UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ANTONIA RAQUEL DA SILVA ROCHA

A INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA TEÓRICA E ÉTICO-POLITÍCA NO FORTALECIMENTO DA ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

REDENÇÃO
2025

ANTONIA RAQUEL DA SILVA ROCHA

A INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA TEÓRICA E ÉTICO-POLITÍCA NO FORTALECIMENTO DA ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Serviço Social, do Instituto de Ciências Sociais Aplicada da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Dra. Nathália Diórgenes.

REDENÇÃO
2025

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Rocha, Antonia Raquel da Silva.

R571i

A interseccionalidade como ferramenta teórica e ético-politíca no fortalecimento da atuação da/o Assistente Social na promoção da equidade na Atenção Básica à Saúde / Antonia Raquel da Silva Rocha. - Redenção, 2025.
84f: il.

Monografia - Curso de Serviço Social, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2025.

Orientador: Profª Drª Nathália Diórgenes Ferreira Lima.

1. Interseccionalidade. 2. Equidade em saúde. 3. Assistentes sociais. I. Título

CE/UF/BSP CDD 361.320981

ANTONIA RAQUEL DA SILVA ROCHA

A INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA TEÓRICA E ÉTICO-POLITÍCA NO FORTALECIMENTO DA ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Serviço Social, do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: / / .

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Dra. Nathália Diórgenes Ferreira Lima (Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Serviço Social - ICSA/UNILAB

_____

Profª. Dra. Ingrid Lorena da Silva Leite
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Serviço Social - ICSA/UNILAB

_____

Profª. Dra. Rebeca Ramany Santos Nascimento
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)
Serviço Social - ICSA/UNILAB

A Deus.

Aos meus pais, aos meus irmãos e aos meus amigos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que tornaram possível a realização deste projeto:

À minha orientadora, a Profª. Dra. Nathália Diórgenes, pela dedicação, pelo cuidado e pela orientação generosa ao longo de todo o desenvolvimento deste trabalho. Sua postura acolhedora, rigorosa e comprometida foi essencial para meu amadurecimento acadêmico. Estendo também meu reconhecimento pelo trabalho que ela realiza junto à coordenação, contribuindo de forma incansável para a organização, o fortalecimento e o bom andamento do curso, o que impacta diretamente na formação de todos nós. Sou imensamente grata por sua presença, seu apoio e sua confiança.

À minha dupla de graduação, Sandy Diniz, deixo minha gratidão mais profunda pela parceria construída ao longo de toda essa trajetória. Desde os primeiros trabalhos até os desafios mais complexos da formação, você esteve sempre ao meu lado, compartilhando conhecimentos, experiências, inseguranças e conquistas, tornando cada etapa mais leve e significativa. Sua dedicação, responsabilidade e entrega constante foram fundamentais para que eu me mantivesse firme, mesmo nos momentos em que o caminho parecia difícil demais. Agradeço pelas conversas sinceras, pelas horas de estudo divididas, pela paciência, pela escuta atenta e pelo apoio que tantas vezes me sustentou quando o desânimo aparecia. Nossa caminhada conjunta me ensinou sobre colaboração verdadeira, sobre confiança e sobre a força que nasce quando duas pessoas se comprometem com um mesmo propósito. Sou imensamente grata pela sua presença, pela amizade que floresceu entre nós e por construir comigo, dia após dia, um percurso acadêmico enriquecedor, acolhedor e repleto de aprendizados que levarei para além da universidade.

À minha mãe, Liduina Ferreira, que sempre acreditou em mim e me apoiou em cada passo da minha trajetória. Embora ela não esteja mais aqui fisicamente para testemunhar esta conquista, sua força, seu carinho e seus ensinamentos continuam presentes em tudo o que faço. Esta vitória também é dela, fruto do amor e da dedicação que sempre me ofereceram direção e coragem. Levo comigo sua memória como luz e inspiração, e dedico este momento à sua eterna presença em minha vida.

Ao meu pai, minha base e meu maior exemplo de força, gratidão eterna por cada esforço silencioso, por cada conselho dito no momento certo e por nunca deixar de acreditar

em mim, mesmo quando eu duvidava. Sua coragem, seu caráter e seu amor incondicional foram o chão firme que sustentou cada etapa desta caminhada. Este trabalho também é seu — fruto da sua dedicação, do seu cuidado e do seu orgulho que sempre me impulsionou a ir além.

Aos meus irmãos, companheiros de vida, que dividiram comigo não apenas a casa, mas sonhos, medos, risadas e uma cumplicidade que só quem vive sabe explicar. Obrigado por serem minha fortaleza nos dias difíceis e meu motivo de alegria nos dias bons. Vocês me ensinaram sobre lealdade, apoio e amor em sua forma mais genuína. Cada conquista minha carrega um pedaço de vocês. A vocês, minha família, meu porto seguro, ofereço este trabalho com todo o meu coração. Sem o amor, a presença e o acolhimento de vocês, eu não teria chegado até aqui. Este capítulo da minha história é também um capítulo da nossa.

Aos meus melhores amigos — João Filho, Élida Lorrane, Carlos Jardel, Maira Emily, Rachel Karoline e Renan Gomes — deixo minha gratidão mais sincera e afetiva. Obrigada por serem presença constante em cada etapa desta jornada, por cada gesto de apoio, cada conversa que me devolveu o equilíbrio, cada risada que aliviou o peso dos dias difíceis e cada palavra de incentivo que me fez continuar quando o cansaço parecia maior do que a força. Vocês foram refúgio, força, alegria e cuidado, cada um do seu jeito, contribuindo para que este caminho se tornasse mais leve, mais bonito e mais possível. Este trabalho também é de vocês, porque carrega a marca da amizade verdadeira que construímos, do acolhimento que encontrei em cada um e da certeza de que, com vocês ao meu lado, nenhum desafio é grande demais. Sou profundamente grata por compartilharem comigo não só esta conquista, mas a vida.

À banca avaliadora pela disponibilidade, pela atenção dedicada à leitura deste trabalho e pelas contribuições qualificadas que enriquecem não apenas esta pesquisa, mas também minha formação acadêmica. A participação de cada integrante, com seus olhares cuidadosos e suas reflexões críticas, representa uma oportunidade valiosa de aprendizado e aprimoramento. Sou grata pelo tempo, pelo comprometimento e pelo conhecimento compartilhado durante este processo avaliativo.

Ao secretário administrativo do curso, Leonardo Silva, expresso minha sincera gratidão por todo o apoio e disponibilidade ao longo desta trajetória acadêmica. Sua atenção, paciência e compromisso em orientar, esclarecer dúvidas e facilitar processos fizeram enorme diferença no meu percurso. Agradeço pela forma sempre acolhedora com que conduziu cada atendimento, pela eficiência nas demandas administrativas e pela gentileza com que tratou

cada estudante, contribuindo para que nossa jornada na universidade fosse mais organizada, tranquila e humanizada. Sua dedicação muitas vezes passou despercebida, mas teve impacto direto na realização deste trabalho e na minha formação. Meu reconhecimento e agradecimento por todo o cuidado, profissionalismo e suporte constante.

À instituição de ensino Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB), expresso minha profunda gratidão por ter sido o espaço onde pude construir não apenas conhecimento acadêmico, mas também vivências transformadoras que marcaram minha trajetória pessoal e profissional. Agradeço pela oportunidade de aprendizado qualificado, pelo acesso a recursos fundamentais para o desenvolvimento deste projeto e por proporcionar um ambiente plural, inclusivo e comprometido com a formação crítica e cidadã. Foi dentro desta universidade que encontrei profissionais dedicados, colegas inspiradores e experiências que ampliaram minha visão de mundo, fortaleceram minha identidade enquanto estudante e futura profissional, e reafirmaram meus compromissos éticos e sociais. Cada espaço, cada orientação, cada desafio e cada conquista vivida dentro da UNILAB contribuíram significativamente para que este trabalho se tornasse possível. Minha gratidão se estende a toda a infraestrutura, aos programas de apoio, às oportunidades de pesquisa e extensão e ao ambiente acolhedor que favoreceu meu crescimento. Levo comigo tudo o que aprendi e construí nesta instituição, que desempenhou papel essencial na minha formação.

À minha namorada, Luana Martins, deixo meu agradecimento mais sincero e emocionado por ter sido, em todos os momentos, minha fonte de força, carinho e equilíbrio durante esta caminhada. Obrigada por acreditar em mim mesmo quando eu duvidava, por me ouvir nos dias difíceis, por celebrar comigo cada pequena conquista e por me oferecer amor, compreensão e paciência quando o cansaço e a ansiedade pareciam me vencer. Sua presença constante, seus gestos de cuidado e suas palavras de incentivo tornaram este percurso muito mais leve e possível. Luana, sou profundamente grata por estar ao meu lado, por compartilhar comigo sonhos, desafios e esperanças, e por me lembrar, todos os dias, que o amor também é parceria, apoio e construção conjunta. Este trabalho também é seu, porque carrega a força do nosso vínculo e de tudo o que vivemos juntas.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que esta trajetória se tornasse possível, deixo meu mais profundo e sincero agradecimento. Cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio, cada orientação compartilhada e até mesmo cada pequena demonstração de carinho tiveram importância imensa na construção deste projeto. Sou grata às pessoas que estiveram presentes nos momentos de dúvida, que ofereceram força quando o cansaço chegou

e que celebraram comigo cada conquista ao longo do caminho. Este trabalho é resultado não apenas do meu esforço individual, mas também da soma de tantas presenças que, direta ou indiretamente, me impulsionaram a continuar. Nada disso seria possível sem vocês. Muito obrigada!

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso analisa a relação entre interseccionalidade, equidade e a atuação do/a assistente social na Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciando como as desigualdades estruturais — especialmente de raça, gênero, classe e território — moldam o acesso, o cuidado e os resultados em saúde no Brasil. Fundamentado em referenciais críticos como o feminismo negro, a matriz de dominação e os princípios do SUS, o estudo demonstra que a interseccionalidade constitui ferramenta indispensável para compreender as múltiplas vulnerabilidades que atravessam os usuários e orientar práticas profissionais mais sensíveis, contextualizadas e emancipadoras. O trabalho apresenta, inicialmente, os fundamentos teóricos de interseccionalidade e equidade, ressaltando que tratar desigualmente os desiguais é condição para a promoção da justiça social, sobretudo em um país marcado por racismo institucional e desigualdades históricas. Em seguida, discute-se a trajetória da Reforma Sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o papel estratégico do Serviço Social na defesa do direito universal à saúde, relacionando esse processo às tensões produzidas pelo projeto neoliberal e pela financeirização da saúde, que fragilizam o sistema público, aprofundam desigualdades e impactam a prática profissional. Por fim, o estudo articula teoria e prática ao analisar como o assistente social atua na APS, destacando sua contribuição na escuta qualificada, na mediação entre usuários e políticas públicas, na articulação intersetorial, na defesa de direitos, na sistematização de informações sociais e no fortalecimento da participação popular. Evidencia-se que a perspectiva interseccional permite identificar vulnerabilidades específicas, reconhecer saberes populares, enfrentar violências estruturais e promover o cuidado integral nos territórios. Conclui-se que a atuação do/a assistente social, orientada por uma postura crítica e ético-política, é essencial para enfrentar as iniquidades em saúde e consolidar práticas profissionais comprometidas com a equidade, a dignidade humana e a efetivação do direito à saúde como bem coletivo e universal.

Palavras-chave: Interseccionalidade; Equidade em saúde; Atuação profissional do/a assistente social.

ABSTRACT

This undergraduate thesis analyzes the relationship between intersectionality, equity, and the work of social workers in Primary Health Care (APS) in Brazil, highlighting how structural inequalities—especially those related to race, gender, class, and territory—shape access, care practices, and health outcomes. Grounded in critical perspectives, particularly Black feminist thought, the matrix of domination, and the constitutional principles of the Unified Health System (SUS), the study demonstrates that intersectionality is an essential analytical and methodological tool for understanding the multiple vulnerabilities that affect users and for guiding more sensitive, situated, and emancipatory professional practices. The research discusses the theoretical foundations of intersectionality and equity, emphasizing that promoting justice requires addressing structural inequities rather than offering uniform responses. It also examines the history of the Sanitary Reform, the creation of SUS, and the role of social workers in defending universal access to health amid the tensions generated by neoliberal policies and the financialization of health, which weaken public systems and deepen inequalities. Finally, the study articulates theory and practice by examining how social workers operate within APS through qualified listening, intersectoral articulation, rights advocacy, social information systematization, and the strengthening of popular participation. The findings indicate that an intersectional approach enables the identification of specific vulnerabilities, the recognition of community knowledge, and the confrontation of institutional violence, contributing to comprehensive care within diverse territories. The thesis concludes that the work of social workers—supported by a critical, ethical, and political commitment—is essential to advancing equity, confronting health inequities, and strengthening the right to health as a collective and universal social good.

Keywords: Intersectionality; Health equity; Social worker practice.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Tabela 1 – Quantitativo de referências encontradas e utilizadas por capítulo 52

Tabela 2 Tabela 2 – Dimensões e atribuições do/a assistente Social nas equipes eMulti 59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABPN	Associação Brasileira de Pesquisadores Negros
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CESRJ	Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNTS	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CUT	Central Única dos Trabalhadores
eMulti	Equipes Multiprofissionais (instituídas pela Portaria GM/MS nº 635/2023)
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
GM/MS	Gabinete do Ministro da Saúde / Ministério da Saúde
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e outras identidades
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NBR	Norma Brasileira
OS	Organizações Sociais
PAB	Piso da Atenção Básica
PLP	Projeto de Lei Complementar

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 14
2 INTERSECCIONALIDADE, EQUIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE....17
2.1. Interseccionalidade: conceito e aplicação no Serviço Social..... 17
2.2 O princípio da equidade na formulação das políticas públicas de saúde..... 20
2.3 Marco normativo das políticas de saúde e equidade no SUS.....24
3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, O PROJETO NEOLIBERAL E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL..... 30
3.1 A reforma sanitária, o SUS e o Serviço Social.....30
3.2 O projeto neoliberal, financeirização da saúde e a resistência do SUS.....35
3.3 O Serviço Social na Atenção Básica à Saúde.....41
4. INTERSECCIONALIDADE E EQUIDADE NA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE..... 50
4.1 Metodologia.....50
4.2 Articulando Equidade e Interseccionalidade na atuação profissional do/a Assistente Social..... 56
4.3 Propostas para fortalecer a atuação do/a Assistente Social na promoção da equidade: A Interseccionalidade como ferramenta..... 65
5 CONCLUSÃO.....71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....75

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema deste Trabalho de Conclusão de Curso está profundamente relacionada à trajetória pessoal e profissional da autora no campo da saúde e às experiências formativas vivenciadas ao longo do curso de Serviço Social. O interesse pelo tema da equidade e da interseccionalidade não surgiu de maneira abstrata, mas foi sendo construído a partir de vivências concretas e do contato direto com as desigualdades que atravessam o cotidiano dos serviços de saúde no Brasil. Minha trajetória nesse campo teve início em 2009, quando ingressei na Escola de Educação Profissional Adolfo Ferreira de Sousa, no curso técnico de Enfermagem. Esse primeiro contato com a área da saúde permitiu compreender, ainda que de forma inicial, a complexidade do cuidado e a importância do atendimento humanizado, integral e ético. Desde então, tornou-se evidente que a saúde vai muito além dos aspectos biológicos: é atravessada por fatores sociais, econômicos, culturais e políticos que influenciam diretamente as condições de vida das pessoas.

Posteriormente, o ingresso no curso de Serviço Social da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) ampliou significativamente meu olhar sobre essas questões. Foi nesse espaço que tive o primeiro contato mais sistemático com os debates sobre raça, gênero e classe social, e passei a compreender que as desigualdades não são fenômenos isolados, mas interdependentes e historicamente construídos. A experiência de participação no projeto de extensão “Não basta não ser racista, é preciso ser antirracista: o Serviço Social na luta pela igualdade racial” foi um marco fundamental nesse processo, pois possibilitou vivências formativas que uniram teoria e prática na construção de um posicionamento ético-político em defesa da igualdade racial e da justiça social. Essa vivência evidenciou que o racismo estrutural e as opressões de gênero e classe se manifestam de modo concreto nas políticas públicas, inclusive na área da saúde, afetando diretamente o acesso, a qualidade e os resultados do cuidado oferecido às populações mais vulnerabilizadas.

O aprofundamento desse debate ocorreu com a inserção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde Equidade, uma experiência acadêmico-profissional que ampliou minha compreensão sobre o conceito de equidade em saúde e sobre os desafios da efetivação desse princípio nas práticas cotidianas do Sistema Único de Saúde (SUS). O PET-Saúde possibilitou a vivência direta na atenção básica, onde se materializam as contradições e as potencialidades do SUS, e despertou o interesse em compreender como os/as assistentes sociais podem contribuir para a promoção da equidade, incorporando a

interseccionalidade como ferramenta de análise e intervenção. Essa trajetória consolidou o compromisso pessoal e profissional com a defesa do direito universal à saúde e com a construção de práticas antidiscriminatórias e emancipatórias.

A partir dessas vivências, este TCC tem como tema “A interseccionalidade como ferramenta teórica e ético-política no fortalecimento da atuação do/a Assistente Social na promoção da equidade na Atenção Básica à Saúde”, e parte do pressuposto de que compreender as múltiplas dimensões da desigualdade é condição essencial para promover uma prática profissional comprometida com a justiça social. O estudo busca responder à seguinte questão norteadora: como a interseccionalidade pode fortalecer a atuação do/a assistente social na promoção da equidade em saúde, especialmente na atenção básica?. Para isso, a pesquisa propõe analisar o conceito de interseccionalidade, suas contribuições teóricas e metodológicas, e discutir como essa perspectiva pode ser incorporada às práticas do Serviço Social no campo da saúde pública.

O objetivo geral da pesquisa é analisar a interseccionalidade e a equidade como fundamentos teóricos e ético-políticos para o fortalecimento da atuação do/a assistente social na atenção básica à saúde. Como objetivos específicos, busca-se: compreender o conceito de interseccionalidade e sua relevância para as políticas públicas; identificar como a equidade é tratada no contexto do SUS; e propor estratégias para incorporar a perspectiva interseccional à prática profissional, de modo a contribuir para o enfrentamento das desigualdades estruturais.

A pesquisa adota uma abordagem qualitativa e teórico-bibliográfica, fundamentada na análise de obras, artigos científicos e documentos institucionais que tratam da interseccionalidade, da equidade em saúde e da atuação do/a assistente social. Autores e autoras como Kimberlé Crenshaw (2002), Patricia Hill Collins (2016), Marilda Iamamoto (2008), Maria Inês Bravo (2001), Maria Cristina Matos (2000), entre outros, oferecem as bases conceituais e políticas para o desenvolvimento da análise. Essa escolha metodológica justifica-se pela relevância de articular teoria e prática, reconhecendo que o conhecimento científico é também uma ferramenta de transformação social.

O trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta os fundamentos conceituais da interseccionalidade e da equidade, situando o debate no campo das políticas públicas e da saúde coletiva. O segundo capítulo discute o processo histórico de construção do SUS, o avanço das políticas neoliberais e as implicações desse contexto para o

Serviço Social, ressaltando o papel do/a assistente social na defesa do direito à saúde. O terceiro capítulo, por sua vez, traz a metodologia da pesquisa, articula equidade e interseccionalidade na atuação profissional do/a assistente social e propõe estratégias para fortalecer a atuação do/a assistente social na promoção da equidade, tendo a interseccionalidade como ferramenta central.

Dessa forma, este TCC reflete um percurso formativo e político que une experiência pessoal, vivência acadêmica e compromisso ético-profissional. A escolha do tema nasce da convicção de que o enfrentamento das desigualdades na saúde pública brasileira passa necessariamente pelo reconhecimento das diferenças e pela atuação de profissionais sensíveis às dimensões de raça, gênero e classe. Assim, este estudo busca contribuir não apenas para o debate teórico, mas também para a construção de práticas sociais transformadoras, que reafirmem o Serviço Social como profissão comprometida com a equidade, a diversidade e o direito inalienável à vida.

2 INTERSECCIONALIDADE, EQUIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A compreensão das desigualdades que atravessam a saúde pública no Brasil exige um olhar atento às múltiplas formas de opressão que estruturam a sociedade e se manifestam no cotidiano dos serviços do SUS. Em um país historicamente marcado pelo racismo, pelo patriarcado, pelo colonialismo e pelas desigualdades de classe, torna-se insuficiente analisar a saúde apenas a partir de indicadores biomédicos ou do acesso formal às políticas públicas. Para entender por que determinados grupos – especialmente a população negra, mulheres negras, povos indígenas, pessoas LGBTQIA+ e moradores de territórios periféricos – sofrem barreiras sistemáticas no cuidado, é necessário incorporar perspectivas críticas capazes de revelar como essas opressões se combinam e produzem vulnerabilidades específicas. Nesse contexto, a interseccionalidade e a equidade emergem como ferramentas teóricas, políticas e éticas essenciais para analisar a saúde pública e orientar práticas profissionais comprometidas com a justiça social.

Assim, este capítulo propõe uma reflexão aprofundada sobre os fundamentos da interseccionalidade, seu diálogo com o Serviço Social e a centralidade da equidade na formulação das políticas públicas de saúde. Parte-se da contribuição de autoras negras como Kimberlé Crenshaw, Patricia Hill Collins e Jurema Werneck, cujas produções revelam que raça, gênero, classe e território não são marcadores isolados, mas elementos interdependentes que estruturam a experiência humana e moldam o acesso aos direitos. Ao articular esses referenciais com os marcos normativos do SUS e com a crítica ao racismo institucional, busca-se demonstrar que uma política de saúde verdadeiramente universal só é possível se for, antes de tudo, equitativa, antirracista e comprometida com a dignidade das populações historicamente marginalizadas. Nesse cenário, o capítulo também destaca o papel estratégico do Serviço Social como agente de resistência, mediação e transformação na defesa de práticas de cuidado mais humanas, inclusivas e emancipadoras.

2.1. Interseccionalidade: conceito e aplicação no Serviço Social

A interseccionalidade constitui um marco analítico e político fundamental para a compreensão das desigualdades sociais complexas e interligadas que afetam diferentes grupos sociais, especialmente aqueles historicamente marginalizados. Inicialmente formulado por Kimberlé Crenshaw nos anos 1980, o conceito surge da necessidade de visibilizar as experiências singulares das mulheres negras nos Estados Unidos, que enfrentavam

simultaneamente o racismo e o sexismo, mas que eram invisibilizadas tanto pelo movimento feminista branco quanto pelo movimento negro masculinizado (CRENSHAW, 2002). A proposta de Crenshaw consistia em criar uma ferramenta capaz de evidenciar como os diferentes sistemas de opressão se interseccionam, produzindo formas específicas de subordinação e exclusão.

A interseccionalidade foi sendo aprofundada e sistematizada por outras intelectuais negras, especialmente por Patricia Hill Collins, que ampliou o conceito ao desenvolver a noção de "matriz de dominação". Para Collins (2022), a interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam tanto as estruturas sociais quanto as experiências individuais. Segundo a autora, essas relações de dominação não atuam isoladamente, mas se organizam em quatro domínios interligados: o estrutural, o disciplinar, o hegemônico e o interpessoal. Cada um desses domínios opera de forma simultânea, contribuindo para a manutenção das desigualdades sociais com base em marcadores como raça, classe, gênero, sexualidade, deficiência, idade e território.

O domínio estrutural diz respeito às instituições sociais como o Estado, o sistema de justiça, a educação, a saúde e o mercado de trabalho que produzem e legitimam desigualdades por meio de políticas públicas, normas e práticas institucionais. Já o domínio disciplinar se refere aos mecanismos de controle e vigilância exercidos por essas instituições, como os protocolos, registros e sanções disciplinares que organizam o comportamento dos indivíduos. O domínio hegemônico está relacionado à construção simbólica da realidade, operada por discursos midiáticos, científicos e culturais que reproduzem estereótipos e naturalizam hierarquias sociais. Por fim, o domínio interpessoal diz respeito às relações do cotidiano, nas quais o preconceito e a discriminação se manifestam em olhares, gestos, silêncios e interações sociais (Collins, 2022).

A compreensão desses domínios é essencial para o Serviço Social, cuja prática profissional exige uma leitura crítica da realidade e um compromisso ético-político com os direitos humanos, a justiça social e a equidade. A interseccionalidade, nesse sentido, oferece uma lente analítica potente para que assistentes sociais possam identificar, interpretar e enfrentar as múltiplas formas de opressão que incidem sobre os sujeitos atendidos nas políticas públicas.

No cotidiano dos serviços públicos, particularmente no Sistema Único de Saúde

(SUS), a aplicação da interseccionalidade é indispensável para compreender por que determinados grupos populacionais, como mulheres negras, indígenas, pessoas LGBTQIA+, pessoas com deficiência e moradores de periferias, enfrentam barreiras sistemáticas no acesso à saúde, nos processos de acolhimento e nos desfechos clínicos. A interseccionalidade permite, por exemplo, entender por que uma mulher negra periférica tem maior probabilidade de receber um atendimento desumanizado durante o parto, ou de não realizar exames preventivos com a mesma frequência que uma mulher branca da mesma classe social. Esses obstáculos não decorrem apenas de desigualdades socioeconômicas, mas de interações entre racismo, sexismo, território e outros marcadores sociais que produzem vulnerabilidades específicas.

Como argumenta Jurema Werneck (2016), médica e militante do movimento de mulheres negras, a ausência histórica da perspectiva racial e de gênero nas políticas públicas de saúde revela a manutenção de um modelo universalista e excludente. A autora denuncia que não é possível pensar equidade na saúde sem considerar o racismo como um determinante social fundamental da saúde. Nesse sentido, a interseccionalidade deve ser tratada como uma ferramenta analítica fundamental e, como uma exigência ética e política para a superação das desigualdades estruturais.

A prática profissional orientada pela interseccionalidade exige, portanto, mais do que sensibilidade: demanda formação continuada, capacidade de escuta situada, articulação com saberes plurais e coragem política para tensionar normas institucionais, denunciar práticas discriminatórias e incorporar as vozes dos sujeitos historicamente silenciados. Trata-se de um desafio constante, que implica revisitar os fundamentos teóricos do Serviço Social e atualizar suas estratégias de intervenção frente às demandas contemporâneas.

Ademais, a interseccionalidade contribui para desconstruir as naturalizações e hierarquizações sociais que operam no cotidiano institucional. Ao reconhecer os sujeitos em sua pluralidade e especificidade, o Serviço Social fortalece sua atuação na defesa dos direitos humanos e da justiça social. Isso se torna particularmente importante nos espaços de saúde, nos quais as decisões clínicas e as interações profissionais muitas vezes reproduzem preconceitos e práticas discriminatórias, mesmo que de forma não intencional.

A perspectiva interseccional também exige o enfrentamento do racismo institucional conceito amplamente trabalhado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

(PNSIPN) que se refere às práticas, normas e rotinas institucionais que produzem desigualdade no acesso, no tratamento e nos resultados em saúde para a população negra. A naturalização dessas práticas contribui para a perpetuação de desigualdades históricas e para a chamada "morte social" de parte da população negra, especialmente nos territórios marcados pela pobreza, pela violência e pelo abandono estatal.

Nesse cenário, a atuação de assistentes sociais nos serviços de saúde se apresenta como estratégica. É papel da profissão realizar diagnósticos com recorte racial, articular redes de proteção social, promover ações educativas com enfoque interseccional e contribuir para o planejamento de políticas públicas que levem em consideração as múltiplas dimensões da desigualdade. Como ressalta o Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro, a intervenção profissional deve estar pautada na defesa intransigente dos direitos humanos, na promoção da equidade e no combate a todas as formas de opressão.

A contribuição da interseccionalidade para o Serviço Social, portanto, vai além da análise teórica: ela convoca a uma prática profissional transformadora, comprometida com a justiça social em sua totalidade. Ao integrar os saberes produzidos pelas mulheres negras como Patricia Hill Collins e Jurema Werneck – o Serviço Social se fortalece como campo de resistência e de construção de alternativas emancipadoras.

Adotar a interseccionalidade como marco analítico e político no Serviço Social implica reconhecer que as opressões não atuam de forma isolada, mas se entrecruzam e se reproduzem nas estruturas institucionais e nas práticas cotidianas. É reconhecer que não há justiça social possível sem justiça racial e de gênero. É, sobretudo, afirmar que as experiências e os saberes das mulheres negras não são marginais, mas centrais para a construção de um projeto de sociedade verdadeiramente democrático, plural e equitativo.

2.2 O princípio da equidade na formulação das políticas públicas de saúde

A equidade constitui um princípio estruturante das políticas públicas de saúde no Brasil e representa uma das diretrizes centrais do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais do que um conceito técnico ou normativo, a equidade expressa um compromisso ético-político com a justiça social e com a superação das desigualdades históricas que marcaram e ainda marcam o acesso à saúde no país. Em um contexto profundamente desigual como o brasileiro, onde as

disparidades se manifestam a partir de marcadores sociais como raça, classe, gênero, território, deficiência e sexualidade, a equidade assume um papel transformador. Ela exige que o Estado atue não de maneira homogênea e igualitária, mas sim diferenciada, priorizando os grupos que historicamente foram (e continuam sendo) marginalizados pelas políticas públicas e pelas estruturas institucionais.

Diferente da igualdade formal, que trata todos de forma idêntica independentemente de suas condições, a equidade reconhece que os sujeitos sociais não partem de lugares iguais na estrutura social e que, por isso, precisam de respostas institucionais específicas. É o reconhecimento de que a desigualdade social não é fruto de escolhas individuais, mas sim de processos estruturais de exclusão, que se expressam nos dados de morbimortalidade, nas condições de vida precárias e no acesso desigual aos serviços essenciais. Conforme aponta Jurema Werneck (2005), pensar a equidade em saúde requer necessariamente enfrentar os efeitos combinados de sistemas como o racismo, o patriarcado, o colonialismo e o capitalismo, que se entrelaçam e operam de forma simultânea sobre os corpos e as experiências das populações negras, especialmente das mulheres negras.

Nesse sentido, Werneck (2005) afirma que devemos explicitar a impossibilidade prática de dissociação entre patriarcado, racismo, colonialismo e capitalismo – tudo parte do mesmo ‘pacote’ de dominação do Ocidente sobre as demais regiões do mundo. E que não se estrutura em hierarquias. Ao contrário, age sobre as mulheres como um bloco monolítico, às vezes pesado demais. A autora denuncia que as mulheres negras são atingidas por múltiplas formas de opressão que não podem ser compreendidas de forma isolada. É essa articulação complexa que exige uma abordagem interseccional, que vá além das análises tradicionais da saúde pública e que considere a historicidade dos processos de exclusão e resistência desses sujeitos.

A equidade, nesse contexto, não pode ser vista como uma concessão do Estado, mas como uma exigência política que deriva do direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988. No entanto, para que esse direito se concretize de forma plena, é preciso compreender que as desigualdades não se expressam apenas nos indicadores biomédicos, mas também nas práticas institucionais e nos aspectos culturais que moldam o cotidiano dos serviços. O racismo institucional, por exemplo, se manifesta na negligência com os sintomas apresentados por mulheres negras gestantes, na ausência de escuta qualificada nos atendimentos, na invisibilidade de doenças prevalentes na população negra e na baixa adesão à coleta do

quesito raça/cor nos prontuários.

Jurema Werneck (2005) argumenta que políticas públicas baseadas em modelos universais e homogêneos são insuficientes para atender às demandas de uma população marcada por opressões históricas. Ela afirma que é necessário deslocar o centro do saber e do poder, rompendo com os paradigmas coloniais que definem quem tem direito a ser cuidado e quem é visto como descartável. Nesse sentido, a autora defende uma escuta ativa, que valorize as experiências e os saberes das mulheres negras como referências legítimas para a formulação de políticas públicas.

Essa perspectiva confronta diretamente as lógicas meritocráticas frequentemente embutidas nas políticas públicas. Ao invés de exaltar trajetórias individuais de sucesso como exceções inspiradoras, Werneck propõe um projeto coletivo de transformação social, em que os avanços individuais só têm sentido se estiverem conectados com a melhoria das condições de vida do grupo social como um todo. A equidade, assim compreendida, está intrinsicamente vinculada a um projeto de justiça racial e de reestruturação das relações sociais baseadas no reconhecimento das diferenças e na superação das desigualdades.

Em contraposição à lógica de desumanização e abandono institucional promovida pela necropolítica — que historicamente condena os corpos negros à invisibilidade, à violência e à morte —, a atuação das mulheres negras como agentes de resistência comunitária e espiritual se destaca como um poderoso instrumento de cuidado, organização e enfrentamento das desigualdades. A luta por equidade, entendida como a promoção de justiça social a partir do reconhecimento das diferenças e desigualdades estruturais, encontra concretude nas ações realizadas por essas mulheres nos territórios periféricos e nos espaços tradicionais.

Entre essas lideranças, ganham destaque as ialodês, figuras femininas de origem iorubá transplantadas para o Brasil durante o período da diáspora africana, que representam símbolos de autoridade, cuidado e articulação política nas comunidades negras. Conforme afirma Jurema Werneck (2005), as ialodês desempenham um papel essencial na afirmação da vida e na organização social de seus grupos.

A atuação dessas mulheres se dá tanto no campo material, por meio da luta por melhores condições de vida, quanto no campo simbólico, ao promover a valorização da ancestralidade, da espiritualidade afro-brasileira e da coletividade. Suas práticas constituem formas de cuidado integral que transcendem o modelo biomédico e individualista de saúde,

valorizando a cura como um processo comunitário, afetivo e espiritual, profundamente conectado à tradição e ao axé.

Nesse sentido, as ialodês personificam uma lógica de cuidado e de liderança baseada na solidariedade, na escuta e na ancestralidade, desafiando os parâmetros hegemônicos das políticas públicas contemporâneas. Elas produzem equidade na prática, ao atenderem, de forma autônoma e enraizada no território, às demandas específicas de suas comunidades, principalmente em contextos marcados pela ausência ou omissão do Estado.

Para o Serviço Social, reconhecer o protagonismo das ialodês significa ampliar a compreensão do cuidado como um ato político e coletivo, que não se limita aos marcos institucionais do SUS ou das políticas assistenciais. Significa, também, abrir-se a epistemologias afrocentradas, que valorizam outras formas de saber e de organização social, rompendo com a colonialidade presente nas estruturas de poder e nas práticas profissionais. Nesse contexto, a articulação entre equidade e ancestralidade emerge como um referencial potente para uma prática profissional verdadeiramente antirracista, crítica e comprometida com a dignidade de todos os sujeitos historicamente marginalizados. Esse reconhecimento dos saberes tradicionais, da espiritualidade e das formas coletivas de resistência revela que a saúde não pode ser compreendida apenas como ausência de doença ou como resultado de intervenções biomédicas.

A saúde, para as mulheres negras, está profundamente conectada à dignidade, ao pertencimento, à ancestralidade e à luta por reconhecimento. Nesse sentido, a equidade em saúde só será possível quando as políticas públicas incorporarem essas dimensões subjetivas e coletivas da experiência humana, rompendo com a racionalidade tecnocrática e excludente que ainda predomina em muitos serviços.

Outro ponto central nas reflexões de Werneck (2005) é a necessidade de uma abordagem interseccional, antirracista e decolonial na formulação das políticas de saúde. A autora antecipa, inclusive, discussões que mais tarde seriam sistematizadas por outras teóricas do feminismo negro e da teoria crítica.

A equidade, portanto, exige a superação de um modelo de saúde universalista que trata a população como um bloco homogêneo. Para isso, é necessário reconhecer que determinadas opressões são estruturantes da sociedade brasileira e, portanto, devem ser enfrentadas de forma articulada. Racismo, sexismo, classismo e outras formas de exclusão não são acessórios

ou efeitos colaterais, mas sim elementos centrais que moldam o acesso aos direitos e aos bens sociais.

Dessa forma, o princípio da equidade deve ser compreendido não apenas como uma diretriz normativa do SUS, mas como um imperativo ético-político que reconhece, valoriza e incorpora os saberes, as lutas e as especificidades das populações historicamente oprimidas – em especial, das mulheres negras. Essas mulheres atuam há séculos como agentes de transformação e resistência nos territórios onde o Estado é ausente ou age de forma violenta. Elas produzem cuidado, constroem redes de solidariedade, denunciam violências e formulam alternativas à lógica institucional excludente.

A construção de políticas públicas equitativas demanda, portanto, um deslocamento epistemológico, no qual as experiências vividas por sujeitos racializados deixem de ser vistas como "exceções" ou "desvios" e passem a ser reconhecidas como legítimas e centrais. É necessário reverter o silenciamento histórico dessas vozes e reconstruir os espaços institucionais de maneira mais plural, diversa e democrática. Isso inclui, por exemplo, a valorização das práticas de cuidado comunitário, a presença de lideranças negras nos espaços de decisão e o fomento à produção de conhecimento a partir das epistemologias do Sul Global.

O Serviço Social, nesse cenário, tem papel fundamental na efetivação da equidade em saúde. Profissionais da área estão inseridos em múltiplos espaços de atenção e podem desenvolver práticas sensíveis às diferenças, ao mesmo tempo em que atuam na mediação de conflitos, na garantia de direitos e na denúncia das práticas racistas e discriminatórias. O Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro, baseado na defesa dos direitos humanos, da emancipação dos sujeitos e da justiça social, converge diretamente com os princípios da equidade, sendo uma base sólida para a atuação crítica e transformadora nos serviços públicos de saúde.

