

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

VITÓRIA CRISTINA VIEIRA SANTANA

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM XEQUE NO PERÍODO DE 2019-2022: OS
POSICIONAMENTOS CRÍTICOS DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO EM
PUBLICAÇÕES DO CFESS**

RECIFE
2024

VITÓRIA CRISTINA VIEIRA SANTANA

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM XEQUE NO PERÍODO DE 2019-2022: OS
POSICIONAMENTOS CRÍTICOS DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO EM
PUBLICAÇÕES DO CFESS**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Laudicena Maria Pereira Barreto

RECIFE
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santana , Vitória Cristina Vieira .

Sistema Único de Saúde em xeque no período de 2019-2022: Os posicionamentos críticos do Serviço Social brasileiro em publicações do CFESS / Vitória Cristina Vieira Santana . - Recife, 2024.

65 p.

Orientador(a): Laudicena Maria Pereira Barreto

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2024.

Inclui referências.

1. Posicionamento. 2. Serviço Social . 3. Saúde . 4. Desmantelamento . I. Barreto, Laudicena Maria Pereira . (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

VITÓRIA CRISTINA VIEIRA SANTANA

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM XEQUE NO PERÍODO DE 2019-2022: OS
POSICIONAMENTOS CRÍTICOS DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO EM
PUBLICAÇÕES DO CFESS**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 12 de abril de 2024.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Laudicena Maria Pereira Barreto (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a duas pessoas muito especiais e detentoras de grande significância em minha vida: a minha mãe, Cristina e a minha avó, D. Terezinha (*In Memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado forças para iniciar e concluir a graduação em Serviço Social, posso dizer que foi a fé na conquista de um futuro melhor que me fez persistir e continuar no caminho rumo ao diploma.

Aos meus pais, Cristina e Sérgio, que tanto testemunharam meus esforços, quanto também integraram esforços próprios para que eu chegasse e me mantivesse em uma universidade pública. Agradeço especialmente a minha mãe, que durante toda a minha vida me incentivou a tomar gosto pelos estudos, que sempre afirmou o quanto a educação é importante, já que possui a potência de mover e transformar os lugares e as pessoas, dotando essas de independência e de criticidade.

À minha orientadora, Laudicena Maria Pereira Barreto, por seu apoio, carinho e paciência durante a construção da monografia. Agradeço-a por não ter medido esforços no que diz respeito as orientações, que oportunizaram uma troca fluida de conhecimentos, e também pela motivação e incentivos dados a mim, que foram fundamentais para que eu conseguisse finalizar a monografia.

Às minhas supervisoras de campo de estágio, Fabiana, Márcia e Valdênia, que compartilharam comigo suas experiências e conhecimentos, tendo marcado essa etapa de minha formação acadêmica e profissional. Agradeço também aos professores da graduação, aqueles que se comprometem com um ensino de qualidade, que corroboraram no processo de despertar nos alunos o interesse em se inserir na sociedade, no meio acadêmico e profissional, como sujeitos ativos e dotados de criticidade.

Agradeço às minhas amigas, com quem formei laços desde o primeiro período da graduação, Eleonai, Amanda e Camilla, que estiveram comigo compartilhando experiências dentro e fora da universidade, presencialmente e de forma online, e fizeram com que a vivência na universidade fosse menos solitária e bem mais descontraída.

Por fim, agradeço a todos, que embora não tenham sido contemplados nessas poucas linhas de agradecimentos, ainda assim, estiveram presentes e marcaram a minha vivência pessoal e acadêmica durante esses anos de graduação.

RESUMO

SANTANA, Vitória Cristina Vieira. **Sistema Único de Saúde em xeque no período de 2019-2022: Os posicionamentos críticos do Serviço Social Brasileiro em publicações do CFESS**. Monografia em Serviço Social. Recife: UFPE, 2024. Orientadora: Laudicena Maria Pereira Barreto.

A presente monografia tem como objetivo geral refletir sobre os posicionamentos assumidos pelo Serviço Social brasileiro frente à conjuntura de desmantelamento do direito à saúde pública, tendo como foco o recorte temporal do período de 2019-2022, que é correspondente a vigência do Governo Bolsonaro. Embora ao longo do trabalho tenha sido analisado o mandato do referido presidente em sua totalidade, deu-se privilégio na análise do posicionamento da categoria, tendo como referência o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), os anos de 2020-2021, que foram marcados, respectivamente, pelo início da pandemia e pelo maior número de mortalidade no Brasil. Para alcançar o objetivo geral, se estabeleceram os objetivos específicos de: Identificar a trajetória do Serviço Social brasileiro e a sua relação com a política de saúde, no marco do projeto alicerçado pela Reforma Sanitária; Problematizar o movimento de contrarreforma da saúde, sob as diretrizes neoliberais, considerando as particularidades do contexto de 2019 a 2022. O estudo foi orientado por uma perspectiva baseada no materialismo histórico dialético, se logrando como uma pesquisa qualitativa, que adotou como procedimentos as pesquisas bibliográfica e documental. No desenvolver do trabalho, pôde-se compreender de maneira mais precisa a relevância do exercício e formação profissional balizados pelo Projeto Ético-Político Profissional, que exterioriza o direcionamento e compromisso da profissão para com os interesses da classe trabalhadora e a defesa intransigente dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde.

Palavras-chave: Posicionamento; Serviço Social; Saúde; Desmantelamento.

ABSTRACT

SANTANA, Vitória Cristina Vieira. **Unified Health System in jeopardy during the period of 2019-2022: The critical positions of Brazilian Social Work in CFESS publications.** Social Work Monograph. Recife: UFPE, 2024. Supervised by Laudicena Maria Pereira Barreto.

This present monograph aims to reflect on the positions adopted by Brazilian Social Work in the face of the dismantling of the public health rights, focusing on the period from 2019 to 2022, corresponding to the tenure of the Bolsonaro government. Although the entire term of said president was analyzed throughout the work, emphasis was placed on examining the stance of the category, with reference to the Federal Council of Social Work (CFESS), during the years 2020-2021, marked respectively by the onset of the pandemic and the highest number of deaths in Brazil. To achieve the general objective, specific objectives were established to: Identify the trajectory of Brazilian Social Work and its relationship with health policy within the framework of the project grounded in the Sanitary Reform; Problematicize the health counter-reform movement under neoliberal guidelines, considering the particularities of the context from 2019 to 2022. The study was guided by a perspective based on dialectical historical materialism, resulting in a qualitative research approach that employed bibliographic and documentary research procedures. In the course of the work, a more precise understanding was gained of the importance of professional exercise and formation guided by the Professional Ethical-Political Project, which embodies the direction and commitment of the profession towards the interests of the working class and the unwavering defense of social rights, including the right to health.

Keywords: Positioning; Social Work; Health; Dismantling.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESS	Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRAS	Conselho Regional de Assistentes Sociais
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FMI	Fundo Monetário internacional
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Projeto Ético-Político
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2. O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ALGUNS APONTAMENTOS E REFLEXÕES	15
2.1 PARTICULARIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O MOVIMENTO DE CONSTRUÇÃO DO SUS A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA	15
2.2 A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E SUAS IMBRICAÇÕES COM A SAÚDE	21
3. A CONTRARREFORMA DA SAÚDE: PROJETOS E PROCESSOS	30
3.1. A CONTRARREFORMA DA SAÚDE SOB CICLOS NEOLIBERAIS	30
3.2 ULTRANEOLIBERALISMO E AS OFENSIVAS AO SUS NO PERÍODO DE 2019 A 2022	37
4. OS POSICIONAMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO FRENTE AO DESMONTE DO SUS NO PERÍODO DE 2019-2022	44
4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL	44
4.2 OS POSICIONAMENTOS CRÍTICOS DO SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES E APONTAMENTOS SOBRE AS PUBLICAÇÕES DO CFESS MANIFESTA NO PERÍODO DE 2019-2022	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57

INTRODUÇÃO

Ao analisar a trajetória de desenvolvimento e consolidação da política de saúde pública brasileira, percebe-se que as últimas décadas do século XX, foram marcadas pela ocorrência de significativas mudanças na visão e na intervenção do Estado sobre o âmbito sanitário. Por intermédio do Movimento de Reforma Sanitária imbricado no processo de redemocratização da sociedade brasileira, onde houve o predomínio da organização e mobilização popular em torno da defesa da democracia e do exercício da cidadania, a saúde foi lograda como direito de toda a população e responsabilidade do Estado.

Salienta-se, no entanto, que a consolidação da saúde como um direito, conforme assegurado na Constituição Federal de 1988, não ocorreu sem ser permeada por entraves e tensões. Em meio a reestruturação produtiva, a mundialização do capital e ao espraiamento do neoliberalismo, que podem ser tidos como as “alternativas” empreendidas a partir da década de 1970, no seio do desdobramento da crise estrutural do capital, marcada pela queda na taxa de lucros, nota-se o desenvolvimento da configuração de um quadro de retrocesso no que se refere a dilapidação do que foi conquistado pela classe trabalhadora no campo de direitos, com a agudização das desigualdades sociais e intensa precarização sobre as condições de trabalho.

Desde meados da década de 1990, são essas “alternativas” que passaram a se fazer presentes no Brasil, configurando o que, em concordância com Behring (2008), pode ser entendido como o processo de Contrarreforma do Estado, que se encontra atrelado ao projeto neoliberal preconizado pelo capital. Processo e projeto esses que se exteriorizam na defesa da redução do papel do Estado em detrimento do privilegiar do mercado, no que se refere ao controle e intervenção sobre o âmbito socioeconômico. Nesta conjuntura de contrarreforma, salienta-se como se dá sobre o âmbito da saúde, sobre o projeto defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária e consolidado por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), um processo de desmantelamento que se exterioriza por meio da privatização, do desfinanciamento da política de saúde pública, com a refuncionalização dos princípios dessa, que passam a ser voltados para o fortalecimento de um projeto privatista, em que a saúde é mercantilizada.

Em concordância com Bravo, Pelaez e Menezes (2020), pode-se dizer que o período em que se deu a presidência de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), marcado por uma agenda ultraneoliberal e conservadora, assim como pela omissão e descaso frente à pandemia da covid-19, exteriorizou uma intensificação no processo de contrarreforma do Estado e da saúde pública. Nesse sentido, com base no que vem sendo problematizado, o presente trabalho, tem como objetivo geral, refletir sobre o posicionamento do Serviço Social brasileiro frente à conjuntura de desmantelamento do direito à saúde pública, tendo como base o recorte temporal do período de 2019-2022. Para tanto, foram estabelecidos os objetivos específicos: 1) Identificar a trajetória do Serviço Social brasileiro e a sua relação com a política de saúde, no marco do projeto alicerçado pela Reforma Sanitária; 2) Problematizar o movimento de contrarreforma da saúde, sob as diretrizes neoliberais, considerando as particularidades do contexto de 2019 a 2022.

Destaca-se que o interesse pela realização desse trabalho, se deu primeiramente devido à aproximação com o tema da saúde, durante a participação nas aulas da disciplina de Política de Saúde no Brasil, e posteriormente graças à realização do estágio obrigatório em uma unidade de saúde. Isto é, a união das discussões teóricas com a experiência do estágio, imbuído pelos frequentes relatos dos usuários (leia-se pacientes dado o contexto hospitalar) que apontaram para a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, que engloba desde a falta de profissionais, até a falta de medicamentos e equipamentos, se desdobrando ainda na questão da morosidade do atendimento, foi imprescindível no sentido de desvelar a materialização da realidade de precarização e desmonte que assola o SUS. Por conseguinte, essa união foi a responsável por instigar a escolha dessa temática, no sentido de abordar as particularidades do referido período, evidenciando a significância que o SUS possui para o sistema de proteção social brasileiro, analisando como o Serviço Social, enquanto profissão da saúde, reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS, Resolução n. 218, 1997), se insere nessa conjuntura de defesa da saúde pública.

Postas essas considerações, no que se refere ao percurso tomado para contemplar o desenvolvimento desse trabalho, há de se destacar, a adoção de uma perspectiva teórico-metodológica baseada no materialismo histórico dialético. Esse método, em concordância com Gil, propõe que “para conhecer realmente um objeto é preciso estudá-lo em todos os seus aspectos, em todas suas relações e todas

suas conexões” (Gil, 1987, p.32). Dessa maneira buscou-se, durante a realização do estudo, elaborar apontamentos e reflexões com ênfase no recorte temporal referido, mas sem perder de vista os nexos e elementos que integram a totalidade da problemática estudada. Ademais, a presente pesquisa se integra no âmbito da abordagem qualitativa, uma vez que essa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2009, p.21). É necessário destacar ainda, que essa abordagem implica na adoção do pressuposto de que “um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada [...] Partindo de questões amplas que vão se aclarando no decorrer da investigação” (Godoy, 1995, p.21).

No que diz respeito aos procedimentos adotados, o estudo foi constituído a partir de pesquisa bibliográfica e documental. Lakatos e Marconi definem pesquisa bibliográfica como aquela que “abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros [...] até meios de comunicação orais: rádios, fita magnética [...] (Lakatos; Marconi, 2003, p.183). Por meio da pesquisa bibliográfica, houve a recorrência de materiais como: artigos científicos, livros, teses e dissertações advindos de autores consagrados como, por exemplo, José Paulo Netto, Maria Lúcia Barroco, Maria Inês Bravo, Elaine Behring, Ivanete Boschetti, Jairnilson Paim, Maria Abramides, Marilda lamamoto, Raquel Soares, entre outros. No que se refere a pesquisa documental, essa é definida por Gil, como a pesquisa que utiliza materiais que “não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (Gil, 2002, p.46). Os materiais utilizados que se enquadram nessa pesquisa foram essencialmente as publicações do informativo CFESS Manifesta e a Política Nacional de Comunicação do Conjunto CFESS/CRESS.

Dessa forma, no que se refere a estruturação do trabalho, esse é dividido em cinco capítulos, a começar por essa introdução. O segundo capítulo contempla tanto as reflexões e apontamentos sobre a trajetória da política de saúde no Brasil, tendo como recorte temporal os anos do pós 1964, quanto aborda a trajetória do Serviço Social brasileiro, evidenciando o seu processo de renovação e a imbricação da profissão com a saúde.

O terceiro capítulo trata do processo de espraiamento do neoliberalismo que culminou na contrarreforma do Estado e da política de saúde no Brasil, remontando

a década de 1990. Este capítulo aborda, tendo como base os mandatos presidenciais de Collor a Bolsonaro, as particularidades do processo de desmantelamento do SUS. Já o quarto capítulo, traz à tona uma discussão sobre o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, evidenciando como a partir do alcance de hegemonia desse, se configurou um compromisso da profissão com a classe trabalhadora e com os interesses atrelados a essa. É ainda nesse capítulo que são realizados apontamentos e reflexões sobre as publicações do CFESS Manifesta, tendo como marco os dois primeiros anos da pandemia (2020-2021).

Por fim, as considerações finais, trazem à tona as potencialidade e as limitações constatadas no decorrer do desenvolvimento do trabalho, indicando as reflexões que puderam ser obtidas mediante o debruçamento sobre o posicionamento do Serviço Social no que diz respeito à defesa do direito à saúde.

