 26-33).

O período entre guerras mundiais não registrou a expansão das políticas sociais, mas a ampliação de instituições e práticas intervencionistas. A crise de 1929-1932 e os efeitos da segunda guerra mundial solidificaram a convicção da necessidade de regulação do Estado. Nos países centrais da Europa Ocidental houve a experiência singular do Welfare State, que foi possível pelo pacto entre classes sociais no “consenso pós-guerra”, que se caracterizou pela aliança entre partidos de esquerda e direita (Behring; Boschetti, 2006, p. 92).

Destaca-se:

a) estabelecimento de políticas sociais keynesianas com vistas a gerar pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista liberal; b) instituição de serviços e políticas sociais com vistas a criar demanda e ampliar o mercado de consumo; e c) um amplo acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho (Pierson, 1991; Mishra, 1995, apud Behring; Boschetti, 2006, p.92).

Assim, a princípio, houve uma expansão dos programas sociais pautados no modelo bismarckiano, posteriormente sendo ampliados com a influência beveridgiana. No entanto, ao final dos anos 1960, o “capitalismo regulado” e seus “anos de ouro” dá sinais de esgotamento, visto que as taxas de crescimento, a capacidade de manter o pleno emprego e a recessão da crise do petróleo (1973-1974), foram os argumentos utilizados pela classe dominante para responsabilizar e levar ao fim este modelo (Behring; Boschetti, 2006, p. 103).

Desse modo, compreende-se que a política social é resultado complexo e contraditório de uma correlação de forças. Se, por um lado, favorece o capital ao manter e controlar a força de trabalho ocupada e excedente, muitas vezes refuncionalizando reivindicações dos trabalhadores, por outro, também é resultado histórico das lutas e resistências da classe trabalhadora.

3 A POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: O SUS COMO FIO CONDUTOR



No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a Seguridade Social, concebida sob um tripé com as políticas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social representando um marco importante na garantia dos direitos sociais (Brasil, 1988). Esse modelo de proteção social combinou modelos como resultado dos debates da redemocratização, mas acabou se afastando dos modelos de inspiração para Welfare State, em detrimento do modelo “americano”.

No ano de 1923 é aprovada a Lei Eloy Chaves, que obriga a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para algumas categorias de trabalhadores, financiadas por empresas e trabalhadores numa espécie de seguro social. Essas categorias eram estratégicas, como os ferroviários e marítimos, pela característica da economia brasileira, fundada na monocultura do café, responsável por 80% do PIB. As CAPs, junto com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), 26, consideradas as primeiras formas da previdência social (Behring; Boschetti, 2006, p. 80).

Na Era Vargas, a partir da década de 1930, intensificaram-se o controle e a intervenção do Estado. As políticas de previdência social e de saúde pública se desenvolveram de forma paralela, em 1930, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que ampliaram o papel das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e consolidaram o modelo de seguro social. Cada IAP abrangia uma categoria profissional específica, conformando-se como um sistema público de previdência social. No entanto, as contribuições e os benefícios eram diferenciados entre os institutos, gerando desigualdade entre os trabalhadores. Ficavam excluídos desse sistema o trabalhador rural, os profissionais liberais e aqueles de funções não reconhecidas pelo Estado" (Vianna, 2011, p. 140).

Em 1964, com o regime político autoritário instalado no país houve um esvaziamento dos canais de expressão da sociedade, nesse contexto sindicatos e associações de classe ficaram sob controle da intervenção governamental. Nessa época do regime militar teve início também um movimento de modernização econômica inédito no país com a solidificação do capitalismo, expansão do parque industrial e diversificação ocupacional. Além disso, agências de política econômica se tornaram intermediárias entre o setor empresarial e o Estado. Atuando como formuladoras e executoras de políticas, essas agências especializaram-se em atender a interesses empresariais específicos ao que nas políticas sociais predominavam a implementação de sistemas centralizados, tecnocráticos e burocratizados (Vianna, 2011, p. 143).

No período pós-1964, destaca-se a lógica privatizante que marcou a política social, evidenciada pela ausência de controle na relação entre o público e o privado, pela influência do modelo de eficiência empresarial na gestão das organizações sociais públicas e pela ampla contratação de clínicas e hospitais particulares para a expansão da assistência médica, o que favoreceu o intenso processo de privatização. Antes de 1964, a proteção social oferecida pelo Estado era destinada a um público restrito e estratificado, que, entretanto, exercia influência política por meio de suas lideranças (Vianna, 2011, p. 145).