2.3 Marco normativo das políticas de saúde e equidade no SUS

O marco normativo brasileiro apresenta instrumentos fundamentais para a promoção da equidade em saúde, especialmente no que se refere ao enfrentamento das desigualdades sociais e raciais. A Constituição Federal de 1988 representa um divisor de águas ao consagrar

a saúde como direito de todos e dever do Estado, organizando um sistema público universal, descentralizado, participativo e com base em princípios éticos e sociais. Os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, definidos no artigo 198 da Carta Magna, tornaram-se alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS), sinalizando um compromisso político com a superação das desigualdades estruturais que historicamente marginalizaram grupos vulnerabilizados, sobretudo a população negra.

A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamenta esses princípios e estabelece a saúde como resultado das condições de alimentação, habitação, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos serviços essenciais. Esta concepção ampliada da saúde reconhece que os determinantes sociais influenciam profundamente o processo saúde-doença, o que impõe ao Estado o dever de adotar políticas públicas que promovam a equidade e a justiça social. A partir desse marco, a equidade não é apenas uma diretriz técnica, mas um imperativo ético e político, especialmente para uma sociedade como a brasileira, marcada por desigualdades étnico-raciais historicamente construídas.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela Portaria nº 2.436/2017, reafirma a Atenção Básica como a principal porta de entrada do SUS e estabelece que suas ações devem ser desenvolvidas com base em princípios que assegurem o respeito às diferenças socioculturais. A normativa explicita que é vedada qualquer forma de exclusão ou discriminação baseada em identidade de gênero, raça/cor, etnia, orientação sexual, nacionalidade, deficiência ou condição socioeconômica, determinando que a atenção básica deve desenvolver estratégias de combate às desigualdades e garantir o cuidado integral com base nas necessidades singulares de cada território (BRASIL, 2017).

Contudo, na contramão desse avanço formal, a versão de 2017 da PNAB promoveu uma série de flexibilizações que, segundo pesquisadores da saúde coletiva, representam retrocesso na garantia de acesso equitativo, ao enfraquecer o protagonismo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), abrindo margem para modelos seletivos de atenção e para a ampliação de desigualdades nos municípios com menor capacidade de financiamento próprio.

Uma das iniciativas mais significativas no campo da equidade racial em saúde é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº

992/2009 e referendada nos documentos orientadores do Ministério da Saúde desde 2006. A PNSIPN parte do reconhecimento de que o racismo estrutural e institucional é um determinante social da saúde e, portanto, deve ser enfrentado no interior das políticas públicas. Sua formulação foi fruto da luta histórica do movimento negro, da articulação com gestores públicos e da pressão sobre o Estado para que reconhecesse, formalmente, que a população negra apresenta piores indicadores de saúde, menor acesso e maior mortalidade em relação à população branca.

A PNSIPN estrutura-se em eixos estratégicos como: (1) o reconhecimento do racismo como determinante da saúde; (2) a formação permanente de profissionais de saúde para o enfrentamento do racismo institucional; (3) o monitoramento da equidade racial com uso do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde; (4) o estímulo à participação social nos conselhos e conferências de saúde; e (5) a produção de conhecimento científico sobre saúde da população negra. No entanto, apesar do avanço conceitual, sua implementação permanece desigual e frágil, sendo dificultada por fatores como a rotatividade de gestores, a falta de recursos orçamentários, a baixa prioridade política da pauta racial e a resistência de setores técnicos e institucionais.

Nesse cenário, o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010) surge como um reforço legal à luta antirracista, reconhecendo o racismo como um obstáculo à plena cidadania e estabelecendo que o Estado tem o dever de promover ações afirmativas no campo da saúde. O Estatuto prevê a elaboração de políticas públicas específicas para a população negra, com o objetivo de superar os efeitos acumulados da exclusão racial.

Além disso, estudos recentes como o Boletim Çarê-IEPS nº 4/2024 mostram que as internações hospitalares decorrentes de agressões e as taxas de mortalidade por causas violentas são significativamente mais altas entre a população negra. Segundo o boletim, as agressões que levam a hospitalizações também são mais prevalentes entre negros e negras, e a análise evidencia que a violência interpessoal e a violência institucional agravam a exclusão da população negra dos direitos à saúde e à vida. Esses dados reforçam a urgência de políticas públicas integradas, territorializadas e com enfoque interseccional, que considerem os impactos combinados do racismo, da pobreza, da violência urbana e da desigualdade de gênero.

A ausência de respostas adequadas do Estado diante dessa realidade evidencia os

limites das normativas quando não acompanhada de compromisso político e participação ativa da sociedade. A superação das desigualdades raciais em saúde exige políticas públicas estruturantes, mecanismos de responsabilização institucional e estratégias pedagógicas de formação crítica para os profissionais que atuam na linha de frente da atenção básica.

Embora o Brasil possua um conjunto robusto de marcos legais que reconhecem a equidade como princípio fundante das políticas de saúde, o grande desafio permanece em sua efetiva implementação. Isso requer não apenas investimento técnico e orçamentário, mas, sobretudo, a construção de uma vontade política coletiva, ancorada na ética dos direitos humanos e no compromisso com a justiça social e racial.

Outro aspecto que merece destaque na análise do marco normativo das políticas de saúde diz respeito à Atenção Básica como espaço privilegiado de enfrentamento às desigualdades. Por estar mais próxima da realidade dos usuários, a Atenção Básica assume papel estratégico na efetivação dos princípios do SUS, especialmente da equidade, por meio do reconhecimento das vulnerabilidades sociais e do planejamento territorial. No entanto, a atuação cotidiana dos serviços de saúde muitas vezes reproduz práticas racistas e discriminatórias, o que impede que a equidade se concretize na prática. Isso ocorre, por exemplo, quando profissionais desconsideram a autodeclaração racial dos usuários, negligenciam sintomas relatados por mulheres negras gestantes ou perpetuam estigmas em relação à juventude negra em territórios periféricos.

Nesse sentido, o conceito de racismo institucional, amplamente abordado na PNSIPN e em documentos do Ministério da Saúde, torna-se indispensável. Trata-se das práticas, normas e rotinas que, ainda que não intencionalmente, resultam em acesso desigual, tratamento inferior ou exclusão de grupos racializados nos serviços públicos. A naturalização dessas desigualdades no campo da saúde contribui para a chamada “morte social” de parte da população negra, que é invisibilizada, silenciada ou desassistida no momento em que mais precisa do cuidado estatal.

A esse fenômeno soma-se a atuação da necropolítica, conceito desenvolvido por Achille Mbembe (2018), que denuncia a forma como o poder soberano decide, com base em critérios políticos, sociais e raciais, quais vidas devem ser protegidas e quais podem ser descartadas. A necropolítica não se limita ao uso direto da violência, mas se expressa por meio de estratégias institucionais de abandono, precarização e exclusão, transformando

determinados sujeitos sociais em alvos permanentes da morte, do adoecimento e da desumanização.

No contexto brasileiro, essa lógica se manifesta com contundência no abandono estrutural de corpos negros, periféricos e empobrecidos, tratados como excedentes sociais. A juventude negra é o exemplo mais explícito dessa política de extermínio: segundo o Atlas da Violência (IPEA; FBSP, 2020), mais de 75% das vítimas de homicídios no Brasil são jovens negros. Isso revela não uma ausência do Estado, mas a presença ativa de um projeto de controle, repressão e letalidade. Para Mbembe (2018), a necropolítica é a forma de governo em que o soberano exerce o poder de matar e deixar morrer sob o pretexto de segurança, civilização ou ordem.

Essa lógica também se evidencia na área da saúde, em que o racismo institucional impacta diretamente os corpos negros e as mulheres negras. Como explica Jurema Werneck (2016), as mulheres negras são desproporcionalmente vítimas de violência obstétrica, subnotificações, negligência clínica e altas taxas de mortalidade materna, mesmo quando as causas são evitáveis. Isso reforça a tese de que o racismo opera como determinante social da saúde.

O compromisso do Serviço Social com a justiça social exige a construção de práticas antirracistas, a defesa da equidade nas políticas públicas e a mobilização crítica contra os dispositivos de poder que naturalizam o sofrimento de populações historicamente excluídas. A interseccionalidade entre raça, classe, gênero e território torna-se, assim, um instrumental imprescindível para que a profissão enfrente a necropolítica com radicalidade ética e política.

Outro elemento essencial ao avanço da equidade racial em saúde é a produção e o uso qualificado de dados desagregados por raça/cor. A ausência ou baixa qualidade dessas informações historicamente comprometeu o diagnóstico preciso das desigualdades raciais e a formulação de políticas direcionadas. Como adverte Werneck (2016), os dados epidemiológicos desagregados por raça/cor deixam evidente que o racismo impacta diretamente a morbimortalidade da população negra, mas que as respostas institucionais são frequentemente insuficientes ou ineficazes. A PNSIPN destaca a importância da coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS como ferramenta de gestão e controle social. No entanto, ainda hoje, muitos municípios não implementam essa coleta de forma adequada, seja por resistência institucional, falta de capacitação ou ausência de

monitoramento. Tal lacuna impede o planejamento de ações afirmativas que levem em consideração os marcadores raciais de vulnerabilidade e perpetua a invisibilidade da população negra nas estatísticas oficiais.

Importante também reconhecer o papel central dos movimentos sociais negros na construção, defesa e fiscalização das políticas públicas de saúde com recorte racial. Desde a década de 1990, coletivos e entidades como a Articulação Nacional de Mulheres Negras, o Geledés – Instituto da Mulher Negra, e a Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN), entre outros, vêm produzindo conhecimento, pressionando os poderes públicos e ocupando os espaços institucionais de decisão. A própria formulação da PNSIPN é resultado direto dessa articulação entre movimento social, academia e gestão pública. Assim, é necessário garantir condições políticas e financeiras para que os sujeitos coletivos negros continuem exercendo sua função de controle social, denúncia e proposição, com autonomia e legitimidade.

Ademais, o processo de educação permanente em saúde, conforme defendido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Saúde Coletiva e pelas orientações do SUS, deve incorporar de maneira transversal a perspectiva antirracista. Isso implica na necessidade de incluir conteúdos sobre história da população negra, impacto do racismo na saúde, epistemologias negras e práticas de cuidado com base na justiça social. Profissionais não devem apenas dominar protocolos clínicos, mas também ser capazes de compreender criticamente os determinantes sociais da saúde com recorte étnico-racial. A formação crítica, nesse sentido, é instrumento essencial para desconstruir práticas institucionais excludentes e produzir novos sentidos para o cuidado em saúde.

Por fim, a atuação do Serviço Social no interior do SUS deve estar orientada por um compromisso ético-político com a equidade e com o enfrentamento das desigualdades raciais. O Projeto Ético-Político da profissão defende os direitos humanos, a emancipação dos sujeitos e a justiça social, valores que convergem diretamente com os princípios do SUS e com as diretrizes da PNSIPN. Assistentes sociais têm papel estratégico na identificação das situações de racismo institucional, na articulação com movimentos sociais, na elaboração de diagnósticos sociais com recorte racial e na mediação entre os usuários e os serviços de saúde, contribuindo para a construção de práticas efetivamente antirracista.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, O PROJETO NEOLIBERAL E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O presente capítulo tem como propósito analisar o processo histórico, político e social que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), situando-o no contexto da Reforma Sanitária brasileira e nas disputas em torno do direito universal à saúde. Busca-se compreender como o SUS se constituiu como uma das mais importantes conquistas da sociedade civil na redemocratização do país, traduzindo a luta coletiva pela ampliação da cidadania e pela efetivação de políticas públicas universais. Essa discussão é fundamental para compreender o campo de atuação do/a assistente social na saúde, uma vez que a profissão foi parte ativa da construção desse projeto e segue comprometida com a sua defesa e consolidação.

Além disso, o capítulo propõe refletir sobre os desafios contemporâneos enfrentados pelo SUS diante das transformações impostas pelo projeto neoliberal e pelo avanço da financeirização das políticas sociais. Essas dinâmicas afetam diretamente o princípio da equidade e a efetivação dos direitos sociais, exigindo do Serviço Social uma atuação crítica e politicamente engajada. Assim, a análise se desdobra em três eixos interligados: a Reforma Sanitária e a criação do SUS; os impactos do neoliberalismo e da financeirização na saúde pública; e a atuação do/a assistente social na Atenção Básica à Saúde, com destaque para seu papel na promoção da equidade e na defesa do caráter público e universal do sistema.

3.1 A reforma sanitária, o SUS e o Serviço Social

A Reforma Sanitária no Brasil foi um movimento social e político fundamental que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988. Surgiu nos anos 1970, em pleno período da ditadura militar, como resposta à exclusão da maior parte da população do acesso à saúde pública, construída sobre um modelo assistencialista e restrito aos trabalhadores formais vinculados à previdência social (PenseSUS, 2005).

Esse movimento contemplava uma visão ampliada de saúde, não mais limitada à ausência de doenças, mas entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e político. Sergio Arouca, figura emblemática desse processo, afirmou durante a VIII

Conferência Nacional de Saúde em 1986, “saúde não é simplesmente a ausência de doença. É muito mais que isso. É bem-estar físico, mental, social, político.” (Arouca, 1986)

Essa nova compreensão de saúde, construída ao longo do movimento da Reforma Sanitária, rompeu com a concepção biomédica e reducionista predominante até então, que associava saúde apenas à ausência de doenças. O debate coletivo e as conferências de saúde culminaram na formulação de um projeto político que reconhecia a saúde como resultado das condições sociais, econômicas e ambientais em que as pessoas vivem. Essa perspectiva foi consagrada na Constituição Federal de 1988, que transformou a saúde em direito universal e dever do Estado, estabelecendo seu fundamento nas políticas sociais e econômicas voltadas à promoção da vida e à redução das desigualdades.

A partir da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, o Movimento Sanitário brasileiro assumiu um caráter mais estruturado e direcionado à implementação de políticas que ampliassem o acesso da população à saúde. O tema central desta conferência foi “Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos”, refletindo a necessidade de construir um sistema capaz de levar serviços de saúde essenciais a todas as regiões do país, especialmente às áreas mais afastadas e vulneráveis (Governo Federal, 1980).

A VII Conferência marcou um momento importante de debate sobre a organização institucional do sistema de saúde, enfatizando aspectos como atividades de apoio, tecnologia apropriada, recursos humanos, participação social, custos, benefícios e financiamento. Segundo o Dr. Carlyle de Guerra Macedo, conferencista oficial do evento, a implantação do "Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde" deveria garantir a cobertura necessária para que a população pudesse exercer suas atividades sociais e econômicas de forma produtiva (CESRJ, 2023).

Ao longo dos anos seguintes, as conferências mantiveram um importante papel na estruturação do projeto da Reforma Sanitária, consolidando os princípios que seriam incorporados na Constituição de 1988, tais como o direito universal à saúde, a integralidade das ações, a descentralização e o controle social. A VIII Conferência, realizada em 1986, foi a mais emblemática no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ao promulgar a saúde como direito de todos e dever do Estado, consolidando um novo paradigma para o sistema de saúde brasileiro (PenseSUS, 2005).

Nas conferências posteriores, como a 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007, os debates focaram na qualidade de vida e desenvolvimento social, buscando aprimorar o SUS diante dos desafios contemporâneos e ampliar a participação da sociedade nas decisões de saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2007). Já a 17ª Conferência, realizada em 2023, reuniu cerca de 5.800 participantes sob o lema "Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia", refletindo a mobilização social vigorosa em defesa da universalidade do SUS e da democracia no Brasil (CNS, 2023).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi um processo histórico complexo e revolucionário, nascido em meio ao contexto de redemocratização do país após mais de duas décadas de Ditadura Militar. Enquanto o regime autoritário restringia direitos, profissionais da saúde, movimentos sociais e intelectuais começaram a articular uma visão nova e ampliada sobre o acesso à saúde, que culminaria na Constituição Federal de 1988.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, esses princípios foram legalmente consagrados, definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, e criando o SUS, cuja implantação deveria seguir os princípios da universalidade, integralidade e equidade do acesso. A Constituição estabeleceu também os instrumentos para participação da comunidade e controle social como elementos chave para a gestão pública da saúde.

Na sequência, em 1990, foram sancionadas duas leis fundamentais para a operacionalização do SUS: a Lei nº 8.080, que regulamenta o Sistema, definindo seus princípios, competências e organização; e a Lei nº 8.142, que institui o financiamento compartilhado entre os entes federativos e garante o controle social com a participação dos Conselhos de Saúde (Ministério da Saúde, 2024).

Maria Inês Souza Bravo destaca que a criação do SUS é uma das maiores conquistas da luta social brasileira, pois representa a materialização do projeto ético-político da Reforma Sanitária, que buscou transformar a saúde num direito democrático e universal (Bravo, 2001). Ela reforça que o SUS vai muito além do atendimento médico, articulando políticas integradas com assistência social e educação, configurando-se como uma política pública que visa reduzir desigualdades profundas.

Maria Cristina Matos enfatiza o caráter interdisciplinar do sistema, ressaltando que o SUS funciona como um espaço de articulação entre políticas sociais que dialogam com a complexidade dos determinantes sociais do processo saúde-doença (Matos, 2000). Dessa

forma, o SUS representa uma política pública que não se limita à saúde como serviço, mas ousa intervir nas condições estruturais que geram desigualdades.

O SUS passou a atender a mais de 190 milhões de brasileiros, hoje considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo desde atendimento básico até procedimentos de alta complexidade, com acesso gratuito e financiado majoritariamente por recursos públicos (Fiocruz, 2025). No entanto, mesmo sendo um projeto robusto, ainda enfrenta desafios como o desfinanciamento, desigualdades regionais e privatizações.

A trajetória do SUS é, portanto, um compromisso contínuo com a justiça social, expressando a luta de diversos atores que tornaram possível a sua criação e que diariamente atuam para sua consolidação e ampliação.

A inserção do Serviço Social no Sistema Único de Saúde (SUS) não pode ser compreendida apenas como uma mera incorporação de uma categoria profissional no campo da saúde pública, mas sim como um processo político, histórico e ético, profundamente ligado à construção do próprio SUS e à luta pela democratização do acesso à saúde no Brasil. O Serviço Social foi protagonista e construído em diálogo com os ideais da Reforma Sanitária, que transformou a saúde em um direito universal e deve ser visto como um compromisso ético-político na concretização desse direito.

Desde os primeiros momentos da trajetória do SUS, os/as assistentes sociais assumiram uma posição estratégica ao tratar das expressões da questão social que permeiam o processo saúde-doença. Conforme o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) de 2009, espera-se que o/a assistente social na saúde desenvolva uma atuação que não se restrinja à assistência individual, mas que incorpore a análise crítica das condições sociais que afetam a saúde das populações, com foco na promoção da cidadania e no fortalecimento do controle social.