2. O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ALGUNS APONTAMENTOS E REFLEXÕES

2.1 PARTICULARIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O MOVIMENTO DE CONSTRUÇÃO DO SUS A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA

Com intuito de compreender as particularidades da política de saúde no Brasil e a posição ocupada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário lançar mão da trajetória socio-histórica da referida política, trazendo luz para os elementos que antecederam o processo de criação do SUS. Nesse sentido, ressalta-se que o presente trabalho irá privilegiar e promover um maior adensamento no que diz respeito ao recorte temporal do século XX. Isso se dá em virtude da compreensão de que é a partir do que sucede, contraditoriamente, ao Golpe Civil-Empresarial-Militar de 1964, no que se refere a redemocratização com a articulação da população e dos movimentos sociais, salientando o Movimento de Reforma Sanitária, que a política de saúde pública brasileira é alçada a um novo patamar.

Ainda assim, é importante destacar, de maneira ampla, como a questão sanitária no Brasil foi tratada anteriormente ao século XX. Salienta-se que antes do marco da proclamação da primeira República, em 1889, a saúde estava essencialmente atrelada à perspectiva de filantropia e de benemerência. De acordo com Paim (2009, p.20-21), acerca desse período: “As pessoas que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares, ao passo que os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia”.

É somente na transição do século XIX para o século XX, que a saúde desponta como integrante da questão social, em concordância com Paim (2009). A questão social, nesse sentido, pode ser concebida, de acordo com Estevão (2006, p.40) como “a necessidade de se levar em consideração os interesses da classe trabalhadora em formação”. Isso se dá devido às transformações socio-econômicas e políticas que vieram ocorrendo desde o final do século XIX, no que se refere principalmente a já referida proclamação que culminou no início de um novo ciclo na política, estando este atrelado a ascensão da burguesia cafeeira (Baptista, 2007). Com a configuração desse novo ciclo, sendo este indissociável do desenvolvimento do trabalho assalariado, a questão sanitária passou a receber reconhecimento enquanto integrante do processo que implica na produção e na reprodução social (Bravo, 2022).

Na conjuntura do início do século XX, destaca-se em 1923, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foram direcionadas inicialmente para categorias de trabalhadores mais ativos e organizados politicamente nas empresas, como os ferroviários e os marítimos, tendo sido estendidas posteriormente aos demais trabalhadores. As CAPs se exteriorizaram como uma iniciativa financiada pelos trabalhadores, pelos empregadores e pela União, sendo como uma espécie de seguro, no qual os filiados e dependentes tinham direitos a benefícios previdenciários e assistência médica de cariz essencialmente curativista (Bravo, 2022). Ressalta-se como o concedimento à assistência à saúde foi dado com primazia a uma determinada parcela de trabalhadores, sendo esses “os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica de acumulação” (Bravo, 2014, local. 1828).

Tomando como base essa perspectiva, é certo dizer que a saúde pública atinge, a partir das CAPs, novos contornos, já que o surgimento dessas se atrela ao processo de atribuição de atenção sobre “as questões de higiene e saúde do trabalhador” (Bravo, 2022, p.90). De acordo com Cohn e Elias:

As CAPs se multiplicaram rapidamente, sobretudo no Sudoeste do país, à época núcleo dinâmico da economia brasileira e sede do poder. Não obstante, a partir de 1930, o sistema previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação, numa conjuntura marcada por grave crise econômica mundial, que leva o país a buscar uma nova forma de inserção no mundo capitalista [...] (Cohn; Elias, 2003, p. 16).

Nesse sentido, é necessário lançar mão de que é com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder em 1930, atrelada a derrocada da República Velha (1889-1930), que são desenvolvidos intentos mais contundentes no que se refere não somente a política de saúde, mas as políticas sociais na totalidade. Ressalta-se como esse período é marcado pela preconização de um projeto de modernização econômica baseado na industrialização, com investimentos no campo da siderurgia, do transporte, da infraestrutura, entre outros (Baptista, 2007). A agenda modernizadora preconizada por Vargas se exteriorizou para além do âmbito econômico, uma vez que houve, a partir da década de 1930, o redimensionamento do papel ocupado pelo Estado. Acerca desse ensejo, o desenvolvimento das políticas sociais esteve atrelado:

[...] a regulamentação das relações de trabalho no país, buscando transformar a luta de classes em colaboração de classes, e o impulso à construção do Estado social, em sintonia com os processos internacionais,

mas com nossas mediações internas particulares (Behring; Boschetti, 2016, p.106).

Há de se destacar, a partir disso, a perspectiva de que as políticas sociais e os direitos reconhecidos, sendo estes principalmente de cariz trabalhista e previdenciários, conformam o que Santos (1979) denomina de “Cidadania Regulada”. Com as CAPs, que durante o período de 1933 e 1938 foram absorvidas mediante a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), sendo que esses passaram a ser organizados por categorias de trabalhadores e não mais por empresas, a condição de cidadão se encontrava essencialmente restrita ao vínculo empregatício, que deveria ser reconhecido pelo Estado.

Nessa perspectiva, a partir da década de 1930, a política de saúde passa a se dividir em dois subsetores: o da medicina previdenciária e o da saúde pública, sendo que o primeiro se torna hegemônico a partir de meados da década de 1960 (Bravo, 2002). No sentido do que foi exposto até então, explicita-se em concordância com Baptista (2007), a configuração de um paradigma de acesso à saúde desigual e excludente que se aprofunda a partir da década de 1960, como veremos adiante, uma vez que “Quem não se inseria na medicina previdenciária estava também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos [...]” (Baptista, 2007, p.38).

Com o golpe de Estado dado pelos militares em 1964, inaugura-se no setor da saúde, e das políticas sociais no geral, uma nova dinâmica. Destaca-se que a Ditadura Civil Militar (1964-1985) implicou na promoção de supressão sobre “as mediações existentes entre o Estado e a sociedade [...]” (Scorel, 1999, p.181). Nesse contexto, houve o espraiamento da medicina previdenciária, com expansão vinculada a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A criação do instituto implicou na expansão do asseguramento aos direitos previdenciários para categorias de trabalhadores, que inicialmente não foram contempladas, como foi o caso das trabalhadoras domésticas e dos trabalhadores rurais. Dessa forma, foi predominante nesse período, o desenvolvimento de políticas sociais como forma de legitimar o poder detido pelos militares (Faleiros, 2000, *apud* Behring; Boschetti, 2016). Isto é, em concordância com Behring e Boschetti, pode-se afirmar que:

No mesmo passo em que se impulsionavam políticas públicas mesmo restritas quanto ao acesso, como estratégia de busca de legitimidade, a ditadura militar abria espaços para a saúde, a previdência e a educação

privadas, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar (Behring; Boschetti, 2016, p.136).

Aliado a esse intuito de legitimação e manutenção da ditadura, evidencia-se ainda, que esse período foi marcado pela privatização da prestação dos serviços de assistência médica, sendo de acordo com Bravo (2022, p.93), que o setor da saúde passou a “assumir características capitalistas”, no que se refere a sua inserção na dinâmica de acumulação do capital. Isto é, é certo que desde a década de 1950, a prestação de serviços de saúde passou por uma ampliação, com a inserção de práticas de convênio-empresa para suprir as demandas cada vez mais crescentes, atreladas ao desenvolvimento da classe operária. Assim, o que já se ensejava nessa década, no que se refere a visão da saúde sob uma ótica de rentabilidade, adquire novas proporções no período ditatorial, com a criação do complexo médico-industrial, atrelado ao fomento da acumulação de capital das empresas farmacêuticas e de insumos hospitalares (Oliveira; Teixeira, 1986, p.207 *apud* Bravo, 2022, p.93).

Nessa conjuntura, da saúde cada vez mais restrita por meio da hegemonia da medicina previdenciária associada à prática de assistência médica prestada pela iniciativa privada, ressalta-se a organização do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) que data de meados da década de 1970. Esse movimento, em concordância com Souto e Oliveira:

Constitui-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização [...] configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania (Souto; Oliveira, 2016, p. 205).

De acordo com Paim (2010, p.3): “Na passagem da década de setenta para a de oitenta, os movimentos sociais ampliaram-se, propondo a democratização da saúde, do Estado e da Sociedade.” Para Bravo (2022), a saúde passou a ser discutida amplamente a partir do processo de redemocratização, sendo que esse debate passou a integrar para além dos profissionais da saúde e do próprio MRS, que teve como órgão atrelado a sua luta o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), partidos políticos e diversas camadas da população articulada e organizada nos movimentos sociais urbanos.

O que se visa explicitar tratando do referido movimento, é que esse entre outros aspectos, preconizava a:

Democratização da saúde — elevação da consciência sanitária sobre saúde [...] reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e participação social nas políticas e na gestão (Paim, 2010, p.7).

Dessa forma, o referido movimento se opunha radicalmente a forma pela qual a saúde era conduzida e concebida até então. Nessa luta de reconhecimento da saúde como um direito, rompendo com a ideia de assistência médica voltada exclusivamente para a perspectiva curativista, com primazia do espaço hospitalar, tem-se de acordo com Bravo (2022, p.96), “o fato marcante e fundamental para a discussão da questão saúde no Brasil” que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília.

De acordo com Baptista (2007, p.49): “A conferência reuniu cerca de 4000 pessoas nos debates, e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo em relação às práticas de saúde estabelecidas”. No relatório construído acerca da conferência, a saúde foi lograda em um sentido amplo, contemplando o que se entende por determinantes sociais que implicam no entendimento da saúde como sendo:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. [...] Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Brasil, 1986, p. 04).

Faz se necessário sublinhar que a implementação do SUS tal como foi concebido no relatório da 8ª Conferência, não se deu imediatamente, sem que houvesse empecilhos, uma vez que em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que de acordo com Baptista:

Surgiu como uma proposta política formulada no interior da burocracia do INAMPS¹, contando com o apoio dos ministros da Previdência, da Saúde e da Educação, que assinaram juntos a exposição de motivos para criação do SUDS, em julho de 1987. O SUDS avançou na política de descentralização da saúde, permitindo maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou o INAMPS da soma de poder que ele centralizava (Baptista, 2007, p.50).

¹ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977, em sucessão ao INPS.

Dessa forma, é certo afirmar que foi a partir da Constituição Federal de 1988, que ocorreu o alicerçamento do projeto e das premissas defendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária com a aprovação da criação do SUS. De acordo com Arretche:

A constituição de 1988 estabeleceu que a saúde seria gratuita e universal em qualquer nível de atendimento, bem como a responsabilidade estatal por sua provisão, substituindo, assim, o modelo prévio baseado no seguro social. Além disso, estabeleceu a unificação da política de saúde em qualquer nível do governo [...] (Arretche, 2005, p.292).

Salienta-se ainda, para além do SUDS, que outro percalço no reconhecimento da saúde como um direito inerente à condição de cidadão, se deu durante a sistematização dos trabalhos que resultaram na construção da Constituição, considerando que:

Muito do que foi construído nas subcomissões foi modificado, inclusive na área de saúde, em que propostas como a proibição de recursos públicos em organismos privados lucrativos de saúde foram derrubadas em plenário (Silva, 2011, p. 97).

Isso se deu devido à conjuntura permeada, em concordância com Silva (2011), por corrossões atreladas a agenda neoliberal. Há de destacar que a perspectiva neoliberal se exterioriza na defesa da restrição de gastos com o âmbito social, a partir da adoção de uma feição de austeridade por parte do Estado frente às relações econômicas e sociais, deixando para o mercado o papel de regulador, sendo que este tende a resguardar os interesses do capital. Salienta-se que com a incorporação do neoliberalismo à ordem capitalista, há de acordo com Mota (1995, p.93): “a formação de um outro sujeito social, que não é portador de direitos universais e coletivos”.

Em meio a essa conjuntura, em 1990, foi elaborada a Lei n.º 8.080 que atua na regulamentação do SUS, fornecendo as condições para a organização desse sistema a partir dos princípios doutrinários de: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Há de se destacar que a referida legislação, em sua gênese, foi marcada por tensionamentos e entraves, a medida que a partir do governo Fernando Collor de Mello, nota-se em concordância com Bertolozzi e Greco (1996, p. 392) “a adoção explícita da política neoliberal”, que transparece mediante aos vetos advindos do presidente Collor a Lei n.º 8.080. Entre os vetos, salienta-se:

O que instituiu as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta dos

Estados e municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário (Bertolozzi; Greco, 1996, p. 393).

Em certa medida, o conteúdo vetado, no que se refere principalmente ao controle social, foi negociado e retomado por meio da promulgação da Lei n.º 8.142, também de 1990. A referida legislação é complementar a Lei n.º 8.080 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, visando assim, que haja a integração da comunidade nas decisões, com o predomínio de uma perspectiva de democratização sobre a saúde.

Tendo em vista o abordado até então, torna-se claro o acirramento existente entre a saúde da forma pela qual é concebida pelo MRS em contraposição ao que é preconizado pelo projeto neoliberal, que tensiona para a privatização desta, por meio do que se denomina de projeto privatista. É nessa conjuntura, que se insere a Contrarreforma, que em concordância com Silva (2011), exterioriza esse projeto neoliberal e implica em uma reforma que implica no esgarçamento do que foi conquistado no campo de direitos, bens e serviços sociais. E no que tange ao âmbito da saúde, entre os impactos da Contrarreforma, pode-se citar a dilapidação da saúde como um direito, a partir da mercadorização dessa, que implica na restrição e na precarização do acesso à mesma, sendo um dano a tudo que foi preconizado e conquistado até então, no que se refere a uma política pública de saúde gratuita e universal.

Tendo em vista as particularidades do processo de consolidação da saúde como um direito, o item seguinte abordará a interlocução entre o Serviço Social brasileiro e a saúde, enfatizando o compromisso assumido pela profissão após seu processo de renovação com a defesa dos interesses da classe trabalhadora.

2.2 A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E SUAS IMBRICAÇÕES COM A SAÚDE

No Brasil, o Serviço Social surge no século XX, mais precisamente na década de 1930, estando atrelado ao movimento da Igreja Católica² de restabelecer sua influência com o empreendimento de um “projeto de recristianização da sociedade”

² A proclamação da República em 1889 culminou na separação entre a Igreja e o Estado, que implicou na laicização deste último.

