

UFF – Universidade Federal Fluminense
ESS – Escola de Serviço Social
PPS – Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social
Mestrado em Política Social

JEFFERSON FERRAZ GONÇALVES

**O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO
HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, NO
RIO DE JANEIRO, NOS ANOS DE 2020 E 2021:
Entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19**

UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE

Niterói –

Janeiro de 2023

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

JEFFERSON FERRAZ GONÇALVES

**O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO
HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, NO
RIO DE JANEIRO, NOS ANOS DE 2020 E 2021:
Entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social.

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ANTONIO DE SOUZA MORAES

Niterói – RJ
Janeiro de 2023

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG Gerada com informações
fornecidas pelo autor

G635t Gonçalves, Jefferson Ferraz
 O trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de
 Bonsucesso, no Rio de Janeiro, nos anos de 2020 e 2021 : Entre
 a "epidemia da precarização" e a pandemia da Covid-19 /
 Jefferson Ferraz Gonçalves. - 2023.
 121 p.: il.

 Orientador: Carlos Antonio de Souza Moraes.
 Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
 Escola de Serviço Social, Niterói, 2023.

 1. Política de Saúde. 2. Hospital. 3. Serviço Social. 4.
 Trabalho Profissional. 5. Produção intelectual. I. Moraes,
 Carlos Antonio de Souza, orientadora. II. Universidade Federal
 Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD - XXX

JEFFERSON FERRAZ GONÇALVES

**O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL FEDERAL DE
BONSUCESSO, NO RIO DE JANEIRO, NOS ANOS DE 2020 E 2021:
Entre a “epidemia da precarização” e a pandemia da Covid-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social.

Aprovado em 31/01/ 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes
Universidade Federal Fluminense – Orientador

Prof^a. Dr.^a Valentina Sofía Suárez Baldo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – 1^a Examinadora

Prof^a. Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna.
Universidade Federal Fluminense – 2^a Examinadora

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer neste trabalho primeiramente a minha família que foi fundamental no incentivo aos meus estudos desde a infância e permitiu chegar até aqui, de maneira especial a minha mãe Yolanda Ferraz Gonçalves, minha tias avós Glória do Carmo de Barros Campos e Maria Aparecida Ferraz de Barros. Agradeço por todo apoio e suporte oferecido durante este período do mestrado pelo meu companheiro Luiz Paulo Campos Pestana, futuro jornalista pela UFRJ, e ao Billy. Agradeço ao meu orientador, professor doutor Carlos Antonio de Souza Moraes (PPGPS/UFF), pelas correções, dicas e estímulo em momentos de dificuldade na minha vida, momentos em que pensei reiteradas vezes em desistir do curso. Agradeço também ao Colegiado e à Coordenação do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense a confiança ao permitir meu ingresso pela segunda vez no curso e pela dilação do prazo para conclusão que me foi tão necessária em virtude das inúmeras dificuldades que tive nos últimos tempos . Meu agradecimento às professoras doutoras: Valentina Sofía Suárez Baldo (UERJ), Mônica de Castro Maia Senna (PPGPS/UFF) e Josélia Ferreira dos Reis (JFRJ), que gentil e prontamente aceitaram o convite para a banca avaliativa deste trabalho, desde a qualificação até a defesa, cujas contribuições foram fundamentais ao aperfeiçoamento do mesmo. Agradeço aos meus colegas de caminhada de mestrado, dentre eles Carla de Souza Matos por toda força, dicas e compartilhamento de informações. Agradeço a Jéssica Suzano Luzes, ex-colega de trabalho no HFB, cientista social e atualmente doutora e servidora da educação na UFRJ que muito me apoiou desde o processo de seleção no mestrado até a conclusão desta jornada. Ao Vagner Renato Mattos Ferraz , assistente social e chefe da Unidade de Cadastro do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) e aos colegas do setor, pelo suporte em minhas ausências ao trabalho para dedicar às atividades do mestrado. Meu agradecimento especial para a equipe do Serviço Social do HFB, que forneceu subsídios para a sua realização, assim como a Direção da unidade, pela autorização de uso dos dados nesta pesquisa. A todos e todas muito obrigado, sem vocês este trabalho não seria possível.

RESUMO

Esta dissertação de mestrado objetiva investigar os limites enfrentados na processualidade do trabalho e as estratégias construídas pelo Serviço Social do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), no Rio de Janeiro, no curso da pandemia da Covid-19 (2020-2021). Para o seu desenvolvimento, recorre a análises relativas à política de saúde brasileira pós-Constituição Federal de 1988, reconhecendo as implicações do projeto neoliberal no Brasil, a partir dos anos 1990, bem como as disputas e as contradições no campo da saúde, com destaque para a centralidade da cultura médico-hospitalocêntrica na implementação da política de saúde brasileira, articulada a redução de seu financiamento e a precarização dos serviços de saúde, particularmente, os serviços hospitalares. Tais elementos caracterizam o cenário da política de saúde no Brasil pré- Covid-19 e, além disso, destacamos outra particularidade: a histórica atuação de assistentes sociais na saúde, sendo um dos principais campos de contratação profissional, especificamente em hospitais. Ao considerar tais elementos, reconhecemos que o mérito científico da pesquisa os investiga, a partir de análises relativas ao contexto da pandemia da Covid-19 e de um incêndio ocorrido no HFB, em 2020. Metodologicamente, a pesquisa, de natureza qualitativa, recorreu ao estudo de tipo bibliográfico e documental, sendo este último, por meio de relatórios e documentos de acesso público disponíveis no sítio do Tribunal de Contas da União e documentos de acesso restrito, produzidos pela equipe de Serviço Social do HFB. Para o trabalho com os documentos de acesso restrito, submeteu-se a proposta à Plataforma Brasil, recebendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado ao HFB. De forma geral, as conclusões apontam que os limites identificados no trabalho profissional correspondem a aspectos estruturais e conjunturais vinculados a sociabilidade capitalista, em um contexto de radicalismo neoliberal, de crise sanitária e catástrofe social. Já as estratégias de trabalho adotadas pelo Serviço Social do HFB foram forjadas no terreno das dimensões da competência profissional: teórico-metodológica, ético- política e técnico-operativa, confirmando os pressupostos iniciais da pesquisa.

Palavras- chave: Política de Saúde, Hospital, Serviço Social, trabalho profissional, Pandemia da Covid-19.

ABSTRACT

This master's thesis aims to investigate the limits faced in the process of work and the strategies constructed by the Social Service of the Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), in Rio de Janeiro, during the course of the Covid-19 pandemic (2020-2021). For its development, it resorts to analyzes related to the Brazilian health policy after the Federal Constitution of 1988, recognizing the implications of the neoliberal project in Brazil, from the 1990s, as well as the disputes and contradictions in the field of health, with emphasis on for the centrality of the medical-hospital-centric culture in the implementation of the Brazilian health policy, articulated with the reduction of its funding and the precariousness of health services, particularly hospital services. Such elements characterize the scenario of health policy in Brazil before Covid-19 and, in addition, we highlight another particularity: the historical performance of social workers in health, being one of the main fields of professional hiring, specifically in hospitals. When considering such elements, we recognize that the scientific merit of the research investigates them, based on analyzes related to the context of the Covid-19 pandemic and a fire that occurred at HFB, in 2020. Methodologically, the research, of a qualitative nature, resorted to the bibliographical and documental study, the latter being through reports and documents of public access available on the website of the Federal Court of Accounts and restricted access documents, produced by the HFB Social Service team. For the work with restricted access documents, the proposal was submitted to Plataforma Brasil, receiving a favorable opinion from the Research Ethics Committee linked to the HFB. In general, the conclusions indicate that the limits identified in professional work correspond to structural and conjunctural aspects linked to capitalist sociability, in a context of neoliberal radicalism, health crisis and social catastrophe. The work strategies adopted by the HFB Social Service were forged in the field of professional competence dimensions: theoretical- methodological, ethical-political and technical-operative, confirming the initial assumptions of the research.

Keywords: Health Policy, Hospital, Social Worker, professional work, Covid-19 Pandemic.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: ENTRE O DIREITO UNIVERSAL E AS IMPLICAÇÕES DO PROJETO NEOLIBERAL	15
1.1 Heranças da ditadura militar para a política de saúde brasileira.....	17
1.2 Neoliberalismo, disputas e contradições na política de saúde brasileira dos anos 1990: de Fernando Collor de Melo a Fernando Henrique Cardoso	23
1.3 A política de saúde anterior ao golpe de 2016: os governos petistas de Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Vana Rousseff.....	33
1.4 A política de saúde pós-golpe de 2016 e na agenda de radicalismo neoliberal: os governos de Michel Miguel Elias Temer e Jair Messias Bolsonaro	40
2 HOSPITAL: CENTRALIDADE E PRECARIZAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	49
2.1 A centralidade dos serviços hospitalares na prestação de serviços de saúde no Brasil	49
2.2 A precarização dos serviços público-hospitalares no Brasil.....	56
2.3 Precarização e terceirização do trabalho em hospitais.....	61
3 O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO (HFB), NO RIO DE JANEIRO: IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA DA COVID-19 E DO INCÊNDIO EM 2020	69
3.1 O trabalho de assistentes sociais em hospitais.....	69
3.2 A pandemia da Covid-19 e suas particularidades no Brasil	74
3.3 O cenário da pesquisa: o Hospital Federal de Bonsucesso, a pandemia da Covid-19 e o incêndio em 2020	78
3.4 O trabalho das/dos assistentes sociais no Hospital Federal de Bonsucesso: atribuições gerais e competências profissionais	85
3.4.1 Atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no HFB antes da pandemia da Covid-19	89
3.5 Condições e limites de trabalho	92
3.6 Implicações da pandemia da Covid-19 para a processualidade do trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso, no RJ: Estratégias profissionais	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS.....	112

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado é vinculada a “Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social” e à linha de pesquisa “Formação e trabalho profissional nas políticas sociais”, do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense (PPGPS-UFF), e objetiva investigar os limites enfrentados na processualidade do trabalho e as estratégias construídas pelo Serviço Social do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), no Rio de Janeiro, no curso da pandemia da Covid-19 (2020 – 2021).

O tema se origina ao longo do curso de graduação em Serviço Social, realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no período 2011 a 2019. Naquele momento, a inserção no campo de estágio na área da saúde, mais especialmente na instituição Policlínica Antônio Ribeiro Netto, no centro do Rio de Janeiro, possibilitou a aproximação com o exercício desta profissão neste campo ocupacional, suas atribuições, competências, limites e possibilidades de trabalho, tendo como base de sustentação funcional a política de saúde, o que também demandou nesse período, estudos a seu respeito. Parte destes elementos foi problematizada no trabalho de conclusão de curso intitulado *Avaliação do projeto de acolhimento a usuários em abandono de tratamento de HIV/AIDS*, o que também apontou para a necessidade de novos estudos.

Além disso, desde 2010, fui inserido por meio de concurso como servidor público administrativo do Ministério da Saúde, lotado na Coordenação de Gestão de Pessoas do Hospital Federal de Bonsucesso, permitindo aproximação com a realidade de trabalho na instituição, além da escuta de relatos de diversos profissionais acerca das dificuldades de atuação no hospital, devido ao enxugamento das políticas de saúde – enquanto estratégia capitalista na era de radicalismo neoliberal, o que tem levado a precarização e ao sucateamento de serviços de saúde, particularmente, de hospitais públicos e ataques sistêmicos a servidores lotados nesses hospitais, dentre eles as/os assistentes sociais.

Ao particularizar análises a respeito do trabalho de assistentes sociais no HFB, optamos por abordá-lo a partir da compreensão de sua condição de classe trabalhadora, inserida no processo coletivo de trabalho na unidade, reconhecendo que “o processo de trabalho onde insere o assistente social não é por ele organizado e nem é exclusivamente um

processo de trabalho do assistente social, ainda que dele participe com autonomia ética e técnica” (IAMAMOTO, 1998, p. 107).

A/O profissional de Serviço Social nos hospitais além de enfrentar uma realidade de precarização das políticas de saúde, dentro da lógica hospitalocêntrica, fica secundarizado, relegado a um trabalho acessório em um ambiente centralizado no saber médico, atendendo às demandas que possam dificultar o atendimento voltado para a saúde curativa. A lógica do atendimento centrado no saber médico, segundo Moraes (2020), acaba por hierarquizar e subalternizar as tarefas dos/as profissionais de saúde como os/as assistentes sociais.

Essa abordagem reducionista da saúde [...] tem limitado, desestimulado e reduzido a capacidade e autonomia dos profissionais da equipe de saúde, por meio de tarefas rotineiras, imediatas, emergenciais, de atendimento, cuidado e amenização da situação de dor e sofrimento dos usuários, sem condições adequadas para sua realização [...] restringe o campo de trabalho do/a assistente social a ações complementares e subservientes aos demais profissionais da saúde, ameaçando a dimensão intelectual do trabalho profissional na perspectiva do projeto profissional atual (MORAES, 2020, p. 35).

De forma geral, verifica-se que as/os assistentes sociais no HFB atuam atendendo as demandas que competem ao Serviço Social em toda unidade de saúde, sendo distribuídas/os por clínicas e em serviços, como: Divisão de Emergência, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia, Programa de Diabetes, Oncologia, Cardiologia, Clínica Médica Masculina, Clínica Médica Feminina, Hemodiálise, Serviço de Cabeça e Pescoço, Neurologia e Cirurgia Geral.

Além disso, há o atendimento no Plantão do Serviço Social, onde também é localizada a coordenação do Serviço Social (chefia imediata) e, também há a previsão de atendimento a chamados de outros serviços na própria unidade onde, porventura, não tenha lotação de assistente social fixo/a, como por exemplo, o atendimento a demandas do ambulatório e de usuários externos e seus familiares através de demanda espontânea.

Em relação ao regime de contratação profissional, em 2018 existiam, de acordo com dados obtidos através da Coordenação de Gestão de Pessoas/HFB, 29 assistentes sociais em exercício no Hospital Federal de Bonsucesso, sendo 22 servidores concursadas/os e 7 em regime de contrato temporário. Contudo, atualmente o HFB conta com 17 assistentes sociais concursadas/os e 5 contratados temporariamente.

Esta condição de trabalhador/a assalariado/a, em uma conjuntura de crise e

desfinanciamento da política de saúde, com vínculo de trabalho precarizado, exigência institucional por atendimento imediato e rotinas burocratizadas, impacta na sua relativa autonomia profissional¹, ameaçando a dimensão intelectual do trabalho e o protagonismo da/do assistente social na perspectiva do projeto ético-político profissional².

Diante destes elementos preliminares, o *problema da pesquisa* aqui proposto reside no fato de se compreender como vem se desenvolvendo o trabalho profissional das/dos assistentes sociais no HFB, hospital de alta complexidade, no curso da pandemia da Covid-19, dedicando especial atenção aos limites e as estratégias adotadas pelo Serviço Social na Unidade.

Para tanto, compreendemos os limites como tudo aquilo que impede a/o assistente social de desempenhar suas atribuições com competência crítica frente às demandas dos usuários³, as requisições da instituição⁴ e preconizadas no projeto ético-político profissional.

Já as estratégias serão tratadas como as ações que estas/estes profissionais procuraram desenvolver como forma de enfrentar as adversidades e dificuldades que impactaram no desempenho de suas atribuições.

¹ Sobre a relativa autonomia profissional do/a assistente social, existe uma tensão entre projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, os quais são socialmente forçados a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se. (IAMAMOTO, 2009).

² Moraes (2016) ao abordar o projeto ético-político profissional demonstra que, por meio dos instrumentos legais, assegura direitos e deveres ao/a assistente social. A autonomia profissional por meio dos Conselhos da categoria e articulação com outras categorias profissionais através das lutas coletivas permitem a busca da construção de uma outra ordem societária que possibilite a defesa da qualidade dos serviços prestados aos usuários e o fortalecimento de seus direitos e assim uma nova sociabilidade através de uma prática pautada na perspectiva crítico-dialética, pesquisa e dimensão investigativa na busca do saber-fazer, além do ensino universitário responsável pela qualificação profissional dos futuros/as assistentes sociais.

³ Os diferentes segmentos de trabalhadores, na busca de sobrevivência dirigem-se à sociedade e/ou ao Estado, a partir de demandas que tanto podem ser reveladas de forma clara e precisa como podem ser obscurecidas pela condição humana alienada e alienante e pela complexidade do cotidiano da vida na sociedade do capital, demandas que exigem teoria para serem reveladas e apreendidas no seu sentido e alcance. (VASCONCELOS, 2015).

⁴ As requisições institucionais são impositivas. Ou seja, a consideração e o atendimento necessário às requisições institucionais fazem parte de determinações externas e históricas incontroláveis, as quais estão relacionadas à própria existência do Serviço Social. Essas requisições se revelam através das exigências, implícitas ou explícitas, dirigidas pela instituição/gestores, serviços e demais profissionais ao assistente social/Serviço Social, a partir das finalidades, dos objetivos dos recursos e dos serviços (não) disponíveis na unidade socioassistencial e da correlação de forças vigente (VASCONCELOS, 2015).

Os eixos de análise dos limites do trabalho se pautou no estudo da política de saúde, marcada por um contexto de radicalismo neoliberal, que provoca seu *desfinanciamento* e precarização, além dos impactos da pandemia de Covid-19 e o incêndio sofrido pelo hospital em 2020.

Já para análise das estratégias de trabalho das/dos assistentes sociais no HFB, tivemos como eixos: a dimensão ético-política da profissão, uma vez que o trabalho deste/a profissional deve ser fundamentado nos princípios do Código de Ética Profissional (1993), na Lei de Regulamentação da Profissão (8.662/1993), suas competências profissionais e atribuições privativas (artigos 4 e 5), bem como na concepção ampliada de saúde, reconhecendo seus determinantes sociais e a necessária articulação profissional com outras categorias profissionais e com a rede de serviços socioassistenciais.

O estudo dos limites e das estratégias de trabalho construídas pelo Serviço Social no HFB, no Rio de Janeiro, pressupõe que os mesmos estão circunscritos por questões estruturais e conjunturais. Entre tais questões, reconhecemos a relação capital x trabalho em um contexto de crise do capital e de estratégias de enfrentamento a mesma, por meio do projeto neoliberal, da reestruturação do trabalho, da globalização da economia e de seus impactos nas políticas e serviços sociais. Entre tais impactos, verifica-se o *desfinanciamento* da política de saúde e a precarização de seus serviços.