Após o golpe militar, em 1966 ocorreu a unificação dos IAPs e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), neste houve a uniformização dos benefícios e a



centralização do poder pelo Estado, com o afastamento dos trabalhadores dos processos decisórios. Em seguida, o desenvolvimento do “complexo médico-industrial-empresarial” e da medicina de grupo ganharam impulso (Escorel, 2012, p.326)

Nesse contexto, redefiniram-se as fronteiras entre os setores público e privado, em um período marcado pela compra de serviços pelo Estado no mercado e pela transferência de sua função reguladora para a iniciativa privada. O INPS passou a contratar hospitais e a credenciar prestadores, período marcado pelo declínio dos estabelecimentos “benéficos” e na expansão dos estabelecimentos com fins lucrativos. Nos anos seguintes, esse modelo se mostrou insustentável devido aos elevados custos dos serviços contratados, às controvérsias sobre valores e formas de pagamento e à crescente autonomia do setor privado. Como consequência, no início da década de 1980 ocorreu um descredenciamento em massa, processo impulsionado também pela mobilização da Reforma Sanitária (Vianna, 1987, apud Vianna, 2011, p. 146).

Nesse contexto, os profissionais médicos reconfiguraram sua prática em um modelo de caráter empresarial mais consolidado, conformando o que se convencionou chamar de medicina de grupo. Mesmo as cooperativas médicas, inicialmente articuladas pela Associação Médica Brasileira em oposição a esse modelo, passaram a disputar espaço no mercado em expansão, um exemplo de cooperativa médica é a UNIMED (União de Médicos) que foi criada no município de Santos/SP, em 1967 (Vianna, 2011, p.168). Esse processo só foi viabilizado também pelo aumento das rendas de operários qualificados e de profissionais liberais, o que ampliou a demanda por serviços de saúde (Vianna, 2011, p.148).

Com a possibilidade de deduzir as despesas com saúde no imposto de renda, os cidadãos passaram a ser incorporados ao sistema como consumidores individualizados de serviços médicos. No início da década de 1970, durante o chamado 'milagre econômico', o INPS passou a incorporar novas categorias profissionais, como trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos. Apesar dessa ampliação, grande parte da população ainda permanecia sem acesso à atenção à saúde (Vianna, 2011, p.149).

No governo Geisel, em 1974, foi criado o Programa de Pronta Ação (PPA), que estabeleceu normas para a prestação dos serviços médicos previdenciários e instituiu o direito ao atendimento emergencial gratuito, estendido a todos, fossem ou não segurados da Previdência. Concomitantemente, o PPA também instituiu o direito ao atendimento emergencial gratuito a todas as pessoas independentemente de serem seguradas da Previdência. Nesse sentido, de forma contraditória, o Estado sinalizava ir em direção a universalização do sistema público ao mesmo tempo que mantinha a transferência de suas funções para a iniciativa privada (Vianna, 2011, p.149).

No final da década de 70 houve uma onda de protestos de vários movimentos sociais médicos e populares contrários aos convênios-empresas e demais parcerias público-privada. Mas nessa altura essa parceria já estava desfeita pois os grupos médicos e empresas já não precisavam mais do INAMPS. Isso também foi algo que fortaleceu a Previdência em direção a universalização do atendimento médico (Vianna, 2011, p.150).

Em 1986 é convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde que teve a finalidade de



contribuir para a reformulação da Política Nacional de Saúde e proporcionar elementos para o debate da futura Constituinte (ESCOREL, 1998). Nesta Conferência foi aprovada a Unificação do Sistema de Saúde e definidas propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e ao financiamento do sistema.

Para a Reforma Sanitária é importante que as ações se orientem pelo conceito ampliado de saúde como consta no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que diz:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p. 4).