(Iamamoto, 2004, p.93). Reitera-se que a passagem do século XIX para o século XX, implicou em diversas transformações sociais atreladas ao processo de urbanização, imigração, êxodo rural, tendo como expoente o desenvolvimento do trabalho assalariado. Nesse sentido, ainda em concordância com Iamamoto (2004), pode-se dizer que em meio às mobilizações da classe trabalhadora, culminantes das primeiras décadas do século XX, a atenção do Estado, da Igreja e de parcelas das classes sociais dominantes, volta-se para a questão social. Dessa maneira, surge o Serviço Social imbuído pela doutrina social católica, estando intrinsecamente atrelado ao reconhecimento da questão social, sendo que essa, em concordância com Iamamoto e Carvalho:

Não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia [...] (Iamamoto; Carvalho, 2009, p.77)

Nesse sentido, ressalta-se que a priori, a questão social foi reconhecida sob uma visão moralizante, que implicou na configuração da intervenção do Serviço Social voltada “para uma ação de soerguimento moral da família operária, atuando preferencialmente com mulheres e crianças. Através de uma ação individualizada entre as massas atomizadas social e moralmente [...]” (Iamamoto, 2004, p.19). Em outras palavras, os traços exteriorizados a partir da intervenção do Serviço Social se encontravam balizados por uma perspectiva de responsabilização do indivíduo, sendo a atuação do Serviço Social concebida como capaz de promover o ajustamento desses tanto no que diz respeito ao âmbito da moralidade quanto ao da ordem social vigente. Percebe-se aqui a configuração de um paradigma conservador³ que vem a permear de forma hegemônica, uma parcela significativa da história do Serviço Social, atualizando-se ainda na contemporaneidade da profissão.

Em 1936, foi criado o primeiro curso de Serviço Social, que de acordo com Abramides (2016, p.458) foi resultado de: “um esforço coletivo de jovens mulheres engajadas na militância da Igreja Católica na Cidade de São Paulo [...]”. Outrossim, a institucionalização da profissão, isto é, quando passa a haver o reconhecimento jurídico-legal, se exterioriza, em concordância com Iamamoto (2004), mediante o

³ Barroco (2015) aborda o conservadorismo a partir de sua função ideológica de propagação de “um modo de ser fundado em valores historicamente preservados pela tradição e pelos costumes — no caso brasileiro —, um modo de ser mantido pelas nossas elites, com seu racismo, seu preconceito de classe, seu horror ao comunismo” (Barroco, 2015, p.624).

processo de “criação de instituições assistenciais⁴, estatais, paraestatais ou autárquicas, especialmente na década de 1940” (Iamamoto, 2004, p.92). Ainda na perspectiva dessa autora, salienta-se que com:

O surgimento das grandes instituições, o mercado de trabalho se amplia para o Serviço Social e este rompe com o estreito quadro de sua origem para se tornar uma atividade institucionalizada e legitimada pelo Estado e pelo conjunto de classes dominantes. Se nos seus primórdios, a fonte de legitimação decorria de sua origem de classe e do seu caráter missionário, com meio de fazer face aos imperativos da justiça e da caridade, quando ocorre a profissionalização do apostolado social este não se choca com o crescente aproveitamento e cooptação do profissional pelo Estado e pelo empresariado (Iamamoto, 2004, p.93).

Acerca da referida “cooptação”, cabe destacar que a década de 1940 integra o período em que foi instaurada a Ditadura Vargas (1937-1945), conhecida como Estado Novo. Nesse período, o Estado foi impelido a atuar sobre a organização das relações capital-trabalho em virtude de resguardar os interesses do capital mediante o desenvolvimento ocorrido nesse período (Abramides, 2016). Destaca-se dessa forma como o Serviço Social se inscreve nesse contexto em que há o predomínio da configuração de uma “política de massas”, quando o Estado passa a incorporar determinadas reivindicações da classe trabalhadora, em uma estratégia de contenção e controle dessa, visando assegurar os interesses do capital e da burguesia (Iamamoto, 2004).

No que tange a relação entre o Serviço Social e a política de saúde, a conjuntura dos anos de 1930 a 1945, não representou uma elevada absorção da mão de obra dos assistentes sociais no âmbito da saúde. Ainda, sim, é interessante explicitar que a formação desses profissionais, no período de 1936 a 1945, conforme analisado por Cardoso (2016), já aponta para a imbricação do Serviço Social com a saúde, a medida de que eram ofertadas nos currículos, disciplinas como: “Higiene”, “Puericultura”, “Anatomia”, “Enfermagem”, “Obstetrícia” e “Higiene Pré-Natal”, entre outras.

A partir de meados da década de 1940, nota-se uma expansão na profissão, que se atrela ao espraiamento do capitalismo no Brasil, se destacando o aumento significativo da inserção dos assistentes sociais na área da saúde (Bravo e Matos,

⁴ Entre essas instituições, pode-se citar o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), criado em 1942, a Legião Brasileira de Assistentes Sociais (LBA) em 1942 e o Serviço Social da Indústria, em 1946. Destaca-se aqui a LBA como “a primeira grande instituição nacional de assistência social” (Iamamoto; Carvalho, 2009, p.250), que esteve vinculada à prestação de assistência às famílias dos brasileiros que foram convocados a lutar na Segunda Guerra Mundial. Além disso, Estevão (2006) destaca acerca da LBA, que um de seus objetivos básicos foi “trabalhar em favor do progresso do Serviço Social” (Estevão, 2006, p.46).

2022). Castro (2018) traz à tona que um dos fatores que corroborou para esse aumento foi a emergência do novo conceito de saúde, na década de 1940, estruturado e difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), “segundo a qual “Saúde não é apenas ausência de doenças, mas o complexo estado de bem-estar físico, mental e social”” (Castro, 2018, p.6). Destaca-se ainda que é também a partir desse período, que o Serviço Social passa a receber influência norte-americana⁵ em sua formação e na metodologia de intervenção, marcando uma modificação na ação dos profissionais na qual o “julgamento moral com relação à população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico” (Bravo; Matos, 2022, p.198). De acordo com Bravo (2014):

O corpo de conhecimentos e técnicas da profissão, neste período, sofisticou-se e houve o deslocamento do polo de influência da Europa para os Estados Unidos, a medida que esse país passou a ocupar a hegemonia no capitalismo internacional. Foi mantida, entretanto, sem grandes rupturas, a mesma ideologia que norteava a profissão, com a incorporação de novos modelos teóricos e metodológicos, considerados mais eficazes para a modernização do trabalho (Bravo, 2014, local. 2344).

Nesse contexto, no que tange aos marcos da interlocução do Serviço Social com a saúde, destaca-se a introdução dos assistentes sociais na Previdência Social, sendo uma dessas primeiras experiências, a do IAPs dos Comerciantes em 1942. Bravo (2014) destaca que nesse âmbito além dos profissionais, atuarem realizando orientações sobre a questão do seguro previdenciário, era também função dos assistentes sociais inseridos nos departamentos médicos, atuarem na “análise dos aspectos sociais e morais da enfermidade, adaptação à vida familiar e reintegração ao trabalho” (Bravo, 2014, local. 2330).

Ademais, salienta-se que o I Congresso Brasileiro de Serviço Social, ocorrido em 1947, na cidade de São Paulo, trouxe de acordo com Yamamoto e Carvalho (2009), orientações sobre a intervenção do Serviço Social médico⁶ nos hospitais,

⁵ Essa influência tem como marco a realização do Congresso Inter-Americano de Serviço Social em Atlantic City, EUA, no ano de 1941. Entre as formas de aprofundamentos da relação do Serviço Social norte-americano com o Serviço Social da América Latina, tem-se o oferecimento de bolsas de estudos aos profissionais e a criação de entidades organizativas da profissão, de acordo com Bravo e Matos (2022). Entre as entidades, os autores citam a criação da Associação Brasileira de Assistentes Sociais, em 1940, a Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS) em 1946, e que em 1996 passou a ser denominada de Associação Brasileira de Educação e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), ressaltando que as demais entidades (sindicatos e associações) surgiram nas décadas de 1950-1960, como o Conselho Federal da categoria em 1962, o Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) que posteriormente vem ser chamado de Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

⁶ O Serviço Social médico diz respeito à “ação dos assistentes sociais na saúde” (Bravo, 2014, local. 2285).

evidenciando que os profissionais deveriam se valer principalmente da metodologia do Serviço Social de Caso, sendo necessário a atuação no tratamento de doenças transmissíveis, como tuberculose, sífilis, entre outras. Nesse sentido, pode-se dizer que a atuação dos assistentes sociais se encontrava sumariamente voltada para o desempenho de atividades relativas à educação, com o repasse de informações acerca de noções de higiene e regras de comportamento compatíveis com o padrão social e moral vigente (Bravo, 2014).

A partir de meados da década de 1950, a influência norte-americana, baseada na racionalidade positivista-funcionalista torna-se expressiva no Serviço Social brasileiro a nível nacional. Nesse sentido, Portes e Portes (2017) destacam:

Ocorreu, desta forma, uma importação dos métodos e das técnicas do Serviço Social de casos, inicialmente e, depois, do Serviço Social de grupo e do desenvolvimento de comunidade. [...] A formação profissional, neste contexto, calcou-se na cientificidade e teve por objetivo compreender as perturbações de ordem econômica ou de ordem jurídico-social para auxiliar o indivíduo a realizar sua vida. A “prática profissional” ancorou-se em teorias comportamentais e teorias da personalidade. [...] Preocupavam-se em centrar seu foco de atuação na personalidade do cliente, buscando mudar seus comportamentos e atitudes, no sentido de ajustá-lo ao meio social para que pudesse cumprir seu papel no sistema vigente (Portes; Portes, 2017, p. 215-216).

No que tange a essa influência no Serviço Social na saúde, Bravo e Matos (2022) destacam que:

As propostas racionalizadoras na Saúde, que surgem a partir da década de 50 – principalmente nos Estados Unidos, como a “medicina integral”, a “medicina preventiva” e seus desdobramentos a partir de 60, como a “medicina comunitária” – não tiveram repercussão no trabalho dos assistentes sociais na saúde no Brasil (Bravo; Matos, 2022, p. 200).

A forma pela qual a saúde é tratada no II Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em 1961 no Rio de Janeiro, ilustra esse paradigma. Bravo (2014) destaca que embora o congresso tenha sido permeado pelo ideário desenvolvimentista, as referidas propostas de saúde associadas a influência norte-americana não penetraram o Serviço Social médico, à medida que esse continuou voltado para o âmbito das ações curativistas, com centralidade de atuação dos profissionais nos hospitais e ambulatórios. Ainda de acordo com essa autora, houve no II Congresso, entre outros aspectos, a defesa de como as ações desenvolvidas pelos assistentes sociais deveriam ser direcionadas ao objetivo educativo, voltadas a ser “auxílio ao tratamento médico” (Bravo, 2014, local. 2404).

A partir da década de 1960, mais precisamente no pós-1964, em meio ao contexto da ditadura instaurada no Brasil, o Serviço Social vivencia intensas

modificações. De acordo com Bravo e Matos (2022), os anos 60 do século XX, foram marcados pelo início do processo da profissão de questionar sua formação e intervenção, que se encontravam balizadas pelo conservadorismo e pelo que foi importado das influências norte-americanas, processo esse que integra a configuração do movimento de renovação profissional⁷. No entanto, há de se destacar como esse movimento foi interrompido no curso da ditadura, uma vez que essa, de acordo com Netto, se encontrava imbuída pelo “o objetivo explícito de travar e reverter as tendências democratizantes e progressistas [...] (Netto, 2009, p. 16). Dessa forma, destaca-se como o Serviço Social, em meio a modernização conservadora preconizada pelo Estado ditatorial, acabou por se adequar a referida conjuntura, tornando-se:

Integrador no processo de desenvolvimento, com aportes extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano, sem questionar a ordem sociopolítica e sim, a preocupação de inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica (Bravo; Matos, 2022, p.202).

Vem a ser em meados da década de 1970, que o debate acerca da renovação do Serviço Social, em meio aos sinais de derrocada da ditadura, adquire novos contornos. É interessante salientar que o processo de renovação não é exclusivo e endógeno do Serviço Social brasileiro. Desde a década de 1960, alguns países da América Latina, mediante a aproximação com a tradição marxista, já se encontravam inseridos no movimento de renovação profissional. De acordo com Abramides:

O movimento de reconceituação incidiu no Brasil no projeto pioneiro de formação profissional da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais. Conhecido como Método BH, sua formulação e experiência se desenvolveram entre 1972 e 1975. Valeram-se da teoria social de Marx e do materialismo histórico dialético na compreensão do significado social da profissão, das contradições, dos antagonismos da sociedade capitalista de exploração da força de trabalho, na direção de uma nova sociabilidade humana (Abramides, 2016, p. 460).

Destaca-se assim, a intenção de ruptura que se exterioriza a partir do processo de reflexão dos profissionais progressistas, com o reconhecimento e

⁷ Sucintamente: “A renovação do Serviço Social brasileiro teve sua origem em meados da década de 1960 e apresentou três tendências: a) a modernizadora, alicerçada nos documentos de Araxá e Teresópolis, em que o Serviço Social é concebido como instrumento de intervenção a ser operacionalizado nos marcos de manutenção do capitalismo; b) a reatualização do conservadorismo, cuja concepção se assentava na fenomenologia pela autorrepresentação da profissão, rejeição ao positivismo, presente na tradição modernizadora, e a teoria social de Marx; c) a terceira se expressou no legado marxiano e na tradição marxista por meio do projeto de intenção de ruptura com o conservadorismo, que conquistou sua hegemonia a partir de 1979” (Abramides, 2016, p.460). Ver de forma mais aprofundada o tema de renovação em Netto (2005).

rechaço do conservadorismo e da suposta neutralidade, adotados de forma hegemônica pelo Serviço Social até então. Inscrito nessa circunstância de ruptura, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em São Paulo, em 1979, ficou conhecido como “Congresso da Virada” por ser um marco no que diz respeito a renovação do Serviço Social com a adoção de uma direção política voltada para a defesa dos interesses da classe trabalhadora. De acordo com Netto:

O III Congresso não foi o espaço celebrativo em que a mesmice da reverência ao Estado ditatorial via-se administrada pelo conservadorismo conivente, transformando-se no primeiro evento da categoria profissional em que, em quinze anos de história, rebateu a exigência concreta da democracia e, também concretamente, a sua vinculação com as demandas dos trabalhadores (Netto, 2009, p. 33).

Nessa perspectiva, é necessário ressaltar, segundo Abramides (2016), que no processo de ruptura com o conservadorismo, as experiências do movimento estudantil e sindical foram imprescindíveis no que se refere a aproximação da profissão às demandas da classe trabalhadora, suscitando o próprio reconhecimento dos profissionais do Serviço Social enquanto integrantes dessa. Pode-se dizer, em concordância com Mota e Rodrigues, que “A virada se deu a par da atuação da vanguarda do Serviço Social engajada na luta sindical da categoria e sintonizada com o movimento de resistência à ditadura [...]” (Mota; Rodrigues, 2020, p. 201).

Ademais, Netto destaca que “o CBAS quebrou o monopólio conservador nas instâncias e fóruns da categoria profissional [...] (Netto, 2009, p.31)”. Entretanto, deve-se ressaltar, ainda em concordância com esse autor, que o Serviço Social nunca esteve ausente da cena política, uma vez que a não assunção de uma direção, disfarçada de neutralidade, já implicava na adoção de uma direção política. Isto é, o conservadorismo, o tecnicismo e o pragmatismo que permeavam o Serviço Social, com a prevalência de uma prática encerrada em si mesma, como já visto até então, performava uma profissão serviente e que se exteriorizava como sendo um instrumento aos interesses do capital e do Estado, sem haver questionamento a ordem e demandas imposta por esses.