Além disso, pressupõe-se que a processualidade do trabalho de assistentes sociais no HFB é impactada pela pandemia da Covid-19 e pelo incêndio sofrido pela instituição, o qual interditou um prédio da unidade de saúde e fechou diversos serviços que continham o atendimento contínuo do/a assistente social, levando os usuários obrigatoriamente a buscarem atendimento em outras unidades de saúde.

Diante disso, pressupõe-se que as estratégias construídas pelo Serviço Social para superar tais limites têm encontrado terreno nas dimensões que constituem a profissão. No campo teórico-metodológico, tais estratégias vinculam-se a concepção do processo saúde-doença para além da perspectiva médico-biológica, tendo uma compreensão da existência de elementos sociais que provocam o processo de adoecimento dos sujeitos sociais.

A dimensão ético-política está articulada aos projetos elaborados pelo Serviço Social, as alianças construídas com outros profissionais da equipe multiprofissional e que

compartilham de valores profissionais, bem como os elos construídos com a rede de atendimento sócio assistencial, na direção do acesso e defesa dos direitos dos usuários.

Por fim e garantindo a unidade entre as três dimensões, a técnico-operativa, se expressa por meio da construção de projetos de intervenção, no atendimento aos usuários, orientações sociais e abordagens pautadas no conhecimento da realidade e nas demais dimensões que se expressam na intervenção profissional, indissociada da dimensão investigativa.

Diante disso, temos os seguintes *objetivos de pesquisa*:

Objetivo geral: investigar os limites enfrentados na processualidade do trabalho e as estratégias construídas pelo Serviço Social do Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, no curso da pandemia da Covid-19 (2020 – 2021).

Quanto aos *objetivos específicos* pretende-se:

a. Estudar a política de saúde brasileira, como campo de disputas, a partir da Constituição Federal de 1988 e das implicações do projeto neoliberal para as políticas sociais, ao longo dos anos 1990 e 2000;

b. Estudar como a instituição hospitalar adquiriu centralidade no Brasil e os efeitos da precarização na prestação dos serviços público-hospitalares e sobre o trabalho em hospitais;

c. Investigar a processualidade do trabalho de assistentes sociais no Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, a partir das seguintes variáveis: atribuições e competências profissionais, condições, limites e estratégias de trabalho.

d. Analisar os impactos da pandemia da Covid-19 e do incêndio ocorrido no HFB, sobre o trabalho de assistentes sociais do Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro: limites e estratégias de atuação.

Reconhecemos que a área da saúde é, historicamente um dos principais espaços ocupacionais de assistentes sociais no Brasil, atingindo de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2020), o quantitativo de 34.526 profissionais, em maio de 2020. Na particularidade de instituições hospitalares, Miranda (2011) aponta que a atuação profissional se iniciou em 1940, na Policlínica de Botafogo, no Rio de Janeiro e, em 1942,

houve a inserção de assistentes sociais na equipe do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Tais dados demonstram a importância histórica da atuação de assistentes sociais na área da saúde especificadamente em hospitais, onde encontramos o *mérito científico desta pesquisa*, na construção de conhecimento nesta área que, articulada ao recorte geográfico do hospital, tendem a contribuir para análise da processualidade do trabalho, seus limites e estratégias de atuação, especialmente, ao se considerar os novos fatores conjunturais e estruturais – a pandemia do novo coronavírus e o incêndio - que atingiram a unidade de saúde.

Além disso, considera-se os conhecimentos produzidos tendem a contribuir para o aprofundamento de reflexões profissionais e as possibilidades de ensejar encaminhamentos ao trabalho.

Em relação aos *aspectos metodológicos*, para a construção e desenvolvimento desta dissertação, recorreu-se ao materialismo histórico- dialético, reconhecendo o tema a partir de sua condição sócio-histórica e dialeticamente inserido nas contradições existentes na relação entre capital e trabalho e que possui rebatimentos na atuação dessas/desses profissionais na unidade de saúde. Ademais, tratou-se de uma pesquisa de tipo descritiva⁵, de abordagem qualitativa, pautado em análise bibliográfica e documental.

A perspectiva qualitativa compreende que um fenômeno pode ser melhor estudado no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando 'captar' o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno. (GODOY, 1995, p.21)

Godoy (1995) acrescenta que o estudo de caso configura como um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente, ou seja, se refere a um exame detalhado de um ambiente, sujeito ou situação em particular, e procura responder às questões "como" e "por quê" certos fenômenos ocorrem.

O estudo bibliográfico, enquanto fonte secundária de pesquisa, foi desenvolvido a

⁵ As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002, p. 42)

partir de uma perspectiva de revisão de literatura narrativa ou tradicional. Segundo Batista e Kumada (2021, p. 9), “trata-se de uma forma mais abrangente de consulta às produções, sobretudo se comparado aos rígidos protocolos seguidos em uma revisão sistemática”. Neste sentido, recorreremos a produções disponíveis em periódicos científicos da área, publicadas em anais de congressos nacionais e internacionais, coletâneas e livros, que abordam a política de saúde, a instituição hospitalar, a atuação do Serviço Social em hospitais, dentre outros.

Consideramos relevante recorrer as publicações avaliadas por comitês científicos e bancas, a fim de garantir a validade dos dados. Nesses processos, os títulos dos trabalhos foram os primeiros indicativos para identificá-los quanto ao seu conteúdo. Além disso, verificamos os resumos, as palavras-chaves, o sumário e outras informações contidas na obra, para identificá-la como objeto de pesquisa e como conteúdo analisado.

Para o estudo documental⁶, recorreremos aos relatórios do HFB e Ministério da Saúde publicados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) relativos aos anos de 2019, 2020 e 2021, os quais permitiram o mapeamento de dados públicos acerca da unidade de saúde.

Com vistas a identificar a processualidade do trabalho de assistentes sociais no HFB, a pesquisa analisou documentos disponibilizados pela Coordenação de Serviço Social do HFB, por meio dos quais foi possível investigar as variáveis: atribuições e competências profissionais, condições, limites e estratégias de trabalho. Importa registrar que os documentos fornecidos pela unidade de saúde não permitiram o aprofundamento destes elementos sob a alegação da unidade de constarem dados sigilosos e pessoais, o que se apresentou como um limite para o trabalho e as análises desenvolvidas.

Com vistas a análise acerca dos impactos da pandemia de Covid-19 e do incêndio, assim como a investigação sobre os limites e estratégias de trabalho do Serviço Social no HFB nesse contexto, tais informações foram pesquisadas nos relatórios de gestão do Serviço Social de 2020 e 2021, por meio dos quais identificamos elementos como as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social durante a pandemia de Covid-19 e as ações que configuraram as estratégias adotadas no contexto pandêmico e mediante o incêndio

⁶ Consideramos que o estudo documental consiste na realização de uma série de operações que visam estudar documentos no intuito de compreender circunstâncias sociais e econômicas (RICHARDSON, 1999, p. 230).

sofrido pela unidade, assim como os limites encontrados para atuação profissional.

Para acesso aos documentos vinculados ao HFB e ao Serviço Social, o projeto em questão foi submetido ao Comitê de Ética da unidade de saúde, e autorizado por meio dos processos disponíveis na Plataforma Brasil sob o nº 63014622.0.0000.5253 e no HFB processo SEI: 33374.116660/2022-36, tendo em vista que nem todos os documentos possuem domínio público.

Por fim, na fase de tratamento dos resultados buscou-se identificar lacunas de estudos, temáticas recorrentes, convergentes e divergentes com o objetivo de contribuir para ampliação de conhecimentos científicos a respeito do trabalho de assistentes sociais em um hospital de alta complexidade, considerando os determinantes de precarização em voga nos serviços de saúde, a pandemia da Covid-19 e o incêndio sofrido pelo nosocômio.

Tais análises foram sistematizadas nesta dissertação que, por sua vez, se divide em capítulos. No primeiro capítulo procuramos verificar, por meio de uma análise política da política de saúde, como tem se desenhado a política de saúde brasileira pós-Constituição Federal de 1988 e as implicações do projeto neoliberal para esta política nos anos 1990 e 2000. Para tanto, recorreu-se brevemente, ao período da ditadura militar, com vistas a identificar as suas heranças para a política de saúde. Ao adentrarmos nos anos 1990 e 2000, investigamos a política de saúde e algumas ações impetradas por cada governo, procurando identificar as mudanças e continuidades na forma de gestão da política de saúde.

No segundo capítulo, a proposta consistiu em abordar a seguinte contradição: a centralidade e a precarização dos serviços público-hospitalares no Brasil. Recorre a uma breve análise histórica relativa a esta instituição e como ela tem sofrido processos de precarização, que também atinge trabalhadores no processo coletivo de trabalho e que, no contexto atual, tem sido intensificada por meio da terceirização.

No último capítulo analisamos o trabalho de assistentes sociais no Hospital Federal de Bonsucesso, a partir da pandemia da Covid-19 e de seus rebatimentos na unidade de saúde. Neste capítulo, as análises consideram variáveis, tais como: atribuições e competências profissionais, condições, limites e estratégias de trabalho.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: ENTRE O DIREITO UNIVERSAL E AS IMPLICAÇÕES DO PROJETO NEOLIBERAL

O estudo proposto neste capítulo contemplará elementos da política de saúde desenvolvida no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988 e as implicações do projeto neoliberal para essa política nos anos 1990 e 2000. Para tanto, avaliamos ser inicialmente relevante investigar a respeito das heranças da Ditadura Militar para a política de saúde brasileira, até a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, recorreremos a autores que se debruçam nas análises relativas a essa política a partir dos anos 1990.

Para a sua construção, optou-se por recorrer a autores como Baldo e Mattos (2021), Bravo (2009), Bravo e Matos (2001), Bravo *et al.* (2020), Behring e Boschetti (2011), Moraes *et al.* (2020), Paim (2008; 2018), Pereira (2011), Soares (2018), Rizzoto (2009), Andrade (2019), Brandão (2017), Pernasseti (2020).

Pereira (2011) sinaliza que, por meio da política social, direitos sociais se concretizam e necessidades humanas (leia-se sociais) são atendidas. Porém, as políticas sociais possuem um caráter ambíguo e contraditório, cujos interesses divergem a partir de correlação de forças existente entre classes dominantes e dominadas. Para a autora (2020), esta natureza contraditória e complexa da política social, não é explicitada, devido a sua associação com intervenções planejadas, sob forma de provisões públicas para suprir carências vitais, ampliar oportunidades excludentes e reduzir riscos sociais. A este respeito, acrescentam Behring e Boschetti (2011, p. 79):

Se a política social tem relação com a luta de classes, e considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação/cooptação, e que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social. É nesse quadro que se devem observar as medidas esparsas e frágeis de proteção social no país até a década de 1930, embora tais características sejam persistentes e nos ajudem também a pensar os dias de hoje.

Para Lobato (2020), a política social é lugar por excelência de conflitos inerentes a todas as formas de desigualdade e exclusão e, por conta disso se distingue de outras políticas

públicas. A mesma autora compreende ser a política social um campo de conhecimentos das relações sociais no capitalismo, sinalizando que, nos últimos anos ocorreram retrocessos em relação aos avanços na direção democrática e republicana das políticas sociais em virtude do furor moralista, de viés ideológico, que nada mais é do que o desejo de se controlar os corpos e os modos de se viver e pensar.

Pereira (2020), ao fazer um apanhado para a compreensão dos determinantes históricos da política social no mundo, explica que foi entre 1945 e 1975, que os direitos humanos e a proteção social encontraram maior guarida junto às políticas sociais desenvolvidas no período. A autora relata que, foi nesse momento histórico, que ocorreram os maiores ganhos sociais, a exemplo da expansão de taxas de emprego, universalização e gratuidade de políticas sociais básicas, como as de saúde e educação, além de garantias de renda mínima aos que estavam abaixo da linha da pobreza. Por conta dos investimentos na área social, este período ficou conhecido por Estado de Bem-Estar Social.

Porém, Pereira afirma (2020), que esse avanço em relação às políticas sociais não se deu por conta de uma intenção de solidariedade humana, mas por uma forma do capitalismo controlar as sublevações das camadas inferiores da sociedade que ocorriam na época, o que favoreceu o ingresso do capitalismo na sua fase tecnológica:

Mas, até esse momento, o capitalismo de economia mista, ao mesmo tempo em que, por medo, acatava a cidadania social como fato e utopia mudancista – traduzida em políticas sociais nunca antes imaginadas – fez com que o sistema capitalista superasse sua longa fase de catástrofes (HOSBSBAWN, 1992): ele ingressou em uma nova fase tecnológica, de orientação fordista, agigantando-se industrialmente e criando uma economia mundial dinâmica, embora não infensa a crises, desigualdades, tensões sociais e regressões apocalípticas (PEREIRA, 2020, p. 39).

Para Pereira (2020), entre 1976 e os dias atuais, a política social passa por transformações, mediante a erosão do Estado de Bem-Estar Social e a edificação do neoliberalismo, por meio do qual ocorre “uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar” (PEREIRA, 2020, p. 40). Este cenário é agravado pela fusão do ideário neoliberal com valores neoconservadores, no que a autora denomina como “Nova Direita”, provocando desde a década de 1980, a intensificação de ideias:

[...] i) de cunho conservador: exacerbação do nacionalismo; recrudescimento do fundamentalismo religioso, revalorização da família tradicional; desprezo pelas

diferenças; defesa do militarismo; e ii) de cunho neoliberal: fundamentalismo mercantil em detrimento da soberania do Estado; competitividade; supremacia do mérito individual sobre os direitos sociais; endeusamento do trabalho assalariado como a fonte mais digna de satisfação das necessidades humanas; defesa de políticas privatizadoras e desregulamentadoras contra políticas públicas concretizadoras de direitos; aceitação da desigualdade social como estímulo ao trabalho (PEREIRA, 2020, p. 42).

A influência neoliberal sobre as políticas sociais é ascendida no Brasil, sobretudo a partir dos anos 1990. Nesse contexto, as políticas sociais tem deixado de satisfazer necessidades humanas para favorecer os negócios funcionais à rentabilidade econômica privada, tornando-se cada vez mais ativas para o mercado de trabalho, uma vez que “agora é o mercado que rege as políticas sociais e não o Estado” (PEREIRA, 2020, p. 46).

Verificamos, sob indicações de matriz neoliberal, a diminuição de gastos públicos, com cortes orçamentários, especialmente os direcionados para as políticas sociais. Pereira (2020) denuncia que o aparato estatal passa a ser mobilizado por corporações capitalistas globalizadas para que a política social, denominada pela autora como neodireitista, gire em torno da laborização de baixo custo.

Após termos trabalhado alguns aspectos mais gerais acerca das políticas sociais, objetiva-se neste capítulo abordar a política de saúde brasileira, sobretudo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde ganhou *status* de direito, mas ao longo do tempo, sofre os rebatimentos do projeto neoliberal. Para tanto, este capítulo pretende tratar de algumas heranças da política de saúde do período ditatorial, passando pela política de saúde desenhada a partir da década de 1990 com o advento do governo de Fernando Collor de Mello até o governo de Jair Messias Bolsonaro.

1.1 Heranças da ditadura militar para a política de saúde brasileira

A partir de 1964, o Brasil viveu um dos momentos mais sombrios de sua história política com o advento da ditadura militar, regime que durou até 1985. Este tipo de regime possuía caráter autoritário e nacionalista, sendo o período marcado por forte repressão política e censura pelos militares que tomaram o poder sob a “justificativa” de se combater o regime comunista que poderia se instalar no Brasil.

O perigo do comunismo era a desculpa mais usada para justificar a repressão.

Qualquer suspeita de envolvimento com o que fosse considerado atividade subversiva podia custar o emprego, os direitos políticos, quando não a liberdade do suspeito (CARVALHO, 2001, p. 160).

Carvalho (2001) explica que os motivos levados a tomada de poder pelos militares em 1964, vão para além da questão da ameaça ao comunismo. Entre esses motivos, encontram-se a preocupação da ameaça à sobrevivência da organização militar provocada pela divisão ideológica, iniciada em 1945 dentro das instituições militares, entre nacionalistas e populistas de um lado e, liberais conservadores, do outro. Segundo o autor, a tomada pelo poder representaria o expurgo dos inimigos e o retorno ao controlado poder.

Outro elemento está no fato de que militares associados a técnicos civis elaboraram estudos, dentro da Escola Superior de Guerra, sobre os principais problemas nacionais, tendo se aproximado de lideranças empresariais do Rio de Janeiro e de São Paulo que lutavam contra o comunismo e pela preservação da sociedade capitalista, ao mesmo tempo que propunham reformas econômicas e sociais. Tais lideranças participaram do governo Castelo Branco (primeiro governo da ditadura militar) e muitas das ideias desenvolvidas foram aproveitadas pelos governos militares. “Os militares tinham, assim, em 1964, motivos para assumir o governo, julgavam-se preparados para fazê-lo e contavam com aliados poderosos” (CARVALHO, 2001, p. 159, 160).

Segundo Carvalho (2001), entre as ações de repressão e censura ocorridas entre 1964 e 1985 estão o fechamento do Congresso Nacional; cassação e suspensão de mandatos políticos a deputados e vereadores que divergiam com o governo; demissão sumária de servidores públicos; proibição de greves; e censura aos meios de comunicação, dentre outras. Neste período, as políticas sociais em curso no país tiveram condução tecnocrática e conservadora, ocorrendo a expansão dos direitos sociais em meio à restrição de direitos civis e políticos.

[...] no mesmo passo em que se impulsionavam políticas públicas mesmorestritas 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. Essa é uma das principais heranças do regime militar para a política social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 137).

Bravo (2009) acrescenta que, no período ditatorial, a intervenção estatal era pautada pelo binômio repressão-assistência, existindo no Brasil uma política assistencial ampliada, burocrática e modernizada com vistas a aumentar a regulação sobre a sociedade, a fim de canalizar as reivindicações e pressões sociais na defesa da privatização, conseguir legitimidade para o regime militar e servir de mecanismo para acumulação do capital.

Esta autora sinaliza que a política de saúde, neste período, era pensada com vistas à medicalização da vida social, priorizando a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, ocorrendo aumento significativo da saúde com viés previdenciário, privatista e declínio na saúde pública. Dessa forma, a prática médica era orientada para a lucratividade.

Em meados da década de 1970, os impactos provocados pela economia mundial que se abateram sobre o Brasil, permitiram o esgotamento do projeto tecnocrático e modernizador- conservador imposto pela ditadura militar, admitindo uma abertura lenta, gradual e sua transição para a democracia.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação de serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2009, p. 95).