Bravo e Matos(2016) destacam que o debate do Serviço Social na Saúde vem acompanhado de uma referência ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. Para Bravo, essa inserção do Serviço Social no SUS representa um compromisso ético-político quase intrínseco à profissão, cuja atuação transcende o técnico para incorporar lutas sociais e coletivas.

Reforçando essa articulação entre serviço social e saúde pública, Matos (2000) salienta que o/a assistente social atua como um mediador entre a população e o sistema de saúde, favorecendo o acesso, promovendo a participação social e denunciando as desigualdades estruturais. Essa mediação é crucial para o fortalecimento do controle social no SUS, mecanismo de participação direta da sociedade nas decisões das políticas públicas, garantindo que os interesses daqueles historicamente marginalizados estejam no centro da política de saúde.

A prática do/a assistente social no SUS se distingue pela sua abordagem interdisciplinar e territorial, que busca compreender as condições concretas de vida dos usuários. Segundo Medeiros et al. (2012), a atuação do Serviço Social na saúde exige um diálogo constante entre o saber técnico e a compreensão crítica dos determinantes sociais da saúde, contemplando a complexidade do fenômeno saúde-doença. Essa complexidade implica que o trabalho do/a assistente social englobe não apenas o atendimento individual, mas também ações coletivas, orientação, articulação de redes sociais e a garantia de direitos.

Medeiros e colaboradores (2012) destacam que, diante dos constantes retrocessos e ataques às políticas públicas de saúde promovidos pela lógica neoliberal, o/a assistente social reafirma seu compromisso ético e político com os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde, especialmente a universalidade, a equidade e a integralidade. Para os autores, essa postura traduz a defesa intransigente das políticas sociais e dos direitos da população, configurando o Serviço Social como uma força de resistência diante das tentativas de desmonte do SUS.

De modo humanizado, o Serviço Social no campo da saúde se orienta por uma postura ética e sensível às vulnerabilidades que intensificam o sofrimento de indivíduos e grupos. Essa atuação se expressa por meio da escuta qualificada, do acolhimento e do fortalecimento da autonomia dos sujeitos. Nesse sentido, a atuação do/a assistente social nos diversos níveis do SUS — atenção básica, média e alta complexidade — configura-se como um espaço político, técnico e ético, no qual são construídas alternativas para enfrentar as desigualdades sociais e garantir direitos (CFESS, 2009). É uma atuação que exige constante reflexão crítica e atualização para responder a desafios que estão em permanente transformação, inclusive em contextos de crise econômica e políticas públicas restritivas.

3.2 O projeto neoliberal, financeirização da saúde e a resistência do SUS

O neoliberalismo, conforme analisado por David Harvey nos capítulos iniciais de *O Enigma do Capital*, não pode ser entendido como simples doutrina econômica, mas como um projeto político de classe que emerge como resposta à crise estrutural do capitalismo nos anos 1970. Diante da dificuldade de absorção do excedente de capital, da estagnação dos salários e da queda da taxa de lucro — elementos centrais do desenvolvimento capitalista e da constituição histórica da questão social — o neoliberalismo se afirma como estratégia para restaurar o poder da classe capitalista, mascarando-se por discursos de liberdade individual, Estado mínimo e eficiência de mercado.

Como demonstra Harvey, a ofensiva neoliberal reorganiza o papel do Estado, que deixa de atuar como agente de proteção social para se converter em garantidor dos interesses financeiros, privatizando lucros e socializando prejuízos. Nessa lógica, a repressão salarial, a flexibilização do trabalho, a criminalização da pobreza e os ajustes estruturais tornam-se mecanismos de expansão do capital em escala global, agravando desigualdades e intensificando expressões da questão social, especialmente para os grupos já vulnerabilizados.

Harvey evidencia que essa nova fase do capitalismo é marcada pela financeirização, que assume posição central na dinâmica econômica e aprofunda a dependência das políticas públicas às oscilações do mercado financeiro. A expansão do crédito, a desregulamentação dos sistemas bancários e a criação dos mercados de derivativos criam um ambiente no qual o capital fictício passa a comandar a economia real, impondo sua lógica de rentabilidade imediata aos Estados nacionais.

Para países periféricos como o Brasil, essa racionalidade se manifesta na pressão pela privatização, terceirização e mercantilização de serviços essenciais — inclusive a saúde. É neste cenário que o SUS se afirma como contraponto histórico e político ao neoliberalismo, ao propor um modelo de saúde universal, integral e equânime, ancorado em direitos sociais e não na lógica do lucro. Assim, analisar o neoliberalismo a partir de Harvey permite compreender como a financeirização da saúde e as tentativas recorrentes de desmontar o SUS não são acaso ou má gestão, mas parte de um movimento global do capitalismo contemporâneo, que transforma direitos em mercadorias e populações vulneráveis em territórios de extração de valor.

O projeto neoliberal é uma construção política e econômica que ganhou força mundialmente a partir da década de 1980, influenciando profundamente as políticas públicas, a organização dos Estados e as condições de vida das populações. No Brasil, esse projeto teve início efetivo no governo Collor (1990-1992), formalizando uma agenda de reformas estruturais que buscavam redimensionar o papel do Estado na economia, reduzir o gasto público e abrir os mercados à competição internacional (Maciel, 2011).

Giovanni Alves (2024) apresenta essa configuração como a consolidação do "Estado neoliberal", que representa uma continuidade histórica do Estado oligárquico-burguês no Brasil. Ele argumenta que este Estado é incapaz de combater as desigualdades sociais e de realizar projetos soberanos e livres para o país. Nessa perspectiva, o neoliberalismo não seria apenas uma política econômica, mas uma forma de reprodução do poder da elite financeira sobre o conjunto da sociedade.

David Maciel (2011) reforça essa ideia ao destacar que o projeto neoliberal no Brasil foi uma estratégia do bloco no poder para atualizar seu modo de dominação, muitas vezes apoiado na desregulamentação do trabalho e na dominância do capital financeiro. Para ele, o período evidencia uma crise da democracia formal e a reestruturação do capitalismo brasileiro em bases ainda mais desiguais.

No campo das políticas sociais e da saúde, o neoliberalismo impôs desafios evidentes. A lógica da austeridade fiscal e a privatização de serviços públicos enfraqueceram o SUS, que foi atacado sob pretextos de ineficiência e custo elevado, quando, na verdade, enfrentava a redução de recursos e o esvaziamento de sua base política (Medeiros et al., 2012). O Serviço Social, enquanto categoria profissional comprometida com a universalidade e justiça social, denuncia que o projeto neoliberal coloca em risco os direitos sociais e aprofunda as desigualdades históricas, fragilizando o sistema público de saúde e assistência (Bravo & Matos, 2001).

Essa agenda neoliberal é acompanhada de um processo de financeirização da economia e da saúde, que é a transformação dos serviços em fonte de lucro e circulação financeira (Medeiros, 2012), mudando totalmente o paradigma da saúde como direito social para a saúde como mercadoria.

Como resultado, as contra reformas trabalhistas, a precarização dos serviços públicos e a ampliação das desigualdades sociais são visíveis e impactam nas condições de vida da

população brasileira. Alves (2025) lembra que os sistemas nacionais de saúde que se fortaleceram a partir de modelos sociais-democratas vêm sendo desmontados em nome dessa ordem neoliberal globalizada.

Para entender a dimensão real do projeto neoliberal, Andrade (2020) propõe olhar as "rodadas históricas de neoliberalização", que indicam que esse projeto não foi linear, mas instalado com resistências e reconfigurações, tornando-se desde os anos 1990 uma força central para a configuração social brasileira.

No campo do Serviço Social, o embate contra o projeto neoliberal é ético e político. Como ressaltam Bravo e Matos (2001), a defesa da universalidade e o fortalecimento do SUS configuram-se como uma das maiores frentes contra a hegemonia neoliberal que busca a privatização e a segmentação dos direitos.

Segundo Bahia (2022), a financeirização é um modo sistêmico de desenvolvimento capitalista, no qual as corporações produtivas buscam adicionar poder financeiro ao seu poder tecnológico, competindo intensamente no mercado global. Na saúde, essa dinâmica se expressa na forma como grandes grupos econômicos e operadoras de planos de saúde incorporam ativos financeiros, intensificando fusões, aquisições e estratégias para maximizar a rentabilidade financeira, em detrimento da qualidade e acesso universal.

Essa transformação afeta o SUS, que mesmo sendo o maior sistema público de saúde do mundo em população atendida, enfrenta um subfinanciamento crônico agravado pela lógica financeira. Mendes e Funcia (2018) ressaltam que o financiamento do SUS sofre crises sucessivas, com oscilações orçamentárias que comprometem a integralidade e universalidade do sistema, evidenciando os limites do financiamento público em um contexto de predominância da financeirização da economia.

A financeirização dos planos de saúde privados é retratada por Martins (2021), que analisa o processo de concentração do mercado liderado por grandes operadoras que são controladas por fundos financeiros e bancos internacionais. Esse processo resulta na elevação dos custos dos planos, restrições ao acesso, aumento da desigualdade e precarização das condições de atendimento (Martins, 2021), aprofundando a divisão entre saúde pública e suplementar.

De acordo com Sestelo et al.(2017), a financeirização das políticas sociais, incluindo a saúde, reflete a conversão dessas áreas em produtos financeiros, sujeitos à lógica do lucro e da especulação. Ele destaca que essa transformação se dá através da inserção das empresas do setor saúde nos circuitos financeiros globais, e da pressão para se fragmentar e privatizar serviços, reduzindo o papel do Estado na garantia dos direitos.

Os impactos da financeirização repercutem também na vida dos usuários, que se veem submetidos a um modelo que prioriza o lucro em detrimento da saúde integral. Medina Silva (2019) destaca que a mercantilização da saúde transforma a relação entre prestadores, usuários e trabalhadores, gerando um ambiente de insegurança, desigualdade e vulnerabilidade social.

Importantes autores do Serviço Social reforçam a crítica a esse processo. Bravo e Matos (2001) alertam que a financeirização constitui um dos principais mecanismos que ameaçam os direitos sociais conquistados, particularmente a universalidade e integralidade do SUS, exigindo uma prática profissional ética e politicamente engajada.

Essa prática requer, portanto, uma articulação entre atuação técnica e resistência política, para enfrentar os efeitos da financeirização e garantir o caráter público e universal do direito à saúde. Nesse sentido, o fortalecimento do SUS, o controle social e as políticas redistributivas são instrumentos essenciais para contrabalançar a influência do capital financeiro.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas sociais no Brasil, fruto de décadas de lutas e mobilizações da sociedade civil e dos trabalhadores da saúde. No entanto, desde a década de 1990, o SUS enfrenta intensas pressões do projeto neoliberal, que visa reduzir o papel do Estado, restringir direitos sociais e privilegiar a lógica do mercado e da financeirização, impactando a sua implementação.

A resistência ao desmonte do SUS se manifesta via movimentos sociais organizados, que compreendem a saúde pública não apenas como um serviço, mas como um direito humano fundamental. Segundo Devit, Ferrugem, Wünsch e Mendes (2020), os movimentos sociais foram protagonistas desde a reforma sanitária e a criação do SUS, passando por sua implementação e, hoje, constituem a principal força que resiste às tentativas de privatização e fragmentação do sistema.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), criada em 2010, é citada como um exemplo emblemático desse movimento, atuando para defender o SUS como público, universal e estatal. Composta por entidades sindicais, partidos políticos, movimentos estudantis, profissionais de saúde e organizações populares, a FNCPS conduz ações que buscam barrar o avanço das Organizações Sociais (OS) e outras formas de gestão privatizante que ameaçam o projeto da reforma sanitária (Bravo, 2013; Menezes, 2019).

Movimentos locais também têm papel central. O "Nenhum Serviço de Saúde a Menos" (NSSM), no Rio de Janeiro, é uma frente que reúne trabalhadores, usuários e ativistas para enfrentar os ataques à prefeitura e ao SUS estadual por meio de greves, manifestações e mobilizações populares. Segundo relato publicado em Saúde em Debate, o NSSM destaca-se por ir além das pautas corporativas, focando na defesa do direito universal à saúde pública e contra a precarização dos serviços (Scielosp, 2020).

O controle social, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, é outra dimensão da resistência. Esses espaços democráticos permitem a participação direta da população na formulação, avaliação e fiscalização das políticas públicas de saúde. No entanto, conforme alertam pesquisadores, essa participação enfrenta limitações, especialmente em contextos de globalização econômica que fragilizam os mecanismos de controle e aprofundam as desigualdades (Devit et al., 2020).

Outro marco da resistência foi a mobilização contra projetos como o PLP 92/2007, que propunha a criação de Fundos Estatais no SUS, vistos como estratégias para privatização e desmantelamento do sistema público. A mobilização reuniu milhares de pessoas, além do apoio de parlamentares que se posicionaram contra a proposta, demonstrando como a luta pelo SUS mobiliza setores amplos da sociedade (CFESS, 2009).

Para Bravo e Matos (2001), a resistência ao projeto neoliberal e à financeirização da saúde é inseparável da luta pelo fortalecimento do SUS enquanto sistema público, universal e integral, O Serviço Social e a defesa do SUS constituem uma batalha contra as tentativas de mercantilização da saúde e de interrupção do projeto social de universalidade e justiça.

O SUS é o resultado de um projeto social coletivo e plural, que se sustenta na mobilização constante dos movimentos sociais, profissionais da saúde e usuários. Essa resistência é fundamental não só para garantir a sobrevivência do sistema, mas para avançar

na construção de políticas públicas que respeitem a dignidade humana e ampliem direitos em um país marcado por profundas desigualdades.

A resistência do Sistema Único de Saúde (SUS) frente ao projeto neoliberal e à financeirização da saúde é uma narrativa de luta humana, social e política, que vai muito além da simples manutenção de um sistema de saúde público. Trata-se de um embate profundo entre um projeto social inclusivo, fundamentado na universalidade dos direitos, e um modelo econômico excludente, que busca transformar a saúde em mercadoria, subordinada às regras do capital financeiro e às demandas do mercado.

Desde sua criação, o SUS representa a concretização de um sonho e uma batalha histórica pela saúde como direito de todos e dever do Estado. Contudo, o avanço do neoliberalismo desde os anos 1990 trouxe consigo políticas que tentam desconstruir esse projeto, através da redução do papel do Estado na provisão dos direitos sociais, do incentivo à privatização e da mercantilização dos serviços públicos. Essas políticas estão ligadas à financeirização da saúde, um fenômeno que envolve a transformação dos serviços de saúde em ativos financeiros para o capital especulativo e fundos de investimento.

Segundo a Central Única dos Trabalhadores (CUT, 2024), o SUS enfrentou um dos seus períodos mais desafiadores após o golpe político que retirou a presidenta Dilma Rousseff em 2016. Nesse intervalo, houve um verdadeiro desmonte das políticas sociais, marcado por cortes nos investimentos e por uma intensa agenda neoliberal que buscou a privatização velada dos serviços. Essa ofensiva incluiu desde a Emenda Constitucional 95, que congelou os gastos públicos por vinte anos, até iniciativas que permitiram a contratação de Organizações Sociais (OS) e iniciativas privadas para gestão de unidades do SUS.

O impacto dessa agenda no SUS foi grave. Para o pesquisador Mauri Bezerra, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, “os investimentos no SUS caíram abruptamente, com a desestruturação da rede pública, precarização do trabalho dos profissionais da saúde e aumento das demandas não atendidas” (Bezerra, 2024). A Emenda Constitucional 95 impôs um congelamento real dos recursos públicos, condicionando o SUS a operar com recursos insuficientes, o que dificultou a universalização e a integralidade da atenção.

Vale destacar que a financeirização da saúde coloca ainda mais pressão sobre o SUS. Bahia (2022) explica que a financeirização vai além da privatização tradicional; ela consiste

na captura dos sistemas de saúde pelas lógicas do mercado financeiro. As grandes operadoras de planos de saúde, controladas por fundos internacionais, transformam o serviço de saúde em veículo para investimentos especulativos, elevando custos, restringindo acessos e prejudicando a equidade. Segundo Medeiros et al. (2012), esse fenômeno aprofunda desigualdades ao colocar o lucro à frente do cuidado, provocando uma segmentação do acesso que contradiz os princípios do SUS.

Em vista dessas ameaças, a resistência da sociedade civil, dos trabalhadores da saúde e especialmente do Serviço Social tem se manifestado de forma incisiva em defesa do SUS e do direito universal à saúde. Bravo e Matos (2001) afirmam que essa resistência é inseparável da defesa do projeto ético-político da Reforma Sanitária e da luta contra os efeitos excludentes do neoliberalismo e da financeirização na saúde. Para estas autoras, o Serviço Social desempenha papel estratégico tanto na mobilização popular quanto na garantia do controle social, fortalecendo a participação democrática nos conselhos e conferências de saúde.

O controle social, mecanismo democrático inserido na Constituição Federal e nas leis do SUS, tem sido uma das maiores conquistas para a resistência. Espaços como os conselhos municipais, estaduais e o Conselho Nacional de Saúde são palcos de luta onde representantes dos usuários, trabalhadores e gestores debatem e fiscalizam as políticas públicas. Segundo Devit et al. (2020), a participação efetiva é fundamental para conter políticas neoliberais, garantindo que a saúde permaneça como direito público e universal.

3.3 O Serviço Social na Atenção Básica à Saúde

O Serviço Social na Atenção Básica à Saúde desempenha um papel fundamental na construção de práticas e estratégias que promovem a saúde, a cidadania e a garantia de direitos, articulando as demandas sociais e as políticas públicas em espaços territoriais específicos. Presente na principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), o/a assistente social atua diretamente com as famílias e comunidades, integrando a equipe multiprofissional da Atenção Primária e promovendo uma escuta qualificada e uma compreensão ampliada das condições de vida que impactam o processo saúde-doença.

Conforme destacam Bravo e Matos (2001), o Serviço Social na saúde se articula ao projeto ético-político da Reforma Sanitária, que reconhece a saúde como um direito social, e

não como um privilégio ou mercadoria. Na Atenção Básica, esse compromisso é ainda mais visível, pois o/a assistente social trabalha no cotidiano da população, enfrentando as desigualdades sociais e buscando superar as barreiras que dificultam o acesso integral à saúde. Elas afirmam que o compromisso ético do/a assistente social na Atenção Básica é com a universalidade e a equidade, atuando para transformar as condições sociais que afetam o direito à saúde.

A Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde define a Atenção Básica como um conjunto de ações e cuidados individuais, familiares e coletivos, que envolvem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, desenvolvida por equipe multiprofissional e dirigida a uma população específica em território delimitado. Nesse cenário, o profissional de Serviço Social é imprescindível, uma vez que identifica e avalia as necessidades sociais que influenciam o processo saúde-doença, realiza atendimentos individualizados e grupais, orienta e encaminha os usuários para os serviços adequados, além de articular redes de proteção social (Ministério da Saúde, 2017).