No que se refere ao Serviço Social na saúde, Krüguer (2010), destaca que durante o processo de renovação, a profissão esteve orientada no âmbito da saúde pela perspectiva de modernização conservadora. Conforme a referida autora:

Nesta época, o mercado de trabalho se ampliou em hospitais e ambulatórios e na previdência social, mas apenas na saúde individual e não na coletiva. A ação do Serviço Social na saúde continuou por todo período como sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares (Krüguer, 2010, p.126).

É interessante salientar que no período que eclode e se espalha o Movimento de Reforma Sanitária, em meados de 1970-1980, o Serviço social se encontrava em seu processo de revisão interna. De acordo com Bravo e Matos (2022), não se realizou durante a renovação “um nexo direto com outros debates também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária” (Bravo; Matos, 2022, p.204). Ainda assim, a renovação e o movimento não ocorreram dissonantes um do outro, uma vez que são pertencentes a um período de efervescência e mobilização popular em favor da redemocratização e da conquista de direitos, com a ocorrência de simultaneidade na incorporação do debate de alguns temas como: “Estado, direitos sociais, prática institucional e política públicas” (Krüger, 2010, p.217).

Outrossim, pode-se refletir acerca de como o Projeto Ético-Político do Serviço Social, que teve sua estrutura básica desenvolvida entre a década de 1980 a 1990, e que adquiriu sua hegemonia a partir dessa última década, possui elementos consonantes com o que preconizado pelo Movimento de Reforma Sanitária, uma vez que o projeto profissional:

Se posiciona a favor da **equidade e da justiça social**, na perspectiva de **universalização** do acesso a bens e serviços relativos às políticas e programas sociais, a **ampliação e a consolidação da cidadania** são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara **radicalmente democrático** — considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida (Netto, 2022, p. 155, grifos nossos).

Dentro dessa perspectiva, em concordância com Krüger, pode-se destacar que o desenvolvimento e consolidação do projeto profissional do Serviço Social no fim da década de 1990 e início dos anos 2000, é uma das hipóteses que sustenta o fato de haver a partir do referido período “uma crescente participação dos assistentes sociais da saúde nas discussões da saúde coletiva” (Krüger, 2010, p.129). No mais, há de se destacar que na trajetória da política de saúde, considerando o que já foi citado acerca da disputa entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista na saúde, são requeridas intervenções diferenciadas dos assistentes sociais. De acordo com Bravo e Matos:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária

vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (Bravo; Matos, 2022, p. 206).

Tendo isso em vista, o próximo capítulo irá abordar as formas pelas quais as ofensivas neoliberais colocam em xeque o projeto de saúde pública defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, implicando na ocorrência de “uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente” (CFESS, 2010, p.22).

3. A CONTRARREFORMA DA SAÚDE: PROJETOS E PROCESSOS⁸

3.1. A CONTRARREFORMA DA SAÚDE SOB CICLOS NEOLIBERAIS

Após traçar reflexões e apontamentos acerca da trajetória da saúde pública, é necessário lançar mão de como se exterioriza a agenda neoliberal, lançando mão de seus fundamentos, gênese e a configuração assumida diante dos distintos governos brasileiros. Salienta-se que não pertence ao escopo deste trabalho esgotar a referida temática, mas sim apontar elementos tidos como basilares no que se refere ao entendimento do neoliberalismo, adentrando no âmbito de suas características e marcos principais, abordando especialmente os desdobramentos desse no Brasil.

A priori, em conformidade com o que já foi mencionado anteriormente acerca do neoliberalismo, há de se destacar, de acordo com Draibe que:

Não há um corpo teórico neoliberal específico, capaz de distingui-lo de outras correntes do pensamento político. As “teorizações” que manejam os assim ditos neoliberais são geralmente emprestadas do pensamento liberal ou de conservadores e quase se reduzem a afirmação genérica da liberdade e da **primazia do Mercado sobre o Estado**, do individual sobre o coletivo. E, derivadamente, **do Estado mínimo**, entendido como **aquele que não intervém** no livre jogo dos agentes econômicos (Draibe, 1993, p.88, grifos nossos).

Partindo disso, é possível afirmar que a configuração da perspectiva neoliberal se deu em crítica ao modelo keynesiano-fordista e às experiências que integraram o que ficou conhecido como Estado de Bem Estar Social. Destaca-se que essas experiências se desenvolveram e se consolidaram nos países centrais capitalistas, com exceção dos Estados Unidos, no período pós Segunda Guerra Mundial, entre meados de 1950 a 1970 (Pereira, 2015). Esse período foi marcado, em concordância com Cislighi (2020), pelo elevado índice de mortalidade, com o desmantelamento das forças produtivas, e, além disso, pelo espraiamento das experiências fascistas e socialistas, que contribuíram para o culminar do estabelecimento de uma nova feição⁹ do Estado nas relações sócio-políticas e econômicas. Pereira aponta que o Estado passou, nesse contexto, a se comprometer com “[...] garantir pleno emprego, a cobertura universal de serviço

⁸ O título do presente capítulo, referencia-se na argumentação realizada por Behring (2008) que dialoga sobre processo de contrarreforma do Estado atrelado ao projeto neoliberal, a reestruturação produtiva e a mundialização do capital.

⁹ É necessário salientar que essa conjuntura de estabelecimento do Estado Social e de generalização das políticas sociais, deve ser compreendida levando que as políticas sociais foram concebidas tanto como parte da estratégia de serem integrantes medidas anticíclicas voltadas para a crise do capital, quanto como resultado das reivindicações da classe trabalhadora (Behring; Boschetti, 2016).

sociais (como saúde e educação) e o estabelecimento de um mínimo de proteção social a toda população” (Pereira, 2015, p.2).

Em meio à crise que eclodiu nos primeiros anos da década de 1970, que configura de acordo com Anderson, o momento em que “todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação” (Anderson, 1995, p.10), o neoliberalismo inicia seu avanço, rumo a hegemonia. No contexto de crise, a explicação¹⁰ que imperou:

Foi a veiculada pelos adeptos da corrente neoliberal, que sempre combateram o pensamento keynesiano. [...] foi disseminada a ideia que o **pacto keynesiano estava em crise**, devido principalmente, aos **gastos excessivos do Estado** com proteção social; aos elevados impostos cobrados da classe média e dos ricos pelo poder público; e aos altos salários dos trabalhadores (Pereira, 2015, p.4-5, grifos nossos).

Assim, o pensamento neoliberal se colocou como uma solução para o “mal”, leia-se crise supostamente localizada no Estado. É necessário evidenciar que a explicação que atribui a causa da crise ao Estado, atua na legitimação do discurso que aponta para a necessidade de reestruturação estatal, por meio do que é tido como “reforma”, e que Behring argumenta, que seja em seu conteúdo, uma “contra-reforma conservadora e regressiva” (Behring, 2008, p.171), no que diz respeito a perda de direitos conquistados.

O alcance hegemônico do pensamento neoliberal, de acordo com Pereira (2015), veio a se dar, entre outros fatores, a partir do esmorecimento¹¹ do socialismo e do fascismo na década de 1980, somado ao endosso advindo de organizações bancárias internacionais como o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Acerca desse endosso, destaca-se o que ficou conhecido como Consenso de Washington, que de acordo com Souza:

Se caracterizou por uma reunião entre os principais organismos financeiros – que centraliza o poder político-econômico mundial, como o FMI e o BIRD

¹⁰ Em concordância com Pereira, a crise pode ser entendida como integrante inerente do modo de produção capitalista. Isto é, “Trata-se na verdade de uma crise cíclica ou regular do capitalismo pelo excesso de produção sobre a demanda por bens de capital e de consumo. Tal descompasso propicia queda brusca da produção com consequências e recessivas tanto do ponto de vista econômico como social” (Pereira, 2015, p.4)

¹¹ Cislighi destaca a queda do Muro de Berlim em 1989, foi um fator determinante na propagação da doutrina neoliberal, uma vez forneceu o “suporte ideológico necessário à ofensiva do capital, que propugnava, então, o fim da história com a vitória definitiva do capitalismo como forma de organização social” Cislighi (2020).

– para o redirecionamento e para uma possível “saída da crise”. O Consenso de Washington estruturou mecanismos e táticas de resposta à crise para legitimar novas estratégias políticas ideológicas que contribuíssem para a aceitação da ideia do “fim da história” e da consolidação do “pensamento único” no sentido da impossibilidade da construção de alternativas à ordem capitalista independentemente da classe, categoria e setores da sociedade (Souza, 2012, p.46).

A partir desse consenso, ocorrido em 1989, foi ditado, especialmente para os países capitalistas periféricos, um conjunto de medidas, diretrizes que passaram a nortear a prática da doutrina neoliberal. Essas medidas segundo Cislighi:

Passaram então a ser consideradas a única racionalidade possível na garantia da estabilização e do crescimento econômico e compreenderam: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, contrarreformas tributárias regressivas, juros de mercado, abertura comercial, eliminação de restrições ao investimento externo direto, privatização das empresas estatais, desregulamentação da economia e dos direitos dos trabalhadores e defesa do direito de propriedade intelectual por meio de patentes (Cislighi, 2020).

Salienta-se que na América Latina, de acordo com Stocco e Pandolfi (2020), a adesão ao neoliberalismo teve seu início a partir de meados da década de 1970, primeiramente no Chile e posteriormente na Argentina, no México e na Venezuela, com as experiências tendo um maior aprofundamento na década de 1980. Há de se destacar nesse sentido, ainda concordância com Cislighi (2020), que o momento em que a agenda neoliberal é alçada mundialmente coincide com o período em que no Brasil, estabeleciam-se os esforços de mobilização popular em prol do fim da ditadura, a favor das eleições diretas, especialmente a partir do movimento de “Diretas Já”, com o início do processo de redemocratização, marcado ainda pela promulgação da Constituição Federal. Behring destaca acerca dessa última que:

O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, humanos e políticos [...] mas manteve fortes traços conservadores, como a ausência de enfrentamento da militarização do poder no Brasil [...], a manutenção de prerrogativas do Executivo, como medidas provisórias, e na ordem econômica (Behring, 2008, p.143).

Nesse sentido, é certo afirmar que vem recaindo a partir desse período, diversos ataques advindos da agenda neoliberal sobre as conquistas e avanços da classe trabalhadora. Em concordância com Silva (2011), pode-se dizer que a Seguridade Social em sua totalidade, conceito adotado na Constituição, que diz respeito ao tripé composto pela Assistência Social, Saúde e Previdência Social, tornou-se um dos alvos do neoliberalismo e de sua contrarreforma, o que passou a ocasionar um processo de dilapidação da seguridade social, no que se refere aos seus aspectos mais progressistas.

Salienta-se como esse processo de espraiamento e incorporação do neoliberalismo no Brasil, tem como um de seus marcos a ascensão de Fernando Collor de Mello (1990-1992) à presidência. Behring aponta que o discurso de Collor era pertencente ao “dos setores insatisfeitos com a Carta Constitucional” (Behring, 2008, p.144)”, sendo o candidato à presidência “um representante fiel da classe dominante” (Cislaghi, 2020). Lima aponta que esse governo “foi marcado pela abertura da economia as importações, pelo início do processo de privatização das empresas estatais [...]” (Lima, 2010, p.287).

Durante o mandato de Collor, reitera-se que houve a adoção explícita de um posicionamento avesso ao usufruto dos direitos conquistados na constituição, condizente com o que já foi abordado no que se refere aos vetos do presidente à legislação do SUS. Dentro dessa perspectiva, Soares traz à tona que:

O período de seu curto mandato marcou o início da implementação do SUS, que sofreu inúmeras investidas em meio ao momento de refluxo dos movimentos sociais e do movimento de reforma sanitária. Tais investidas se caracterizaram pela **inviabilização do sistema na forma de seu marco legal constitucional**, pela tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, pela redução do volume de recursos para a saúde, pelo adiamento sistemático da 9ª conferência Nacional de Saúde, pela reprodução de políticas racionalizadoras, contencionistas e de ações pontuais no âmbito da saúde pública, com **valorização do mercado privado de saúde** (Soares, 2020b, p.62, grifos nossos).

Embora o neoliberalismo no Brasil tenha sido incorporado com Collor, foi a partir da eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que ocupou a presidência por dois mandatos, de 1995 a 1998 e de 1999 a 2002, que essa agenda veio a se consolidar (Antunes, 2005). Segundo Lima, os dois mandatos de FHC foram marcados pela “redução dos gastos públicos na área social, dependência científica e tecnológica e reforma da aparelhagem estatal” (Lima, 2010, p.287).

Os feitos do governo FHC exteriorizaram-se em congruência com o receituário difundido pelo Consenso de Washington. A partir da premissa de crise do Estado, com a predominância de um discurso de que essa se configurou em consequência dos “modelos de desenvolvimento adotados pelos governos passados, relacionada aos custos das demandas sociais” (Souza, 2012, p.48), em 1995, foi publicado o Plano Diretor de Reforma do Estado. Esse documento, de acordo com Behring, “tratou-se de uma revisão do conceito de Estado e uma refundação da relação Estado-sociedade” (Behring, 2008, p.178). Ainda em

concordância com essa autora, a partir da referida revisão, seria necessário empreender uma:

“Reforma” que passaria por transferir para o setor privados atividades que podem ser controladas pelo mercado, a exemplo das empresas estatais. Outra forma é a descentralização, para o “setor público não estatal”, de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado [...] (Behring, 2008, p.178).

Em virtude dessa contrarreforma, como já elucidado anteriormente, Behring (2008) argumenta que as políticas sociais passaram a sofrer alterações fundamentais, especialmente com a publicização que instituiu parcerias com sociedade para o controle e financiamento do que é tido como não exclusivo do poder do Estado, como a saúde, educação, cultura e pesquisa científica (Behring, 2008). Nesse sentido, a saúde passou a contar com a possibilidade de ter seus serviços prestados por organizações sociais¹², embora no governo FHC, esse modelo de gestão não tenha sido generalizado contando com experiências restritas a determinados estados, por ter ocorrido na implantação, resistência social e política de algumas parcelas do movimento sanitário (Soares, 2020b).

Cabem aqui algumas considerações imprescindíveis para o entendimento de que se é estabelecido um retrocesso nas políticas sociais dentro contexto neoliberal, uma vez que essas são tidas por esse pensamento como:

Paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho, e de preferência, devem ser acessadas via mercado, transformando-se em serviços privados. Nessa perspectiva, os benefícios, serviços e programas sociais deixam de ser direitos sociais para se tornarem direito do consumidor (Behring, 2009, p.76).

Isto é, ocorre uma transformação na compreensão, no acesso e no usufruto de direitos, com esses se inserindo em uma dinâmica onde deixam de ser inerentes a condição de cidadania, passando a serem mercantilizados: com a predominância de uma estratégia de compra e venda, contribuindo para o processo de acumulação do capital. Cislighi reforça essa compreensão ao apontar que as políticas sociais, passam a ser exteriorizadas seguindo:

O trinômio privatização, focalização e descentralização, abrindo novos espaços de valorização para o capital, transferindo para ele fundo público e reduzindo a política social apenas para trabalhadores dos segmentos mais pauperizados (Cislighi, 2020).