Essa concepção ampliada choca-se com o modelo consolidado no período pós-1964, marcado pelo avanço da lógica privatizante, pela transferência crescente de recursos públicos ao setor privado e pela mercantilização do acesso aos serviços de saúde. Ao enfatizar que a saúde é determinada por fatores como alimentação, moradia, renda, educação, trabalho e acesso à terra, o relatório denuncia os limites do modelo excludente que reforçava desigualdades e favorecia interesses empresariais em detrimento das necessidades sociais. Nesse sentido, a VIII Conferência, como marco da Reforma Sanitária, não apenas propôs uma redefinição teórica do conceito de saúde, mas também se constituiu em resistência política frente às ofensivas do mercado à política social, defendendo a saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.

4 APOIO INSTITUCIONAL: ASPECTOS TEÓRICOS

O autor Gastão Wagner de Sousa Campos define Apoio Institucional como uma função gerencial voltada à cogestão, aplicada nas interações entre serviços e entre gestores e trabalhadores. Nessa perspectiva, o Apoio Institucional integra três eixos teórico-metodológicos da abordagem Paideia, ao lado do apoio matricial e da clínica ampliada e compartilhada (Campos, 2014).

Visando a democratização institucional e a qualificação da assistência ofertada a população, na década de 1990 a metodologia Paideia teve suas primeiras aplicações na rede de serviços SUS do município de Campinas/SP. Na década seguinte, o MS elaborou e iniciou a implantação do apoio institucional aos estados e municípios com os seguintes enfoques: apoio à gestão descentralizada do SUS e apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde, este último coordenado pela Política Nacional de Humanização – Humaniza/SUS. Em 2011, buscando maior articulação entre departamentos e secretarias, o MS deu continuidade nesse processo com a criação do Apoio Institucional Integrado (Campos, 2014).

O método Paideia, também conhecido como método da roda, busca ampliar a capacidade



das pessoas de agir sobre as relações, especialmente ao lidar com informações, conflitos, tomada de decisões e estabelecimento de compromissos. Ele visa sistematizar formas de intervenção a partir da análise dos múltiplos fatores que influenciam tanto as pessoas quanto as instituições (Campos,2014). Segue abaixo mais algumas considerações sobre esse método:

A concepção teórica e metodológica Paideia busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto. E pode ser aplicada à política, gestão, pedagogia, Saúde Coletiva e clínica. A política e a gestão tratam de modos para operar com o poder; a pedagogia, com o conhecimento; a clínica da subjetividade, com o afeto.

Esses campos disciplinares, contudo, separam essas três dimensões, quando na realidade elas atuam de forma conjugada e simultânea. A constituição de sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é um produto de relações de poder, do uso de conhecimentos e de modos de circulação de afetos. A metodologia Paideia objetiva ampliar a capacidade das pessoas de lidarem com poder, com circulação de saberes e afetos; ao mesmo tempo que estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas, aprendendo ou sendo cuidadas por equipes de saúde. Essa concepção preconiza a reforma das organizações de saúde com base na cogestão, ou seja, o estabelecimento deliberado de relações dialógicas, com compartilhamento de conhecimentos e de poder. (Campos,2014).

O trabalho do AIMEC ao coordenar regionalmente a SA com as IS acaba sendo, indiretamente, um dos fatores a impactar na qualificação da assistência médica dos profissionais do PMM. Ademais, a atuação desses profissionais preza pela horizontalidade dos processos de trabalho e diálogo constante com os demais participantes do PMMB, configurando também num desafio a superação de divergências, conflitos de interesse e disputas de poder inerentes a esse fazer profissional.

A participação dos médicos participantes na SA é obrigatória, acredita-se que juntamente com a realização das ofertas formativas de pós-graduação, cursos de curta duração e o efetivo acompanhamento da SA possa beneficiar o desenvolvimento de competências profissionais e a promoção de melhorias no serviço de saúde. Além disso, investir na distribuição de médicos em áreas prioritárias para o SUS e na qualificação desses profissionais é fortalecer a APS com a ampliação de consultas de pré-natal, puerpério, à crianças e idosos, atenção a pessoas com doenças crônicas com ações de prevenção de agravos e acompanhamento contínuo que podem impactar em indicadores de saúde, por exemplo, na redução do número de internações hospitalares.

5 O APOIO INSTITUCIONAL NO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Em março de 2014, a Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES) teve a iniciativa de criar uma equipe de apoio institucional com o objetivo de ampliar as ações do MEC dentro do PMM. O trabalho de apoio institucional acontece de forma descentralizada nos estados da União e se dá por meio do acompanhamento dos processos de planejamento, coleta de dados



e orientações aos demais integrantes regionais do PMM.