A herança da ditadura militar para as políticas sociais, em especial à saúde, pautada na centralidade da lógica do mercado, dividida entre os que podem ou não pagar, passa a ser questionada na década de 1970 com o advento do Movimento de Reforma Sanitária⁷ que lutava por uma saúde pública, universal e gratuita à toda a população.

⁷ De acordo com informações do site Pense SUS, da Fiocruz, o movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (FIOCRUZ, 2022)

Importante destacar que o Movimento de Reforma Sanitária se fortalece ao mesmo tempo em que ocorre o fortalecimento de outros movimentos sociais com o enfraquecimento do regime militar, por meio do processo de redemocratização que acontecia no país.

Assim é instaurado um processo de tensão entre os defensores de uma política de saúde de modelo privatista, empresarial-médico herdado da ditadura militar e, os defensores de uma saúde pública, gratuita, universal própria do período democratizante e referendada nos ideais da reforma sanitária. Segundo Bravo (2009), a saúde deixou de ser interesse apenas de técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Para Paim (1997), o Projeto de Reforma Sanitária, de caráter reformista, passa a compreender a saúde para além do aspecto biológico, mas atravessado por determinações sociais e históricas, intrínsecas ao processo de reprodução social. Ou seja, há a compreensão de que saúde e doença não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica, mas possuem determinações sociais e históricas, sendo, portanto, um processo social.

Este paradigma orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se referia à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade, nas instituições (PAIM, 1997, p.13).

Bravo e Matos (2001) explicitam que este Movimento é fruto de lutas e permitiu a inclusão de novos sujeitos sociais na arena de debates sobre a saúde, dentre eles os profissionais e intelectuais da saúde, instituições parlamentares, partidos políticos, sindicatos, associações universitárias e comunitárias, comissões de fábrica, movimentos urbanos e rurais, dentre outros.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do estado, a reestruturação do setor através de estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p. 96).

Paim (2008) define Reforma Sanitária como uma reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade, e que essa democratização deve significar a revisão crítica de concepções, paradigmas e técnicas, além de mudanças no relacionamento do Estado e seus aparelhos com a sociedade. Neste sentido, defende que a Reforma Sanitária vai muito além da reformulação de uma política nacional de saúde, mas como um longo processo por sua natureza política, integrando uma totalidade de mudanças, inclusive de ordem ética e cultural.

O dilema reformista, enfrentado como tensão permanente durante todo o processo da Reforma Sanitária, estava dado a partir da interpelação cidadã e da luta pelo direito à saúde, o que implicava necessariamente tomar o Estado – em seu aparato jurídico e administrativo – como lócus privilegiado das práticas reformadoras. Para isto, o que se requeria era a ampliação de alianças e a construção de um novo consenso e de uma nova institucionalidade, enquanto a transformação social das práticas sanitárias e a construção de novos sujeitos políticos e suas estratégias de enfrentamento do conflito provocava tensões, fragmentações e dissensos (FLEURY, 1997, p. 28).

Neste contexto, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília, no ano de 1986, representou um marco histórico para a saúde pública brasileira, pois estabeleceu diretrizes para a reorganização do setor, por meio de um sistema nacional de saúde único e descentralizado, que seria aprovado na Assembleia Nacional Constituinte de 1987. Nessa perspectiva, para Paim :

O conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente incorporado pela Constituição da República e pela legislação infra-constitucional, fundamenta-se em parte da produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil. Do mesmo modo, os princípios e diretrizes relativos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, a democracia e a descentralização conferem uma atualidade dessa produção, sobretudo pela contribuição das ciências sociais ao campo da Saúde Coletiva. Já as propostas de Sistema Único de Saúde, de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, presentes naquele arcabouço jurídico, tiveram como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventista e da saúde comunitária (PAIM, 1997, p. 14).

A proposta de Reforma Sanitária, como um processo político com vistas à democratização da saúde, formalizada por meio da Carta Constitucional de 1988, garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado por meio do artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que

visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Desta forma, a Constituição Federal de 1988 ficou conhecida como a “constituição cidadã”, por contemplar direitos na área social, passando a saúde a fazer parte dos direitos sociais de cidadania, conforme o artigo 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). Neste dispositivo legal encontra-se também a formalização do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Para Baldo e Mattos (2021), a criação do SUS significou o estabelecimento de um subsistema público integrado, com fontes de recursos definida, que beneficiaram principalmente os sem cobertura previdenciária ou privada, a maior parte da classe trabalhadora, mesmo observando altas nas adesões a planos de saúde, que se denominaram como saúde suplementar.

Podemos verificar que a Constituição Federal de 1988 elevou as políticas sociais a um novo patamar no Brasil, como direito de todos e dever do Estado, na perspectiva da cidadania⁸, alijada por governos autoritários e ditatoriais. Dentro deste instrumento legal, verificamos que a saúde, juntamente com a previdência e a assistência social, constituem o denominado tripé da Seguridade Social brasileira.

Para Vianna (2001), a Seguridade Social implica numa visão sistêmica da política social, sendo inscrita na Constituição Federal de 1988, referente a um entendimento da

⁸ Para Fleury (1998), a cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política e a participação ativa dos indivíduos na coisa pública, o que requer o acesso às informações necessárias ao exercício de direitos e deveres. A autora sinaliza ainda que o conceito de cidadania se relaciona com a construção da democracia e que a existência de um sistema político baseado no suposto de uma igualdade básica dos cidadãos é a essência mesma da democracia.

política social como um conjunto integrado de ações como dever do Estado e direito do cidadão, tendo em vista o amparo do cidadão em momentos de dificuldade.

De acordo com o artigo 194 da Constituição Federal de 1988: “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Apesar da proposição legal acerca da Seguridade Social estar presente na Constituição Federal de 1988, o que foi implementado no Brasil nos anos 1990 foi a previdência restrita aos trabalhadores contribuintes, a universalização da saúde e a limitação da assistência social a quem dela necessitar, deixando sem acesso aos direitos da Seguridade Social uma parcela enorme da população (BOSCHETTI, 2009).

[...] a seguridade social ficou apenas sinalizada. A integração prevista requer não só uma proposta de orçamento [...] como também uma gestão efetivamente unificada. Ao contrário, nos anos 90, efetivada a transição do autoritarismo para um regime democrático, a previdência, a saúde e a assistência social foram regulamentadas por leis distintas e institucionalizadas em ministérios diferentes (VIANNA, 2001, p. 174).

Apesar do avanço legal trazido pela Constituição Federal de 1988 em relação às políticas sociais, a entrada dos anos 1990 promove retrocessos na implementação de tais políticas, como ocorreu com a Seguridade Social, que passa a ser atacada, sobretudo com o advento dos ideais neoliberais na particularidade brasileira. A política de saúde, objeto de investigação neste capítulo, não vai ficar de fora desse movimento, como veremos no tópico a seguir.

1.2 Neoliberalismo, disputas e contradições na política de saúde brasileira dos anos 1990: de Fernando Collor de Melo a Fernando Henrique Cardoso

Após o período de redemocratização que permitiu ao Brasil, em finais da década de 1980 construir, aprovar e promulgar a Constituição Federal de 1988, considerada cidadã, os ventos democráticos e de justiça social trazidos por esta carta magna, passam a ser ameaçados por um tipo de projeto de capitalismo que tem no neoliberalismo seu referencial teórico e político, o qual vai à contramão dos direitos sociais.

Para Rizzotto (2009), o neoliberalismo consiste em uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda ação do Estado que limita os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política.

A autora vai explicar que o pensamento neoliberal foi singularizado no ‘receituário’ do Consenso de Washington, expressão que emergiu a partir do encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington, quando se reuniram funcionários do governo americano, especialistas em assuntos latino-americanos, representantes dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas liberais, com o objetivo de realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da América Latina, nas décadas anteriores. Neste encontro, foram definidas as linhas da política macroeconômica, que iriam inspirar as (contra)reformas, denominadas neoliberais, as quais foram implementadas em grande número de países periféricos, como o Brasil, a partir das décadas de 1980 e 1990. As linhas básicas formuladas, no referido encontro, consistiam na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais e na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho.

O movimento neoliberal, para Rizzotto (2009), defendia a tese de que, a crise das décadas de 1970 e 1980, decorria do mau funcionamento do Estado, evidenciado na falta de efetividade, no crescimento distorcido, nos altos custos operacionais, no excesso de endividamento público e na incapacidade de se adequar ao processo de globalização em curso, que teria reduzido a autonomia e a capacidade dos Estados Nacionais para gerirem suas próprias políticas econômicas e sociais. Portanto, seria necessário que as sociedades aceitassem uma redefinição das responsabilidades do Estado, selecionando estrategicamente as ações que o Estado iria desenvolver e as que deixaria de executar. Esperava-se reduzir as atribuições impostas ao Estado e fazer com que os cidadãos se envolvessem mais na solução dos problemas da comunidade.

A autora (2009) explica ainda que, no Brasil, o neoliberalismo foi introduzido

associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se aprofundou nas décadas de 1990 e 2000, reconhecendo suas particularidades. No primeiro caso, com ênfase nas (contra)reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas. No segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla (contra)reforma.

Além disso, Peck (2020), ao ser entrevistado por Pernasetti (2020), explica que o neoliberalismo é um fenômeno híbrido e conjuntural, nunca totalmente realizado como projeto, mas sempre misturado com formas políticas, sociais e institucionais de um determinado contexto. A neoliberalização se caracteriza por constantes fracassos, crises e capacidades de encontrar saídas para se adaptar, permanecendo hegemônica.

Já Brandão (2017) compreende que o neoliberalismo está inserido em um processo contraditório que, nos últimos 35 anos, tem ocorrido de modo diversificado, desigual e dependente, com ênfase na adaptabilidade e em processos contestáveis, que se fazem e refazem de forma concreta e situada em consonância com as experimentações de políticas orientadas pelo e para o mercado.

Para o autor o processo de neoliberalização se deu por meio de duas rodadas de reestruturação regulatória distintas. A primeira, denominada de *Roll-Back*, existe um ataque ofensivo que visa o desmantelamento de instituições públicas, tendo como objetivo a desorganização de centros de poder e espaços burocráticos, o que pode ser visto como exemplo na precarização imposta a unidades públicas de saúde que sofrem com falta de recursos humanos e insumos básicos como seringas e luvas de procedimento.

A segunda rodada denominada de *Roll-Out* se deu por conta da implantação de regulações em conformidade aos designs do mercado, ou seja, ocorreu uma institucionalização de políticas mais concentradas no neoliberalismo que estão em consonância com o mercado. Usando ainda o exemplo das unidades públicas de saúde, observamos esta segunda rodada na imposição do uso de ponto eletrônico de frequência, implantados em hospitais de alta complexidade e na necessidade de servidores públicos terem que se preocupar em bater metas e preencher formulários, impactando no tempo para o cuidado e atendimento de pacientes que procuram a unidade de saúde.

Apesar disso, Pernasetti (2020) comenta que, no nível institucional (político e social) ainda há muita negociação. Para o autor, o neoliberalismo não é essa máquina autorreprodutora que sempre produzirá o mesmo tipo de resultado, o que é possível ser verificado por meio das negociações ainda existentes dentro das unidades de saúde e fora delas junto aos governos por meio da representação sindical.

Behring (2008) explica que, sob argumento da escassez de recursos públicos, de conter o déficit público e evitar a volta da inflação, preconiza-se cortes de gastos estatais para o equilíbrio das contas públicas. Nessa perspectiva, a função do Estado passa a ser apenas a de garantir infraestrutura básica para o bom funcionamento da produção de mercadorias e, a intervenção na economia, deve ocorrer apenas em momentos de crise, com vistas a preservar o capital e a propriedade privada.

Dentro disso, os Estados nacionais restringem-se a: cobrir o custo de algumas infra-estruturas (sob as quais não há interesse de investimentos privados), aplicar incentivos fiscais, garantir escoamentos suficientes e institucionalizar processos de liberalização e desregulamentação em nome da competitividade (BEHRING, 2008, p. 59).

Ademais, os defensores do neoliberalismo não consideram esta crise econômica como uma crise do próprio capitalismo e depositam no Estado e no campo social a culpa pela crise, devendo o Estado arcar com tais custos, através do ataque ao campo social e a máquina pública. A preocupação de fato, não é a superação da crise, mas a manutenção dos lucros ao capital. Para Behring (2008), o neoliberalismo significa mais mercado livre e menos Estado Social. Dessa forma o que se tem é a:

retirada do Estado como agente econômico, dissolução do coletivo e do público em nome da liberdade econômica e do individualismo, corte dos benefícios sociais, degradação dos serviços públicos, desregulamentação do mercado de trabalho, desaparecimento dos direitos históricos dos trabalhadores; estes são os componentes regressivos das posições neoliberais no campo social, que alguns se atrevem a propugnar como traços da pós-modernidade (BEHRING, 2008, p. 58).

Neste contexto, Netto (2009), afirma que estava em curso no Brasil, dois grandes projetos: um pautado na democracia restrita, que procurava diminuir os direitos sociais, por meio do qual o Estado deveria ser mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital (conforme ditames da ideologia neoliberal), e outro, sustentado pelos ideais da democracia de massas, que se pautava na ampla participação social a qual se atribuía ao Estado democrático

de Direito a responsabilidade e o dever de construir respostas às demandas dos trabalhadores.

Estes projetos societários em disputa vão se traduzir na política de saúde nos projetos antagônicos ao longo dos anos 1990: o projeto Privatista da Saúde e o projeto da Reforma Sanitária. Segundo Bravo e Matos (2001), o Projeto Privatista da Saúde é articulado ao mercado, como uma espécie de reatualização do modelo médico-assistencial-privatista pautado nos ideais neoliberais, tendo como proposta a contenção de gastos pelo Estado, a racionalização da oferta dos serviços públicos de saúde que, nesta perspectiva, deve ser focalizada naqueles que não podem pagar, já que os que podem pagar, devem acessar serviços via mercado, através de planos privados e seguros de saúde.

Como disputa ao projeto privatista da saúde, o Projeto de Reforma Sanitária que possui a sua origem no movimento de redemocratização da saúde, nasce com uma base conceitual crítica da política de saúde até então desenvolvida pelo Estado, pautada no paradigma biomédico, restrita à dimensão biológica e individual do processo de adoecimento.

Conforme Machado *et al.* (2017), a vitória de Fernando Collor de Mello no pleito de 1989, permanecendo na pasta presidencial entre os anos de 1990 e 1992, se deu ancorada no discurso de moralização da política e uma coalização centro-direita, tendo como diretrizes a liberalização e a abertura do mercado. Para os autores, um dos retrocessos que rebateu na política de saúde deste governo diz respeito a baixa prioridade na área social, o que ameaçava a sustentabilidade financeira do SUS.

Um avanço na saúde durante o governo Collor, apesar de todo o engajamento governamental dentro dos ideais neoliberais, foi a aprovação de leis direcionadas à saúde, como a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) e a Lei 8.142/1990.

Especificamente a Lei 8080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde. Esta legislação representou um avanço por conceber em seu artigo primeiro a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições ao seu pleno exercício, assegurado acesso universal e igualitário a toda população as ações e serviços de saúde. A Lei coloca como determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física,

dentre outros elementos e, que as ações de saúde, se destinam a garantir as pessoas e a coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, ou seja, temos uma concepção ampliada dos serviços e ações de saúde para além do tratamento da doença em seu aspecto puramente biológico.

Além disso, a Lei 8080/1990 instituiu, em seu artigo 4º, a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta”. Dentre os princípios que norteiam o SUS, merecem destaque a universalidade de acesso aos serviços de saúde que deve estar presente em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e, a igualdade no atendimento sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Já a Lei 8142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Desta forma, a Lei trouxe a previsão legal da existência das Conferências e dos Conselhos de saúde os quais terão representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes (municipal, estadual ou federal).

Os Conselhos de saúde como órgãos colegiados são compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive em relação aos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Machado *et al.* (2017) reconhecem que tais leis recuperaram aspectos relativos ao financiamento e à participação social, deixando em aberto outras definições cruciais, como a política de recursos humanos e a relação com prestadores privados na saúde.

Ainda sobre a política de saúde no governo Collor, Machado *et al.* (2017), ressaltam

que os recursos da Seguridade Social foram comprometidos por atrasos de repasses por conta da inflação, o que provocou cortes frequentes na área da saúde. Apesar deste aspecto negativo, os autores não deixam de reconhecer como avanço que, durante o governo Collor, foram desencadeadas estratégias relevantes que viriam a influenciar as políticas de saúde nos anos subsequentes, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o fornecimento nacional da terapia antirretroviral para pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Bravo e Matos (2001) apontam que, no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), a saúde sofreu muitos vetos orçamentários, em razão de sua adesão ao projeto neoliberal, o que gerou redução de verbas e boicote governamental a implementação do SUS. Tal situação se torna evidente quando observamos o pouco caso deste governo com a saúde pública. Um exemplo de retrocesso se refere ao não comparecimento de autoridades federais na *IX Conferência Nacional de Saúde* (1992), além de proposta de emenda à Constituição Federal de 1988 para a comercialização de sangue e hemoderivados.

Em relação a *IX Conferência Nacional de Saúde*, Bertolozzi e Grecco (1996) afirmam que ela ocorreu impregnada pela comoção social que tomava conta do país frente as evidências de corrupção, nas quais o presidente Fernando Collor estava envolvido. Meses depois, a sociedade civil festejou o *impeachment* do presidente, fenômeno que trazia no seu bojo a possibilidade de volta à democracia e de resgate da cidadania.

Neste período, Baldo e Mattos (2021) também apontam para as Normas Operacionais Básicas (NOB: 1991, 1992 e 1993)⁹, como aquelas que permitiram a operacionalização dos princípios constitucionais do SUS, dispondo sobre os Conselhos de Saúde, repasses de recursos a municípios, procedimentos para a descentralização da gestão de ações e serviços de saúde, ao mesmo tempo em que demonstraram a instabilidade das fontes de financiamento e insuficiência de repasses governamentais ao SUS.

⁹ As Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS) são instrumentos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim a NOB 1991 trouxe instruções para a implantação e operacionalização do SUS nos três níveis de governo, assim como controle, acompanhamento e fiscalização de recursos. A NOB 1992 procurou normalizar a organização e operacionalização da assistência à saúde com vistas a se evitar a descontinuidade de ações e serviços prestados à população e a NOB 1993 buscou disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.