O assistente social na Atenção Básica também atua no controle social, fortalecendo a participação da comunidade e garantindo a escuta das demandas sociais nas instâncias de gestão. Matos (2000) enfatiza que o/a assistente social configura-se como agente de mediação entre o usuário e o sistema, promovendo o protagonismo social e a efetivação do direito à saúde nos espaços coletivos. Assim, sua prática ultrapassa o atendimento isolado, ganhando caráter político e social, visando a transformação das condições estruturais que limitam o acesso e a qualidade do cuidado.

Essa dimensão política é ainda reforçada quando se atenta para a inserção do Serviço Social nos contextos territoriais específicos, reconhecendo a diversidade cultural, social e econômica das populações atendidas. Segundo Mendes e Brito (2020), na experiência do município de Cristino Castro no Piauí -PI, o Serviço Social contribui para a construção de um trabalho interdisciplinar com foco na realidade local, operacionalizando o projeto do SUS nos territórios e ampliando o acesso das populações periféricas e vulnerabilizadas aos serviços básicos de saúde.

Além do trabalho direto com usuários, o/a assistente social participa da construção e implementação de políticas públicas, orientando ações que promovam a inclusão social, a redução de desigualdades e o fortalecimento das redes sociais e comunitárias. A prática de

matriciamento, por exemplo, possibilita a construção de cuidados integrados e humanizados, facilitando a articulação entre os conhecimentos sociais e biomédicos para uma atenção integral e personalizada.

A escuta qualificada do/a assistente social permite captar as multideterminações do processo saúde-doença — pobreza, violência, discriminação, exclusão social — que impactam não só a saúde física, mas também o bem-estar psicológico e social das pessoas. Como destaca o documento "Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde" do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009), a capacidade de compreender o contexto social é o diferencial do/a assistente social na Atenção Básica, possibilitando intervenções que vão além do sintoma, promovendo saúde e qualidade de vida.

Outro aspecto relevante é o desenvolvimento de ações educativas que promovem a autonomia dos usuários, incentivando o protagonismo na gestão da própria saúde e na participação nos espaços democráticos do SUS. Essa promoção da participação social é fundamental para garantir que o SUS não apenas atenda, mas também escute e responda efetivamente às necessidades da população.

O trabalho do/a assistente social na Atenção Básica enfrenta desafios significativos, como a precarização dos serviços, a insuficiência de recursos humanos e materiais, e as barreiras estruturais impostas pela desigualdade social brasileira. No entanto, sua atuação é estratégica para resistir a esses obstáculos, ampliando o acesso e fortalecendo redes de apoio social e institucional.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é um espaço fundamental para a promoção da saúde, prevenção de doenças e garantia dos direitos sociais. Dentro dessa lógica, as equipes multiprofissionais, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são pilares que se complementam para oferecer um cuidado integral, humanizado e territorializado.

Criadas oficialmente pela Portaria GM/MS nº 635/2023, as equipes multiprofissionais na APS, também chamadas de eMulti, representam uma expansão e atualização das práticas de cuidado multidisciplinar. Elas são formadas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, entre outros, que atuam de forma complementar às equipes tradicionais da Atenção Básica, como a ESF (Ministério da Saúde, 2025).

A eMulti tem papel estratégico na ampliação do escopo de práticas em saúde, na articulação interprofissional e intersetorial e no fortalecimento do cuidado integral e contínuo à população em seus territórios. Essas equipes trabalham em conjunto com as equipes de Saúde da Família e demais pontos de atenção, promovendo matriciamento técnico-pedagógico, discussão de casos e apoio ao cuidado compartilhado (BRASIL, 2023).

Como destacou estudo da Fiocruz (JPB Júnior, 2023), as equipes multiprofissionais são essenciais para superar a fragmentação assistencial, permitindo um olhar mais abrangente e integrado sobre as condições sociais, psicológicas e biológicas que interferem na saúde dos indivíduos. Essa perspectiva valoriza o diálogo entre saberes e a promoção da corresponsabilização pela saúde.

Antes da introdução formal das eMulti, o NASF foi um modelo amplamente reconhecido que fortalecia as equipes básicas no SUS. Composto por profissionais de áreas diversas, o NASF proporcionou o apoio matricial e a ampliação das ações no território, possibilitando a realização de atividades coletivas, visitas domiciliares, acompanhamento dos casos de maior complexidade e intervenção nas redes sociais da comunidade (CFESS, 2009).

Para Maria Inês Souza Bravo, o NASF significou uma oportunidade concreta de construção do cuidado ampliado e interprofissional na Atenção Primária, rompendo com a lógica fragmentada dos serviços e promovendo a integralidade. A atuação do Serviço Social no NASF está alinhada à matriz crítica da profissão, enfatizando o compromisso social, a defesa dos direitos e a promoção da equidade.

Embora o NASF tenha sido substituído pelas equipes multiprofissionais - eMulti, seus fundamentos e práticas permanecem influentes para a organização do trabalho interprofissional na APS, reafirmando a importância do cuidado em rede e das articulações intersetoriais para enfrentar as determinantes sociais da saúde.

A Estratégia Saúde da Família, criada na década de 1990, é o principal modelo organizativo da Atenção Primária no Brasil. Suas equipes são compostas por médico (preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade), enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além dessas, inclui-se a equipe de saúde bucal para ampliar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

A ESF é responsável pelo acompanhamento contínuo de uma população definida territorialmente, oferecendo cuidado integral que integra prevenção, promoção e tratamento. Segundo Matos (2000), a ESF representa um avanço singular na organização do sistema, pois aproxima o profissional da comunidade e possibilita uma escuta mais sensível às demandas sociais e culturais, promovendo ações contextualizadas.

O papel dos ACS nesse modelo é fundamental, pois são os vínculos comunitários que facilitam o acesso e aproximação da população às unidades básicas de saúde, identificando necessidades e promovendo a participação social. Essa proximidade fortalece o protagonismo da população e o controle social, aspectos caros aos princípios do SUS

O que une as eMulti, o NASF e a ESF é a busca por um atendimento de saúde que reconheça o ser humano em sua integralidade, considerando suas condições sociais, culturais e econômicas. As equipes multiprofissionais, em sua nova configuração das eMulti, vêm fortalecer essa perspectiva, oferecendo suporte ampliado às equipes básicas e promovendo práticas interprofissionais planejadas em coletivo.

O Ministério da Saúde (2023) enfatiza que as eMulti devem atuar mediante atendimento individual, em grupo e domiciliar, realizar atividades coletivas, apoio matricial, construção conjunta de projetos terapêuticos e integrar ações de saúde à distância, potencializando o uso das tecnologias da informação.

Apesar dos avanços, os desafios são significativos. A precariedade dos recursos, a sobrecarga de trabalho, o déficit de profissionais e as dificuldades na articulação intersetorial comprometem o pleno funcionamento dessas equipes. Além disso, o avanço das agendas neoliberais e privatizantes ameaçam o financiamento e autonomia das equipes públicas, dificultando a garantia da integralidade do cuidado, como já discutido no item anterior.

Por isso, é fundamental reconhecer também a dimensão política da atuação desses profissionais, que se configuram como sujeitos ético-políticos comprometidos com a construção de um SUS universal, público e democrático, como ressalta Bravo e Matos (2001), a atuação integrada entre as equipes multiprofissionais e a atenção básica expressa o compromisso ético do Serviço Social e demais profissões na transformação das condições sociais que impactam a saúde, superando a segmentação e o fragmentarismo.

A Atenção Primária à Saúde brasileira encontra nas equipes multiprofissionais (eMulti), no legado do NASF e na Estratégia Saúde da Família um conjunto de práticas interligadas que promovem uma atenção integral, humanizada, territorializada e democrática. A ação colaborativa entre diferentes profissionais permite qualificar o cuidado à população, enfrentando as desigualdades e promovendo a justiça social.

Essas equipes atuam como motores da saúde pública no Brasil, materializando os ideais da reforma sanitária e traduzindo o SUS em serviços concretos e acolhedores. Seu fortalecimento é essencial para assegurar que o direito à saúde seja um direito verdadeiro, vivido e exercido nas comunidades.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orienta o funcionamento do principal nível de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que é a porta de entrada para a população. Criada inicialmente em 2006 e reformulada em 2011, a PNAB teve sua última grande atualização em 2017, durante o governo de Michel Temer, mas sua implementação e desdobramentos se estenderam ao longo das administrações posteriores, inclusive na gestão de Jair Bolsonaro, entre 2019 e 2022, quando mudanças significativas e controversas foram introduzidas.

Desde sua criação, a PNAB definiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo estruturante da atenção básica, valorizando o vínculo da equipe com a população territorializada, a atuação multiprofissional, a integralidade do cuidado e a participação social. A portaria da PNAB de 2011 ampliou as modalidades de equipes, reforçando também os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), fundamentais para o cuidado interdisciplinar (Brasil, 2017).

Entretanto, com a edição da PNAB de 2017, e a implementação do Programa Previne Brasil a partir de 2019, foram marcadas inflexões que alteraram aspectos centrais da política. A PNAB 2017 redefiniu os critérios de cobertura populacional das equipes da ESF e flexibilizou a composição das equipes, inclusive permitindo a implantação de equipes sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um ponto que especialistas identificam como enfraquecedor do vínculo comunitário e das ações preventivas (Silva Mitros, 2023).

O Programa Previne Brasil, implantado em 2019, reformulou o financiamento da APS, que antes era baseado no Piso da Atenção Básica (PAB), para um modelo que considerava capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas.

Segundo estudo publicado no Saúde e Debate (Silva Mitros, 2023), tal modelo provoca uma concentração do financiamento em municípios maiores e com melhores indicadores, o que pode ampliar desigualdades no acesso aos serviços. Essa mudança promove uma lógica quantitativa, com foco em metas e resultados, em detrimento do cuidado qualificado e territorializado, fortalecendo indistintamente os serviços que alcançam indicadores, independentemente da complexidade ou vulnerabilidade social da população atendida.

Maria Inês Souza Bravo (2021), expressa sua preocupação ao afirmar que a PNAB 2017, associada ao Previne Brasil, demonstra um enfraquecimento da integralidade da atenção básica e da dimensão comunitária do cuidado, comprometendo um dos pilares do SUS que é o vínculo e o protagonismo popular

Segundo uma revisão de literatura realizada por Silva Mitros (2025), a produção científica sobre a PNAB tem apontado avanços significativos em sua atualização, que incorpora aprendizagens da pandemia de COVID-19, reestruturação do financiamento federal e nova organização das equipes multiprofissionais. O estudo destaca que "ocorreu uma tensão histórica entre metas quantitativas e princípios de equidade e integralidade, evidenciando a necessidade de fortalecer o vínculo comunitário, a qualificação das equipes e o financiamento robusto (Silva Mitros et al., 2023).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, alterou a consolidação da PNAB de 2017 para instituir nova organização, reforçando que os recursos orçamentários destinados à Atenção Primária devem garantir continuidade financeira e não causar redução nos valores recebidos pelos municípios, condicionando a compensação financeira à manutenção ou ampliação das equipes de Saúde da Família e outras equipes (MS, 2024).

As atualizações recentes reafirmam o protagonismo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das equipes multiprofissionais (eMulti), que complementam o cuidado com profissionais de diversas áreas, ampliando o olhar social e territorial da atenção básica. Conforme destaca o documento do Ministério da Saúde (2025), as eMulti devem atuar em práticas integradas, desde cuidado individual até ações coletivas, inserção em territórios vulneráveis e uso de tecnologias digitais para promover o cuidado contínuo.

Bravo aponta que essas mudanças representam uma tentativa de romper com a fragmentação assistencial e retomar uma integralidade ampliada, articulando saberes técnicos

e populares para enfrentar as desigualdades sociais que impactam a saúde. Além do ordenamento técnico, as atualizações trabalham o fortalecimento do controle social e da participação comunitária, aspectos essenciais para legitimar as decisões no âmbito da atenção básica. Nem sempre isso é fácil, pois como Silva Mitros relembra, há resistências políticas e desafios estruturais, como a precariedade dos recursos e desvalorização da enfermagem e do Agente Comunitário de Saúde, profissionais fundamentais para o vínculo e a qualidade da atenção.

Um ponto central da PNAB revisada é a valorização das ações intersetoriais, reconhecendo que a saúde está profundamente ligada às condições de vida, habitação, escola, trabalho e renda. Isso reforça a importância das equipes multiprofissionais e do suporte matricial para responder às determinantes sociais, indo além do modelo biomédico tradicional.

Conforme destaca o Plano Nacional de Saúde 2024-2027 (MS, 2024), a atenção básica deve priorizar a equidade, promovendo ações que reduzam desigualdades de raça, gênero, região e condições sociais, e focar na promoção da saúde, prevenção, redução de danos e reabilitação. Os desafios continuam: ampliar a cobertura, melhorar a qualidade do atendimento, enfrentar desigualdades regionais e garantir financiamento sustentável. A PNAB busca responder a esses desafios com instrumentos normativos e financeiros alinhados ao projeto político do SUS universal.

Apesar dos avanços normativos que estruturam a Atenção Primária à Saúde — como a ESF, o antigo NASF e as equipes multiprofissionais (eMulti) — e da reafirmação da integralidade como diretriz central, observa-se um tensionamento constante entre o discurso legal e as condições concretas de trabalho. A adoção de modelos de financiamento como o Previne Brasil e as flexibilizações introduzidas pela PNAB de 2017 contribuíram para fragilizar vínculos comunitários, intensificar a precarização das equipes e priorizar indicadores quantitativos em detrimento da complexidade social dos territórios. Esses movimentos reforçam uma fragmentação assistencial que contraria os princípios da Reforma Sanitária e compromete a efetivação da territorialidade, da participação social e do cuidado ampliado — dimensões que são estruturantes na atuação do Serviço Social.

Nesse cenário, o papel do/a assistente social torna-se ainda mais desafiador e politicamente situado. Se por um lado sua prática é essencial para interpretar as determinações

sociais do processo saúde-doença e articular redes de proteção, por outro enfrenta limites impostos pela escassez de recursos, rotatividade profissional e pela crescente adoção de modelos gerenciais baseados em metas. Assim, compreender a atuação do Serviço Social na Atenção Básica exige ultrapassar a leitura normativa das portarias, considerando as disputas políticas que atravessam o SUS e seu financiamento. É nesse contexto contraditório que o projeto ético-político da profissão se fortalece, reafirmando a defesa da universalidade, da equidade e da integralidade, bem como a resistência às tendências neoliberais que restringem o direito à saúde e aprofundam desigualdades sociais.

4. INTERSECCIONALIDADE E EQUIDADE NA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O presente capítulo tem como objetivo aprofundar a reflexão sobre a interseccionalidade e a equidade na atuação do/a assistente social na atenção básica à saúde, sintetizando teoria e prática profissional. Partindo dos fundamentos apresentados nos capítulos anteriores, este busca consolidar uma leitura crítica acerca de como as desigualdades de gênero, raça e classe se expressam no campo da saúde pública e de que modo o Serviço Social pode responder a essas demandas de forma ética, reflexiva e transformadora no âmbito da atenção básica. Fundamenta-se em uma perspectiva teórica inspirada no feminismo negro e na interseccionalidade, que ultrapassa a revisão bibliográfica e propõe uma leitura crítica das desigualdades sociais, de gênero, raça e classe no campo da saúde.

A estrutura do capítulo está organizada em três momentos complementares. O primeiro aborda a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa, explicitando o percurso teórico e os critérios que orientaram a seleção e análise das fontes. Em seguida, apresenta-se a discussão da pesquisa bibliográfica, na qual são analisadas as principais contribuições teóricas sobre o tema e as interfaces entre interseccionalidade, equidade e atuação profissional. Por fim, são expostas propostas de fortalecimento da atuação do/a assistente social na promoção da equidade, considerando a interseccionalidade como princípio ético e instrumento metodológico indispensável. Assim, o capítulo reafirma a importância do compromisso ético-político do Serviço Social com a justiça social, a diversidade e o direito universal à saúde.

4.1 Metodologia

A presente pesquisa fundamenta-se na metodologia bibliográfica, tendo em vista a necessidade de analisar criticamente as produções teóricas que discutem equidade, interseccionalidade e a atuação profissional do/a assistente social na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa bibliográfica possibilita sistematizar conhecimentos já produzidos, identificar lacunas e construir interpretações fundamentadas sobre fenômenos sociais complexos. Nesse sentido, compreender a produção de conhecimento sobre o tema constitui etapa essencial para a consolidação de uma base teórica‑metodológica sólida. De acordo com Sousa, Oliveira e Alves (2021), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de materiais já publicados — como artigos científicos, livros, teses e dissertações — com o objetivo de

aproximar o pesquisador das discussões existentes, exigindo análise rigorosa e criteriosa das informações coletadas a fim de garantir validade e consistência teórica. A pesquisa bibliográfica, ainda, é especialmente útil em temas de pesquisas ainda pouco discutidos, como é o tema em questão.

Tal procedimento não se resume à descrição do que já foi produzido, mas envolve postura crítica e reflexiva sobre as obras consultadas. Nesse sentido, Lakatos e Marconi (2003 apud Sousa, Oliveira e Alves, 2021) destacam que a pesquisa bibliográfica constitui etapa fundamental para o desenvolvimento científico, pois permite revisitar e reinterpretar o conhecimento já estabelecido, possibilitando novos olhares sobre o objeto investigado. Assim, o processo empreendido neste estudo buscou não apenas sistematizar referências, mas reconstruí-las à luz dos debates contemporâneos que atravessam o campo da saúde coletiva e do Serviço Social, especialmente no que se refere aos determinantes sociais da saúde e às desigualdades estruturais que incidem sobre grupos socialmente vulnerabilizados.

O levantamento das fontes realizou-se em bases acadêmicas reconhecidas, com o objetivo de garantir credibilidade científica e diversidade teórica ao corpus da pesquisa. Foram consultadas as bases do Portal de Periódicos da CAPES, além das revistas científicas específicas das áreas de Saúde Coletiva e Serviço Social, como a *Revista Serviço Social & Sociedade* (Editora Cortez), *Revista Katálysis* (UFSC), *Saúde em Debate* (CEBES) e *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (IMS/UERJ). A escolha por essas revistas justifica-se por sua relevância acadêmica e por publicarem estudos que articulam de forma crítica as dimensões sociais, políticas e éticas da saúde, constituindo um referencial essencial para compreender a atuação do/a assistente social na Atenção Primária e os desafios da equidade no SUS.

Também foram consultados repositórios institucionais de universidades públicas, como o Repositório Institucional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o Repositório da Universidade de Brasília (UnB), o Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o Repositório da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a fim de identificar teses e dissertações recentes sobre interseccionalidade, equidade e atuação do Serviço Social na saúde. A inclusão desses repositórios buscou contemplar produções acadêmicas não indexadas em bases comerciais, mas de reconhecida qualidade científica, ampliando a representatividade da literatura nacional sobre o tema.