O processo de trabalho da equipe que integra o Apoio Institucional do Ministério da Educação (AIMEC) ocorre em articulação constante com diferentes atores envolvidos no Programa Mais Médicos (PMM) nos estados. Entre eles, destacam-se:

- Tutores acadêmicos: docentes médicos responsáveis pela orientação e pelo planejamento das atividades dos supervisores.
- Supervisores acadêmicos: profissionais médicos responsáveis pela supervisão permanente dos médicos participantes.
- Representantes das Instituições Supervisoras: instituições responsáveis por organizar e executar a supervisão acadêmica dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), no âmbito das atividades assistenciais de integração ensino-serviço.
- Coordenação regional da Comissão de Coordenações Estaduais (CCE): instância responsável pela orientação e execução das atividades necessárias à implementação do Projeto em cada Unidade da Federação.
- Referências regionais do Ministério da Saúde: responsáveis pelo suporte técnico descentralizado aos gestores municipais e aos médicos participantes.
- Equipe central do MEC: composta pelas chefias imediatas e apoios institucionais centrais.
- Gestores municipais: representantes dos municípios que aderiram ao PMMB.
- Médicos participantes: profissionais que podem ser formados em instituições de educação superior brasileiras, com diploma revalidado no país, ou formados no exterior, com habilitação especial para o exercício da medicina no Brasil (Brasil, 2023).

A Portaria nº 604 Interministerial MS/MEC de 2023, que dispõe sobre a execução do PMM, no art. XI estabelece que o AIMEC é:

[...] profissional com ensino superior e experiência na área da saúde que provê suporte aos tutores acadêmicos no planejamento das ações educacionais do Projeto, no monitoramento da supervisão e na articulação com os demais integrantes do Projeto, atuando como interlocutor do Ministério da Educação no território (Brasil, 2023).

Essa experiência de Apoio Institucional no MEC no PMM é pioneira, teve início em março de 2014 com a contratação de quatro apoiadores para os estados do Ceará (CE), Bahia (BA), Minas Gerais (MG) e Rio Grande do Sul (RS), nesse mesmo ano, nos meses seguintes a equipe de AIMEC teve uma ampliação de 04 para 40 AIMECs, atingindo a cobertura de todos os estados do país. A estruturação do trabalho desses apoiadores partiu da contratação de profissionais com o seguinte perfil (Almeida, 2015):

Experiência em Saúde Coletiva / Atenção Básica / Gestão do cuidado;
Experiência em processos de formação (Educação Popular, Educação Permanente, PBL ou outras modalidades de formação construtivista);
Experiência em Articulação/ apoio institucional e/ou matricial; movimentos sociais ou coordenação de equipe; Habilidade com informática (Almeida, 2015).



A SA integra as ofertas pedagógicas do PMM e acontece por meio de encontros mensais agendados entre médicos participantes e supervisores acadêmicos, de forma longitudinal, ou seja, por contatos que se estabelecem ao longo do mês mediado por tecnologias da informação e comunicação (TIC) tais como plataformas oficiais, WhatsApp e contatos telefônicos. Esses encontros têm como objetivo oferecer apoio técnico e pedagógico, alinhado à Educação Permanente em Saúde (EPS), potencializando a experiência dos profissionais e incentivando a reflexão sobre as necessidades de saúde dos territórios, visando qualificar as ações na APS.

Nesse sentido, a relevância do trabalho do AIMEC se dá no suporte disponibilizado aos tutores acadêmicos e supervisores para o planejamento, monitoramento, orientação sobre os encontros de supervisão, bem como a articulação com as demais ofertas pedagógicas disponibilizadas aos médicos participantes. Além disso, também desempenham mediações de conflito nos territórios e a interlocução contínua com a equipe nível central MEC.

6 OS DESAFIOS DA POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: o exemplo do SUS

Sempre que tratamos de política social é importante destacar sua natureza contraditória. Isto é, ao mesmo tempo que atende as necessidades sociais é capturada para servir aos interesses do capital. Dito isso, precisamos reconhecer que ela apresenta diferenças a depender do tempo e do espaço, podendo fortalecer ao mesmo tempo, ou ora um e ora outro, tanto a classe dominante quanto os oprimidos. Nesse sentido, a capacidade de mobilização e organização dos dominados é de fundamental importância para melhoria da oferta pública e por conseguinte, de suas condições de vida.