Após o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo, verifica-se no governo de seu sucessor, antes vice-presidente do país, Itamar Augusto Cautiero Franco (1992-1994), segundo Bravo e Matos (2001), algumas limitações no sucateamento do SUS, permitindo a retomada de elementos presentes na Reforma Sanitária, como a influência da sociedade civil nos conselhos de saúde, a municipalização da saúde, conforme a aprovação da Norma Operacional Básica (NOB-93), reativação de movimentos ligados a cidadania, embora neste período, os autores sinalizem que, efetivamente não houve avanços na qualidade de vida da população.

Para Machado *et al.* (2017), no governo Itamar Franco, um retrocesso grave na área de saúde concerne a ausência de repasses do fundo previdenciário associada a instabilidade de outras fontes que provocaram, em 1993, a decretação de “situação de calamidade pública”. Como avanços, os autores abordam, dentre outros elementos, estratégias de transição para estados e municípios assumirem a política de saúde com previsão de transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde, a implementação de comissões intergovernamentais para a pactuação da política em níveis nacional e estadual, e a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). Assim: “buscava-se um modelo de atenção que priorizasse as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e das famílias, em contraposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital” (MACHADO *et al.*, 2017, p. 510).

Em 1994, Fernando Henrique Cardoso (FHC), foi eleito Presidente do país e, em 1995, assumiu a pasta presidencial, sendo reeleito em 1998, governando por dois mandatos, até 2002. Para Brandão (2017), o governo FHC atuou em consonância com a primeira rodada de neoliberação vista anteriormente e conhecida como *Roll-Back*. Assim:

[...] tivemos dois governos FHC (1995/2002), em que foram realizadas típicas estratégias de Roll-Back, de ataque ofensivo e dismantelamento de instituições públicas que regulavam o mercado, liberando suas forças para agir livremente. Foi um momento de privatizações, internacionalização da economia, destruição de postos de trabalho, de direitos e de garantia, com vigorosa repressão aos movimentos sociais (BRANDÃO, 2017, p. 64).

Bravo e Matos (2001), relatam que esse período foi norteador por propostas de cunho liberal na área da saúde e contrárias aos princípios do SUS. Exemplo disso, foi a

proposta de contrarreforma¹⁰ na saúde indicada por esse governo.

Para Soares (2018, p.25) a contrarreforma na saúde não ocorria de forma explícita, abertamente contra os princípios do SUS : “[...] uma estratégia comum a todos eles era a não explicitação da contrarreforma na saúde, apresentando-se no governo FHC como necessidade de aperfeiçoamento da gestão, mas não se posicionando abertamente contra os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]”, isso porque para a autora, a contrarreforma se dava de forma fragmentada, experimental e se espraiando paulatina e continuamente no interior do sistema para burlar possíveis resistências.

No campo das contradições, Paim (2008) também reconhece avanços na saúde durante o governo FHC no que concerne a cobertura do SUS: 95% da população obtinha cobertura na atenção primária, 70% na secundária e 90% na alta complexidade. Além disso, destaca que todos os estados e os 436 municípios respondiam pela gestão plena¹¹ dos seus sistemas de saúde e 4.228 municípios pela atenção básica¹².

Ainda sobre o governo FHC, estes autores apontam para o surgimento da NOB-96 que deu início ao efetivo funcionamento do SUS, regulamentando transferência de fundo entre governo federal, estados e municípios, efetivando a descentralização administrativa, além de regulamentação dos planos e seguros de saúde, preços de medicamentos e estabelecimento dos genéricos.

Esta interação entre o Programa Nacional de Publicização, que criou as OSs, a

¹⁰ “Embora o termo reforma tenha sido largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos 1990 para se autodesignar, partimos da perspectiva de que se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista (...). Cabe lembrar que esse é um termo que ganhou sentido no debate do movimento operário socialista, ou melhor, de suas estratégias revolucionárias, sempre tendo em perspectiva melhores condições de vida e trabalho para as maiorias. Portanto, o reformismo (...) é um patrimônio da esquerda” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.149)

¹¹ Vaqueiro (2019, p. 5-6) ao citar a Portaria nº 384 do Ministério da Saúde, de 04/04/2003, compreende por gestão plena o gerenciamento de todo o sistema municipal de saúde, incluindo seus prestadores de serviços vinculados ao SUS, independente da natureza jurídica ou nível de complexidade. Assim o município exerce comando único e se responsabiliza por todos os serviços de saúde de seu território.

¹² A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.(FIOCRUZ, 2022).

NOB/96, que incentivou a descentralização dos serviços de saúde e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que limitou a contratação de recursos humanos se configurou como um estímulo estatal à privatização da gestão da saúde (BALDO; MATTOS, 2021, p.38).

Um exemplo de programa na saúde do governo FHC, foi o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994. Para Baldo e Mattos (2021), o PSF elevou a atenção básica a patamar de política de Estado. Já Bravo e Matos (2001) apontam que o PSF tem clara orientação focal, priorizando a atenção básica, desarticulada da atenção secundária e terciária, dividindo o SUS em dois: o hospitalar, considerado de referência e, o básico, por meio dos programas focais.

Diante dos elementos analisados nesta seção, concluímos que a política de saúde esteve diante de avanços conquistados pela luta do povo, pautados pelos ideais progressistas presentes na Reforma Sanitária que se transformaram em lei por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual tornou a saúde direito do cidadão e dever do Estado, o que culminou na aprovação do aparato legal constante nas Leis 8080/1990 e 8142/1990. Porém, ao longo da década de 1990, a saúde sofreu retrocessos que se traduzem nos duros ataques com o surgimento de propostas de contrarreformas provocadas pelos governos Collor e FHC, pautadas na ideologia neoliberal, que buscaram a restrição do direito à saúde, focalizando nos mais pobres e precarizando os serviços ofertados à população.

Assim, o que se percebe frente à política de saúde é que, nesse período, há ofensivas que desmontam a proposta do SUS Constitucional e ocorre a priorização de planos de saúde por meio da expansão da saúde suplementar, da ampliação do mercado privado de saúde e da existência de parcerias público-privadas.

Em síntese, na saúde houve inovações institucionais (na regulamentação e financiamento) e avanços no período em termos de expansão de programas específicos e da cobertura dos serviços descentralizados. Porém, as políticas macroeconômicas, a agenda de reforma do Estado hegemônica e a coalizão de forças políticas predominantes não foram favoráveis à superação dos problemas estruturais do SUS. (MACHADO *et al.* 2017, p. 152).

Na sequência, veremos como as políticas de saúde foram tratadas pelos governos petistas (2003 – 2016), no Brasil, nos quais se depositava esperança de mudanças no cenário

que se desenhava até então.

1.3 A política de saúde anterior ao golpe de 2016: os governos petistas de Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Vana Rousseff

Os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), tiveram seu início em 2003, com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva como presidente da república, que governou por 8 anos, uma vez que foi reeleito no sufrágio ocorrido em 2006. Findo seu mandato, venceu o pleito de 2010, a também petista, Dilma Rousseff, primeira mulher presidente do Brasil. Dilma governou de 2011, sendo reeleita em 2014, até sofrer *impeachment*, perdendo seu cargo por meio de um golpe político, em articulação com os setores legislativo e judiciário, e como uma espécie de acordo feito por seus oponentes para retirá-la do poder, em 31 de agosto de 2016.

Quando assumiu o governo, em 2003, Lula recebeu um país que, desde os anos 1990, foi governado a partir de princípios e orientações vinculadas ao ideário neoliberal. A esperança do povo era que o cenário de retirada de direitos sociais pudesse mudar com a ascensão de um governo que representasse os interesses da classe trabalhadora e do povo de maneira geral.

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, acreditava-se que, no Brasil, estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentaria as políticas de ajuste. Não se esperava transformações profundas, diante dos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 16).

Brandão (2017) explica que, durante os governos Lula e Dilma, foram implementadas no Brasil, rodadas de *Roll-Out*, devido a forma como esses governos enfrentaram os modos de governança anteriores, por meio do que denomina “refúgios de defesa” que mesclaram conformação ao mercado com defesa de alguns direitos sociais. Ainda assim,

Mesmo na rodada Roll-Out do Lulismo, que promoveu importante distribuição pessoal da renda, com aumento da homogeneidade social, a chamada distribuição funcional da renda não mudou muito a favor da massa de salários em relação à massa de lucros. Os reinos da finança, do agronegócio e da internacionalização aberta ganham terreno. (BRANDÃO, 2017, p. 65).

Bravo (2009), ao analisar a política de saúde desenhada no governo Lula, identifica

que este manteve, no período em que governou, a polarização entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto Privatista da Saúde. Assim, em algumas ações, fortalecia um em detrimento de outro e, em outras ações, o contrário. Para comprovar a sua tese acerca dessa polarização, Bravo (2009) demonstra a ocorrência de aspectos de inovação do governo Lula e aspectos de continuidade em relação à política de saúde desenvolvida ao longo da década de 1990.

Como avanço, cita a 12ª Conferência Nacional de Saúde¹³ (CNS), realizada em 2003, que teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde e diretrizes a serem incorporadas, além de equacionar problemas do SUS na área de recursos humanos e qualidade de serviços. Apesar disso, segundo a autora (2009), esta conferência não avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária.

Em relação aos aspectos de continuidade, Bravo (2009) explicita a ênfase das ações governamentais na focalização, precarização, terceirização de recursos humanos, subfinanciamento da política de saúde e falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

Em relação a focalização, a autora (2009) destaca o Programa Saúde da Família (PSF), no qual o governo deu centralidade dentro da política voltada para a saúde, mas sem a intenção de transformá-lo em estratégia de reorganização da atenção básica, permanecendo como um programa de extensão de cobertura aos mais carentes, o que foi observado por Baldo e Mattos (2021), quando demonstraram o aumento da cobertura populacional da política de atenção primária, passando de cerca de 10%, em 1998, para 74% da população brasileira, em 2019.

No que concerne à precarização e terceirização de recursos humanos, Bravo (2009) sinaliza como exemplo a questão vinculada à ampliação de contratação de agentes

¹³ Além da 9ª Conferência já abordada no texto, a 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) teve como tema a saúde, cidadania e políticas públicas. Além de tocar em temas como gestão e organização de serviços de saúde, controle social, financiamento e recursos humanos para esta política. Guizardi *et al.* (2004) destacam como elemento desta conferência o enrijecimento normativo do controle social. Já a 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000) propunha a efetivação do SUS por meio de temas como o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Também estiveram nesta última a temática sobre financiamento, modelo assistencial e gestão para a garantia de acesso.

comunitários de saúde (ACS) e outras categorias, sem a devida regulamentação da profissão, além de formas precárias do contrato e a ausência de concursos públicos.

Em relação ao *sub*financiamento na área da saúde pública, sendo este considerado o valor de investimento ou de repasse de recursos públicos dispensados nas políticas de saúde, que tem sido cada vez menor diante das necessidades do SUS, Bravo (2009) considera esse o aspecto mais sério de continuidade da política de saúde dos anos 1990 que permaneceu no governo Lula, uma vez que está diretamente articulado ao gasto social do governo, sendo determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização de recursos humanos.

O financiamento do SUS tem vivido nesses anos alguns problemas tais como: proposta de desvinculação do CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das 'ações de serviços de saúde' incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar, o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS (BRAVO, 2009, p. 106).

Baldo e Mattos (2021) sinalizam, a título de exemplo, que o nível de gasto público com saúde continuou ineficiente, bem abaixo da média praticada em países com sistemas públicos similares, que gira em torno de 8%. No Brasil, durante o governo Lula, oscilaram entre 4,1% (2000) e 6% (2008), sendo que, em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), aumentaram ano a ano, num percentual de 13,8% (2000) e 15,7% (2008).

Ao trazer outros apontamentos sobre o governo Lula, Bravo (2009) comenta sobre o projeto de criação de Fundações Estatais de direito Privado para a gestão de hospitais que, por meio de regimento privado, possui contratação de pessoal via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e não dá ênfase ao controle social, podendo ser implementadas além do âmbito da saúde, atacando áreas como a educação, por exemplo.

Tal proposta foi rejeitada na 13ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 2007, não sendo acolhida pelo governo federal as indicações extraídas dos conselhos e conferências de saúde, o que leva a autora a questionar: “Na atual conjuntura, fica a indagação de como ampliar a participação social se um dos seus mecanismos como os conselhos e conferências

estão sendo banalizados e suas propostas não estão sendo respeitadas” (BRAVO, 2009, p. 07).

Baldo e Mattos (2021) apontam que, neste período, houve expansão do Programa Farmácia Popular, criado em 2004, o qual cresceu de 27 para 534 em número total, no ano de 2010. Em contrapartida, os autores demonstram que, ao mesmo tempo, ocorreu um aumento consideravelmente maior em relação as farmácias de natureza privadas conveniadas ao programa, totalizando 2.955, em 2006.

Apesar de identificarem avanços na saúde pública durante o período aqui estudado, Baldo e Mattos (2021) não deixam de sinalizar, assim como Bravo (2009), para a polarização entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista da saúde, apontando para o crescimento de planos privados de saúde:

No âmbito do setor privado, sua robustez e fortalecimento durante este período são patentes. A taxa de cobertura de planos de saúde (assistência médica) parece ter mantido uma certa estabilidade em todo o período, se consideradas séries históricas que podem não ser equivalentes (BALDO; MATTOS, 2021, p.37).

Com as eleições de 2010, Dilma Rousseff é eleita a primeira mulher presidente do Brasil, ou presidenta, como gostava de ser chamada. Se elege baseada na popularidade que Lula tinha frente ao eleitorado, sendo por ele apresentada como sua sucessora, uma vez que Lula não poderia mais ser reeleito por ter cumprido dois mandatos sucessivos. Conforme mencionado anteriormente, Dilma governou de 2011 até 2016 quando sofreu *impeachment* em seu segundo mandato.

Brandão (2017) ressalta que, após o *impeachment* de Dilma, os processos neoliberalizantes se estenderam tendo em vista mais uma rodada de liberar para o mercado para que este funcionasse sem impedimentos em um movimento de desconstrução institucional e ataque à democracia.

Durante o governo de Dilma Rousseff, assim como no governo Lula, análises apontam para a existência de três projetos em disputa no campo da saúde. Paim (2008) ressalta que o primeiro projeto, considerado conservador, reduz a saúde pública aos pobres e a trata como mercadoria disponível no mercado aos que podem pagar. O segundo, vinculado aos ideais da

Reforma Sanitária, se baseia na Constituição Federal de 1988 e compreende a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, pautado em princípios como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle democrático e, por último, o projeto “reforma da reforma”, que busca reatualizar o anterior em função de ajustes econômicos enfrentados pelo Estado, assegurando um SUS possível, mediante os ajustes neoliberais.

Para Reis e Paim (2018), de fato, o que ocorreu no governo Dilma foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do *subfinanciamento* da saúde pública, com expansão e fortalecimento do setor privado, por meio de estímulos ao crescimento de planos e seguros privados de saúde, incorporação de tecnologias de alto custo, financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado.

Em relação ao *subfinanciamento*, Baldo e Mattos (2021) apontam que, pela Emenda Constitucional nº 29/2000¹⁴, regulamentada somente em 2012, foi conferida alguma estabilidade ao financiamento do sistema de saúde, embora a lei de regulamentação não tenha fixado percentual a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde, reforçando o *subfinanciamento* do SUS.

Com a Lei Complementar nº 141/2012 (LC-141) permaneceram os percentuais mínimos do orçamento para a saúde nos estados (12%) e nos municípios (15%) e foi mantida a fórmula de cálculo da participação da União centrada na variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal, ou seja, manteve o mesmo mecanismo de financiamento do SUS estabelecido 12 anos antes para o nível federal por meio da Emenda constitucional nº 29 (EC-29). (REIS; PAIM, 2018, p. 104).

Como avanço da política de saúde adotada pelo governo Dilma, as análises de Baldo e Mattos (2021) registram a importância do Programa Mais Médicos, criado em 2013, o qual consideram um marco histórico na expansão territorial e populacional do SUS, em seus primeiros 30 anos, que buscou solucionar um problema crônico no que concerne a saúde pública do país: a alocação de profissionais de saúde em regiões remotas e periféricas dos grandes centros urbanos.

¹⁴ A Emenda Constitucional nº 29/2000 altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. (EMENDA CONSTITUCIONAL 29, 2000).

Reis e Paim (2018) pontuam que, no governo Dilma, foram registrados diversos ataques a política de saúde, entre eles, a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; a PEC 451/2014 que propôs planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto empregados/as domésticos/as; tentativa de anistia para multas de operadoras de planos de saúde; rebaixamento do financiamento da Seguridade Social; cortes no Programa Farmácia Popular, com o fechamento de farmácias da modalidade rede própria.

Entretanto os mesmos autores consideram algumas iniciativas que demonstram outros avanços nas propostas durante o governo Dilma para a saúde, como por exemplo: a Política Nacional de Atenção à Saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional; o Programa Mais Médicos; Normatização para o incentivo ao parto normal; a Política Nacional de Atenção Hospitalar; a Política de Educação Permanente em Saúde, entre outras.

Ainda sobre o governo Dilma, o dia 31 de agosto de 2016 marcou um tempo sombrio para a política brasileira, com implicações para as políticas sociais e particularmente as políticas de saúde. Nesta data, uma presidente legalmente eleita (Dilma Rousseff), sofre impedimento, produto de um golpe arquitetado pela elite brasileira detentora do capital, em articulação com setores dos poderes legislativo e judiciário.

Para Reis e Paim (2018) as manifestações que estavam ocorrendo no Brasil desde 2013, provocadas inicialmente pelo aumento de tarifas de transporte público, intensificadas por pautas progressistas e de direitos sociais, com a adesão de grupos políticos e interferência da grande mídia, a fragilização do governo e o crescimento da direita, provocaram a perda de apoio parlamentar e a desestabilização de pautas no Congresso, somado aos escândalos, a exemplo da Lava Jato¹⁵, que atacaram o ex-presidente Lula, sob a justificativa de combate a corrupção. Tais elementos serviram de combustível para alimentar o golpe ocorrido em 2016. Contudo, Reis e Paim (2018), afirmam que essa justificativa de combate à corrupção era apenas um disfarce diante das reais intenções por trás do golpe.