Os descritores utilizados nas buscas foram definidos a partir das categorias analíticas da pesquisa e aplicados em combinações booleanas para refinar os resultados. Os principais descritores foram: “interseccionalidade e saúde”, “equidade em saúde”, “assistente social e SUS”, “Serviço Social na Atenção Básica”, “determinantes sociais da saúde”, “Saúde Coletiva e desigualdades sociais” e “práticas profissionais no SUS”. Essas expressões foram escolhidas por refletirem diretamente o objeto e os objetivos da pesquisa, permitindo localizar estudos que tratam tanto dos fundamentos teóricos da interseccionalidade e equidade quanto das práticas profissionais em contextos concretos de atenção à saúde.

A seleção do material considerou pertinência temática, densidade teórica, atualidade e relevância científica. Conforme orientam Sousa, Oliveira e Alves (2021), o pesquisador deve estabelecer critérios claros de seleção e proceder à leitura crítica dos textos, de modo a assegurar a coerência e adequação da bibliografia ao objeto de estudo.

Para definir o corpus bibliográfico da pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: (a) publicações entre 2000 e 2024; (b) textos disponíveis em português, inglês ou espanhol; (c) estudos que abordassem diretamente os temas interseccionalidade, equidade em saúde e atuação do/a assistente social; e (d) materiais publicados por editoras e periódicos reconhecidos no campo acadêmico. Como critérios de exclusão, descartaram-se materiais opinativos e documentos sem relevância direta com o objeto de estudo.

O processo interpretativo baseou-se em fichamentos analíticos e organização temática do conteúdo, permitindo identificar categorias recorrentes e compreender os diferentes enfoques teóricos presentes nas obras. Tal percurso metodológico dialoga com o entendimento de Minayo (2001), que define a metodologia como o caminho do pensamento e da prática investigativa, ressaltando a indissociabilidade entre teoria, método e criatividade no exercício científico. Para a autora, o pesquisador que atua no campo das ciências sociais deve considerar as determinações históricas e subjetivas que permeiam a realidade, reconhecendo que o conhecimento é construído com base na interpretação crítica dos fenômenos sociais. A análise crítica buscou, portanto, identificar aproximações, divergências e contribuições relevantes para o debate sobre a interseção entre equidade em saúde e interseccionalidade, articulando com a prática profissional do/a assistente social.

A pesquisa adota ainda uma abordagem qualitativa, uma vez que o objeto de estudo envolve dimensões simbólicas, éticas, políticas e subjetivas relacionadas às desigualdades

sociais e ao enfrentamento das iniquidades em saúde. Minayo (2001) argumenta que a pesquisa qualitativa é adequada para investigações que buscam compreender valores, práticas e significados produzidos nas relações sociais, especialmente quando se trata de fenômenos atravessados por experiências humanas e estruturais. Tal perspectiva permite aprofundar a compreensão sobre como as desigualdades sociais se materializam nos territórios e atravessam os usuários da Atenção Primária, exigindo do Serviço Social uma atuação crítica, reflexiva e comprometida com a garantia de direitos.

A tabela 1 apresenta um resumo quantitativo do processo de levantamento e seleção das referências que compõem a base teórica deste trabalho.

Tabela 1 – Quantitativo de referências encontradas e utilizadas por capítulo

Capítulo	Textos encontrados	Textos lidos	Textos selecionados e utilizados
Capítulo 1	30	25	22
Capítulo 2	50	45	41
Capítulo 3	50	33	28
Total geral	118	95	91

Fonte: Elaboração própria (2025), com base na pesquisa bibliográfica realizada para o TCC.

Nos capítulos anteriores, a pesquisa foi estruturada a partir de uma abordagem bibliográfica, contemplando diferentes eixos temáticos que se articulam em torno do objeto central deste trabalho — a interseccionalidade e a equidade na atuação do/a assistente social na Atenção Básica à Saúde. Cada capítulo cumpriu uma função específica na construção do percurso analítico, apoiando-se em referenciais distintos, mas complementares.

No Capítulo 1, intitulado Fundamentos Conceituais da Interseccionalidade e da Equidade, foram utilizados materiais teóricos que introduzem e discutem as bases conceituais do estudo. As principais referências abordaram os debates clássicos e contemporâneos sobre interseccionalidade, justiça social e equidade em saúde, com destaque para as contribuições de Kimberlé Crenshaw (2002) e Patricia Hill Collins (2016), que fundamentam o conceito de interseccionalidade como ferramenta analítica e política. Também foram mobilizados autores do Serviço Social e da saúde coletiva que discutem os princípios de equidade e universalidade

nas políticas públicas, como Maria Inês Bravo (2001), Maria Cristina Matos (2000) e Marilda Iamamoto (2008). Esses materiais permitiram estabelecer o referencial teórico de base e definir as categorias analíticas centrais — equidade, interseccionalidade e atuação profissional.

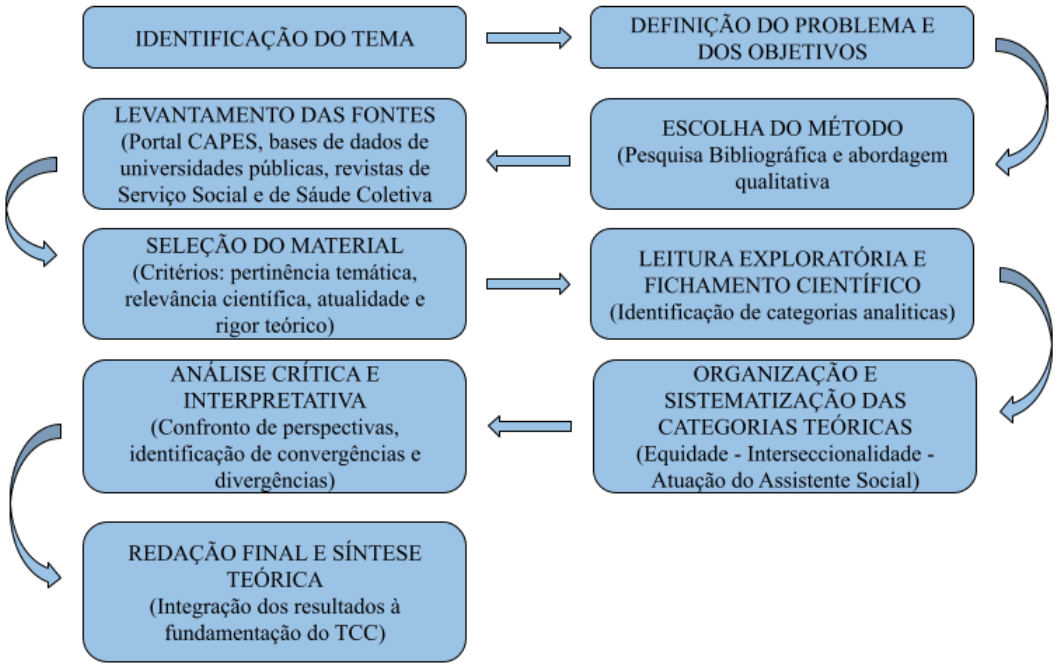
O Capítulo 2 aprofundou o contexto histórico e político da saúde no Brasil, discutindo a Reforma Sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os impactos do projeto neoliberal e da financeirização da saúde. Foram utilizadas obras que tratam do processo histórico da reforma sanitária e da institucionalização do SUS, como os textos de Bravo (2001), Matos (2000), Medeiros et al. (2012) e CFESS (2009). Também foram incluídos estudos sobre a inserção do Serviço Social no SUS, reforçando o vínculo entre o projeto ético-político da profissão e os princípios da reforma sanitária. Além disso, o capítulo incorporou autores que analisam o avanço das políticas neoliberais e o desfinanciamento da saúde pública, como David Harvey (2005), Giovanni Alves (2025), Bahia (2022) e Maciel (2011), articulando essa crítica ao impacto das contrarreformas sobre o direito à saúde. A análise dessa literatura sustentou a compreensão de que a atuação do/a assistente social na saúde ocorre em um campo de tensões estruturais, marcado por disputas entre o projeto universalista do SUS e as lógicas privatistas e mercantis do neoliberalismo.

Já o Capítulo 3 concentra-se na discussão da pesquisa bibliográfica e na articulação entre teoria e prática profissional, com foco na atuação do/a assistente social na Atenção Primária à Saúde (APS). Neste capítulo, serão analisadas as produções teóricas e empíricas que tratam da aplicação prática dos conceitos de equidade e interseccionalidade no contexto do SUS. O corpus bibliográfico inclui artigos e livros de autores que discutem a prática profissional e os desafios da efetivação da equidade na saúde, como Turesso e Mélo (2023), De Paula (2024), Simplicio André, Cobo, Cruz e Dick (2021), Macedo e Medeiros (2025) e Carvalho, Almeida e Machado (2018). Esses materiais foram selecionados por abordarem o cotidiano da atuação profissional na APS e suas interfaces com os determinantes sociais da saúde, a dimensão ética e a perspectiva interseccional.

A escolha dessas referências para o Capítulo 3 justifica-se pela necessidade de aprofundar a dimensão aplicada da pesquisa, relacionando os fundamentos teóricos da interseccionalidade e da equidade à prática concreta do Serviço Social. A análise dessas produções permite compreender como os/as assistentes sociais têm incorporado a perspectiva interseccional em suas intervenções e quais são os desafios enfrentados para a efetivação do

princípio da equidade no SUS. Assim, este capítulo representa a síntese crítica da pesquisa, articulando teoria e prática e propondo caminhos para o fortalecimento do compromisso ético-político do Serviço Social com a justiça social e o direito à saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA



O total de 113 publicações identificadas foi reduzido a 91 referências utilizadas, após leitura integral e análise de relevância, resultando em um conjunto de obras representativo e coerente com os objetivos do estudo. Essa sistematização garantiu diversidade teórica e rigor científico, contemplando autoras clássicas e contemporâneas que tratam da interseccionalidade, equidade, saúde coletiva e Serviço Social.

Além do levantamento bibliográfico, a pesquisa observou os princípios éticos que regem a produção acadêmica. Todo o material consultado foi devidamente citado e referenciado segundo as normas da ABNT NBR 6023:2018, evitando qualquer forma de plágio e assegurando o respeito à autoria intelectual.

Assim, o presente estudo estrutura-se a partir da articulação rigorosa entre levantamento teórico, análise crítica e interpretação reflexiva, resultando em uma síntese teórica capaz de subsidiar reflexões acerca dos desafios e possibilidades para a atuação

profissional na promoção da equidade na saúde. O percurso metodológico adotado assegura consistência teórica, coerência analítica e alinhamento com o projeto ético-político do Serviço Social, oferecendo subsídios qualificados para o debate acadêmico e profissional contemporâneo sobre a temática.

4.2 Articulando Equidade e Interseccionalidade na atuação profissional do/a Assistente Social

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui-se como o espaço privilegiado de materialização dos princípios da universalidade, integralidade e, sobretudo, da equidade. Esse nível de atenção é o ponto de encontro entre o Estado e a população, onde se expressam as contradições sociais que atravessam o processo saúde-doença e as formas concretas de acesso aos serviços públicos. Contudo, a efetivação do princípio da equidade ainda se apresenta como um desafio, especialmente em um contexto marcado por desigualdades raciais, territoriais, de gênero e de classe que condicionam o direito à saúde no Brasil. Turesso e Mélo (2023) enfatizam que a equidade não se confunde com igualdade, pois não se trata de oferecer o mesmo a todos, mas de reconhecer as diferenças e desigualdades estruturais e, a partir delas, orientar o cuidado conforme as necessidades singulares de cada grupo social. Essa compreensão desloca o foco da padronização para a singularidade, exigindo dos profissionais uma leitura crítica da realidade e uma postura ética comprometida com a justiça social.

O conceito de equidade em saúde, consolidado no campo da Saúde Coletiva, remete à busca pela correção das desigualdades historicamente construídas, articulando-se ao princípio constitucional da justiça social e ao projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam que a equidade é um princípio orientador das políticas de saúde que reconhece a influência dos determinantes sociais — renda, educação, moradia, gênero, etnia, trabalho — sobre o adoecimento e a morte. Assim, pensar a equidade significa compreender que o processo saúde-doença não se explica apenas por fatores biológicos, mas por condições de vida, de trabalho e de acesso a bens e serviços sociais. Essa perspectiva é central para a prática do/a assistente social, cuja intervenção, situada nas contradições entre as necessidades sociais e as respostas institucionais, busca reduzir as iniquidades e garantir o acesso universal e digno à saúde.

No cotidiano da APS, o/a assistente social é chamado a intervir em um cenário de complexidade, no qual se entrelaçam desigualdades socioeconômicas, raciais, de gênero e territoriais. A prática profissional, nesse contexto, exige mais do que domínio técnico: requer sensibilidade ética e competência política para compreender as múltiplas dimensões que conformam a questão social. Como observa Minayo (2001), o campo da saúde é espaço privilegiado de expressão das desigualdades sociais, mas também de potencial emancipador, pois nele se constroem práticas solidárias, interdisciplinares e transformadoras. Assim, a atuação do/a assistente social na APS deve ser entendida como uma prática que articula o conhecimento técnico-científico à escuta sensível, ao diálogo com o território e à luta pela efetivação de direitos.

A equidade, portanto, não é apenas um princípio formal das políticas públicas, mas uma diretriz que orienta o fazer profissional em sua dimensão política e emancipatória. Para Santos e Tocantins (2015), o ideal de universalidade do SUS permanece incompleto enquanto o racismo institucional e as práticas discriminatórias continuarem a limitar o acesso de determinados grupos sociais. A efetivação da equidade exige o reconhecimento das desigualdades de partida, e não apenas a oferta de serviços uniformes. Isso significa tratar desigualmente os desiguais, conforme suas necessidades específicas, e ajustar o cuidado de modo proporcional às vulnerabilidades existentes. Essa concepção desloca o/a assistente social de um papel meramente administrativo para um agente de mediação crítica entre os usuários e o Estado, articulando políticas, saberes e sujeitos em defesa da vida e da dignidade humana.

A interseccionalidade, nesse contexto, surge como ferramenta metodológica indispensável para compreender e enfrentar as múltiplas dimensões das desigualdades sociais que se expressam no campo da saúde. O conceito, introduzido por Kimberlé Crenshaw nos estudos feministas negros e posteriormente ampliado por autoras como Patricia Hill Collins, propõe uma análise relacional das opressões, considerando a sobreposição e o entrelaçamento de marcadores sociais como raça, gênero, classe, sexualidade, geração e território. De Paula (2024) ressalta que a interseccionalidade, ao ser incorporada nas políticas públicas brasileiras, especialmente no campo da saúde, amplia a capacidade de identificar as formas complexas de exclusão e de construir estratégias de cuidado contextualizadas e sensíveis às diferenças. Ao adotar essa perspectiva, o/a assistente social deixa de tratar as desigualdades como fatores

isolados e passa a compreendê-las como processos estruturais que se reforçam mutuamente, produzindo vulnerabilidades específicas e persistentes.

No âmbito do Serviço Social, a interseccionalidade encontra ressonância no projeto ético-político da profissão, que se orienta pela defesa dos direitos humanos, pela centralidade do sujeito e pela luta contra toda forma de opressão. A tradição crítica da profissão, ancorada na análise marxista da questão social, já reconhece a totalidade das determinações históricas e estruturais que conformam as desigualdades. Ao dialogar com a interseccionalidade, o Serviço Social amplia sua compreensão dessas determinações, incorporando as dimensões simbólicas e identitárias das relações sociais. Para Simplicio André e Souza (2022), a ausência de debates sobre gênero, raça e sexualidade nas práticas institucionais de saúde tende a reproduzir modelos excludentes, reforçando a fragmentação do cuidado e invisibilizando sujeitos historicamente marginalizados. Nessa perspectiva, o/a assistente social tem o papel de tensionar as práticas tecnicistas, problematizando as relações de poder que atravessam o trabalho em saúde e propondo intervenções que articulem justiça social e reconhecimento das diferenças.

No que tange à equidade na atuação profissional do/a assistente social na Atenção Primária à Saúde (APS), foram identificados doze artigos científicos que abordam a temática sob diferentes perspectivas teóricas e empíricas. Esses estudos analisam desde a materialização do princípio da equidade nas práticas cotidianas das Unidades Básicas de Saúde até o papel político e ético do Serviço Social na promoção do acesso justo e integral à saúde. As produções convergem no reconhecimento de que a atuação do/a assistente social é essencial para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por articular as dimensões técnica e política do cuidado, considerando as desigualdades sociais, territoriais, raciais e de gênero que atravessam o território brasileiro.

No cotidiano da APS, as expressões das desigualdades tornam-se evidentes: dificuldades de acesso a consultas e exames, precariedade habitacional, insegurança alimentar, desemprego, violências e ausência de políticas voltadas a grupos específicos. Essas condições revelam a materialização dos determinantes sociais da saúde e demandam ações interdisciplinares e intersetoriais. Lima et al. (2020) observam que o/a assistente social, ao lidar com essas situações, enfrenta desafios relacionados à sobrecarga de demandas e à fragmentação das redes de atendimento. Contudo, é nesse território de contradições que a articulação entre equidade e interseccionalidade ganha sentido, pois permite ao profissional

desenvolver uma leitura ampliada das vulnerabilidades e construir respostas que integrem a dimensão social, cultural e política do cuidado.

A precariedade habitacional impacta diretamente o processo saúde-doença, uma vez que moradias insalubres e ausência de saneamento básico favorecem doenças crônicas e infecciosas. A insegurança alimentar, definida como o acesso limitado a alimentos de qualidade, agrava desigualdades e compromete a nutrição e a imunidade das populações vulnerabilizadas. A falta de políticas específicas para populações negras, indígenas, LGBTQIA+, pessoas em situação de rua, mulheres e pessoas com deficiência perpetua a exclusão e o sofrimento social. De Paula (2024) aponta que tais lacunas refletem o racismo institucional e a ausência de uma abordagem interseccional na formulação e gestão das políticas públicas. Nesse sentido, o/a assistente social atua como mediador entre o usuário e o sistema, articulando redes de proteção social, mobilizando recursos institucionais e promovendo o acesso equitativo aos serviços (Carvalho, Almeida & Machado, 2018).

Ao mesmo tempo, a promoção da equidade implica reconhecer e valorizar os saberes populares e comunitários. Bravo (2024) argumenta que a democratização do cuidado depende do diálogo entre o conhecimento técnico e os saberes construídos nas práticas sociais cotidianas. A valorização desses saberes amplia a compreensão sobre saúde e doença, incorporando dimensões simbólicas, espirituais e afetivas que escapam à racionalidade biomédica. Carvalho, Almeida e Machado (2018) complementam que reconhecer o saber popular significa legitimar as formas de cuidado desenvolvidas pelas comunidades, que frequentemente respondem de maneira criativa às ausências do Estado. O assistente social, ao reconhecer essas práticas, atua como mediador cultural, articulando o saber técnico-científico ao conhecimento vivido dos sujeitos. Essa mediação fortalece a participação social, elemento essencial para a consolidação do SUS como política pública democrática.