¹² As organizações sociais podem ser entendidas, em conformidade com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, como sendo: “entidades do direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária” (Brasil, 1995, p.46). Para aprofundamento do entendimento, com ênfase no Estado de Pernambuco, ver Souza (2012).

Dentro dessa perspectiva, Soares argumenta que a adesão da agenda neoliberal nos mandatos de FHC, a partir dos entrelaço entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, implicou no estabelecer de:

“Inovações” e modificações no interior da política de saúde que giram em torno das medidas de focalização dos serviços de saúde na pobreza, desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil, priorização dos considerados serviços essenciais, e os serviços não essenciais ou de relação custo-benefício inadequada deveriam ser adquiridos via mercado ou taxações específicas (Soares, 2020b, p.72).

A referida autora destaca como nesse mandato, mesmo com a resistência de algumas parcelas do movimento sanitário, as mudanças ocorridas contribuíram para que se estabelecesse uma dicotomia no interior da política de saúde brasileira, sem que houvesse “alteração do seu marco legal original, de modo que o SUS materializado se realiza de forma cada vez mais distante do SUS legalmente instituído” (Soares, 2020b, p.72).

A posse de Luiz Inácio Lula da Silva¹³ (2003-2011) no início dos anos 2000, fomentou a expectativa de que o governo se comprometesse em realizar estímulos sobre o projeto de saúde defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária e consolidado na Constituição, que nos anos de 1990, foi objetado a partir do estabelecimento da associação com o setor privado. No entanto, de acordo com Bravo:

A análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social (Bravo, 2022, p. 102).

Ainda em concordância com Bravo (2022), o Governo Lula foi imbuído pela continuidade da polarização entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista, com ações que em determinados momentos valorizaram o primeiro e em outros valorizaram o segundo, com a prevalência de aspectos de inovação e continuidade no que diz respeito à reprodução e negação da conjuntura e direcionamento neoliberais comuns a década de 1990. No que diz respeito aos aspectos de inovação, a autora argumenta sobre a opção por profissionais engajados na luta da reforma sanitária para ocupar cargos no Ministério da saúde, a volta da concepção de reforma sanitária para agenda do governo e a organização e

¹³ A vitória de Lula em 2002 pode ser tida como pioneira no que se refere a “eleição de um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004, p.49 *apud* Bravo; Menezes, 2011, p.16).

realização, em 2003, da 12ª Conferência Nacional de Saúde. No que diz respeito aos aspectos de continuidade com a contrarreforma que se estabeleceu nos governos anteriores, pode-se citar: “A ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social [...] (Bravo, 2022, p.104)”.

Nota-se que embora o governo tenha adotado um discurso progressista sobre determinados aspectos, ainda assim, prevaleceu a continuidade e o aperfeiçoamento da contrarreforma. O Governo de Dilma Rousseff (2011-2016), não destoou dessa tendência, de acordo com Reis e Paim:

Durante o governo Dilma, o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado. Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo, financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado (Reis; Paim, 2018, p. 103).

No mais, a há de se pontuar que o golpe sofrido pela presidenta Dilma na forma de impeachment em 2016, com a ascensão de Michel Temer (2016-2018), fomentou o início de uma nova etapa na contrarreforma do Estado Brasileiro, que trouxe consequências severas para a política de saúde, de acordo com Soares (2020a). É imprescindível salientar, em concordância com Mauriel *et al.* que o impeachment se deu a partir de um contexto permeado pelo:

Fenômeno do antipetismo, insuflado pelo discurso do combate à corrupção, o avanço do conservadorismo moral, a intensificação da criminalização dos movimentos sociais e uma espécie de satanização da esquerda, em conjunto com o aprofundamento da crise econômica e o desejo político da burguesia de não ter que fazer nenhum tipo de concessão aos interesses dos trabalhadores (Mauriel *et al.*, 2020, p.13).

Assim, de acordo com Bravo, Pelaez e Pinheiro, o governo de Temer configurou:

Uma restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p.12).

Ainda em concordância com essas autoras, pode-se dizer que houve uma intensificação e sofisticação no processo de contrarreforma e privatização da saúde, por meio da adoção de ações como, por exemplo, a proposta de planos de saúde populares, tidos como “acessíveis” a população, contestada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a restrição dos recursos orçamentários por 20 anos, entre outras. Pretende-se destacar entre esses feitos do Governo Temer, a aprovação da Emenda

Constitucional (EC) n. 95 em 2016, que estabeleceu o Novo Regime Fiscal. De acordo com Stocco e Pandolfi (2020):

O novo texto constitucional estabeleceu um limite individualizado das despesas primárias (todas as despesas públicas, excluídas as despesas com encargos financeiros da dívida pública para os diferentes poderes da república. O limite fixado pelo período de 20 anos foi o total dos gastos públicos realizados no ano de 2016, corrigido a cada novo exercício pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ou seja, um congelamento de todos os gastos federais por 20 anos (Stocco; Pandolfi, 2020, p.82).

Essa emenda traduz, no âmbito da saúde, a progressão do quadro de subfinanciamento do SUS para o desfinanciamento. De acordo com estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil, 2016 *apud* Soares, 2020a), uma das consequências da adoção, para a política de saúde, do que se convencionou chamar de “teto de gastos”, é uma perda estimada em aproximadamente mais de 600 bilhões ao longo dos 20 anos.

Por fim, com bases nesses apontamentos acerca dos Governos Collor, FHC, Lula, Dilma e Temer, buscou-se salientar, concisamente, as forma pelas quais se estabeleceram, em cada governo, as ofensivas neoliberais sobre a saúde pública. Sendo que em concordância com Soares (2020b) a partir de Temer e de Bolsonaro, a dilapidação dos direitos da classe trabalhadora se dá de forma mais agravada, como será visto como mais propriedade no item seguinte, que tratará especialmente do Governo Bolsonaro (2019-2022), que integra o objeto do estudo do presente trabalho.

3.2 ULTRANEOLIBERALISMO E AS OFENSIVAS AO SUS NO PERÍODO DE 2019 A 2022

A priori, a fim de promover apontamentos e reflexões sobre as particularidades da conjuntura da política de saúde no Governo Bolsonaro, que apontam para um agravamento no processo de desestruturação da saúde conforme foi estabelecido na Constituição Federal, é necessário abordar o contexto no qual culminou a eleição de Jair Messias Bolsonaro, assim como a agenda defendida por esse. De acordo com Badaró: “A chegada de Bolsonaro ao poder ocorreu em uma combinação de crises no plano econômico, político e social, na qual a legitimidade de um determinado padrão de gestão da dominação de classes se viu

profundamente abalada” (Badaró, 2022, p.29). Isto é, em concordância com a argumentação realizada por esse autor, a crise do capital, marcada pela onda estagnação, que vem se deflagrando no cenário mundial desde 2008, aliada ao processo de intensificação do desgaste, e conseqüente crise, da estratégia de conciliação de classes, comum aos governos petistas de Dilma e Lula, confluuiu para que o até então candidato, Jair Bolsonaro, defensor de pautas conservadoras no que se refere aos costumes e de uma retórica anti-PT e anticorrupção, ganhasse espaço, chegando a vencer a corrida presidencial.

Ainda nessa perspectiva, pretende-se aqui destacar, em concordância com Mauriel *et al.*, que Bolsonaro irrompeu:

No cenário político como representante dos segmentos mais reacionários da política brasileira, arregimentando em seu projeto frações das Igrejas protestantes (sobretudo neopetencostais) e da Igreja Católica, setores da classe média e do pequeno empresariado, das Forças Armadas, além de segmentos da classe trabalhadora empobrecidos e desacreditados “da política tradicional”. De imediato, não representava o projeto dos grandes capitalistas e grande mídia, mas acabou recebendo o apoio (aberto ou velado) destes em função da inviabilidade do candidato mais próximo ao “liberalismo mais letrado” do PSDB, Geraldo Alckimim (Mauriel *et al.*, 2020, p.14).

Salienta-se que Bolsonaro além de ter um passado nas forças armadas, tendo ocupado a posição de Capitão no exército, já possuía uma trajetória política extensa, contando com seis mandatos como deputado federal (1991-2019) e um mandato como vereador do Rio de Janeiro (1989-1991), quando foi alçado ao cargo de presidente, com seu eleitorado concebendo-o como um “homem “providencial”, um “Messias”, corporificado nos bons costumes e na moralidade cristã” (Nogueira, 2023, p.420). Em contraposição a atribuição desse viés messiânico, é interessante ressaltar que desde a época em que era deputado, Bolsonaro já era detentor de um discurso tomado por “todo o tipo de elogio da violência [...] incluindo também a apologia a tortura e a ditadura militar, com fortes doses de misoginia, LGBTfobia, racismo e xenofobia. [...]” (Badaró, 2022, p.26).

A partir dessa caracterização acerca da ascensão de Bolsonaro, não é de se surpreender que seu governo tenha apresentado semelhanças, com a prevalência de aspectos de continuidade em relação ao que foi implantado no Governo Temer, uma vez que o fio condutor entre esses dois pode ser tido como o desenvolvimento de uma “ação política a partir dos marcos das frações do capital neoliberal em comando” (Mascaro, 2019, p.29). Em concordância com Silva (2020), pode-se afirmar que a campanha de Bolsonaro já se mostrava convergente com o que vinha

sendo operacionalizado por Temer, com a manutenção e criação de medidas de cunho neoliberal. Dessa forma, Mascaro aponta que:

Não há nenhuma divergência de mérito entre a política econômica de um e de outro. A alçada para a governança do capital é a mesma: atenção aos ditos mercados e aos interesses financeiros e rentistas; privatizações; rebaixamento das condições das empresas estatais; perda de graus na soberania econômica; desprestígio aos instrumentos de controle social, trabalhista e ambiental. Na geopolítica, são organicamente submissos aos Estados Unidos [...] (Mascaro, 2019, p.29).

Nesse sentido, entre os aspectos de continuidade da contrarreforma, há de se destacar a aprovação da Emenda Constitucional n.º 103/2019, que culminou na contrarreforma da previdência social, que simboliza o descaso para com os direitos da população e o compromisso com a agenda neoliberal, dada as mudanças implantadas no que se refere a proporção da contribuição e o tempo desta. Sendo que essas mudanças vieram impactar radicalmente, tornando ainda mais moroso, além de dificultar, o acesso dos trabalhadores às aposentadorias e pensões.

No que diz respeito à saúde pública, Bravo, Pelaez e Menezes (2020) destacam que já no programa de governo de Bolsonaro, a política de saúde foi tratada com detração, uma vez que as quatro páginas do referido documento que trataram desse âmbito, nem ao menos contemplavam citação ao SUS. No mais, as autoras tecem uma argumentação que aponta para a carência do aprofundamento do que seria empreendido na saúde, com a eleição do candidato, e salientam que o que predominou na agenda que viria a ser preconizada no governo, foi a diretriz de “defesa da privatização em geral, como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas” (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p.199).

Segundo Brandt e Cislighi (2020), no Governo Bolsonaro, a condução da política ultraneoliberal, encabeçada especialmente pelo ministro da economia, Paulo Guedes, se atrelou “a um discurso ultraconservador de responsabilização individual, dessolidarização, desamparo e desproteção aos segmentos mais pauperizados” (Brandt; Cislighi, 2020, p.163). Ainda em concordância com essas autoras, foi nessa conjuntura de “avanço na barbárie social” (Brandt; Cislighi, 2020, p.163), que a pandemia da covid-19 eclodiu no país e no mundo.

De acordo com Matos:

A pandemia provocada pelo novo coronavírus chegou oficialmente ao Brasil no pós-Carnaval de 2020. [...] Em março de 2020, começou a preocupação com o novo coronavírus, Sars-Cov-2, que pode gerar a doença nomeada Covid-19. [...] O Sars-Cov-2 é um vírus, que pode evoluir para uma infecção

respiratória grave e tem uma rápida propagação entre as pessoas (Matos, 2021, p.26).

Destaca-se aqui como a pandemia foi devastadora para a sociedade, desencadeando alta taxa de mortalidade e impactando no aprofundamento das desigualdades sociais. De acordo com estimativa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

O número total de mortes associadas direta ou indiretamente à pandemia de COVID-19 (descrito como “excesso de mortalidade”) entre 1 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021 foi de aproximadamente 14,9 milhões (intervalo de 13,3 milhões a 16,6 milhões) (Excesso de mortalidade [...], 2022).

No que diz respeito ao Brasil, em meados de março de 2022, em uma matéria publicada pela CNN Brasil (Oliveira, 2022), a projeção de mortes no país, de acordo com a plataforma Our World In Data, era de 649.922, o que tornou o Brasil o segundo país com maior taxa de mortalidade, ficando atrás dos Estados Unidos da América, que possuía uma taxa de 952.423 mortes.

As recomendações difundidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para prevenção da contaminação do vírus, giraram em torno da promoção do isolamento social, do uso de máscaras e da higienização dos ambientes e das pessoas. No entanto, Bolsonaro:

Além de desprezar a extensão dos malefícios da COVID-19 desde seu início, o então presidente incitou a população a desprezar o isolamento social, minimizando a importância da medida, já cientificamente comprovada para redução da infectividade. [...] Sob o discurso envernizado de “salvar a economia”, sua verdadeira intenção é expor a classe trabalhadora ao risco de contágio, dizimando a parcela mais vulnerável dessa classe, como uma saída para salvar, de forma desesperada, os lucros e interesses da burguesia em face da crise capitalista de longa depressão (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p.3).

Cabe aqui destacar como o presidente adotou um discurso e postura negacionistas, contribuindo para que no Brasil, não se desenvolvesse efetivamente uma política de enfrentamento ao vírus. Além de falas como:

Eu não sou coveiro [...] Tudo agora é pandemia. Tem que acabar com esse negócio. Lamento os mortos, todos nós vamos morrer um dia. Não adianta fugir disso, fugir da realidade, tem que deixar de ser um país de maricas (Em 15 frases [...], 2023).

O presidente ainda realizou recomendações de medicamentos, sem comprovação de eficácia no tratamento da covid-19, como a ivermectina e a hidroxicloroquina.

Em suma, o que se viu durante o mandato, que coincidiu com o espraiamento da pandemia a partir do surgimento de novas variações do vírus, foi a valorização da economia em detrimento da vida dos cidadãos brasileiros, principalmente no que se refere àquelas camadas com menor poder aquisitivo. No mais, destaca-se que um dos desdobramentos da pandemia foi a agudização das desigualdades sociais, onde grupos historicamente marginalizados, que sofrem com processos de opressão e exploração por classe, gênero e raça, como as mulheres, a população negra e indígena, por exemplo, tornaram-se o público mais afetado. Segundo relatório da OXFAM:

A probabilidade de morrer de Covid-19 é significativamente maior se você for pobre. Se a pessoa é de uma comunidade negra ou indígena, essa probabilidade é ainda mais alta. Em junho de 2020, no Brasil, por exemplo, as pessoas negras foram identificadas com maior probabilidade de morrer que os brasileiros brancos. Naquele momento, se as taxas de mortalidade entre brancos e negros fossem iguais, mais de 9.200 pessoas negras estariam vivas (OXFAM Internacional, 2021, p.15).