¹⁵ A Lava-Jato foi uma investigação deflagrada em 2014 pelo Ministério Público Federal do Paraná que revelou um esquema de corrupção na Petrobrás e em obras de infraestrutura. Considerada a maior investigação anticorrupção já conduzida na história do Brasil, atingiu centenas de políticos, dentre eles o ex-presidente Lula que enfrentou uma série de processos decorrente da Lava- Jato. Hoje os processos enfrentados por Lula estão todos encerrados ou suspensos porque a justiça considerou não haver provas de que ele havia cometido crimes ou as condenações foram anuladas porque os direitos do petista foram desrespeitados (Estadão, 18/10/2022).

O golpe do capital, urdido desde 2014 através da mídia, de segmentos da classe média e do Parlamento, com a chancela do Judiciário, rompeu o pacto social estabelecido no final da ditadura, atacou a democracia e suprimiu um conjunto de direitos civis, sociais e políticos (PAIM, 2018, p. 1724).

Estes segmentos se sentiam incomodados com o modo de fazer política dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), com o tempo que o PT estava no poder (desde 2002) e sua disposição em olhar para a redução das desigualdades sociais através de algum investimento, em políticas sociais que geraram emprego e renda, conseguindo retirar muitos brasileiros da extrema pobreza, o que aparece como contradição, se considerarmos as análises das políticas de saúde desenvolvidas até aqui.

No período entre 1995 e 2015, Baldo e Mattos (2021) demonstram que o gasto social, embora crescente, esteve marcado por reformas retracionistas, ou contrarreformas nos termos de Behring, influenciadas por recomendações sociais do Fundo Monetário Internacional (FMI), e sinalizam para as seguintes características deste período na área da saúde: a expansão constante da cobertura de seguros; o avanço da gestão privada do público, via organizações sociais sem fins lucrativos; o terceiro setor e a difusão geográfica da estrutura administrativa do SUS.

Uma das consequências da (contra)Reforma do Estado no setor saúde, que expressa a estratégia das classes dominantes de atuação via ‘terceiro setor, foi a privatização da gestão pública dos serviços, que teve expressiva expansão, através da criação de organizações sociais sem fins lucrativos (OSs) e outros tipos de pessoas jurídicas de direito privado, responsáveis pela administração de hospitais e unidades de saúde, mecanismo que foi ironicamente incluído no chamado Programa Nacional de Publicização, implementado em 1998 (BALDO; MATTOS, 2021, p. 38).

O período do governo petista pode ser caracterizado por avanços, retrocessos e pela continuidade do receituário neoliberal, por meio de ações direcionadas pelos três projetos em disputa na saúde pública (PAIM, 2008).

A partir do golpe de 2016, há acentuadas perdas para a população, sobretudo para a classe trabalhadora, sendo esta a maior usuária dos serviços públicos de saúde ofertados pelo SUS. As mudanças que sinalizam para uma amplificação da lógica neoliberal passam a exigir políticas de saúde cada vez mais regressivas, pautadas na restrição, focalização e precarização

dos serviços de saúde, como veremos a seguir.

1.4 A política de saúde pós-golpe de 2016 e na agenda de radicalismo neoliberal: governos de Michel Miguel Elias Temer e Jair Messias Bolsonaro

Com a consolidação do golpe de 2016, a liderança do Brasil é assumida pelo então, vice-presidente, Michel Temer (2016-2018), vinculado ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e, posteriormente, em 2018, é eleito presidente do país, Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), que começou seu governo filiado ao Partido Social Liberal (PSL), desvinculando-se, ainda em 2019, por conta de uma crise política, permanecendo sem Partido até o final de 2021, quando ingressou no Partido Liberal (PL).

A análise proposta supõe, além dos elementos já destacados, reconhecer que o golpe de 2016 e o pós-golpe não estão desvinculados da crise mundial financeira de 2008, o que, para Andrade (2019), provocou uma onda de políticas de austeridade com graves consequências humanas, como: desemprego, redução de salários, precarização do trabalho, endividamento público e privado, desmonte de serviços públicos, dificuldades econômicas e sofrimento social.

Porém, mais do que isso, essa crise financeira, que é uma crise própria do capital em uma era neoliberal, para Andrade (2019), se revela como uma crise de representatividade, pondo em risco tanto a democracia como a economia, sendo verificado em situações como a falta de confiança em governos, parlamentos e partidos políticos, nas abstenções das eleições, na falta de representatividade de sindicatos e no descontentamento com a corrupção.

Andrade (2019) denuncia ocorrer o declínio da capacidade democrática devido a penetração do poder corporativo na formulação da política (interesses privados na definição de leis seja por corporações transnacionais e terceirização de serviços públicos) num verdadeiro sequestro da democracia promovido pela pressão de mercados financeiros e organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Central Europeu (BCE). Assim, o autor afirma que toda tentativa de reinserir a participação popular na tomada de decisão política passa a ser tachada de populismo, sufocando os desafios lançados contra o consenso neoliberal.

Ainda segundo Andrade (2019), a crise global de 2008 preparou uma nova contraofensiva neoliberal, pois as tão indicadas reformas de regulação das finanças cederam lugar a políticas de restrição fiscal e de austeridade que promoveram cortes nos serviços públicos. A ideologia neoliberal passa a exercer sobre a população técnicas de poder inéditas sobre as condutas e as subjetividades.

Para tanto, é preciso fazer com que os comportamentos dos agentes sociais assumam determinadas configuração e regularidade. É preciso, portanto, alguma modalidade de governo das condutas para que o regime de acumulação se materialize socialmente, garantindo a unidade do processo (ANDRADE, 2019, p. 120).

A questão da influência sob as condutas da população e sobre os agentes sociais, próprias dessa nova roupagem neoliberal é possível ser observada quando olhamos para os governos dos presidentes Temer e Bolsonaro, mas sobretudo no governo de Bolsonaro, se considerarmos que as ideias *de Deus, da bala e da bíblia* encontraram terreno fértil e aderência na massa populacional, além da aceitação pacífica da população sobre os efeitos da crise: falta de saúde, educação, emprego, descrédito na política, dentre outros, o que ganhou fôlego no Brasil, sobretudo após os escândalos de corrupção, como o da Lava Jato, nos governos petistas.

A crise reforça o caráter disciplinar e imaginário da lógica do mercado, fazendo com que cada instituição ou indivíduo se adapte a seu princípio normativo, tornando-se ainda mais competitivo e aceitando situações de precariedade que obrigam os demais a agir no mesmo sentido, em um espiral descendente que rebaixa a condição de vida da população. (ANDRADE, 2019, p. 124).

Diante deste cenário, Andrade (2019) explica que atualmente, o neoliberalismo vai buscar cada vez mais, criar estratégias de limitação da democracia. A primeira concerne a limitação da democracia representativa para que esta seja limitada por regras de direito as quais não seriam os direitos humanos fundamentais como propunha a tradição liberal, mas agora as regras passam pela priorização do direito privado e penal. Assim o Estado passaria a ser limitado como uma empresa, pelas leis que ele mesmo promove, ganhando a função de proteger a economia das ameaças públicas ou privadas, construindo um quadro institucional que favoreça a concorrência, fazendo com que a política econômica se torne impermeável aos apelos eleitorais, então “o direito privado destrona assim a política, escapando da deliberação

pública” (ANDRADE, 2019, p. 128).

A segunda estratégia de limitação da democracia, para Andrade (2019), diz respeito a (contra)reforma do Estado segundo o modelo de empresa, importando regras de mercado para o setor público e transferindo parte da soberania para atores privados. Para tanto, ocorre a subordinação de governos nacionais sufocados por dívidas às normas e avaliações de organismos internacionais como o FMI e Banco Mundial (a exemplo do que é visto nos direcionamentos para o enxugamento das políticas sociais propostas por tais organismos), a pressão de corporações transnacionais para que governos aceitem suas demandas com vistas a um “bom clima de negócios”, a reforma gerencial do Estado que vem sendo realizada no Brasil desde 1995, que busca, segundo o autor, “remodelar as organizações governamentais segundo a lógica da gestão privada, define critérios contábeis de eficiência estranhos ao setor público e transfere a formulação e execução de políticas públicas para consultores e gestores que integram o mercado” (ANDRADE, 2019, p. 129).

O último aspecto registrado por Andrade (2019), em relação a estratégia neoliberal de limitação da democracia, por meio da (contra)reforma do Estado, se vincula a terceirização de serviços públicos, o que permite a empresas privadas não apenas a execução desses serviços como a imposição de parâmetros e leis que os regem. A exemplo desses parâmetros, podemos citar a exigência de registro eletrônico de frequência em hospitais públicos de grande complexidade, o que muitas vezes, é incompatível com a lógica e funcionamento de uma unidade pública de saúde de grande demanda, uma vez que um médico não teria como parar uma cirurgia para registrar sua frequência.

Para Andrade (2019, p. 129) “a construção do Estado como empresa, tornado-se permeável a interesses privados, disciplina e limita o poder dos governantes eleitos e transfere o poder de decisão sobre assuntos públicos a atores privados”. Tal situação vai rebater duramente nas políticas sociais, traduzindo-se em retrocessos cada vez maiores a partir dos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

Para ilustrar os retrocessos ocorridos, podemos citar a primeira proposta do mandato interino de Temer na Presidência do Brasil, conhecido pelo documento ‘Uma Ponte para o Futuro’, da Fundação Ulisses Guimarães (2015), ligada ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Esse documento contempla um conjunto de reformas estruturais no contexto brasileiro, que diminui gastos com as

políticas públicas, sob o pretexto de solucionar a crise fiscal e o pagamento da dívida pública para o equilíbrio do orçamento público. (ROSADO; FREITAS, 2020, p. 381).

Seguindo a lógica nefasta do neoliberalismo sobre as políticas de saúde, o governo de Michel Temer privilegiou o setor privado em detrimento da saúde pública, assim aqueles que possuem condições econômicas que paguem pelos serviços de saúde, deixando o serviço público para a classe mais pobre. Desta forma, a proposta envolve um SUS pobre, precário, com serviços mínimos voltados para as classes menos favorecidas, gerando intensificação da privatização da saúde, concebida, mais do que nunca, como uma mercadoria.

De fato, evidencia-se uma profunda instrumentalização do Estado brasileiro em favor dos interesses do capital da saúde, sem qualquer preocupação em atender os interesses da classe trabalhadora. O compromisso explícito do governo nessa fase da contrarreforma da saúde é com as grandes corporações econômicas privadas de saúde (SOARES, 2018, p. 26).

Nesse sentido, é possível observar que o governo Temer não poupou esforços com vistas a dificultar o acesso da classe trabalhadora aos serviços públicos de saúde, a exemplo disso, foi a Emenda Constitucional 95/2016 que “Altera o ato das disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências” (EMENDA CONSTITUCIONAL 95, 2016). Tal medida congelou os gastos na saúde por 20 anos e beneficiou o setor privado, por precarizar ainda mais os serviços ofertados pelo SUS, reforçando a saúde como mercadoria.

Outros elementos de ataques a política de saúde pública no governo Temer podem ser observados em Bravo *et al* (2020). As autoras citam, além da Emenda Constitucional 95/2016, que representa uma perda ao SUS em cifras de R\$ 654 bilhões de reais em 20 anos, a aceleração do processo de contrarreforma do estado no campo da saúde e a continuidade das privatizações e de cortes orçamentários (através da abdicação derecolhimento de impostos que favorece o capital em constante disputa com o orçamento público).

As autoras (2020) também abordam a proposição governamental de planos de saúde “acessíveis” à população; retrocessos na política de saúde mental de base antimanicomial,

com destaque para medidas que estimulam internações em hospitais psiquiátricos e abertura de leitos em hospitais gerais; mudanças na Política de Atenção Básica (PNAB), sem um debate amplo com a sociedade e; articulações com o setor privado de saúde, a exemplo da “Coalização Saúde Brasil” que buscou construir uma rede integrada entre setores público e privado com uma maior participação privada na gestão da saúde.

Ademais, percebemos as contradições na política de saúde em relação à gestão administrativa, pois parcela importante dos recursos públicos é alocada para a rede privada, a qual fornece serviços, instalações e equipamentos utilizados principalmente no âmbito da média e da alta complexidade, contribuindo para o fortalecimento da mercantilização da saúde, como também para a persistência do modelo hospitalocêntrico e curativo. Assim sendo, vem ocorrendo a desvinculação do público para ser injetado nos grandes nichos do mercado financeiro com o incremento das novas gestões da iniciativa privada, a qual acaba monitorando as ações públicas, com o intuito de intensificar o modelo privatista e desconfigurar o direito à saúde pública, universal, igualitária e participativa, conquistado pela classe trabalhadora, estabelecido pela Constituição Cidadã de 1988 e normatizado em seguida pelas Leis 8080/1990 e 8142/1990. (ROSADO; FREITAS, 2020, p. 382).

Todos esses elementos estimularam e estimulam a perspectiva mercadológica para o acesso aos serviços de saúde, o que vai de encontro com a proposta da Reforma Sanitária brasileira, de um SUS público, gratuito e universal, duramente conquistado, graças às lutas dos movimentos sociais, dos trabalhadores e da sociedade organizada.

[...] no governo Temer, a defesa explícita de uma reforma do SUS e de sua inviabilidade nos anuncia que a desconstrução da concepção de direito público na saúde está andando a passos largos, agora alimentada por uma cultura da crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência de gastos com políticas sociais consideradas de cunho populista. Sem dúvida alguma que a inviabilização e/ou profunda restrição de alternativas emancipatórias – mesmo que sob os limites da cidadania burguesa – constitui-se o esteio para o aprofundamento da espoliação de bens e direitos públicos, precisamente o direito à saúde (SOARES, 2018, p. 29).

Já o governo de Jair Messias Bolsonaro, iniciado em 2019, é analisado por Bravo *et al.* (2020), destacando a maior retirada de aportes de recursos das políticas sociais. O liberalismo econômico ao extremo, aliado a um temor pela democracia, geraram ataques às instâncias de

participação e controle social, com a extinção de colegiados e conselhos, uma vez que, sem esses espaços para exercício do poder popular, as decisões são tomadas apenas por técnicos e gestores do governo.

Considerado de extrema-direita, o governo de Jair Bolsonaro representa um aprofundamento desproporcional das marcas neoliberais em curso no país desde os anos 1990, com *desfinanciamento*¹⁶ do SUS, acarretando na precarização e terceirização dos serviços, falta de materiais e equipamentos, além de vínculos trabalhistas instáveis, rebatendo diretamente nos profissionais de saúde que sofrem com a sobrecarga de trabalho, devido ausência de pessoal nos quadros das equipes para dar conta da demanda crescente de atendimentos dentro das unidades públicas de saúde, o que tem levado a atitudes imediatistas ao adoecimento de muitos/as trabalhadores/as.

Com insuficientes recursos, o SUS enfrenta problemas de manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da estrutura pública. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada. Prevalece, assim, um boicote *passivo* através do subfinanciamento público e ganha força um boicote *ativo*, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação (PAIM, 2018, p. 1725).

Para Bravo *et al.* (2020), em relação a saúde, o governo Bolsonaro estimulou a defesa de um setor privado forte, além de diversos ataques à saúde pública, dentre eles a municipalização do subsistema de atenção à saúde indígena; o “choque” de gestão em hospitais federais que, para o governo, seriam melhor geridos por Organizações Sociais(OS’s) do que pela administração pública. Na saúde mental, através da Nota Técnica 11/2019 a Política Nacional de Saúde Mental reduziu a importância dos Centros de Atenção

¹⁶ No que concerne a relação entre subfinanciamento e desfinanciamento na saúde, Funcia (2019) explica que trata-se da redefinição da forma de alocar os recursos orçamentários e financeiros atualmente existentes no Ministério da Saúde, isto é, o subfinanciamento histórico do SUS está sendo substituído pelo desfinanciamento decorrente da EC 95/2016, em que o “fortalecimento do financiamento” das ações de atenção primária em saúde, talvez, seja caracterizada pela redução de atendimento e/ou remanejamento dos recursos em queda mediante a redução dos alocados anteriormente para outras ações como vigilância em saúde, assistência farmacêutica e/ou média e alta complexidade. (FUNCIA, 2019).

Psicossocial (Caps), fortalecendo comunidades terapêuticas e estimulando a compra de choques elétricos, desconsiderando a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial.

No caminho da ofensiva do governo Bolsonaro a saúde pública, Bravo *et al.* (2020), mencionaram a proposta do “Vale Saúde” como mais uma estratégia de transformar a saúde em mercadoria, desobrigando o Estado em relação a saúde pública e desconsiderando os princípios da integralidade/hierarquização do SUS. Uma outra área atacada por este governo, citada por Moraes *et al.* (2020), diz respeito ao atendimento a pessoas que convivem com HIV/AIDS pelo SUS:

[...] em maio de 2019, o Ministério da Saúde rebaixou o Departamento de combate à AIDS a uma Coordenadoria, o que afeta os serviços estaduais e municipais de combate ao HIV/AIDS, com redução de repasse de recursos, maior sucateamento dos serviços e descontrole no processo de avanço da epidemia (MORAES *et al.* 2020, p. 8).

Este efeito nefasto sobre a política de saúde é agravado com o advento da pandemia da Covid-19, que passa a assolar o Brasil a partir de março de 2020, ceifando, em números atuais, quase 700.000 vidas no país. A criminosa falta de ação do governo de Jair Messias Bolsonaro, provocada pela atitude negacionista frente a pandemia, que resultou em milhares de mortes, é a pior marca já herdada deste governo na política de saúde, embora outros elementos devam ser considerados no campo desta política social que foram implementados por este governo ao longo de quatro anos.

Diante dos fatos acima, os autores aqui trabalhados, indicam caminhos e estratégias tendo como norte a superação dessa ofensiva que leva a saúde pública ao estado de agonia que se encontra nos dias que seguem. Dentre esses caminhos, Bravo *et al.* (2020), sugerem a revogação da Emenda Constitucional 95/2016, da Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira cerca de 30% do orçamento da Seguridade Social, no qual a saúde se insere e transfere recursos para o pagamento de juros da dívida pública, alimentando o capital bancário em detrimento de serviços ofertados à população; a estatização do sistema de saúde com fim de subsídios à empresas privadas e revogação da lei das OS's; a realização de concursos públicos para o quadro de pessoal da saúde; a taxação das grandes fortunas e contra a renúncia fiscal tendo em vista as perdas de arrecadação que ocorrem com essas práticas.