Na prática cotidiana, os saberes populares se manifestam em ações de cuidado informal, redes de solidariedade, uso de plantas medicinais, benzimentos, práticas espirituais e estratégias de apoio mútuo. Tais saberes, longe de representarem atraso, expressam resistências históricas e identidades culturais. Ao valorizá-los, o/a assistente social contribui para uma concepção ampliada de saúde, que reconhece o sujeito como protagonista de seu cuidado.

O assistente social, nesse contexto, atua como mediador entre o saber técnico e o saber popular, facilitando o diálogo entre os diferentes agentes que compõem o território: profissionais, usuários, lideranças comunitárias, grupos culturais e religiosos. Essa mediação favorece a participação social e fortalece os espaços coletivos, como conselhos locais de saúde, grupos de mulheres, hortas comunitárias, oficinas de autocuidado e outras experiências que valorizam o conhecimento construído na vida cotidiana. De acordo com o CFESS (2009), essa postura reafirma o compromisso ético-político da profissão com a democratização do conhecimento e com a transformação das práticas institucionais em direção a um cuidado emancipatório.

Nas equipes multiprofissionais, especialmente nas equipes eMulti instituídas pela Portaria GM/MS nº 635/2023, o/a assistente social desempenha papel essencial na promoção da integralidade e da equidade. O Ministério da Saúde (2025) reconhece que o profissional contribui na análise das vulnerabilidades sociais, na articulação das redes de apoio e na construção de estratégias de cuidado voltadas à superação das desigualdades. Essa atuação transcende a dimensão assistencial, envolvendo planejamento coletivo, visitas domiciliares, grupos educativos e ações de mobilização social. Segundo Macedo e Medeiros (2025), o trabalho do/a assistente social nas equipes eMulti é estratégico porque integra o cuidado e promove a escuta qualificada das demandas sociais, contrapondo-se à lógica produtivista que ainda predomina nos serviços. Assim, o Serviço Social reafirma seu compromisso com um modelo de atenção centrado na dignidade humana, na justiça social e na transformação das relações institucionais.

Para melhor visualização das dimensões e atribuições que compõem o trabalho do/a assistente social nas equipes multiprofissionais e eMulti, apresenta-se a Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Dimensões e atribuições do/a Assistente Social nas equipes eMulti

Dimensão de atuação	**Atribuições do/a Assistente Social**	**Referências**

Atenção direta ao usuário e à comunidade	Realizar acolhimento e escuta qualificada das demandas sociais; Identificar vulnerabilidades e barreiras de acesso aos serviços; Participar da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) junto à equipe.	BRASIL, 2023; CFESS, 2009
Articulação intersetorial e rede de proteção social	Articular ações entre saúde, assistência social, educação e habitação; Encaminhar usuários para serviços e programas sociais; Atuar na garantia de benefícios e direitos sociais.	BRASIL, 2025; CFESS, 2009
Educação em saúde e participação social	Desenvolver grupos educativos e rodas de conversa com foco em equidade e direitos; Contribuir para ações de educação permanente junto à equipe; Incentivar a participação dos usuários em conselhos e fóruns locais de saúde.	BRASIL, 2025; Simplicio André et al., 2022
Planejamento e gestão do cuidado	Participar das reuniões de equipe e do planejamento coletivo; Contribuir na análise territorial e no diagnóstico situacional;	BRASIL, 2023; Macedo; Medeiros, 2025

	Registrar e sistematizar informações sociais relevantes para o planejamento das ações.	
Defesa de direitos e equidade	Promover práticas antidiscriminatórias e baseadas na interseccionalidade; Defender o acesso universal e equitativo aos serviços do SUS; Atuar eticamente frente às violações de direitos e desigualdades sociais.	CFESS, 2009; De Paula, 2024

Fonte: Elaboração própria (2025), com base na pesquisa bibliográfica realizada para o TCC.

A atuação do/a assistente social, orientada pelos princípios da equidade e da interseccionalidade, articula-se intrinsecamente com o campo da formação profissional, que se constitui como o espaço privilegiado para a construção de uma consciência crítica e ético-política. A inserção do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde (APS), seja como campo de estágio supervisionado ou de trabalho efetivo, oferece condições concretas para vivenciar as contradições, os limites e as potencialidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa inserção permite ao futuro profissional compreender a dinâmica complexa das expressões da questão social, o modo como as desigualdades estruturais se manifestam no cotidiano e como o trabalho social pode contribuir para a efetivação dos direitos.

Macedo e Medeiros (2025) ressaltam que a formação crítica do/a assistente social deve promover o diálogo permanente com os marcadores sociais da diferença e com os debates sobre diversidade, desigualdade e vulnerabilidade. Isso significa romper com uma formação meramente tecnicista e instrumental, reafirmando a centralidade da dimensão política do trabalho profissional. O aprendizado na APS, nesse sentido, ultrapassa a dimensão do treinamento prático: ele se transforma em experiência de leitura da realidade social, de articulação intersetorial e de fortalecimento da consciência de que a saúde é um direito social inalienável. Essa formação ético-política prepara profissionais capazes de reconhecer as múltiplas determinações da vida social e de intervir de maneira sensível às singularidades dos sujeitos e dos territórios, valorizando a escuta, o diálogo e a participação popular.

Além disso, a formação do/a assistente social na saúde demanda o enfrentamento das violências estruturais que atravessam o cotidiano das instituições e dos territórios. Assis (2018) argumenta que o racismo, o sexismo e outras formas de opressão se expressam de modo particular no campo da saúde, especialmente nas práticas reprodutivas e obstétricas, onde o corpo das mulheres negras, indígenas e periféricas é historicamente vulnerabilizado. A autora destaca que essas violências não são episódicas, mas estruturais, exigindo uma leitura interseccional capaz de compreender como raça, gênero e classe interagem na produção das desigualdades. Assim, a formação e a prática do/a assistente social devem incorporar a crítica ao racismo institucional e aos padrões discriminatórios que permeiam o atendimento em saúde, promovendo uma atuação antirracista, feminista e emancipatória.

Nesse cenário, as contribuições do movimento de mulheres negras são fundamentais, pois introduzem uma epistemologia própria, centrada na experiência vivida e na resistência histórica das mulheres que enfrentam a opressão em múltiplas dimensões. Ao pautar o reconhecimento das diferenças como condição para a igualdade, esses movimentos desafiam as práticas hegemônicas e inspiram o Serviço Social a reconfigurar suas estratégias de intervenção. O diálogo entre o Serviço Social e os movimentos sociais, especialmente os que reivindicam justiça racial e de gênero, reforça o caráter político e insurgente da profissão, cuja essência está vinculada à luta por redistribuição de recursos, reconhecimento de identidades e emancipação humana.

A dimensão territorial da atuação profissional é outro eixo central para compreender a equidade na APS. O território não é apenas um recorte geográfico ou administrativo, mas um espaço vivo de relações sociais, onde se materializam as desigualdades e se constroem também práticas de solidariedade, resistência e cuidado. Silveira (2025) afirma que o território representa o espaço da vida cotidiana, no qual o assistente social observa de perto as carências de infraestrutura, as barreiras de acesso aos serviços, as ausências de políticas públicas e as formas de organização comunitária. Esse olhar territorializado permite planejar ações que dialoguem com a realidade local e formular estratégias contextualizadas de cuidado, alinhadas ao princípio da equidade.

A atuação territorial do/a assistente social na APS, portanto, deve se orientar pela planejamento participativo e pela escuta ativa das comunidades. O território é também o lugar onde se revelam os saberes populares, as redes de apoio informal e as experiências coletivas de enfrentamento das adversidades. Assim, a prática profissional não se limita a executar

políticas previamente definidas, mas participa de sua reconstrução a partir da base social, fortalecendo o protagonismo dos sujeitos e a democratização das decisões em saúde. Essa perspectiva é coerente com o projeto ético-político do Serviço Social, que concebe o trabalho profissional como mediação transformadora entre Estado e sociedade civil.

A equidade, enquanto princípio e prática, exige a conjugação de múltiplos saberes — técnico, científico e popular — e de diferentes dimensões da realidade social. O assistente social atua como articulador entre políticas e sujeitos, mediando as tensões entre o direito formal e o acesso real à saúde. Essa mediação requer uma postura crítica e reflexiva, fundamentada na compreensão de que o cuidado é um ato político e, portanto, atravessado por relações de poder. De acordo com Bravo (2024), promover a equidade é enfrentar as estruturas que produzem as desigualdades e não apenas mitigar seus efeitos imediatos. Isso implica transformar as práticas institucionais, questionar hierarquias de saber e reconhecer a potência dos sujeitos e das experiências comunitárias que produzem alternativas de cuidado fora dos modelos tradicionais.

A articulação entre equidade e interseccionalidade não se restringe, portanto, à dimensão teórica ou conceitual. Ela se expressa concretamente na forma como o assistente social organiza sua intervenção, define suas prioridades e estabelece parcerias no território. Ao integrar essas duas perspectivas, o profissional amplia sua capacidade de análise e ação, reconhecendo as diferenças não como obstáculos, mas como pontos de partida para práticas emancipatórias. Essa integração pressupõe o diálogo com as realidades locais, a escuta das vozes historicamente silenciadas e o compromisso com a transformação das relações sociais que sustentam as desigualdades.

O compromisso ético-político do Serviço Social, quando guiado por essas duas dimensões — equidade e interseccionalidade —, reafirma a centralidade da vida e da dignidade humana como eixos da intervenção profissional. Trata-se de uma prática que não se limita à garantia do acesso formal aos serviços de saúde, mas busca criar condições reais para que cada sujeito possa viver com autonomia, respeito e bem-estar. Como afirma Assis (2018), a luta pela saúde é inseparável da luta por reconhecimento e redistribuição, pois envolve o enfrentamento das desigualdades materiais e simbólicas que estruturam a sociedade brasileira.

Ao reconhecer a saúde como direito e como campo de disputas sociais, o assistente social assume uma postura ativa na defesa do SUS como projeto civilizatório comprometido

com a justiça social. Essa defesa se traduz na prática cotidiana por meio da escuta qualificada, do acolhimento das demandas, da articulação intersetorial e da participação nos espaços de controle social. A equidade e a interseccionalidade, portanto, não são apenas categorias analíticas, mas ferramentas políticas e éticas que orientam o fazer profissional, possibilitando construir uma intervenção mais humana, crítica e transformadora.

Nesse sentido, a atuação do/a assistente social na APS requer permanente reflexão e atualização teórica, pois os desafios da contemporaneidade — como o avanço do neoliberalismo, a precarização das políticas públicas e o recrudescimento das desigualdades — exigem respostas criativas e socialmente comprometidas. A formação crítica e o exercício profissional pautado pela equidade e pela interseccionalidade reafirmam o papel do Serviço Social como campo de resistência e produção de alternativas. A prática cotidiana torna-se, assim, um espaço de disputa simbólica e política, no qual se afirmam valores como solidariedade, participação, diversidade e emancipação humana.

Assim, a equidade e a interseccionalidade constituem dimensões complementares e indissociáveis da atuação profissional na Atenção Primária à Saúde. A primeira orienta a intervenção para a correção das desigualdades e a redistribuição de oportunidades; a segunda oferece o instrumental teórico para compreender a complexidade das opressões e das diferenças que atravessam a vida social. Juntas, fundamentam uma prática profissional que é simultaneamente técnica, ética e política. O assistente social, ao adotar essa dupla perspectiva, reafirma o compromisso histórico da profissão com a transformação social e com o fortalecimento do SUS como política pública universal, comprometida com a vida, a dignidade e a justiça social.

4.3 Propostas para fortalecer a atuação do/a assistente Social na promoção da equidade: A Interseccionalidade como ferramenta

O fortalecimento da atuação do/a assistente social na promoção da equidade, no âmbito da atenção básica à saúde, exige o aprofundamento teórico e metodológico da interseccionalidade como ferramenta analítica e prática de intervenção. A interseccionalidade, conceito cunhado por Kimberlé Crenshaw (2002) e posteriormente desenvolvido por Patricia Hill Collins (2016), propõe a compreensão das desigualdades sociais a partir da interação entre diferentes sistemas de opressão — como o racismo, o sexismo, a desigualdade de classe e outras formas de discriminação — que operam de modo simultâneo e interdependente. Essa

perspectiva possibilita uma leitura mais complexa das expressões da questão social e oferece instrumentos para construir respostas profissionais mais sensíveis, contextualizadas e efetivas.

Ao trazer a interseccionalidade para o campo da saúde pública, especialmente na atenção básica, o Serviço Social fortalece seu compromisso histórico com a defesa dos direitos humanos, com a universalidade do acesso e com a equidade como princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). A atuação nesse espaço exige reconhecer que o processo saúde-doença não se reduz a fatores biológicos ou individuais, mas é determinado por condições históricas, sociais e culturais que produzem desigualdades sistemáticas. As mulheres negras, as populações periféricas, as pessoas com deficiência, a população LGBTQIA+ e outros grupos subalternizados frequentemente vivenciam múltiplas barreiras no acesso aos serviços, nas formas de acolhimento e nos resultados em saúde. Nesse contexto, a interseccionalidade oferece ao assistente social uma lente crítica para identificar como essas exclusões se reproduzem e como podem ser enfrentadas por meio de práticas comprometidas com a transformação social.

O Serviço Social, ao reconhecer a centralidade da interseccionalidade, reafirma a indissociabilidade entre teoria, ética e prática. O projeto ético-político da profissão, ancorado em princípios como a liberdade, a justiça social e a defesa dos direitos humanos, demanda uma atuação que vá além do atendimento pontual das necessidades imediatas. Exige uma prática reflexiva, coletiva e politicamente orientada, capaz de problematizar as estruturas que produzem as desigualdades. Como destaca Iamamoto (2008), o trabalho do/a assistente social se realiza em uma mediação entre as determinações estruturais da sociedade e as demandas concretas do cotidiano, o que implica a necessidade de instrumentos teóricos que possibilitem compreender as múltiplas dimensões do social. A interseccionalidade, nesse sentido, é um desses instrumentos, pois permite articular a análise macroestrutural das desigualdades com as vivências individuais e comunitárias dos sujeitos atendidos nos serviços de saúde.

Diante desse contexto, fortalecer a atuação do/a assistente social na promoção da equidade requer ações concretas que contemplem quatro dimensões interdependentes: a formação e capacitação profissional, a prática cotidiana e interdisciplinar, a gestão das políticas públicas e a produção de conhecimento. Essas dimensões não devem ser vistas de forma hierarquizada, mas como partes de um mesmo processo de aprimoramento profissional e institucional.

A primeira proposta refere-se à ampliação da formação teórica e política dos profissionais do Serviço Social, tanto na graduação quanto na educação permanente. É indispensável que os currículos de formação contemplem de forma transversal os estudos sobre interseccionalidade, relações raciais, desigualdade de gênero, pobreza, sexualidades e território, reconhecendo essas categorias como determinantes sociais da saúde. Isso implica superar uma abordagem fragmentada das opressões e adotar uma perspectiva integrada, que reconheça a complexidade dos sujeitos e das coletividades. A formação inicial deve estimular o pensamento crítico e a capacidade de análise interdisciplinar, preparando os futuros profissionais para intervir em realidades marcadas por desigualdades interdependentes. Já a formação continuada, realizada no âmbito do SUS e nas redes de ensino e pesquisa, deve oferecer espaços de reflexão sobre as experiências cotidianas e sobre os desafios éticos da prática profissional diante de contextos discriminatórios.

Os espaços de capacitação devem ainda promover o diálogo entre teoria e prática, aproximando o saber acadêmico do saber popular e comunitário. É importante que o assistente social, ao participar de cursos, seminários e oficinas, possa refletir sobre o modo como os diferentes marcadores sociais influenciam a produção da desigualdade e do adoecimento. Nesse processo, a contribuição de Patricia Hill Collins (2016) é fundamental, pois a autora destaca que a interseccionalidade também se constitui como uma epistemologia do ponto de vista — ou seja, um modo de conhecer e interpretar o mundo a partir das experiências daqueles que vivenciam as múltiplas formas de opressão. Esse enfoque epistemológico reforça a importância de ouvir as vozes historicamente silenciadas e de valorizar o conhecimento produzido nas comunidades e nos movimentos sociais.

A segunda proposta envolve o fortalecimento da prática cotidiana do/a assistente social nos serviços de saúde, de modo a incorporar a interseccionalidade como instrumento analítico nas ações de atendimento, acompanhamento e planejamento. O cotidiano da atenção básica é permeado por situações em que diferentes expressões da desigualdade se cruzam: mulheres negras que enfrentam barreiras no acesso a métodos contraceptivos, pessoas trans que sofrem discriminação em atendimentos, idosos pobres que vivenciam exclusão territorial, entre outras. A prática profissional deve, portanto, identificar essas intersecções e construir estratégias de acolhimento que considerem as singularidades dos sujeitos.

O atendimento humanizado e a escuta qualificada são instrumentos essenciais para essa finalidade. É preciso compreender que as demandas apresentadas pelos usuários são

expressões de uma totalidade social complexa, e que a dimensão subjetiva do sofrimento está indissociavelmente ligada às estruturas de poder. Ao acolher o usuário, o assistente social deve reconhecer a sua história, os contextos de opressão que o atravessam e as formas de resistência que ele mobiliza. Collins (2016) ressalta que a interseccionalidade permite compreender não apenas os sistemas de dominação, mas também as possibilidades de agência e emancipação dos sujeitos. Dessa forma, o profissional deve atuar de modo a potencializar essas capacidades, estimulando o protagonismo individual e coletivo dos usuários e o fortalecimento dos vínculos comunitários.

Além do atendimento direto, a atuação cotidiana requer a articulação entre os diferentes setores e políticas públicas que compõem a rede de proteção social. A promoção da equidade em saúde não é possível sem uma atuação intersetorial efetiva, que integre ações de educação, habitação, assistência social e trabalho. O assistente social, por sua formação generalista e por seu compromisso com a totalidade social, tem papel estratégico na articulação dessas redes. Propõe-se, portanto, que as unidades básicas de saúde consolidem espaços permanentes de diálogo intersetorial nos territórios, com a participação de representantes das comunidades e dos movimentos sociais. Tais espaços podem contribuir para o planejamento conjunto de ações, para o compartilhamento de informações e para a construção de estratégias de enfrentamento das desigualdades locais.

No campo da gestão, outra proposta fundamental é a incorporação da análise interseccional nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde. As equipes gestoras devem reconhecer que a população atendida é diversa e que as desigualdades estruturais geram impactos diferenciados na experiência de adoecimento e de cuidado. Assim, é necessário desenvolver indicadores e metodologias de avaliação que permitam mapear as desigualdades segundo raça, gênero, classe, território e outros marcadores. Essa análise mais detalhada pode orientar a formulação de políticas específicas, direcionadas aos grupos em situação de maior vulnerabilidade.