Enquanto essa era a conjuntura, em que a perda da vida, da renda, do emprego, somada à intensificação da precarização do trabalho recaia sobre determinadas parcelas da população, o Governo Bolsonaro manteve a continuidade de um posicionamento que pode ser tido como genocida, uma vez que foi permeado pelo desprezo pela vida dos cidadãos brasileiros e valorização da economia acima de tudo e todos. Exteriorizando esse desprezo, pode-se citar os entraves e retrocessos em relação à criação e implementação do auxílio emergencial, que inicialmente conforme a proposta do governo teria parcelas no valor de R\$200,00 e que após contestação no Congresso Nacional, foi aumentado para R\$600,00, sendo que por fim, foi reduzido pelo governo para o valor de R\$300,00.

De acordo com Nogueira:

Comparado aos gastos com a saúde em 2020, os gastos com juros e encargos da dívida poderiam multiplicar sobremaneira tanto as ações e os serviços públicos em saúde, quanto fornecer mais recursos para o auxílio emergencial. Nesse caso, enquanto a saúde teve um incremento de R\$36,28 bilhões, os gastos com juros e amortizações da dívida aumentaram R\$344 bilhões (Nogueira, 2023, p.423).

Partindo disso, torna-se evidente que o posicionamento adquirido pelo presidente foi de indiferença à vida. Nesse sentido, em concordância com Matos (2021), enquanto havia necessidade de valorização e fortalecimento do SUS, da proposta de saúde pública, gratuita e universal, o que se deu foi a configuração de

um SUS à deriva, ainda mais precarizado, sem financiamento suficiente e distante da proposta vinculada à Reforma Sanitária.

Há de se destacar que para além do desfinanciamento que já vinha ocorrendo com o SUS desde a aprovação da EC n.º 95, no Governo Bolsonaro, foi publicada a Portaria MS n.º 2.979/2019, que instituiu o programa Previne Brasil¹⁴ que propunha um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com Mendes, Carnut e Melo (2023), esse programa impactou na redução do financiamento da APS, exprimindo o viés neoliberal de focalização nas políticas públicas, contrariando o princípio do SUS da universalidade na saúde, uma vez que sugere que a partir dos critérios que condicionam o financiamento, haja a centralização “na valorização da pessoa (indivíduo) cadastrada, identificando a “pessoa” mais pobre” (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p.10). A partir do Previne Brasil, o financiamento é orientado “a “pessoa” cadastrada na Unidade de Saúde da Família, tendo em conta sua vulnerabilidade econômica” (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p.10). Nesse sentido, os autores apontam que se configura a lógica do atendimento de saúde ser direcionado e restrito a determinado estrato da população tido como mais vulnerável, corroborando para que a outra parte da população, “descoberta” pelos critérios que instituem a focalização, seja redirecionada para ser atendida no âmbito privado.

Outrossim, reitera-se como a privatização do SUS continuou adquirindo novas proporções durante o Governo Bolsonaro. De acordo com Soares, Correia e Santos (2021):

O processo de privatização do SUS continuou sendo ampliado durante a pandemia, com o repasse da gestão de muitos hospitais de campanha para os modelos privatizantes por meio da contratualização de Organizações Sociais (OS), especialmente (Soares, Correia e Santos, 2021, p.121).

Somado a isso, destaca-se ainda a publicação do Decreto n.º 10.530 de 2020, que embora tenha sido revogado no mesmo ano, expressa de maneira clara o interesse e comprometimento do governo em submeter o SUS aos interesses do mercado, como argumentam Bravo, Pelaez e Menzes (2020). O decreto, que foi alvo

¹⁴ De acordo com Mendes, Carnut e Melo (2023), o programa instituiu uma intensa mudança no que se refere à alocação de recursos federais do Ministério da Saúde aos municípios. A partir do programa ficou “definida a combinação de um conjunto de critérios, agrupados em três componentes: (1) capitação ponderada; (2) pagamento por desempenho; e (3) incentivos a programas específicos/estrangeiros” (Mendes; Carnut; Melo, 2023, p.10). O critério que institui o financiamento restrito a uma determinada parcela da população é o da capitação ponderada. Para um maior aprofundamento nesse eixo temático do financiamento da APS, recomenda-se a consulta de Mendes e Carnut (2020).

de críticas e rechaçamento da parte do Conselho Nacional de Saúde, visava o estabelecimento de um estudo sobre as Unidades de Saúde Básica (UBS) como opção à execução de parcerias com a iniciativa privada, visando a futura privatização dessas.

No mesmo caminho da mercantilização da saúde e destituição da responsabilidade do Estado, houve ainda a proposta de Paulo Guedes, que acabou por não se concretizar, não sendo nem mesmo de conhecimento do Ministério da Saúde, da criação de um voucher para intermediar o acesso à educação e saúde. O voucher pode ser entendido como “[...] uma espécie de vale que o Estado entrega aos cidadãos para que possa pagar, no setor privado, por serviços básicos. Dessa maneira, o Estado deixa de ter a estrutura pública de atendimento da área que usa esse voucher.” (Collucci; Takahashi, 2019).

Nota-se, após esses apontamentos acerca dos elementos que integraram a conjuntura do Governo Bolsonaro, a predominância de ofensivas que culminaram em retrocessos cada vez mais agudos na política de saúde. O SUS que em seus 34 anos de existência, considerando a promulgação de sua Lei Orgânica em 1990, vem sofrendo com um processo de refuncionalização de seus princípios, sem deixar de existir, mas atendendo aos interesses particulares, do mercado, como argumentado por Soares (2020a) e Bravo, Pelaez e Menezes (2020).

4. OS POSICIONAMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO FRENTE AO DESMONTE DO SUS NO PERÍODO DE 2019-2022

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

A partir do que vem sendo analisado no que tange a ofensiva neoliberal e seus impactos na configuração de um paradigma de dilapidação dos direitos conquistados pela classe trabalhadora, há de se destacar como o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, que passou a se reconhecer enquanto integrante e aliada da classe trabalhadora e aos interesses advindos dessa, se situa na referida conjuntura. Nesse sentido, serão empreendidas reflexões sobre o Projeto Ético Político Profissional (PEP) do Serviço Social brasileiro, a partir da perspectiva de que esse projeto é representante da conformação hegemônica assumida pela categoria profissional no que diz respeito a seus princípios, valores éticos, direção sociopolítica, diretrizes de atuação e responsabilidades para com a população usuária, entre outros aspectos.

É necessário sublinhar que para fins do desenvolvimento da argumentação presente neste trabalho, foi necessário optar pela realização de um recorte sobre o PEP, havendo maior ênfase sobre os princípios e valores contidos no Código de Ética Profissional publicado em 1993. Saliencia-se que o Serviço Social em sua trajetória enquanto profissão contou com a publicação de outros quatro códigos, sendo esses: o de 1947, de 1965, de 1975 e o de 1986. A escolha por abordar o Código de 1993, se dá em virtude de sua vigência na atualidade e por esse documento trazer consigo relativa maturidade no que diz respeito a acumulação do debate teórico-metodológico sobre as dimensões ética, política e profissional, exteriorizando-se como um “momento basilar do processo de construção do projeto ético político do Serviço Social no Brasil” (Netto, 2022, p.154).

Postas essas considerações, a fim de iniciar a discussão acerca da construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro, partindo de uma compreensão baseada na teoria social crítica marxista, é necessário compreender que toda e qualquer prática realizada pelos seres humanos é guiada por interesses e valores que denotam um sentido específico em sua execução, como é apontado por Teixeira e Braz (2009). Nas palavras de Netto:

A ação humana, seja individual ou coletiva, tendo em sua base necessidades e interesses, implica sempre em um projeto que, em poucas palavras, é uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar,

com a invocação dos valores que a legitimam e a escolha dos meios para alcançá-la (Netto, 2022, p.142).

Nesse sentido, os projetos profissionais, por corresponderem às projeções de determinada categoria profissional, ou seja, de um conjunto de sujeitos, vem a ser situados no âmbito dos projetos coletivos. De acordo com Barroco, os projetos profissionais “supõem uma formação específica, uma organização de cunho legal, ético e político” (Barroco, 2005, p.65). Para entender a composição ética e política atrelada ao projeto profissional, que faz com que esse se conceba como um Projeto Ético-Político Profissional, é imprescindível articulá-lo na perspectiva de outro tipo de projeto coletivo, de maior abrangência: o societário. Para Netto, os projetos societários são aqueles que:

Apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la. Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade (Netto, 2022, p.142).

Em outras palavras, o que se pretende salientar é que as ações dos profissionais que se dão à guisa do PEP, dos valores e direção determinadas por esse, estão intrinsecamente ligadas a determinada proposição de como a sociedade deve vir a ser estruturada. Teixeira e Braz (2009) apontam que os projetos societários podem ser de manutenção ou de transformação da ordem social. O projeto societário articulado ao PEP do Serviço Social, como veremos adiante, trata-se de um projeto que pressupõe a transformação da sociedade vigente, uma vez que se opõe sistematicamente à ordem capitalista.

Ademais, em concordância com Braz (2008), é interessante destacar que o PEP não se encontra sistematizado em um único documento, sendo, na verdade integrado por elementos distintos articulados entre si, compondo um todo conexo. Nesse sentido, Netto argumenta que os projetos profissionais demonstram:

A autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas e comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais (Netto, 2022, p.144).

Posto isso, pode-se dizer que o projeto profissional é exteriorizado e adquire relevo social a partir de componentes diferenciados que dizem respeito: a dimensão

jurídica-política da profissão, a produção de conhecimentos e a configuração das instâncias político-organizativas (Teixeira; Braz, 2009). Isto é, por meio de elementos como a Lei n.º 8.662 (1993) que se refere a regulamentação da profissão e que dispõe sobre competências, atribuições e organização profissional entre outros aspectos; as entidades representativas da profissão no que se refere ao Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e aos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), entre outras; o Código de Ética Profissional (1993) que dispõe sobre direitos, responsabilidades e princípios e as Diretrizes Curriculares de Formação Profissional (1996), que o PEP do Serviço Social “baliza e direciona o exercício profissional, suas relações e a formação acadêmica, sendo reconhecido no coletivo da profissão do Serviço Social” (Duarte, 2017, p.188).

Partindo da argumentação realizada por Netto (2022), torna-se interessante apontar que embora o PEP seja fruto de uma construção coletiva realizada pela categoria profissional, tendo alcançado hegemonia, ainda assim, não é um projeto exclusivo. Salienta-se que a categoria profissional é diversificada em sua composição e organização, considerando que os sujeitos que a compõem possuem origens, aspirações e preferências distintas. Essa diversidade, principalmente no campo das ideias, implica no pluralismo teórico e político que não é somente comum ao interior do Serviço Social, mas as ações humanas como um todo, o que acarreta a existência e adoção por partes dos profissionais de projetos individuais e societários diferentes do hegemônico.

Tendo em vista essa perspectiva, ao tratar sobre o alcance da hegemonia do PEP do Serviço Social brasileiro, torna-se necessário retroceder, buscando entender as raízes históricas que conformam a construção desse projeto e lograram sua hegemonia. É válido explicitar que o Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, traz em sua gênese contradições, especialmente no que diz respeito a seu significado social. Nas palavras de Yamamoto:

O Serviço Social como profissão, situa-se no processo de reprodução das relações sociais, fundamentalmente como uma atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante entre a classe trabalhadora. Isto é: na criação de bases políticas para o exercício do poder de classe. Intervém ainda, através dos serviços sociais, na criação de condições favoráveis à reprodução da força de trabalho (Yamamoto, 2004, p.100).

É necessário abordar essa perspectiva para compreender que essa contradição inerente à profissão passa a ser questionada a partir do processo de renovação. Nesse sentido, pode-se dizer que o rechaçamento do tradicionalismo e do conservadorismo que pressupunha uma neutralidade sobre a profissão, implicou na necessidade da construção de um novo perfil profissional que contemplasse as transformações e conquistas realizadas pelos setores progressistas da profissão.

Reitera-se que tanto a renovação do Serviço Social quanto a construção do PEP não estão alijados de um contexto histórico mais abrangente que forneceu bases materiais para esses processos. Isto é, desde a década de 1960, a renovação do Serviço Social na América Latina provocou rebatimentos no Brasil, impactando no início do processo de questionamento da parte de uma parcela de assistentes sociais sobre as bases conservadoras da profissão, salientando a introdução da teoria e do método marxista. No processo de renovação do Serviço Social, o Congresso da Virada, ocorrido em 1979, é tido como um marco desse caminho tomado pela profissão no que se refere ao processo de renovação e por conseguinte da construção do novo perfil profissional (Teixeira; Braz, 2009).

No curso da década de 1980, a partir do processo de derrocada da ditadura, de redemocratização e de retomada da mobilização e organização da classe trabalhadora, houve um avanço em torno da construção do PEP. Acerca dessa conjuntura, Netto destaca:

As aspirações democráticas e populares, irradiadas a partir dos interesses dos trabalhadores, foram incorporadas e até intensificadas pelas vanguardas do Serviço Social. Pela primeira vez no interior do corpo profissional, repercutiam projetos societários distintos daqueles que correspondiam aos interesses das classes e setores dominantes (Netto, 2022, p.151).

Como marco desse avanço, tem-se a publicação do novo Código de Ética Profissional em 1986, onde pela primeira vez em meio a referida conjuntura dos anos 1980, os profissionais que compunham o conjunto Conselho Federal de Assistentes Sociais e dos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais (CFAS/CRAS) passaram a deter “a hegemonia marxista e a possibilidade de ruptura com o conservadorismo” (Abramides, 2016, p.468). Barroco e Terra trazem a sistematização das conquistas empreendidas na publicação deste Código; são elas:

O rompimento com a pretensa perspectiva “imparcial” dos Códigos anteriores; o desvelamento do caráter político da intervenção ética; a explicitação do caráter de classes dos usuários [...] a negação de valores a-históricos; a recusa do compromisso velado ou explícito com o poder instituído (Barroco; Terra, 2012, p.48).

Ainda de acordo com Barroco e Terra, o Código de 1986 consagra o comprometimento da categoria profissional para com “a realização dos direitos e das necessidades dos usuários, entendidos em sua inserção de classe” (Barroco; Terra, 2012, p.48).

Salienta-se em concordância com Barroco (2005), e sem ter a intenção de tirar o mérito do Código de 1986, que esse apresentou alguns lapsos, devido ao acúmulo teórico que não pode, no período, prover uma distinção entre a dimensão política da profissão em relação à dimensão ética. Assim, foi necessário que houvesse uma revisão que culminou na publicação do Código 1993, onde alguns desses lapsos foram superados. Ainda na perspectiva desta autora, outro marco no avanço da construção do PEP, foi a implantação do novo Currículo do Serviço Social, em 1982, que assim como o Código de 1986, também foi impactado por esse pouco avanço no que diz respeito à compreensão da dimensão ética, com a ausência de disciplinas como Filosofia e Ética. De acordo com Abramides (2016), a superação dessas lacunas no currículo, só ocorreu com a implantação das Diretrizes Curriculares de 1996, vigente na atualidade.