Para Moraes *et al.* (2020), é preciso fortalecer movimentos de resistência aos ataques à política de saúde pública no campo da sociedade, das instituições que defendem o ideário da Reforma Sanitária, apontando para a redescoberta de caminhos de luta coletiva, sendo a rua espaço legítimo de manifestação.

Este pensamento vai ao encontro de Paim (2018), para o qual o maior desafio do SUS é político, apontando a defesa do SUS constitucional e democrático pelo exercício do voto nas eleições, com apoio de candidaturas de esquerda/centro-esquerda, além da construção, na agenda política progressista, de um bloco democrático, popular e socialista em defesa da Reforma Sanitária e do SUS, sendo este caminho também apontado por Soares (2018). Por sua vez, a autora indica que, para que isso ocorra, precisamos nos apropriar dos fundamentos do projeto da Reforma Sanitária e de sua perspectiva emancipatória na defesa da democratização da sociedade, do Estado, da política de saúde, sem perder de vista seu conteúdo revolucionário.

Em meio à complexidade da política pública de saúde e às dificuldades de construção de um sistema nacional de caráter universal em um país heterogêneo e desigual, persistem desafios relacionados ao enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro. Entre eles destacam-se a fragmentação das políticas, as limitações no financiamento, as distorções nas relações público-privadas e as marcantes desigualdades em saúde. (MACHADO *et al.*, 2011, p. 529).

Mediante os elementos vistos ao longo do texto, concluímos que, a partir da Constituição Federal de 1988, na qual a saúde foi considerada direito de todos e dever do Estado (após uma longa batalha travada pela classe trabalhadora e a sociedade organizada, impulsionada pelo ideário presente na Reforma Sanitária), que na entrada dos anos 1990, com o advento do projeto neoliberal, motor de influência nas ações governamentais frente às políticas sociais, ocorreram perdas e retirada de direitos, se intensificando após o golpe de 2016, provocando ataques sistêmicos que fragilizaram o SUS e dificultaram o acesso aos serviços ofertados, o que rebateu também no mercado de trabalho do setor saúde ao longo desses anos conforme visto.

Assim, as seguintes estratégias têm sido utilizadas pelos governos brasileiros desde os anos 1990: a desvalorização da gestão pública tradicional; a redução de recursos para a área da saúde, reforçando o projeto conservador e reciclando o

modelo privatista; a centralização na compra por serviços de saúde, descreditando o movimento de Reforma Sanitária e distorcendo os princípios e diretrizes do SUS (MORAES, 2020, p. 65-97).

Embora com avanços e retrocessos não podemos deixar de considerar que a contrarreforma na saúde ocorreu ao longo de todos esses governos que estiveram pautados em diretrizes estabelecidas por organismos internacionais, em especial, o Banco Mundial.

Portanto, reconhecemos que os processos de neoliberalização da saúde, fundamentados em parâmetros internacionais, ocorreram ao longo de todos esses governos, flexibilizando os princípios da Reforma Sanitária, afastando-se da concepção original do SUS e focalizando as ações de saúde pública, predominantemente à população com dificuldades de acessar aos serviços de saúde através do mercado (MORAES *et al*, 2020, p. 2).

Os duros golpes sofridos pela saúde, apontam cada vez mais, para a necessidade de luta pela defesa do SUS, conforme defendido pela Reforma Sanitária. Para tanto, os caminhos indicados pelos autores trabalhados, contribuem para o enfrentamento desses nefastos ataques e a garantia da saúde pública, gratuita, universal e de qualidade, enquanto direito de todos e dever do Estado.

A precarização na política de saúde, conforme apontado por Paim (2018) e Andrade (2019), pode ser vista dioturnamente nas instituições e serviços de saúde . Exemplo disso é o verificado nos hospitais públicos que ainda que adquiram centralidade no cuidado em saúde no Brasil, tem sido amplamente precarizados. Diante da análise política da política de saúde, trabalhada no primeiro capítulo, a partir de uma perspectiva de totalidade , estes elementos específicos serão colocados no centro do debate nos próximos capítulos.

HOSPITAL: CENTRALIDADE E PRECARIZAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A proposta deste capítulo consiste em abordar a instituição hospitalar, demonstrando como esta instituição adquiriu centralidade na prestação de serviços de saúde pública no Brasil, contraditoriamente articulada a um processo de precarização que impacta em suas condições estruturais, nas condições e relações de trabalho, e que tem se agravado, nas últimas décadas, pelo recurso à terceirização de seus serviços e dos contratos de trabalho, com implicações diretas para o coletivo de trabalhadores da política de saúde.

Para a construção deste capítulo, optamos por recorrer a autores como Foucault (1984), Miranda (2011), Rosa (2014), Pires (2022), Gava (2017), Pereira (2004), Santos *et al* (2020), O'Dwyer (2007), Borsato e Carvalho (2020), Negri Filho (2016), Pereira e Bellato (2004), Antunes (2020), Druck (2011), Moraes (2021), dentre outros.

2.1 A centralidade dos serviços hospitalares na prestação de serviços de saúde no Brasil

Esta seção objetiva abordar a centralidade do hospital na prestação de serviços de saúde no Brasil, interessando-nos identificar a origem desta instituição de saúde no contexto mundial até o momento em que ela passa a ser considerada um instrumento terapêutico que produz intervenção sobre a doença e o doente (FOUCAULT, 1984)

Posteriormente, nos dedicaremos a reconhecer elementos da história do hospital na particularidade brasileira com destaque para os anos 1940, momento em que se desenvolveu como instrumento terapêutico (MIRANDA, 2011), com vistas a compreender como esta instituição adquiriu centralidade em nosso país.

O hospital historicamente tem registro antes de Cristo, através de documentos que provam, por exemplo, a existência da atividade hospitalar por meio de peças de argila encontradas na biblioteca do Palácio de Nínive (3.000 a.C.), em escrita cuneiforme onde se verificam textos que eram de médicos ou para estes. Miranda (2011) comenta que, na leitura de textos bíblicos, é possível verificar que o profeta Moisés preocupava-se em regulamentar condutas individuais e coletivas de higiene ao indicar o procedimento das pessoas em relação

a vários tipos de doenças e amparo a enfermos.

No percurso histórico do hospital, a autora expõe que, por muito tempo, coube às entidades religiosas, como os mosteiros medievais e mulheres caridosas, o cuidado a enfermos, órfãos e idosos, cujas ações não possuíam como objetivo central a cura de enfermidades, mas a salvação de almas, o que passou a mudar a partir do século XIII com o declínio do sistema hospitalar cristão.

Destarte, a administração dos hospitais vai sendo transferida progressivamente para a jurisdição secular. Porém, essa laicização teve poucas consequências imediatas, continuando a instituição a atender não apenas os enfermos, mas também prestar verdadeira assistência social aos mais necessitados. [...] Com o advento do Estado Absolutista a demarcação da administração dos hospitais pelas autoridades municipais torna-se mais evidente. (MIRANDA, 2011, p. 127).

Ao ser gerido pelo poder público, e não mais voltado a benemerência, passa o hospital a objetivar, segundo Miranda (2011), a higiene do espaço urbano e a erradicação da pobreza, o que fez com que os hospitais servissem de asilo a seguimentos sociais tidos como perigosos ao convívio social, como no caso de mendigos. Já na Idade Moderna (período entre 1453 e 1789), a autora demonstra que o hospital assume o papel do que era denominado como Hospital Geral, e reunia àqueles/as sujeitos considerados “doentes”, “loucos”, “devassos”, profissionais do sexo, imigrantes e demais segregados, tornando-se fonte de patologias desastrosas para as grandes cidades.

Foucault (1984) já sinalizava, que somente em finais do século XVIII é que a configuração de hospitais muda, pois é neste momento que se tem a instituição hospitalar como instrumento terapêutico que produz intervenção sobre a doença e o doente. Foucault (1984) explica que, para a medicina se tornar hospitalar em finais do século XVIII e para que o hospital fosse medicalizado, foi preciso que houvesse uma transformação, uma reorganização, no sentido da anulação dos efeitos negativos do hospital, como evitar doenças produzidas dentro dele e que porventura pudessem impactar na saúde de pessoas internadas e essas pudessem se espalhar pela cidade.

Outro elemento sinalizado por Foucault (1984) que interferiu na reorganização hospitalar diz respeito a valorização do ser humano para a sociedade, isso “porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a formação do indivíduo, suas

aptidões passam a ter um preço para a sociedade” (FOUCAULT, 1984, p. 104).

Para Foucault (1984) não foi a partir de uma técnica médica que o hospital foi reordenado como instrumento terapêutico, mas a partir da disciplina, a qual ele compreende como uma tecnologia política, que contribuiu com fatores importantes para se pensar a rotina dentro de um hospital, a exemplo da distribuição espacial dos indivíduos no nosocômio, sua vigilância constante e o registro contínuo da evolução dos pacientes.

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma disciplinarização do espaço hospitalar, e por outro, à transformação, nesta época, do saber e das práticas médicas. (FOUCAULT, 1984, p. 107).

Foucault (1984) explica que foi a partir do momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, é que o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, ocorrendo uma transformação que se refletiu no sistema de poder no interior do hospital, que antes era relegado ao pessoal religioso.

Além disso, o autor não deixa de sinalizar que o sistema de registro permanente dentro dos hospitais permitiu a criação de um campo documental, o que possibilitou ao hospital alcançar um *status* que vai para além de ser um local de cura, mas um lugar de acúmulo de saberes, permitindo ao saber médico ir além do conhecimento disposto em livros, mas no cotidiano vivo e ativo que é o hospital.

Foucault (1984) reconhece que tal *status* do hospital só foi permitido porque o indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos da intervenção da medicina. “É assim que naturalmente se chega, entre 1780/90, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. Além de ser um lugar de cura, este é também um lugar de formação de médicos” (FOUCAULT, 1984, p. 111).

Miranda (2011) explica que, cabe ao hospital gerir não só a saúde das pessoas, mas as relações interpessoais, baseadas em vínculos de cuidado entre pessoas doentes e saudáveis.

Cabe ainda ao hospital gerir os interesses dos profissionais de saúde, cidadãos, gestores, a objetivação dos mesmos, bem como a interação entre trabalhadores, assistidos e seus familiares.

A autora (2011) expõe que a centralidade do hospital no atendimento a saúde se deu em decorrência da reformulação em sua orientação pragmática, ou seja, Miranda (2011) compreende que a medicina promoveu progressos incomparáveis no tratamento de doenças, imprimindo aos hospitais o modelo contemporâneo de instituição onde se visa promover a recuperação da saúde.

Ao particularizar as análises a respeito do desenvolvimento do hospital no Brasil, a autora sinaliza que é a partir da década de 1940 que esta instituição passa a ser considerada um espaço terapêutico e explica:

Embora até os anos 1940, no país, a prática assistencial fosse prioritariamente realizada em domicílio, o hospital vai se consolidando como espaço terapêutico e de ensino na área de saúde e intensificando o uso de equipamentos tecnológicos nas práticas assistenciais. Nos anos 1950 há uma ampliação dos serviços públicos de assistência à saúde e, por conseguinte, do número de hospitais, não deixando de existir, contudo, a segmentação dos usuários e a desigualdade de acesso, o que conduz, a partir dos anos 1970, aos questionamentos do modelo de assistência à saúde empreendido no Brasil, dos quais resulta a criação do Sistema Único de Saúde no final da década de 1980 (MIRANDA, 2011, p. 133).

Para Laprega (2015) entre os anos 1940-1950 a assistência médica era oferecida, nas cidades, pelas Santas Casas, mas passa a existir um acentuado processo de compra e construção de hospitais, ambulatórios e equipamentos por parte dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), que aumentam a oferta de serviços em relação ao período anterior, fenômeno que irá se acentuar após o golpe militar de 1964.

Nas décadas de 1960 à 1980, segundo o autor, desencadeia-se uma crise aguda no sistema de saúde. Aumenta a demanda em decorrência da urbanização acelerada, aumentamos custos da assistência à saúde em nível mundial em consequência dos avanços científicos e tecnológicos e com a centralização do atendimento em nível hospitalar sob comando da iniciativa privada que se expande rapidamente e sem controle por parte do Estado (LAPREGA, 2015).

Após o advento do SUS na década de 1990, Laprega (2015), questiona: O que

aconteceu com o setor hospitalar? Até que ponto mudaram suas características nesses anos de implantação do SUS?

Ao analisar o documento “Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2004, o autor aponta que o país possuía uma rede hospitalar bastante heterogênea, com distribuição desigual de recursos humanos e materiais, favorecendo grandes e médias cidades nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, sendo essa configuração resultante de um processo histórico com múltiplas dimensões que precisam ser consideradas para uma correta compreensão da realidade do setor, de seus problemas e possíveis soluções.

Laprega (2015) explica que, para o Ministério da Saúde, existia uma crise real no sistema de atendimento hospitalar brasileiro, mas que não podia ser atribuída somente a questões financeiras, visto que atravessavam aspectos políticos, organizacionais (internos e externos), assistenciais, de formação profissional e aspectos sociais, dentre eles estão: insuficiência e má distribuição de leitos, baixa capacidade de gestão da rede hospitalar pelas instâncias governamentais, recursos financeiros inadequados e incipiente controle sobre os atendimentos hospitalares em relação ao perfil da necessidade de saúde da população.

Apesar dos avanços na implantação do SUS, o modelo hegemônico em nosso país é ainda centrado nos médicos e nos hospitais, no conhecimento especializado e consumo de tecnologias de ponta, o que leva a um encarecimento da assistência à saúde, seguindo a mesma lógica capitalista da economia em geral. Segundo o documento esse modelo é centrado no procedimento, onde o ato de assistir a saúde é confundido com a produção de consultas e exames, associado à crescente medicalização da sociedade e substituição de ações como o acolhimento e o vínculo com os usuários. Para seus autores, o sistema de saúde atual se comporta como “uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam” (LAPREGA, 2015, p. 87).

Sabemos que a política de saúde no Brasil é dividida entre níveis: *primário* onde se encontram as unidades básicas de saúde, responsáveis pelo atendimento inicial e prevenção de doenças, a exemplo das Unidades de Saúde da Família (USF); *secundário* voltado para o atendimento de média complexidade, a exemplo das Policlínicas onde ocorrem atendimentos ambulatoriais pautados, por exemplo, em consultas com especialidades médicas e; *terciário*, de alta complexidade, onde se incluem os atendimentos de urgências, como as Unidades de

Pronto Atendimento (UPAs) e os hospitais.

De acordo com o Ministério da Saúde (1977), o hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica é proporcionar Assistência Médica Sanitária completa, curativa e preventiva, sob qualquer regime de atendimento, inclusive domiciliar. Tal conceito nos revela a centralidade do hospital na assistência à saúde, estando esta instituição, para Miranda (2011) classificada em hospitais públicos, estaduais e federais (com capital e recursos estatais), privados (contratados e de entidades de classe) e universitários (ensino e pesquisa).

Rosa (2014) ao contribuir para a discussão acerca da centralidade do papel do hospital na prestação de serviços de saúde, trazendo depoimento de profissionais que atuaram na gestão desta política, como é o caso de Antônio Carlos Figueiredo Nardi, ex-presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, explica que em relação ao modelo hospitalocêntrico, a população busca, principalmente, resolubilidade e continuidade do cuidado ao procurar o serviço hospitalar, em detrimento do acesso pelas unidades básicas de saúde e defende que a solução passa pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), em modelo estruturante e resolutivo que garantam o acesso e a continuidade do cuidado de forma qualificada e regulada. Maria do Carmo, ex-diretora do Departamento de Gestão Hospitalar e de Urgência do Ministério da Saúde, acrescenta que “a saúde começa com uma boa atenção básica (promoção, prevenção, vigilância, etc.) e uma boa atenção ambulatorial especializada, a fim de evitar que o cidadão chegue ao hospital para ser tratado em regime de internação.” (ROSA, 2014, p. 2). Para Laprega (2015):

O novo papel dos hospitais só pode, portanto, ser definido junto com seu papel na rede de serviços de saúde e não de uma forma isolada a partir de interesses corporativos, econômicos ou políticos de segmentos da sociedade. Deve responder às necessidades globais da sociedade e, dentro das limitações tecnológicas de cada momento e da capacidade financeira do país, oferecer o melhor atendimento possível aos cidadãos, de forma eficaz, eficiente e efetiva. (LAPREGA, 2015, p.88).

As contribuições de Cecílio e Merhy (2003) já sinalizavam para a importância de existir integralidade na atenção ao paciente no contexto hospitalar, aprofundam esta ideia quando explicam que a atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística de cada pessoa que precisasse de cuidados hospitalares,

combinando em seu atendimento o uso de tecnologia e humanização como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

Assim os autores vão observar a integralidade na atenção hospitalar a partir de dois ângulos: a integralidade tendo como referência o atendimento hospitalar em si (nesse aspecto destacam a necessidade do cuidado multidisciplinar dentro dos nosocômios, o que carece de um aperfeiçoamento da coordenação de trabalho em equipe) e a integralidade como referência a inserção do hospital no “sistema” de saúde. Quanto a este último ângulo eles comentam:

A forma mais tradicional de se pensar o hospital no ‘sistema de saúde’ é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. Por tal concepção, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra-referência após realizar o atendimento. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 201).

Ainda sobre a questão do hospital no “sistema de saúde” como um ângulo da integralidade, Cecílio e Merhy (2003) vão registrar outras sugestões possíveis de serem colocadas em prática: uma delas diz respeito ao trabalho com o paciente ainda durante o período de internação, momento em que as equipes podem apoiá-lo na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida. Outra está no momento da alta, não apenas cumprindo o papel de “contra-referência”, mas por meio da construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. Vale registrar aqui que a falta de uma rede de saúde de qualidade será abordada no próximo item.

Diante de todos os elementos sinalizados até aqui, percebemos a importância do hospital e a centralidade existente em torno dele no que concerne aos serviços de saúde. Importante notar que apesar do reconhecimento de sua centralidade e, até por ser resolutivo e capaz de proporcionar um atendimento de qualidade, esta instituição deve ser articulada a uma rede de serviços originada na atenção primária capaz de reconhecer os elementos sociais, políticos, culturais e sanitários do processo de adoecimento, nos termos da Reforma Sanitária brasileira, conforme discutido no primeiro capítulo.