Para tanto, sugere-se que os planos municipais e estaduais de saúde incorporem metas relacionadas à promoção da equidade interseccional, acompanhadas de ações concretas, como a criação de protocolos de atendimento que assegurem o respeito à diversidade, a ampliação do acesso a serviços especializados e a formação de comissões internas de equidade e diversidade. Essas comissões poderiam atuar como instâncias consultivas, responsáveis por

monitorar a implementação das ações e propor ajustes de acordo com as demandas identificadas nos territórios.

Outra dimensão essencial é a construção de ambientes institucionais antidiscriminatórios e inclusivos. O assistente social, ao atuar nas equipes de saúde, pode desempenhar um papel educativo dentro das instituições, sensibilizando outros profissionais para a importância da equidade e da diversidade. Campanhas de conscientização, rodas de conversa e espaços de escuta interna podem ser implementados para combater práticas discriminatórias e fortalecer a cultura institucional de respeito e valorização das diferenças. O combate ao racismo, ao sexismo e à LGBTfobia nas instituições de saúde é um passo indispensável para assegurar que os princípios do SUS se materializem em todos os níveis de atenção.

A produção e disseminação de conhecimento também representam um eixo estratégico para o fortalecimento da atuação do/a assistente social na promoção da equidade. É necessário que os profissionais do Serviço Social se engajem na sistematização de suas práticas, na realização de pesquisas e na construção de referenciais teóricos e metodológicos que evidenciem os efeitos da interseccionalidade na atenção básica. A pesquisa social, quando comprometida com a transformação da realidade, é uma ferramenta de resistência e de emancipação. Estimular a produção científica sobre as experiências de grupos historicamente marginalizados contribui para ampliar o repertório teórico da profissão e para subsidiar a formulação de políticas públicas mais justas e inclusivas.

Nesse sentido, é importante valorizar a integração entre universidades, serviços e movimentos sociais, fomentando grupos de pesquisa e extensão que articulem a teoria com a prática. A sistematização das experiências exitosas dos assistentes sociais no campo da saúde, especialmente aquelas que incorporam a perspectiva interseccional, pode servir de referência para outros profissionais e contribuir para a consolidação de uma prática socialmente comprometida e epistemologicamente fundamentada.

Por fim, todas essas propostas só se concretizam plenamente se acompanhadas pela reafirmação dos princípios ético-políticos que orientam o Serviço Social. A defesa da equidade não é uma escolha circunstancial, mas um compromisso ético e coletivo. O assistente social atua em um espaço permeado por contradições, onde as políticas públicas são tensionadas entre a lógica dos direitos e a lógica da austeridade. Nesse cenário, a

interseccionalidade oferece um caminho crítico para resistir à naturalização das desigualdades e para construir práticas transformadoras.

O compromisso com a equidade demanda coragem intelectual e política. Significa reconhecer os privilégios, enfrentar o racismo institucional, denunciar as injustiças e atuar de modo propositivo na construção de políticas mais inclusivas. Ao utilizar a interseccionalidade como ferramenta, o assistente social amplia seu campo de visão e de ação, compreendendo que a promoção da saúde e da vida digna depende da transformação das condições estruturais que produzem a exclusão.

As propostas apresentadas apontam para a consolidação de uma atuação profissional crítica, sensível e humanizada. Incorporar a interseccionalidade à prática cotidiana não significa apenas adotar um novo conceito, mas transformar o modo de ver e de intervir na realidade social. Significa reconhecer que cada sujeito atendido na atenção básica traz consigo uma história marcada por desigualdades e resistências, e que o papel do/a assistente social é contribuir para que essas trajetórias sejam reconstruídas com dignidade, justiça e liberdade. A interseccionalidade, enquanto ferramenta teórica e ética, possibilita essa reconstrução ao iluminar as interconexões entre as opressões e ao inspirar práticas voltadas à emancipação. Assim, fortalecer a atuação do/a assistente social na promoção da equidade é, em última instância, reafirmar o compromisso da profissão com a vida, com os direitos humanos e com a construção de uma sociedade verdadeiramente democrática e solidária.

5 CONCLUSÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como propósito analisar a interseccionalidade e a equidade na atuação do/a assistente social na atenção básica à saúde, compreendendo de que modo esses dois conceitos — amplamente debatidos nas ciências sociais e nos estudos de gênero e raça — podem fortalecer a prática profissional e contribuir para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O percurso teórico desenvolvido ao longo do estudo permitiu constatar que a interseccionalidade, mais do que uma categoria analítica, configura-se como uma ferramenta ética, política e metodológica capaz de ampliar o olhar do Serviço Social sobre as múltiplas dimensões da desigualdade e, consequentemente, sobre a promoção da equidade em saúde.

O primeiro capítulo apresentou as bases conceituais da interseccionalidade e da equidade, situando-as no campo das políticas públicas de saúde e na trajetória de luta por justiça social. As contribuições de Kimberlé Crenshaw e Patricia Hill Collins foram essenciais para compreender que as opressões não se manifestam de maneira isolada, mas em intersecção constante, produzindo formas específicas de vulnerabilidade. Essa leitura ampliada permitiu relacionar o debate internacional à realidade brasileira, marcada por profundas desigualdades de raça, gênero, classe e território. Também se evidenciou que o conceito de equidade, consagrado na Constituição de 1988 e nas diretrizes do SUS, deve ser constantemente reinterpretado à luz dessas desigualdades estruturais, sob pena de se tornar apenas um ideal abstrato.

No segundo capítulo, o estudo abordou o contexto histórico e político da saúde pública no Brasil, destacando os avanços e desafios do SUS desde sua criação. A literatura analisada revelou que o SUS, fruto da Reforma Sanitária e das lutas sociais, foi concebido como um sistema universal, integral e equitativo, comprometido com a democratização do acesso à saúde. No entanto, os impactos das políticas neoliberais e da financeirização da vida social têm colocado em risco a materialização desses princípios. O subfinanciamento, a precarização do trabalho e a mercantilização do cuidado têm limitado o alcance das políticas públicas e ampliado as desigualdades. Nesse cenário, o papel do/a assistente social adquire importância estratégica, uma vez que sua atuação se dá justamente nas interfaces entre as demandas sociais e o Estado, entre o direito formal e as condições concretas de vida da população.

Já o terceiro capítulo sistematizou e discutiu a pesquisa bibliográfica, aprofundando o diálogo entre teoria e prática profissional. A análise das produções científicas evidenciou que o debate sobre interseccionalidade e equidade vem ganhando destaque na literatura recente, especialmente nas áreas de saúde coletiva e Serviço Social. Entretanto, ainda há lacunas significativas quanto à aplicação prática desses referenciais no cotidiano das políticas públicas. Ao discutir os textos selecionados, observou-se que a incorporação da perspectiva interseccional na atenção básica à saúde contribui para a humanização do cuidado, para a construção de políticas mais sensíveis às diferenças e para a consolidação de práticas profissionais comprometidas com os direitos humanos.

A partir dessa discussão, foi possível elaborar um conjunto de propostas voltadas ao fortalecimento da atuação do/a assistente social na promoção da equidade. Entre as principais, destacam-se: o investimento em processos permanentes de formação e capacitação profissional com enfoque interseccional; a incorporação de diagnósticos e indicadores de desigualdade nas práticas de gestão do SUS; a criação de espaços institucionais de escuta, diálogo e participação social; e o incentivo à produção de conhecimento sobre interseccionalidade no campo do Serviço Social. Essas propostas, articuladas ao projeto ético-político da profissão, reforçam o compromisso do/a assistente social com a transformação da realidade e com a defesa da vida em sua plenitude.

As análises desenvolvidas permitem afirmar que o enfrentamento das desigualdades em saúde exige mais do que o reconhecimento formal da diversidade: demanda práticas concretas que questionem as estruturas de poder e transformem as relações sociais. A interseccionalidade, nesse sentido, oferece um caminho para compreender as conexões entre racismo, sexismo, classismo e outras formas de exclusão, ampliando a capacidade crítica e interventiva dos profissionais. Ela não se limita à análise das diferenças, mas propõe uma prática ética e política orientada à emancipação dos sujeitos. Como lembra Collins (2016), a interseccionalidade também é um projeto de libertação, um compromisso com a construção de um mundo em que a dignidade e a justiça sejam possíveis para todas as pessoas.

Do ponto de vista da equidade, o estudo reforça que esse princípio deve orientar todas as dimensões do SUS — do planejamento à execução, da gestão à avaliação das políticas. A equidade implica reconhecer que tratar igualmente os desiguais é perpetuar a desigualdade; por isso, ela exige uma atenção diferenciada às necessidades específicas de grupos historicamente marginalizados. No campo da atenção básica, isso se traduz na necessidade de

práticas que considerem as singularidades territoriais, culturais e identitárias das populações atendidas. O assistente social, por sua formação crítica e compromisso com os direitos humanos, tem papel essencial nesse processo, atuando como mediador entre as políticas públicas e as realidades concretas, e contribuindo para a efetivação do cuidado integral.

Outro aspecto relevante evidenciado pela pesquisa é a centralidade da interdisciplinaridade e da intersetorialidade na promoção da equidade. Nenhum profissional, isoladamente, é capaz de enfrentar as múltiplas expressões da questão social que se manifestam na saúde. É por meio da integração entre diferentes saberes e políticas — saúde, educação, assistência social, habitação, cultura e direitos humanos — que se constroem respostas mais efetivas e sustentáveis. Nesse contexto, o Serviço Social se destaca por sua capacidade de articular esses campos, promovendo o diálogo e a cooperação entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidado.

A pesquisa também evidenciou que a incorporação da interseccionalidade à prática profissional não é tarefa simples, pois exige um processo contínuo de reflexão, autocrítica e formação. É necessário que o/a assistente social reconheça como as estruturas de poder o atravessam e influenciam suas práticas. Isso implica enfrentar preconceitos, revisar posturas e construir novas formas de atuação pautadas no respeito à diversidade e no compromisso com a justiça social. Tal movimento é, ao mesmo tempo, pessoal e coletivo, ético e político, e reflete o compromisso histórico da profissão com a emancipação humana.

Conclui-se, portanto, que a interseccionalidade e a equidade são categorias indissociáveis quando se trata de pensar a atuação do/a assistente social na atenção básica à saúde. Ambas convergem para um projeto profissional comprometido com a democracia, com a participação popular e com a defesa do SUS como política pública universal. O fortalecimento da atuação profissional passa, assim, pelo reconhecimento das desigualdades estruturais e pela construção de práticas que promovam o cuidado integral, o respeito às diferenças e a efetivação dos direitos sociais.

Por fim, este trabalho reafirma que a atuação do/a assistente social, orientada pela interseccionalidade, é um ato político de resistência e esperança. Em um cenário marcado por retrocessos sociais e pela naturalização das desigualdades, manter viva a defesa da equidade e da justiça social é também uma forma de reinventar o próprio sentido da profissão. A interseccionalidade, ao oferecer um olhar mais sensível e plural sobre a realidade, amplia o

potencial emancipador do Serviço Social e o aproxima ainda mais de sua vocação humanista: transformar o sofrimento social em potência de vida, e a diferença em fundamento de dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, Jussara Francisca de. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 133, p. 547–565, set./dez. 2018.

ALVES, Giovanni. **O Estado neoliberal no Brasil: uma tragédia histórica**. Marília, SP: Projeto Editorial Praxis, 2024.

AROUCA, Sérgio. **Discurso na VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

BAHIA, Lígia. **Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, supl. 2, e00119722, 2022.

BEZERRA, Mauri. **A crise do financiamento e o desmonte do SUS. Entrevista concedida à Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social**. Brasília: CNTS, 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024–2027**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Dispõe sobre o financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Atenção Básica e equidade na saúde**. In: _____. Reforma Sanitária e desafios do SUS. São Paulo: Cortez, 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política Nacional de Atenção Básica e os desafios da integralidade**. Serviço Social e Saúde, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 20–25, 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. **NASF e a construção do cuidado ampliado**. In: _____. Serviço Social e Saúde: desafios contemporâneos. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Movimento sanitário e luta contra a privatização da saúde**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 113, p. 7–19, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maria Cristina. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maria Cristina. **Serviço Social e Saúde: desafios e estratégias profissionais**. São Paulo: Cortez, 2006.

CARVALHO, Kamila Vasques; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de; MACHADO, Dinair Ferreira. **Serviço Social e Atenção Primária: uma revisão integrativa**. Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 17, n. 2, p. 231–249, jul./dez. 2018.

CARVALHO, S. R. et al. **A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1–18, 2020.

CESRJ – **Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro**. Histórico das Conferências Nacionais de Saúde. Rio de Janeiro: CESRJ, 2023.

CFESS – **Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2009.

CFESS – **Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética do/a assistente Social**. Brasília: CFESS, 2011.

COBO, Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo C. **Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4021–4032, 2021.

COLLINS, Patricia Hill. **Interseccionalidade**. Tradução de Boitempo Editorial. São Paulo: Boitempo, 2016.

COLLINS, Patricia Hill. **Interseccionalidade como análise crítica.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 965–987, 2017.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento.** São Paulo: Boitempo, 2022.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 1986.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de Vida**. Brasília: CNS, 2007.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. **17ª Conferência Nacional de Saúde: Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia**. Brasília: CNS, 2023.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero**. Estudos Feministas, v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002.

CUT – Central Única dos Trabalhadores. **Relatório sobre o desmonte do SUS e a Emenda Constitucional 95**. Brasília: CUT, 2024.

DAL PRÁ, K. R.; MARTINI, J. G.; et al. **As ações profissionais da/o assistente social na Atenção Primária à Saúde**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 141, p. 315–334, 2021. DOI: 10.1590/0101-6628.241.

DE PAULA, Matheus Oliveira. **A interseccionalidade enquanto ferramenta analítica aplicada à interpretação da saúde: enfoque sobre as desigualdades em saúde à luz da diversidade e identidade**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 33, n. 4, e230828pt, 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024230828pt.

DEVIT, Márcia; FERRUGEM, Rodrigo; WÜNSCH, Tânia; MENDES, Ana. **Movimentos sociais e resistência ao desmonte do SUS**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial, p. 60–75, 2020.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Sistema Único de Saúde (SUS): panorama e desafios**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025.

GOVERNO FEDERAL. **VII Conferência Nacional de Saúde: Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

HARVEY, David. **O enigma do capital: e as crises do capitalismo.** Tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo: Boitempo, 2011. 224 p.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. **Boletim Çarê – Desigualdades raciais e violência no Brasil**, n. 4, 2024.

IPEA; FBSP. **Atlas da Violência 2020**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.

JPB JÚNIOR, João Paulo Barbosa. **Equipes multiprofissionais e o cuidado ampliado: estudo Fiocruz sobre a APS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, Wilson Fernandes de et al. **Serviço social e saúde pública: desafios na atuação do/a assistente social no atendimento ao usuário da atenção primária à saúde**. Research, Society and Development, v. 9, n. 12, e16491210904, 2020.

MACEDO, Renata Mourão; MEDEIROS, Thamires Monteiro de. **Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, e9507, jan.–mar. 2025.

MACIEL, David. **O projeto neoliberal no Brasil: gênese, estrutura e crise**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

MARTINI, J. G.; DAL PRÁ, K. R. **A inserção do assistente social na Atenção Primária à Saúde**. Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 17, n. 2, p. 321–338, jul./dez. 2018. DOI: 10.20396/sss.v17i2.8653874.

MARTINS, Roberto. **A concentração do mercado de planos de saúde no Brasil.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 65–75, 2021.

MATOS, Maria Cristina. **Serviço Social e saúde: uma análise crítica da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

MBEMBE, Achille**. Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

MEDEIROS, Marcelo; BRITO, Francisca; COLABORADORES. S**erviço Social e Saúde: fundamentos e práticas**. São Paulo: Cortez, 2012.

MEDINA SILVA, André. **A mercantilização da saúde e seus impactos sociais**. São Paulo: Hucitec, 2019.

MENDES, Áquilas; BRITO, Francisca. **Experiência de atuação interdisciplinar na Atenção Básica: o caso de Cristino Castro-PI**. Serviço Social em Perspectiva, v. 8, n. 2, p. 110–130, 2020.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco. **O financiamento do SUS em tempos de crise**. São Paulo: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, 2018.

MENEZES, Sônia. **Privatização e resistência: a luta da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. São Paulo: Outras Expressões, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MITROS, Verônica Maria da Silva; ROCHA, Rômulo do Nascimento; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; et al. **Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 444–461, jul./set. 2023.

MORAES, Reginaldo. **Neoliberalismo: a ideologia dominante nos tempos de crise**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2012.

OLIVEIRA, L.; PAULA, A. **Serviço Social e defesa de direitos na Atenção Primária à Saúde: limites e possibilidades**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 141, p. 305–322, 2021. DOI: 10.1590/0101-6628.241.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Trends in maternal mortality: 2000 to 2017**. Geneva: World Health Organization, 2019.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Roberta Georgia; TOCANTINS, Florence Romijn. **Equidade na atenção primária à saúde da população negra: revisão integrativa**. J Nurs UFPE on line, Recife, v. 9, supl. 3, p. 7695–7701, abr. 2015.

SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATOS, Leonardo Vidal. **A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial**. Economia e Sociedade, Campinas, v. 26, n. esp., p. 1 097–1 126, dez. 2017.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O serviço social e a saúde: fundamentos, desafios e perspectivas**. São Paulo: Cortez, 2021.

SILVEIRA, M. **Serviço Social, território e Atenção Primária à Saúde**. Revista de Políticas Públicas, São Luís, v. 29, n. 1, p. 1–20, 2025.

SIMPLICIO ANDRÉ, Flávia; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; SOUZA, Cláudia March Frota de. **Interseccionalidade e trabalho multiprofissional em saúde: as relações de gênero, raça e classe nas equipes multiprofissionais**. Niterói: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, 2022.

SOUSA, Angélica Silva de; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; ALVES, Laís Hilário. **A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos**. Cadernos da FUCAMP, v. 20, n. 43, p. 64–83, 2021.

SOUZA, R. **O trabalho de assistentes sociais na APS: viabilização de direitos das mulheres**. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2023. Dissertação (Mestrado em Serviço Social).

TURESSO, Juliane Fatima; MÉLO, Tainá Ribas. **Equidade em saúde na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa**. Divers@ – Revista Eletrônica Interdisciplinar, Matinhos, v. 16, n. 2, p. 546–562, jul./dez. 2023.

WERNECK, Jurema. **De Ialodês e Feministas: reflexões sobre a ação política das mulheres negras na América Latina e Caribe**. Nouvelles Questions Féministes – Revue Internationale Francophone, v. 24, n. 2, 2005.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sônia; EDLER, Flavio Coelho; SUAREZ, José Manuel (orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 535–554.