A partir da década de 1990, em meio a uma conjuntura de espraiamento do neoliberalismo, o PEP é alçado à hegemonia, em concordância com Netto (2022). Cabe citar que o alcance dessa hegemonia se dá em consonância com as superações já citadas dos lapsos existentes do código de 1986. Em meio a referida conjuntura, o Código trouxe consigo a consolidação das responsabilidades, princípios, valores, entre outros elementos que passaram a orientar o exercício e a formação profissional, tendo como base a conformação de:

Uma direção estratégica que se contrapôs à lógica do domínio do capital; reconheceu a liberdade como valor ético central e de autonomia, expansão e plena emancipação dos indivíduos sociais; contrapôs-se a todas as formas de preconceito e estabeleceu sua opção por um projeto profissional articulado a uma nova ordem societária, sem exploração, dominação e opressão social de classe, gênero, raça, etnia, faixa etária e orientação sexual (Abramides, 2016, p. 471).

Ademais é necessário destacar como, ao mesmo tempo, em que houve o processo de consolidação do Código, se deu também, em contrapartida, uma conjuntura que provocou e vem ainda provocando seu tensionamento, visando com que haja uma retomada do conservadorismo, da suposta neutralidade da profissão que implicava em um compromisso, consciente ou não, com os “interesses” do capital, de sua reprodução e ampliação. Teixeira e Braz argumentam que a

simultaneidade em que ocorre a consolidação do PEP frente a conjuntura neoliberal, se entre dá, entre outros fatores:

Porque foi justamente na virada da década de 1980 para a de 1990 que os movimentos sociais das classes trabalhadoras brasileiras, ainda que resistindo a ofensiva do capital e valendo-se dos avanços da década anterior, conseguiram galgar níveis de organização e de mobilização que envolveram amplos movimentos da sociedade, inclusive os assistentes sociais. Essa resistência, ancorada nos movimentos sociais e protagonizada por partidos de esquerda, destacadamente o PT (Partido dos Trabalhadores), foi decisiva para o avanço do Projeto Ético-Político (Teixeira; Braz, 2009, p.16).

Destaca-se como nesse contexto, o PEP consolidado traz consigo um posicionamento da categoria profissional em torno de um projeto societário que “interessa à massa da população” (Netto, 2022, p.158). Isto se explica considerando principalmente os princípios inscritos no Código de Ética de 1993. Esses princípios podem ser resumidos sucintamente como: o reconhecimento da liberdade e da autonomia como condição para o desenvolvimento e alcance da emancipação humana, a defesa dos direitos humanos, da cidadania, da democracia, no que diz respeito ao pluralismo teórico e político, a assunção de um posicionamento em prol da justiça social e da equidade, o respeito à diversidade a partir da oposição às formas de preconceito existentes, o compromisso com a luta e com os interesses da classe trabalhadora, tendo como pressuposto nessa luta o envolvimento do Serviço Social com demais profissões que detenham e também o aperfeiçoamento intelectual do Serviço Social e por fim, o comprometimento com a prestação de serviços com qualidade.

4.2 OS POSICIONAMENTOS CRÍTICOS DO SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES E APONTAMENTOS SOBRE AS PUBLICAÇÕES DO CFESS MANIFESTA NO PERÍODO DE 2019-2022

A partir do que foi abordado acerca da conformação do PEP do Serviço Social brasileiro, buscou-se refletir sobre qual o posicionamento assumido pela categoria frente a intensificação da contrarreforma na saúde pública brasileira na conjuntura dos anos de 2019 a 2022. Para tanto, partindo do entendimento de que o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) se insere como entidade que além de ter as funções de normatizar, orientar, disciplinar, possui ainda o papel de defender o exercício e formação profissional, optou-se por identificar e refletir sobre o

posicionamento assumido pelo referido conselho. Isto é, partiu-se do pressuposto de que o CFESS, juntamente com os CRESS, que possuem abrangência regionalmente e juntos integram o Conjunto CFESS/CRESS, logram-se como entidades representativas do Serviço Social brasileiro, atuando na defesa das pautas defendidas pelo Serviço Social e no endosso ao projeto ético-político profissional comprometido com a defesa dos direitos da classe trabalhadora. Dessa forma, a reflexão e apontamentos elaborados sobre as publicações visam trazer a tona as formas pelas quais o Serviço Social brasileiro se posicionou em meio ao referido período.

As reflexões aqui propostas se deram mediante pesquisa bibliográfica e documental, como já referido na introdução, sobre as publicações do CFESS Manifesta entre o período de 2019 a 2022, que corresponde ao mandato da presidência de Jair Bolsonaro. A escolha pelo período de 2019-2022, se deu inicialmente em virtude do entendimento de que esse período correspondeu ao quadro de avanço do desmonte do SUS a partir da adoção de um posicionamento ultraneoliberal, como já visto ao longo do trabalho, somado ao fato de que junto a pandemia, esse contexto foi marcado pelo avanço de uma conjuntura imbuída pela agudização das desigualdades sociais, intensificação da precarização das relações de trabalho, somada a insegurança perante a possibilidade de contaminação, adoecimento e morte pelo vírus da covid-19.

O debruçamento sobre as publicações do CFESS Manifesta se justifica pela configuração e intuítos assumidos por essa peça comunicacional. Isto é, o CFESS Manifesta, concebido como um informativo, publicado desde 2004, de forma online na página do CFESS, se logra como:

Uma produção que **dá visibilidade aos posicionamentos** e análises do Conselho Federal sobre diversos temas e fatos da sociedade brasileira e internacional. O informativo também expressa nossa defesa do projeto profissional do Serviço Social brasileiro. Buscamos incidir com **reflexões críticas e propostas de ação**, que têm profunda relação com a agenda do Conjunto CFESS-CRESS (CFESS, 2020b, p.10, grifos nossos).

É válido salientar que publicação do CFESS Manifesta não se dá isoladamente, ou seja, alheia a uma articulação mais abrangente no que se refere às ações e articulação do CFESS. Desde meados da década de 1990, o Conjunto CFESS/CRESS vem se situando em torno das discussões acerca da comunicação, defendendo a concepção desta como um direito humano. Essa defesa implica em:

[...] Reconhecer o direito de todos terem voz. Significa reconhecer a comunicação como um direito universal e indissociável de todos os outros direitos fundamentais. É mais do que a liberdade de expressão e o direito à informação. É o direito de todos terem acesso aos meios de produção e veiculação de informação, de possuir condições técnicas e materiais para ouvirem e serem ouvidos, de ter conhecimento necessário para estabelecer uma relação autônoma e independente frente à atual conjuntura de desigualdades do mundo contemporâneo (Urupá, 2016, p.100).

Como marco dessa defesa e desse reconhecimento, tem-se em 2007, a publicação da primeira edição da Política Nacional de Comunicação do Conjunto CFESS-CRESS, que foi resultado de discussões coletivas realizadas no interior dos congressos realizados pelo conjunto. A política pode ser entendida como:

Mais um instrumento político destinado a fortalecer e potencializar a produção e a socialização de informação entre os CRESS e o CFESS e destes com a categoria e a sociedade, na direção de reafirmar o projeto ético-político profissional (CFESS, 2017, p.7).

Dessa maneira, a comunicação feita seja por meio de adesivos, banners, cartazes, livros, brochuras entre outros meios utilizados pelo CFESS, se logra como uma ferramenta tanto na defesa dos direitos, quanto na propagação do compromisso ético-político profissional da categoria para com a população e para com os próprios profissionais do Serviço Social, considerando que:

Sem a comunicação cada pessoa seria um mundo fechado em si mesmo. Pela comunicação as pessoas compartilham experiências, ideias e sentimentos. Ao se relacionarem como seres interdependentes, influenciam-se mutuamente, e juntas, modificam a realidade onde estão inseridas (Bordenave, 2017, p. 22).

Postas essas considerações, há de destacar que no período de 2019 a 2022, houve (18) publicações do CFESS Manifesta, sendo que seis (6) dessas publicações fazem referência direta ao âmbito da saúde. Entre as publicações, estão elencadas por ordem cronológica: “Dia Nacional da Luta Antimanicomial - Saúde não se vende, loucura não se prende”; “Assistentes Sociais na 16ª Conferência Nacional de Saúde - Participação Popular para o Resgate do SUS”; “Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social”; “Dia Mundial da Saúde: em defesa do SUS e da seguridade Social”; “Dia Mundial do Trabalhador/a - Nosso luto, nossa luta”; Dia Nacional da luta antimanicomial: Corações e Punhos cerrados pela liberdade”.

Salienta-se que para fins de viabilização deste trabalho, dado o volume de documentos publicados em meio a limitação do tempo destinado para elaboração da argumentação ora apresentada, foi estabelecido posteriormente, o enfoque nas publicações do CFESS Manifesta entre o período de 2020 a 2021. Por outro lado, esse recorte temporal se justifica, pelo fato desses dois anos terem sido,

respectivamente, marcados pelo início da pandemia da covid-19 e pela alta taxa de mortalidade associada à contaminação pelo vírus, totalizando em 2021 cerca de 424.133 óbitos (Balanço indica [...], 2021).

Dessa maneira, as reflexões e apontamentos baseiam-se no exame das seguintes publicações: “Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social”; “Dia Mundial da Saúde: em defesa do SUS e da seguridade Social”; “Dia mundial do Trabalhador/a: Nosso luto, nossa luta”; “Dia Nacional da luta antimanicomial: Corações e Punhos cerrados pela liberdade”. É necessário ressaltar que as publicações desses documentos foram advindas de diferentes gestões do CFESS. As publicações sobre os impactos do coronavírus, sobre a defesa do SUS e da seguridade social, sobre o dia mundial dos trabalhadores foram veiculadas pela gestão “É de batalhas que se vive a vida!”, que contemplou o período de 2017 a 2020. A publicação sobre o dia da luta antimanicomial foi veiculada à gestão “Melhor ir à luta com raça e classe em defesa do Serviço Social”, que contemplou o período de 2020 a 2023. Embora não pertença ao escopo deste trabalho abordar o que foi desenvolvido pelas gestões¹⁵ faz-se necessário realizar a demarcação entre as publicações, apontando que embora frutos de gestões distintas, percebe-se por meio do exame das publicações do informativo, que há um comprometimento por parte do conselho em prol da defesa dos direitos sociais e humanos em consonância com a reafirmação da efetivação do PEP.

É interessante destacar que cada publicação referencia e contempla uma temática distinta, sendo assim, buscou-se refletir sobre os pontos em comum entre as publicações, que afinal se conectam pelo plano de fundo da conjuntura da pandemia. Nesse sentido, pôde-se refletir como o CFESS se posicionou na defesa da saúde pública, articulando o usufruto desse direito à condição de cidadão e ao exercício da democracia. O posicionamento assumido se mostrou imbuído por uma perspectiva dotada de criticidade que endossa o entendimento do Serviço Social enquanto integrante e aliado a classe trabalhadora. Esse posicionamento torna-se evidente a medida de que o conselho trouxe em seu discurso, que em meio a conjuntura de contaminação e de mortes pelo coronavírus marcada pela omissão e desorganização fomentadas pelo governo:

[...] O perfil das pessoas mortas é predominantemente de trabalhadores/as, **entre os/as quais precisamos registrar também a presença de**

¹⁵ Sobre as particularidades das gestões, no que tange às ações desenvolvidas, consultar os Relatórios de Gestão do CFESS dos anos referidos.

assistentes sociais como parte das equipes que estão realizando atendimentos à população infectada, muitas vezes sem as condições de trabalho adequadas e fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) apropriados ao exercício profissional. [...] **Queremos saudar todos/as os/as assistentes sociais, como trabalhadores/as que têm prestado serviços essenciais e devem ser valorizados pelo seu posicionamento e compromisso em favor das legítimas demandas da população!** (CFESS, 2020a, grifos nossos).

A partir desse endosso, o conselho trouxe ainda a tona a necessidade de articulação coletiva da categoria e da sociedade civil no que diz respeito à mobilização e organização popular em prol da reivindicação pela efetivação de direitos sociais, incluso o direito a saúde. Nessa perspectiva de mobilização e participação popular, pode-se lançar mão da argumentação realizada por lamamoto, que aponta que:

O assistente social não trabalha só com coisas materiais. Tem efeitos na sociedade como um profissional que incide no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, que, por sua vez, tem efeitos reais interferindo na vida dos sujeitos (lamamoto, 2022, p.72).

Partindo disso, ainda em concordância com lamamoto (2022), é certo dizer que a profissão ao incidir sobre o campo dos conhecimentos, de disseminação de uma determinada ideologia, possui a potência, a partir da reafirmação de seu projeto profissional, de contribuir para com o processo de criação de consensos contra-hegemônicos alinhados aos interesses da classe trabalhadora. Dessa maneira, o conselho reafirmou a imprescindibilidade do exercício profissional da categoria em concordância com os princípios e responsabilidades do projeto ético-político, evidenciando a necessidade de fortalecimento do sistema de proteção social concomitantemente a revogação das medidas de cunho neoliberal adotadas até então, ao declarar que:

Neste cenário, reafirmamos a luta contra a privatização da saúde, as contrarreformas e o desfinanciamento que historicamente impediram a concretização de um sistema de proteção social, e reforçamos proposições que caminham para o fortalecimento do sistema público de saúde e da seguridade social e, conseqüentemente, da sua capacidade de enfrentamento ao coronavírus. **Viver não pode ser um privilégio. É antes de tudo um direito a ser garantido pelo Estado**, mesmo nesses tempos de limitados ou inexistentes direitos do trabalho e à vida, e apesar dos limites desta forma de organização da sociedade. Temos o desafio de que a economia e a seguridade não sejam direcionadas para a resolução do endividamento das grandes corporações empresariais e para a retomada harmoniosa dos modos de vida e trabalho de uma minoria privilegiada. **É tarefa coletiva exigir que as medidas estatais se voltem para toda a classe trabalhadora** [...] (CFESS, 2020c, grifos nossos).

Nesse sentido, o que se destaca nas publicações é o posicionamento do CFESS em favor de uma articulação coletiva, em que há o respeito pela autonomia

dos sujeitos, evidenciando que, por si só, isoladamente, os profissionais do Serviço Social não possuem a capacidade transformar a sociedade vigente. Sendo a organização da classe trabalhadora, mediante mobilização e participação popular, destacando os movimentos sociais, essencial para que se configure a possibilidade concreta de questionar e refutar a ordem capitalista em prol da construção de uma nova ordem social, considerando que:

A luta pela afirmação dos direitos é hoje também uma luta contra o capital, parte de um processo de acumulação de forças para uma forma de desenvolvimento social, que possa a vir contemplar o desenvolvimento de cada um e de todos os indivíduos sociais (Iamamoto, 2009, p.1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o desenvolvimento do presente estudo, houve o reforço da compreensão de que embora a saúde seja reconhecida constitucionalmente como um direito, ainda assim, se interpõem entraves no que diz respeito a sua efetivação, fazendo com que a luta empreendida décadas atrás pelo Movimento de Reforma Sanitária, sem deixar de reconhecer a articulação da sociedade civil, esteja longe de ser findada. Isto é, o debruçamento sobre as particularidades dos governos de Collor a Bolsonaro, proporcionou a assimilação dos aspectos de continuidade da dilapidação do direito a saúde, em consonância com o processo mais abrangente de contrarreforma do Estado.