Sabendo disso, observamos que o ideário neoliberal demarca uma tendência para a política social do nosso tempo: a direitização. Pereira (2013, p. 19) coloca que essa expressão se refere à “[...] *submissão da política social ao crescente poder do capital sobre o trabalho e da capacidade daquele de impor as definições das necessidades pessoais e sociais*”.

Deste modo, como apontam Pereira (2013, p. 19), e Behring e Boschetti (2006, p. 156), a tendência geral tem sido a redução dos direitos, sob a justificativa de crise fiscal do Estado, convertendo as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias, a depender da correlação de forças. Assim manifesta-se o trinômio do ideário neoliberal: *privatização, focalização e descentralização*. *Privatização* significa tornar o bem público, como a saúde e educação, em propriedades privadas, ou mesmo transferir sua gestão e execução a iniciativa particular; a *focalização* se refere a restringir a política social aos segmentos mais pobres da população, renunciando à perspectiva universal; e a *descentralização* quer dizer transferir da esfera federal, para estados e municípios e instituições privadas as responsabilidades que deveriam ser conjuntas.

Behring e Boschetti (2006, p. 160) destacam que Vianna (2011) demonstra que o sistema de proteção social brasileiro, desde a era Vargas, foi preparado para a americanização perversa,



se afastando das inspirações beveridgiana e bismarckiana. Esse cenário divide a população entre os que podem e os que não podem pagar por serviços sociais, abrindo um nicho lucrativo para o capital.

Na saúde, o principal paradoxo é que o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade do financiamento (Cohn, 1995; Piola, 2001; Nunes, 2001 apud Behring e Boschetti, 2006, p. 163-164).

Essas tendências distanciam a política social de saúde da sua perspectiva universal. E mais que isso, conforme Vianna (2011), o SUS, embora teoricamente universal, é seletivo na prática, enquanto o americano é institucionalmente seletivo. O contingente de americanos pobres protegidos pelo Estado é de aproximadamente 20% enquanto o restante busca seus cuidados no mercado, no Brasil, esse dado é invertido, com 20% da população sendo atendida pelo mercado e a maioria dependendo do serviço público. Ainda assim, é preciso entender que *“[...] se a situação é ruim com os serviços sociais de caráter público em virtude da sua precariedade e ineficiência, muito pior seria a situação sem eles”* (Faria, 1992 apud Vianna, 2011, p. 153).

Uma das dimensões mais críticas para a política social é o financiamento, especialmente para o SUS. Fagnani (2017, p. 11-14) aponta que a Emenda Constitucional 95/2016 (PEC 55), cria por 20 anos um teto para o crescimento das despesas vinculada à inflação, sendo uma situação que constitucionaliza a austeridade até 2036. Outro elemento importante que se agrega a isso é a Desvinculação de Receitas da União (DRU), emenda constitucional que já foi renovada por mais de uma vez, que na prática é uma medida que retira recursos da seguridade social para outros fins.

Além disso, o controle social, com os conselhos gestores, que deveria permitir a participação da população e dos trabalhadores na formulação, monitoramento e avaliação das políticas sociais, tendem a reproduzir a arraigada cultura política brasileira, com conselheiros da sociedade civil muitas vezes indicados pelo poder governamental, com critérios discutíveis, contribuindo para a “governabilidade” (Behring e Boschetti, 2006, p. 183).

Assim, a política social na contemporaneidade, mais precisamente a seguridade social e em especial o SUS, enquanto instância de mediação, apresenta enormes desafios para a população que depende dela e para o conjunto de trabalhadores que luta e resiste cotidianamente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Projeto Mais Médicos para o Brasil: a experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 49–66, 2015.



- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 18 maio 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-ms/mec-n-604-de-16-de-maio-de-2023-483958798>. Acesso em: 01 fev. 2026.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, supl. 1, p. 983–995, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>. Acesso em: 23 set. 2024.
- SCOREL, Sônia. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- SCOREL, Sônia. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323–363. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0014>.
- NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e serviço social*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. *A americanização perversa da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2011.