Igualmente importante deve ser a questão do subfinanciamento e do desfinanciamento da saúde pública, também já trabalhado no capítulo 1, que rebatem diretamente no cotidiano hospitalar, uma vez que a ausência de repasses efetivos de recursos aos hospitais públicos os

colocam em dificuldades e levam a precarização tão em voga e observada nos serviços ofertados por estas instituições de saúde, conforme veremos no tópico seguinte.

2.2 A precarização dos serviços público-hospitalares no Brasil

A precarização dos serviços público-hospitalares no Brasil, não é um tema novo, por estar sempre presente na vida da população quando necessita recorrer a um hospital público, seja em virtude de alguma urgência, de submissão a procedimentos cirúrgicos ou demais serviços hospitalares.

Essa busca do hospital faz parte de uma cultura que, historicamente o colocou como referência no atendimento de saúde, o que é acentuado em virtude da ausência de conexões eficazes no sistema de saúde entre a atenção básica, de atendimento primário e a de alta complexidade oferecida pelos hospitais.

Assim se cultivou no Brasil uma cultura de viés centralizador no atendimento, chamado por alguns autores como Borsato e Carvalho (2021), de modelo hospitalocêntrico, incutindo na população a necessidade de recorrer ao hospital para qualquer atendimento vinculado à saúde. Essa procura massiva pelos serviços hospitalares, de origem histórica, sobrecarrega as unidades de saúde e também contribui para a precarização dos hospitais públicos.

Manteve-se ao longo dos anos, o modelo hospitalocêntrico detentor de determinantes históricos relacionados à forma como se buscou, ao longo dos anos, solucionar os problemas de saúde, com ênfase na doença. E, como resultado, evidencia-se a alta demanda para a assistência à saúde em nível hospitalar, já que um quarto das consultas ambulatoriais e 80% dos atendimentos de urgência e emergência ainda são realizados nestes estabelecimentos. (BORSATO; CARVALHO, 2021, p. 1276).

Inicialmente abordaremos alguns elementos que são reflexos da precarização nos hospitais públicos e, posteriormente sinalizaremos estratégias adotadas com vistas a superar este cenário de precarização em ambientes hospitalares.

Tais reflexos se manifestam no cotidiano das instituições hospitalares, exemplo disso é verificado na superlotação que se encontra os hospitais, o que pode ser observado quando o indivíduo vai ao hospital para consulta ambulatorial, como por exemplo com especialista cirurgião geral para preparação de cirurgias eletivas, encaminhado pelas unidades básicas de

saúde e encontra as salas de espera para consulta nos hospitais abarrotadas de gente aguardando o mesmo atendimento, o qual pode levar horas para que aconteça.

Santos *et al.* (2020) abordam a superlotação em emergências hospitalares, em virtude do crescimento da hospitalização, e assim relatam ser frequente denúncias de situações e condições indignas, como a internação de pacientes de forma precarizada nesses locais, seja em macas improvisadas, ou em cadeiras em seus corredores, por falta de leitos. Negri Filho (2016), em pesquisa relativa a superlotação nas emergências dos hospitais públicos brasileiros, realizada por meio de dados constantes no site do Tribunal de Contas da União no ano de 2013, pode comprovar a existência dessa situação, conforme pode ser visto:

A superlotação, com pacientes internados nos corredores dos prontos socorros, em macas, cadeiras ou bancos foi um problema constatado ao revelar que 64% dos hospitais da amostra conservam-se superlotados permanentemente, 19% muitas vezes, 10% poucas vezes e 6% nunca. Nas diligências foram observadas situações extremas, desde serviços de urgências que apresentavam um nível satisfatório, embora ainda com problemas a solucionar (como na unidade de SP), até casos de enorme desestruturação, em que além de pacientes ‘internados em macas’ nos corredores da emergência, havia aqueles ‘internados em colchões sobre o chão’. (NEGRI FILHO, 2016, p. 271).

Ainda em relação a superlotação e falta de leitos em hospitais, uma das causas que os autores apontam relacionada a precarização nos hospitais, diz respeito a desarticulação com a rede de atenção básica, primária. Para Negri Filho (2016), o grande volume de pessoas que procuram os hospitais é reflexo da ineficiência do sistema em acolhê-las em serviços de atenção primária, o que contribui para a excessiva centralização do atendimento de emergência.

Em consonância a essa abordagem, O’Dwyer (2007), afirma que a ineficiência da atenção básica e da rede de atendimento em saúde induzem a superlotação nos hospitais, o que foi comprovado por seus estudos realizados em 2007, por meio dos quais procurou avaliar os serviços hospitalares de emergência no Estado do Rio de Janeiro. O’Dwyer (2007) concluiu que 80% dos hospitais estudados à época sofriam com a superlotação, deteriorando as condições de trabalho e a assistência prestada por estas instituições.

Borsato e Carvalho (2020) reconhecem a necessidade de reorganização da rede de saúde, ou seja, que haja uma integração maior dos hospitais com a rede (atenção básica,

primária) com vistas a se reduzir a sua superlotação e ampliar as possibilidades de garantir atendimento de qualidade. Nesse sentido, com as conclusões de pesquisa que realizaram entre 2016 e 2017, em hospitais de média complexidade brasileiros, as autoras demonstram que:

Os resultados apresentados, somados à alta procura espontânea nas unidades hospitalares estudadas, reforçam a necessidade de reorganização da rede de serviços com a potencialização dos demais equipamentos de saúde, já que os achados revelaram um grande número de atendimento de casos de menor gravidade (classificações verde e azul) e um reduzido número de atendimentos de casos de maior gravidade. (BORSATO; CARVALHO, 2020, p. 93).

Na análise sobre a precarização dos serviços público-hospitalares, Pereira e Bellato (2004) chamam a atenção para a questão da precarização do ambiente físico e como este tipo de precarização contribui para o aumento do risco de infecção hospitalar. Os estudos das autoras procuraram levantar dados, através de observação sistemática desenvolvida numa instituição hospitalar em Mato Grosso, em 2003, que evidenciassem as condições do espaço físico quanto ao arejamento, iluminação, higiene e limpeza dos ambientes disponíveis para a prestação da assistência à pessoa internada, bem como os materiais e equipamentos mais suscetíveis de se tornarem vetores de infecção hospitalar.

Dentre os achados da pesquisa, Pereira e Bellato (2004) relatam que foram verificadas várias irregularidades, dentre elas, a redução de espaço adequado entre leitos, número reduzido de vasos sanitários, chuveiros e ventiladores, tetos, pisos e paredes com rachaduras e infiltrações, com presença de mofo e fiação elétrica exposta nas enfermarias.

Todos estes fatores somados aumentam a possibilidade de infecção cruzada no serviço em estudo e evidenciam a banalização do olhar [...] sobre o que dispõe a lei e dos próprios órgãos responsáveis pela vigilância sanitária dos estabelecimentos de saúde, revelando ainda um aspecto perverso da maneira como os [...] gestores interpretam os direitos dos usuários dos serviços públicos de saúde que estão sob sua responsabilidade. (PEREIRA; BELLATO, 2004, p. 20).

Diante da precarização do espaço físico do ambiente hospitalar observada pelos dados apurados em sua pesquisa, Pereira e Bellato (2004) sinalizam que uma instituição de saúde carente de planejamento, avaliação e manutenção de recursos materiais e equipamentos acarreta alto custo humano e financeiro, o que traz sérios prejuízos aos cuidados da pessoa internada e àqueles que os manipulam.

Pereira e Bellato (2004) concluem que, diante do cenário de precarização observado, instala-se uma lógica perversa e que aponta para o desrespeito aos direitos das pessoas assistidas em instituições públicas de saúde e que estas, mesmo contribuindo com uma carga tributária pesada, recebem assistência pouco eficaz devido ao tempo de hospitalização, aumentado nos casos de infecção hospitalar, o que diminui a disponibilidade de leitos para outros usuários desses serviços, causando vários tipos de danos, ora por não ter acesso, ou por estar exposto a riscos preveníveis.

Existe ainda a questão do desfinanciamento e subfinanciamento que retirou ou deixou de repassar verbas importantes para as políticas de saúde, conforme visto no primeiro capítulo, o que tem impactado diretamente na ausência de recursos para os hospitais públicos e causam reflexos no atendimento prestado por estas instituições à população, uma vez que precariza estas instituições.

Enquanto disputa e enfrentamento a essa realidade, algumas estratégias recentes tentaram modificar o cenário de precarização que se encontram os serviços público-hospitalares. Negri Filho (2016) explica que entre 2003 e 2004 o debate da atenção hospitalar no SUS foi marcado pela percepção de uma crise, com orientações políticas fragmentadas e inespecíficas. Assim, o autor mostra que se buscou uma Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar oposta à insuficiência dos serviços hospitalares em responder as necessidades da saúde da população. Negri Filho (2016) conclui que embora existisse essa proposta, a Reforma almejada neste período não ocorreu:

A percepção de crise a ser superada com ações emergenciais em segmentos específicos muito longe ficou da implementação efetiva de uma proposta de reforma em um sistema de saúde, muito menos quando se tratou do segmento hospitalar. As análises anteriormente realizadas com relação às urgências evidenciam que a crise declarada no início da década de 2000 perdura até os dias atuais, e mesmo quevelada ou não assumida formalmente nos últimos tempos, a conjuntura motivou novos movimentos a partir do ano de 2011. E, como de costume, novos programas e novas portarias foram instituídos mais recentemente (NEGRI FILHO, 2016, p. 280).

Outra estratégia citada por Negri Filho (2016) na qual se tentou modificar o cenário de precarização nos serviços público-hospitalares diz respeito a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), aprovada em 2013. Entre os eixos de ação incutidos nessa política estão:

1. Assistência Hospitalar, na qual se buscou organizar a atenção hospitalar a partir das necessidades da população e integrá-la à Rede de Atenção à Saúde (RAS);
2. Gestão Hospitalar, por meio do qual buscou-se: a definição do papel do hospital na RAS, a implementação de fluxos regulatórios, a contratualização, a eficiência e transparência da aplicação dos recursos, o planejamento participativo e democrático e os critérios de monitoramento e avaliação;
3. Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho, que trata da: avaliação de desempenho, da educação permanente e da avaliação da atenção à saúde do trabalhador;
4. Financiamento tripartite para investimento e custeio, ratifica a transferência de recursos vinculada à contratualização, e menciona a busca constante pela sustentabilidade;
5. Contratualização, confia a prerrogativa de formalização da relação entre gestores SUS e dirigentes dos hospitais, com efeitos postos em maior detalhe em portaria específica;
6. No último eixo, são descritas as responsabilidades por esfera de gestão (federal, estaduais, municipais).

Apesar desses exemplos trazidos pelo autor no sentido de se buscar estratégias para combater a precarização dos serviços público-hospitais, o mesmo explica que nada de efetivo ocorreu com a implementação da PNHOSP até 2016, quando publica as suas análises. Nesse sentido, ele afirma: “Daquela época aos dias atuais, nada de relevante aconteceu no processo de implementação da PNHOSP [...]. Vivenciou-se sim uma grave escassez de recursos financeiros em todas as esferas de gestão e uma crise política de grandes proporções.” (NEGRI FILHO, 2016, p. 285)

Conforme visto no primeiro capítulo deste trabalho, a política de saúde em curso no Brasil desde a década de 1990, e sobretudo nos últimos 06 anos, tem se desenhado ao gosto e sugestões do ideário neoliberal que determina o enxugamento das responsabilidades do Estado frente às políticas sociais, em especial a política de saúde.

Nesse sentido a orientação neoliberal para a saúde pública é a precarização e redução

dos serviços estatais por meio de políticas pobres para os mais pobres. Assim aqueles que podem pagar vão acessar os serviços de saúde por meio de planos e seguros oferecidos pelo mercado privado de saúde, com vistas a favorecer a rentabilidade econômica daqueles que exploram a saúde como mercadoria, um negócio que para eles é bastante lucrativo.

O reflexo da precarização dos hospitais públicos tem rebatido fortemente na qualidade dos serviços ofertados à população. No próximo tópico pretende-se construir reflexões relativas as implicações da precarização no trabalho realizado em hospitais, destacando também, o fenômeno da terceirização.

2.3 Precarização e terceirização do trabalho em hospitais

Esta seção objetiva abordar elementos caracterizadores da precarização e da terceirização do trabalho em hospitais no Brasil, no contexto contemporâneo. Importante registramos no início deste tópico o reconhecimento da precarização do trabalho como estratégia de dominação e que, para tanto, tem assumido novas dimensões e configurações, sustentadas pelo processo de financeirização da economia que viabilizou, como nunca, a mundialização do capital. “Trata-se de uma rapidez inédita do tempo social, sustentado na volatilidade, efemeridade e descartabilidade sem limites” (DRUCK, 2011, p. 42).

Trata-se da precarização do trabalho como elemento central da nova dinâmica do desenvolvimento do capitalismo, criando uma nova condição de vulnerabilidade social: um processo social que modifica as condições do assalariamento (estável) anteriormente hegemônico no período da chamada sociedade salarial ou fordista. A perda do emprego ou a perda da condição de uma inserção estável no emprego cria uma condição de insegurança e de um modo de vida e de trabalho precários, nos planos objetivo e subjetivo, fazendo desenvolver a ruptura dos laços e dos vínculos, tornando-os vulneráveis e sob uma condição social fragilizada, ou de “desfiliação” social (DRUCK, 2011, p. 43).

Para melhor compreender o fenômeno da precarização do trabalho, Moraes (2021), recorreu a análise de 43 artigos científicos, publicados em 14 periódicos da área de Serviço Social, no Brasil, classificados pelo Qualis CAPES (2013-2016) entre a1 e b2. A análise do conteúdo dos artigos aponta que a precarização do trabalho, em suas novas expressões, deve ser pensada a partir das recentes transformações do trabalho, na era do capitalismo flexível, marcado pelo projeto neoliberal e pela globalização da economia, como estratégia de

enfrentamento à crise do capital. Expressa-se ainda nos novos modelos de gestão, na precariedade salarial disseminada nos anos 2000, na telemática e na teleinformática, em novos ambientes de trabalho, pela uberização do trabalho, pela precarização das políticas sociais estatais, pelas parcerias público-privadas e pelas organizações sociais.

Druck (2011) explica que esse é um tipo de precarização social que se revela em razão da intensificação do trabalho, já que o profissional se depara com um quantitativo de atendimento além do que consegue atender: “Um [...] tipo de precarização social encontrado nos padrões de gestão e organização do trabalho – o que tem levado a condições extremamente precárias, através da intensificação do trabalho (imposição de metas inalcançáveis, extensão da jornada de trabalho, polivalência, etc.)” (DRUCK, 2011, p. 48)

É recorrente acontecer em hospitais contratos realizados de forma precarizada, seja por meio de vínculos temporários ou vínculos que não ofereçam nenhum tipo de garantia previdenciária aos profissionais de saúde. Para O’Dwyer (2007), o déficit de recursos humanos nos hospitais é maior que o tecnológico, sendo a precariedade e variedade dos vínculos empregatícios um fator que dificulta a fixação e a qualificação profissional.

Os postos de trabalho estavam incompletos em 80% dos 30 hospitais visitados. [...] a existência de vários tipos de vínculos, alguns temporários, dificulta a fixação do profissional e aumenta a necessidade de investir na qualificação dos mesmos. Provavelmente os vínculos são justificados por contratos emergenciais, mas precarizam a relação de trabalho, não resolvem a carência qualitativa de recursos humanos, diminuem o padrão qualitativo da equipe e não contribuem com a integração no hospital. (O’DWYER, 2007, p. 5).

Para Gava (2017), a década de 1990 e o início dos anos 2000, representaram um aumento no número de empregos na área da saúde, embora tenha sido afetado pelo o que chama de condicionantes, a saber: as (contra)reformas da previdência dos servidores públicos e seus reflexos em relação aos vínculos, remunerações e direitos trabalhistas; controle de contas públicas pautado no discurso sobre a estabilização econômica do governo federal e as transformações decorrentes da descentralização dos recursos econômicos nas três esferas de governo, o que demonstra como a precarização tem avançado sobre o trabalho na saúde.

Neste último aspecto levantado pela autora, embora a mesma afirme que a descentralização está entre os condicionantes que tem afetado os empregos na área da saúde,

não podemos deixar de considerar que a descentralização dos recursos entre as esferas do governo pode permitir a participação e a possibilidade de controle social sobre tais recursos direcionados para a área de saúde.

Além dos condicionantes destacados por Gava (2017), nos últimos 06 anos, medidas adotadas pelos governos de Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2018-2022), acentuaram ainda mais a precarização e a terceirização no mundo do trabalho, com rebatimentos nas condições e relações de trabalho nos serviços hospitalares.

Uma dessas medidas concerne à (contra)reforma Trabalhista, encaminhada pelo governo de Michel Temer, por meio do Projeto de Lei (PL) nº 6.787 de 23 de dezembro de 2016, aprovada em 2017, o que provocou, segundo Moraes (2021), alteração em mais de 100 artigos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) - esta última que possui diversos dispositivos de defesa para o trabalhador. Para o autor, as alterações provocadas na CLT reduziram o valor do trabalho, e foi fortalecida pela Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017, conhecida como *Lei da Terceirização*, que por meio de seus dispositivos, precarizou ainda mais o universo legal do trabalho.

Ainda acerca das contrarreformas, Moraes (2021) cita que, no governo Bolsonaro, houve a ampliação de (contra)reformas pró-mercado, por meio da extinção do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a edição da Medida Provisória nº 881 de 30 de abril de 2019, da Liberdade Econômica, que visou ampliar a flexibilização do trabalho, acentuando a exploração dos trabalhadores.

Além disso, a (contra)reforma da Previdência, do ano de 2019, atingiu tanto os trabalhadores dos setores público quanto privados, porém, afetou de forma mais direta e grave, aos mais pobres, em virtude de dificultar aposentadorias, arrochar salários, aumentando a precariedade da vida (MORAES, 2021).

Mais recentemente, com o advento da pandemia da Covid-19, Moraes (2021) sinaliza que, neste governo de Jair Bolsonaro, houve a edição de legislações, como a Lei 1.046/2021, dentre outras, que no seu conjunto, dispõem de medidas trabalhistas para enfrentamento da emergência de saúde pública, permitindo empresas realizarem acordos para a redução de

jornadas de trabalho, de salários e até a suspensão de contratos de trabalho. Moraes (2020) conclui que:

[...] a contrarreforma tem promovido a responsabilização individual pelo emprego, o aumento da precarização do trabalho, em função de trabalhos temporários, em tempo parcial, além do rebaixamento do salário, de problemas de saúde decorrentes do trabalho, de jornadas extenuantes e da invasão do trabalho sobre a vida doméstica do trabalhador. (MORAES, 2021, p. 210).