Pode-se dizer que a aproximação das discussões referentes à trajetória da política de saúde, do Serviço Social brasileiro e do desenvolvimento e do alçamento do neoliberalismo a hegemonia, oportunizou a compreensão da potência contida na reafirmação do Projeto Ético-político Profissional, conforme exteriorizado no posicionamento do CFESS. Tornou-se evidente que mesmo que a profissão possua limites intrínsecos ao fato de sua intervenção estar inserida no âmbito de relações sociais imbuídas pelo antagonismo de classes, ainda assim, o Serviço Social detém, por meio de seu projeto profissional, a capacidade e autonomia, embora relativa, de se colocar em favor da classe trabalhadora. Principalmente no que se refere a contribuir no processo dessa classe de se organizar, seja em prol tanto da reivindicação de seus direitos quanto no que se refere a superação da ordem social vigente.

Dessa forma, há de se destacar como a comunicação desenvolvida pelo CFESS, por intermédio do CFESS Manifesta, se mostra imprescindível, sobretudo considerando as implicações e circunstâncias do recorte temporal, no que se refere ao incremento da reafirmação dos princípios, direitos e responsabilidades da categoria, salientando o compromisso estabelecido dessa para com os interesses da classe trabalhadora.

Ao haver o reforço da perspectiva de que a categoria profissional é integrante da classe trabalhadora, o CFESS coaduna para o enfrentamento do messianismo e do fatalismo, os quais são comportamentos que ocorrem ao se adotar um entendimento sobre a profissão que desconsidera as contradições e limitações

inerentes a essa (Iamamoto, 2022). Dessa forma, o conselho assevera as potencialidades e limites que a profissão dispõe, ao haver o reconhecimento de que é necessária uma articulação coletiva, de massa, para que transformações possam incidir sobre a realidade concreta.

Outrossim, é revelante salientar que o trabalho possui limitações atreladas a condição de tempo limitada e ao fato de que embora tenha sido delimitado um recorte temporal, ainda assim, as reflexões e apontamentos ora desenvolvidos, se dão sobre processos e conjunturas dotados de tamanha complexidade. No entanto, buscou-se ao longo do estudo, mediante a metodologia adotada, contribuir para com o entendimento da relevância da reafirmação do projeto profissional, consonante com a defesa da saúde pública de qualidade, gratuita e democratizada. Mesmo que tenha sido explorado que historicamente o Movimento de Reforma Sanitária e o projeto profissional do Serviço Social não tenham tido uma vinculação direta, a reflexão que se tem em vista de evidenciar, é que o exercício profissional dos assistentes sociais balizado pelo projeto profissional é indissociável da luta pela efetivação do direito a saúde pública (CFESS, 2010).

Por fim, ressalta-se a necessidade e importância do empreendimento de estudos futuros que busquem tratar sobre os posicionamentos assumidos pela categoria profissional, frente a uma base analítica mais ampla. Visando a viabilização de reflexões mais aprofundadas, a fim de poder contemplar e contribuir para com a defesa da materialização do Projeto Ético-Político.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. 80 anos de Serviço Social no Brasil: organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo. **Serviço Social & Sociedade**, p. 456-475, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/sdGtjJNHNJQrfKn5zZKf4Sd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER; Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23. p.205.

ANTUNES, Ricardo. **A desertificação neoliberal no Brasil: (Collor, FHC e Lula)**. 2.ed. São Paulo: Editora Autores Associados, 2005.

ARRETCHE, Marta. A política de Saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade *et al* (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

BADARÓ, Marcelo Mattos. Governo Bolsonaro: Neofascismo e autocracia burguesa no Brasil. **Relações Internacionais**, n. 73, p.25-39, mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.23906/ri2022.73a03>. Disponível em: https://ipri.unl.pt/images/publicacoes/revista_ri/pdf/RI73/RI73_art03_MBM.pdf. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

BALANÇO INDICA que 2021 foi o ano mais letal da pandemia no país. **G1**, 31 dez. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/12/31/balanco-indica-que-2021-foi-o-ano-mais-letal-da-pandemia-no-pais.ghhtml>. Acesso em: 02 abr. 2024.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 29-60. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

BARROCO, Maria Lúcia S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, p. 623-636, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/Bfwfs35RRvrQbKwTX9DhnNc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 3.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2005.

BARROCO, Maria Lucia; TERRA, Sylvia Helena. *In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) (org.). Código de Ética comentado*. 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Editora Cortez, 2016. *E-book*. Disponível em: https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/renata.gomes/2020.1/estagio-supervisionado-ii/Bibliografia/complementar/Politica%20social%20-%20fundamentos%20e%20historia%20-%20BEHRING-%20ELAINE.pdf/at_download/file. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008. 304 p.

BEHRING, Elaine Rossetti. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. *In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço social (Orgs.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 68-86, 2009.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, p. 380-398, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nvBCWN369CLGJPQzB6k9HyL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

BORDENAVE, Juan Enrique Díaz. **O que é comunicação?** 1ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2017. (Coleção Primeiros Passos). *E-book*.

BRANDT, Daniele Batista; CISLAGHI, Juliana Fiuza. Desmonte e financeirização da seguridade social em tempos de pandemia. *In: MAURIEL, Ana Paula Ortellas et al. (Orgs.). Crise, ultraliberalismo e desestruturação de direitos*. 1. ed. Minas Gerais: Editora Navegando, 2020. cap. 6, p. 159-180. Disponível em: https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_bc7f095de9134c629452a8d0d4585e8.pdf

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF, Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <https://www.anped11.uerj.br/planodiretor1995.pdf>. Acesso: 20 de jan. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In: Mota et al. (Orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2022. cap. 5, p. 87-111. *E-book Kindle*.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2014. *E-book Kindle*.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *In: Mota et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* 1.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2022. *cap. 3, p.196-215. E-book Kindle.*

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas reflexões. *In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.* 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, [S. I.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 26 abr. 2024.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, [S. I.], v. 10, n. 1, p. 6–23, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i1.19139. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>. Acesso em: 10 dez. de 2023.

BRAZ, Marcelo. Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social. *In: CRESS 7ª Região (org.). Assistente Social: Ética e Direitos.* 5.ed. (rev. e ampl.). Rio de Janeiro: CRESS, 2008. (Coletânea de leis e resoluções). p.78-86. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/etica-e-direitos-volume1.pdf>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. 80 anos de formação em Serviço Social: uma trajetória de ruptura com o conservadorismo. **Serviço Social & Sociedade**, p. 430-455, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/j87K7xkFQgWzfNDGpqr8hnd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 10 dez. 2023.

CASTRO, Eduardo Lazarino de. REFORMA SANITÁRIA E RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: DUAS FACES DE UM MESMO PROCESSO SOCIETÁRIO. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22567/15062>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise.** Esquerda Online, 2020. Disponível em:

<https://esquerdaonline.com.br/2020/06/08/do-neoliberalismo-de-cooptacao-ao-ultran-eoliberalismo-respostas-do-capital-a-crise/>. Acesso: 16 de jan. de 2024.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Parte II - **O neoliberalismo de cooptação como resposta às resistências**. Esquerda Online, 2020b. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/15/parte-ii-o-neoliberalismo-de-cooptacao-como-resposta-as-resistencias/>. Acesso: 16 de jan. de 2024.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: Políticas e organizações de serviços**. 5.ed. São Paulo, Editora Cortez: CEDEC, 2003.

COLLUCCI, Cláudia; TAKAHASHI, Fábio. Ideia federal de voucher para saúde e educação esbarra em falta de exemplos de sucesso. **Folha de São Paulo**, 17 jan. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/01/ideia-federal-de-voucher-para-saud-e-e-educacao-esbarra-em-falta-de-exemplos-de-sucesso.shtml>. Acesso em: 18 de fev. de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Dia mundial das/dos trabalhadoras/es - Nosso luto, nossa luta**. CFESS Manifesta. Brasília: CFESS, 2020a. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2020-CfessManifesta-DiaMundialTrabalhadora.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Dia mundial da saúde: em defesa do SUS e da seguridade social**. Brasília: CFESS, 2020c. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2020-CfessManifesta-DiaMundialSaudeCoronavirus.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Política Nacional de Comunicação - CFESS-CRESS**. 3. ed. Brasília: [s. n.], 2017. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/3a-PoliticaComunicacaoCfessCress-2016.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf; Acesso em: 10 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Relatório Final Gestão: É de batalhas que se vive a vida!** Brasília: [s. n.], 2020b. 144 p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioFinal-GestaoEdeBatalhas2017-2020-CFESS.pdf>. Acesso em: 10 dez. de 2023.

DRAIBE, Sonia Miriam. As políticas sociais e o neoliberalismo: Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista USP**, n. 17, p. 86-101, 1993. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25959>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

DUARTE, Janaína Lopes do Nascimento. Notas sobre o projeto ético-político profissional: fundamentos, construção e desafios. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, [S. l.], v. 15, n. 39, 2017. DOI: 10.12957/rep.2017.30382. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/30382>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 20 de dez. de 2023.

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social**. 6.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2006.

EXCESSO DE MORTALIDADE associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021. **OPAS**, 05 maio. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>. Acesso em: 18 de fev. de 2024.

EM 15 FRASES relembre desprezo de Bolsonaro no combate à pandemia da Covid-19. **Folha de São Paulo**, 03 maio 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2023/05/em-15-frases-relembre-desprezo-de-bolsonaro-pela-pandemia-da-covid-19.shtml>. Acesso em: 18 de fev. de 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, p. 20-29, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVvyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2022. *E-book Kindle*.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 7.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 26. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na cena contemporânea. *In*: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Orgs.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, 2009. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-201608060403123057450.pdf>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 123-145, 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634891>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

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

LIMA, Júlio César França. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? *In*: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPJSV, 2010. p. 277-310. Disponível em: <https://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

MASCARO, Alysson Leandro. Dinâmica da crise e do golpe: de Temer a Bolsonaro. **Margem Esquerda - Revista da Boitempo**, São Paulo, n.32, p.25-32p, maio. 2019.

MATOS, Maurílio Castro de. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia do covid-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n.35, p. 25-25, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5340/2648>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

MAURIEL, Ana Paula Ortellas *et al.* (Orgs.). **Crise, ultraliberalismo e desestruturação de direitos**. 1. ed. Minas Gerais: Editora Navegando, 2020. Disponível em: https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_bc7f095de9134c629452a8d0d4585e8.pdf

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, n. 57, set/dez. 2020. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636/304>. Acesso em: 10 de dez. 2023.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; MELO, Mariana. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, v. 32, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210307pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4nFqGgLQ5wL5wHGjtJfntNS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social – um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo, Editora Cortez, 1995.

MOTA, Ana Elizabete; RODRIGUES, Mavi. Legado do Congresso da Virada em tempos de conservadorismo reacionário. **Revista Katálisis**, v. 23, p. 199-212, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/c3GHp8JjbZ9hqfc3q3YY8GP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

NETTO, José Paulo. III CBAS: Algumas Referências para sua Contextualização. *In*: Conselho Federal de Serviço Social (org.). **30 anos do Congresso da Virada**. Brasília. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2009. Conselho Regional de Serviço Social - São Paulo (CRESS- 9ª Região), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) (coorganizadores). Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-CongressodaVirada-Site.pdf>. Acesso: 10 de dez. de 2023.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 8.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. *In*: Mota *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 1.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2022. 408 p. cap. 1, p. 139-160. E-book Kindle.

NOGUEIRA, Kleiton Wagner Alves da Silva. Crise do capital e governo Bolsonaro: impactos sobre a saúde pública brasileira. **SER Social**, [S. l.], v. 25, n. 53, 2023. DOI: 10.26512/ser_social.v25i53.42090. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42090. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

OLIVEIRA, Ingrid. Brasil chega a 650 mil mortes por Covid-19. **CNN Brasil**, 02 mar. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-chega-a-650-mil-mortes-por-covid-19/>. Acesso em: 18 de fev. de 2024.

OXFAM Internacional. O vírus da desigualdade. Jan. 2021. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/download/13203/>. Acesso em: 16 de fev. de 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o CEBES**. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6419/1/PAIM%20JS.%20Texto%20CEBES.pdf>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. *E-book Kindle*.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 9, n. 2, p. 1–21, 2015. DOI: 10.20396/sss.v9i2.8634888. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634888>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

PORTES, Melissa Ferreira; PORTES, Lorena Ferreira. A formação profissional em Serviço Social no Brasil: uma trajetória construída por avanços e desafios. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social da UFRJ, n. 40, p. 213-227, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/32748>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

SANTOS, Vanderlei Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: A política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **(Des) estruturação do trabalho e condições para a universalização da Previdência Social no Brasil**. 2011. 359 p. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/8716>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

SILVA, Robson Roberto. A dinâmica da neoliberalização e os ataques a seguridade social no Brasil. *In*: MAURIEL, Ana Paula Ortellas *et al.* (Orgs.). **Crise, ultraliberalismo e desestruturação de direitos**. 1. ed. Minas Gerais: Editora Navegando, 2020. cap. 5, p. 129-158. Disponível em: https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_bc7f095de9134c629452a8d0d4585e8.pdf

SOARES, Raquel Cavalcante. A contrarreforma na política da saúde e o Serviço Social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo. *In*: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; BERNARDES, Franciani (Orgs.). **Contrarreformas ou revolução: respostas ao capitalismo em crise**. São Paulo: Editora Cortez, 2020a. p.111-130.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social**. Recife: Editora UFPE, 2020b. *E-book*. Disponível em:

<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/70/120/322>. Acesso em: 04 jan. 2024.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.140,p. 118-133, jan/abr, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.241>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de jan. de 2024.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

SOUZA, Nathália Cristina Rodrigues de. **“Novos” modelos de gestão da saúde em Pernambuco e rebatimentos na prática dos Assistentes Sociais nas Unidades de Pronto Atendimento**. 2012. 121 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10680/1/DISSERTACAO%20Nathalia.pdf>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

STOCCO, Aline Faé; PANDOLFI, Aline Fardin. Golpe e (contra) reforma no Brasil: os limites do capitalismo dependente. In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; BERNARDES, Franciani (orgs.). **Contrarreformas ou revolução: respostas ao capitalismo em crise**. São Paulo: Editora Cortez, 2020. cap. 3, p. 74-95.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Orgs.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, 2009. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_-braz-marcelo-201608060407431902860.pdf. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

URUPÁ, Marcos. Sociedade da informação, Direitos Humanos e Direito à comunicação. In: SOUSA JÚNIOR, José Geraldo de *et al.* (Orgs.). **O direito achado na rua: Introdução crítica ao Direito à comunicação e à informação**. Brasília: FAC-UNB, 2016. p.100-110. DOI: <https://doi.org/10.26512/9788593078064> Disponível em: <https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/view/26/203/879>. Acesso em: 10 de dez. 2023.