Diante destes elementos relativos aos ataques à Legislação social protetora do trabalho, no Brasil e com o objetivo de tratar das dimensões teórico-conceituais da precarização e da terceirização do trabalho, recorreremos a Antunes (2020), que aponta que uma fenomenologia do modo de ser da precarização revela elementos que são característicos, a saber: trabalhos submetidos a contratos temporários, ou seja, vínculos de trabalho sem estabilidade, sem registro em carteira, dentro ou fora do ambiente da empresa, por meio de atividades instáveis, flexibilização das relações trabalhistas que vão impactar na jornada de trabalho, na remuneração, introduzindo novas relações que assumem, nas palavras do autor, uma “feição informal”.

Quanto a terceirização, esta significa, de acordo com o Dicionário On-Line de português: “Contratar terceiros para a realização de serviços não relacionados com a atividade principal da empresa”, o que de modo geral, não é respeitado pelas instituições, tendo em vista que a contratação de terceirizados é algo muito recorrente, principalmente em instituições públicas de saúde, para realizarem trabalhos relativos a atividade principal das unidades.

Para Antunes (2020) a terceirização está presente como fenômeno central da precarização e ressalta:

Em síntese, a terceirização é o fio condutor da precarização do trabalho no Brasil. Constitui-se como um fenômeno onipresente em todos os campos e dimensões do trabalho, sendo uma prática de gestão/organização/controle que discrimina e, ao mesmo tempo, é uma forma de contrato flexível e sem proteção trabalhista. É também sinônimo de risco de saúde e de vida, responsável pela fragmentação da identidade coletiva dos trabalhadores, com a intensificação da alienação e da desvalorização do trabalho humano, assim como é um instrumento de pulverização da organização sindical, que incentiva a concorrência entre os trabalhadores e seus sindicatos. Ela ainda cobre como um ‘manto de invisibilidade’ os trabalhadores nela enquadrados, como facilitadora do descumprimento da legislação trabalhista, como

forma ideal para o empresariado não ter limites (regulados pelo Estado) no uso da força de trabalho e da sua exploração como mercadoria. (ANTUNES, 2020, p. 167).

Em Pereira (2004), verificamos que a terceirização “[...] proporcionaria, para os defensores da transformação da administração pública burocrática em administração pública gerencial, maior flexibilidade para o processo administrativo, com a diminuição de custos para os cofres públicos” (PEREIRA, 2004, p. 371).

Para além da terceirização, Gava (2017), ao analisar a particularidade da política de saúde, cita outro tipo de contrato assimilado pelo setor público: os contratos autônomos para expansão da atenção primária, o que ocorreu com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF).

Uma das mudanças recentes, no âmbito do trabalho em saúde no Brasil, é o crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Encontram-se: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. (PIRES, 2022, p. 2).

Para Pereira (2004), a flexibilização nos contratos dos trabalhadores da saúde tem provocado insatisfação desses/as profissionais, diminuição do compromisso público e busca de outros contratos de trabalho para melhor remuneração, o que chama de multiemprego. Para Oliveira *et al* (2018) as exigências por flexibilidade levam a polivalência, acúmulo e variabilidade de tarefas, acarretando maior intensificação, degradação e exploração do trabalho. Gava (2017) complementa: “A precarização do trabalho e a descontinuidade dos processos, vínculos precários, inexistência de planos de carreiras, dentre outras prerrogativas, também podem ser somadas a este cenário” (GAVA, 2017. p. 38).

O que de fato tem ocorrido no trabalho em saúde é a desvalorização da força de trabalho através da desregulamentação que se tem expressado na: desestruturação no planejamento de serviços, descontinuidade dos programas assistenciais, intensificação da jornada de trabalho levando a adoção de múltiplos vínculos, baixas remunerações, alta rotatividade, inadequação de pessoal e precárias condições de trabalho que dificultam a intervenção profissional e expõem usuários ao risco de morte (OLIVEIRA *et al*, 2018, p. 8).

Outro elemento citado pela autora sobre a terceirização no setor da saúde é que ela tem

sido utilizada pelos empregadores, tanto público quanto privado, para diminuir os custos de remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa-mãe (a que contrata tanto os efetivos quanto os serviços de terceirizados). Pereira (2004) acerca da terceirização acrescenta:

A terceirização nos serviços públicos de saúde é praticamente recorrente, através dos prestadores de serviços, e também através de contratos por tempo determinado, que passam ao largo das determinações inscritas no Regime Jurídico Único. Além disso, não seguem à risca a expressão 'por tempo determinado', visto que muitos contratados permanecem em seus cargos anos a fio, sem a realização de concursos públicos. (PEREIRA, 2004, p. 367).

Em consonância a isso, Pires (2022) afirma que, para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, o trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público, ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.

Para Pereira (2004), a flexibilização das relações de trabalho na área da saúde pública reúne um conjunto de estratégias, dentre as quais está a desarticulação dos trabalhadores e a desqualificação do atendimento ao público.

Pereira (2004), acerca da gestão da força de trabalho na área da saúde, relata que pode ser observado com frequência nas unidades de saúde na atualidade, especialmente em hospitais: Diminuição no quantitativo de pessoal cedido (servidores federais) do SUS para os gestores locais (estados e municípios), o que cria um problema em relação à questão quantitativa e de reposição da força de trabalho; no que concerne ao pessoal estatutário e de carreira, a política federal desestimula a abertura de novos quadros e carreiras de pessoal estatutário; aumento na contratação de celetistas (pessoal contratado sem concurso público regulado pela Consolidação das Leis de Trabalho – CLT), acabando com a estabilidade na função pública; contratos temporários sem nenhum tipo de vínculo ou garantias.

Pereira (2004, p. 369) não deixa de sinalizar que “com as variadas formas de flexibilização das relações de trabalho e de terceirização de pessoal, as regras de impessoalidade e comprovação de méritos são questionáveis, com acusações de clientelismo e personalismo”.

Uma modalidade não mencionada aqui pra suprir a ausência de pessoal, sem gerar vínculo empregatício, utilizada a partir de 2009 em hospitais universitários e vinculados ao Ministério da Saúde, é o chamado Adicional por Plantão Hospitalar (APH), uma espécie de plantão extra remunerado ao servidor público federal efetivo que trabalhar por 12 horas ou 24 horas além da sua carga horária semanal.

Ressaltamos que o APH embora seja realizado de forma frequente em unidades com déficit de pessoal pelos servidores da saúde, não dá direito para fins previdenciários ou de tempo de serviço para aposentadoria. Ele se revela uma manobra governamental para cobrir o déficit de pessoal nas unidades de saúde e com isso, não ter o compromisso de realizar concursos públicos. Alguns estudos, embora preliminares acerca do APH, tem buscado comprovar que representaria uma economia a contratação de servidores efetivos do que se temgasto com o pagamento do APH onde ocorrem tais plantões.

As análises de Antunes (2020) também apontam para outras consequências da precarização e terceirização do mundo do trabalho. Para o autor, estão entre elas: a redução do número de vagas de emprego, a subtração de salários, a ampliação de acidentes de trabalho em virtude da ausência de oferta de qualificação e especialização ao trabalhador, a informalidade, a intensificação do processo de trabalho e a exploração do trabalhador, devido a imposição de diversas atividades, demandando profissionais caracterizados como polivalentes e multifuncionais.

Tais fatores, aliados a ausência de cursos e treinamentos acarretam, segundo Antunes (2020), em graves problemas na saúde dos trabalhadores, tanto em relação ao aumento de acidentes de trabalho quanto nas estatísticas decorrentes de mortes e suicídios no trabalho. E ainda conclui “As mortes e os suicídios no trabalho se intensificam sob o silêncio midiático e a surdez institucional.” (ANTUNES, 2020, p. 179)

Diante disso, e enquanto conclusão parcial, reconhecemos que, apesar de ter ocorrido o aumento no número de empregos na área de saúde nas últimas décadas, como afirma Gava (2017), verificamos que o mesmo tem sofrido os rebatimentos provocados pela precarização e terceirização dos serviços nesse campo de trabalho. Neste contexto, verificamos um aumento de número de contratos de trabalho terceirizados e precários, particularmente em hospitais

públicos. Contratos sem garantias e proteções trabalhistas, prejudicados sobremaneira pelos ataques à Legislação protetora do trabalho no Brasil.

Assim vemos trabalhadores explorados, mal remunerados, o que reflete na insatisfação dos serviços de qualidade prestados à população, numa área tão sensível como é a saúde, e um espaço vital e considerado central como o ambiente hospitalar.

Apesar da centralidade vista em relação aos hospitais, para um melhor funcionamento dessas unidades de saúde, é necessário uma conexão maior entre eles e a rede de atenção à saúde. Além disso é preciso observar os caminhos indicados pelos autores no capítulo 1 para o efetivo enfrentamento da ausência de recursos provocada pelo desfinanciamento e subfinanciamento da saúde pública, por meio de medidas como o cancelamento da desvinculação de receitas da União (DRU) e a revogação da Emenda Constitucional nº 95 (que congela gastos com saúde). Esses fatores podem contribuir para enfrentar a precarização e terceirização do trabalho na saúde, principalmente em hospitais, além, é claro, da imperiosa necessidade de realização de concursos públicos, que garantam a estabilidade no emprego aos profissionais que trabalham nessas instituições.

Considerando todos os elementos vistos até aqui, no próximo capítulo iremos verificar como se processa o trabalho de assistentes sociais no Hospital Federal de Bonsucesso, os impactos da pandemia da Covid-19 e o incêndio ocorrido neste hospital no trabalho dessas/desses profissionais.

3 O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO (HFB), NO RIO DE JANEIRO: IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA DA COVID-19 E DO INCÊNDIO EM 2020

Inicialmente faremos uma breve abordagem sobre o trabalho de assistentes sociais em hospitais, posteriormente trataremos de alguns elementos acerca da particularidade da pandemia da Covid-19 no Brasil e em seguida entraremos nos elementos centrais discutido neste capítulo: como se processa o trabalho de assistentes sociais no Hospital Federal de Bonsucesso, a partir das implicações da pandemia da Covid-19 e do incêndio ocorrido neste hospital em 2020.

Para abordagem de elementos concernentes ao hospital, foram realizadas pesquisas no sítio oficial do HFB e nos relatórios de gestão da unidade de saúde de 2019, 2020 e 2021. Quanto ao trabalho de assistentes sociais no HFB, recorreu-se a documentos (relatórios e *folders*) disponibilizados pela equipe de Serviço Social da unidade. Tais documentos foram fornecidos após autorizações da gestão do Serviço Social e da unidade de saúde, conforme processo aprovado pelo Comitê de Ética do HFB, registrado na Plataforma Brasil, sob nº 63014622.0.0000.5253 e no HFB sob nº: SEI 33374.116660/2022-36.

3.1 O trabalho de assistentes sociais em hospitais

Desde a origem do Serviço Social, no Brasil, a profissão tem sido requisitada a atuar na área da saúde, sendo uma das áreas com maiores índices de contratação profissional.

Miranda (2011) explica que entre 1940 e 1960, a atuação da/do assistente social na saúde se dava, de forma predominante, no ambiente hospitalar, através de ações nas áreas psicossocial provenientes da doença e do tratamento médico. Existia a preocupação de demonstrar o teor técnico-científico das ações desenvolvidas, o que requeria um preparo que colocava a “vocação” como qualidade primordial, seguida por outras consideradas inatas, como a doação completa, integridade moral e espírito de sacrifício, dentre outros.

No período concernente aos anos de 1960 e 1970, Miranda (2011) aponta que é observada uma inclinação maior do Serviço Social em relação às “especialidades médicas”, à “saúde mental”, ao tratamento de reabilitação, saúde pública e prevenção. A atuação

profissional vinculava-se a ações burocráticas, com obediência a rotinas, normas e uma instrumentalidade baseada na racionalidade formal-abstrata e uma prática manipuladora, que converte o homem em mercadoria e retira sua autonomia.

Entre os anos de 1980 e 1990 permaneceu na atuação das/dos assistentes sociais vinculadas/os à saúde temas como saúde mental, Serviço Social e patologias. Para Miranda (2011), nos anos 1990 ocorrem mudanças no Serviço Social com o advento da Lei 8.662 de 1993 - Lei de Regulamentação da profissão, de mudanças curriculares a partir de 1996, com as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e com o novo Código de Ética Profissional de 1993 que “contrário ao personalismo e aos princípios abstratos, incita a emancipação do ser social, estabelecendo uma dimensão política que vislumbra a transformação da ordem social e toma por base a defesa da liberdade como valor ético-central” (MIRANDA, 2011, p. 109).

Na década de 1990, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as propostas de democratização, universalização, centralização de serviços e controle social, ocorreram mudanças na atuação dos/das assistentes sociais nas instituições de saúde, por meio das quais o Serviço Social se depara com desafios, como o antagonismo existente entre dois projetos políticos que vão requerer a sua atuação profissional: *o projeto privatista* que, demanda seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial, através de aconselhamento, ação fiscalizadora dos usuários dos planos de saúde e predomínio de práticas individuais e; *o projeto da reforma sanitária*, que demanda ações no sentido da democratização das unidades dos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação das unidades de saúde, com ênfase em abordagens grupais ao acesso democrático das informações que estimulam a participação cidadã (CFESS, 2010).

O advento do SUS, em contraponto à política neoliberal que possui como intenção o enxugamento das responsabilidades estatais sobre a política de saúde, e os conflitos existentes entre os projetos, passam a dar contorno a atuação da/do assistente social na atualidade.

Além disso, a precarização das condições estruturais de trabalho e dos tipos de contrato de trabalho, com a falta de vínculos efetivos com a instituição e a rotatividade de profissionais, desestimulam e dificultam o trabalho a ser desenvolvido, tornando-se problemas

enfrentados no trabalho deste profissional nos hospitais.

No tocante à condição de trabalhador da saúde, as contratações de assistentes sociais expressam cada vez mais a precarização e a profunda privatização da política de saúde [...] a maior parte da expansão dos serviços de saúde se deu via terceirização da gestão em saúde [...] com contratos precários, inseguros e temporários de trabalho, além da histórica tendência de baixas remunerações. (SOARES *et al.* 2021, p. 124).

Além destes elementos, Moraes *et al.* (2018) apontam que ainda não foi possível superar o modelo médico-hegemônico, que se caracteriza pela ênfase na assistência médica curativa, dando centralidade ao saber médico e subalternizando as outras categorias profissionais como a de assistentes sociais, o que desconsidera outros elementos da vida do paciente como a relação entre condições de vida, trabalho e tipos de doenças.

Mesmo comungando da concepção ampliada de saúde e das diretrizes do SUS, os condicionantes anteriormente destacados, restringem o trabalho de assistentes sociais em hospitais a abordagens pautadas no modelo patológico-biomédico e hospitalocêntrico. Com isso, as ações profissionais de assistentes sociais nestas unidades de saúde se tornam imediatas e burocráticas, que priorizam o tratamento, a cura, reiteram o emergencial, visam suprir lacunas de trabalho de outros profissionais e não tem conseguido dar direção intelectual crítica ao trabalho realizado.

Nos hospitais, existem rotinas que são atribuídas a assistentes sociais que se traduzem em demandas imediatas, como as administrativas e assistenciais, de caráter burocrático, que segundo Miranda (2011), reproduzem ações apolíticas e conservadoras. Moraes *et al.* (2018), explicam que a organização desses serviços, centralizada na ordem médica, hierarquiza e subalterniza funções e tarefas aos demais trabalhadores da saúde, entre eles as/os assistentes sociais.

Considerando esses elementos, Moraes *et al.* (2018) apontam, por meio de pesquisa realizada em 2016, em instituições de saúde do norte fluminense e sul capixaba que as demandas atribuídas as/aos assistentes sociais nos hospitais, estão vinculadas aos usuários, são institucionais e advindas de outros profissionais. Em relação as *demandas dos usuários*, os autores identificam o acesso a serviços de saúde (exames, cirurgias e tratamentos), orientações

a respeito de tratamento, políticas, direitos e benefícios sociais, encaminhamentos para a rede socioassistencial e que assegurem acesso a programas sociais, assim como mediação de conflitos dentro e fora da unidade de saúde (como exemplo os conflitos de ordem familiar).

Em relação as *requisições institucionais*, Moraes *et al.* (2018) demonstram que estas são norteadas por variáveis como o ordenamento institucional (que gera demandas em uma perspectiva coercitiva do usuário e de resolução de conflitos), médico-biológicas (como demanda pela desospitalização e por fazer contato com familiares para expor situações sobre o paciente eventualmente internado) e burocráticas (como a emissão de declarações, transferências, etc.).

Os autores sinalizam que as requisições institucionais, muitas vezes, ultrapassam as competências profissionais e atribuições privativas da/do assistente social e se faz necessário que a/o profissional esteja fundamentado/a na legislação profissional, especialmente, no Código de Ética Profissional (1993), na Lei de Regulamentação profissional (Lei 8.662/1993), e nas orientações publicadas pelos Conselhos Regionais e Federal de Serviço Social.

No que concerne as *demandas de outros profissionais da equipe de saúde*, Moraes *et al.* (2018), sinalizam que estão inseridas nas variáveis vinculadas aos usuários (com vistas a garantia de seus interesses e direitos), atividades administrativas (como autorização de acompanhantes, encaminhamentos, reclamações dos usuários, visita a leitos de enfermaria, consulta a prontuários), atividades assistenciais (como o acompanhamento à família para a continuidade do tratamento), atividades de planejamento (para garantir o desenvolvimento de rotinas de trabalho), atividades político-organizativas (como as vinculadas a defesa do aumento da quantidade de profissionais via concurso público) e atividades de assessoria (ligadas aos usuários à esfera administrativa, como assessoria ao Ministério Público, ao Judiciário, Conselho Tutelar, etc.)

Moraes *et al.* (2018), ao citar Vasconcelos (2015), vão sinalizar que a diversidade de atividades dirigidas a assistentes sociais em hospitais precisa ser refletida por meio da análise teórico-crítica de situações concretas que, fundadas na crítica da ordem societária vigente, permite aos/as profissionais apreender as diferenças, semelhanças, contradições e relações do que está dado na aparência e se revela processualmente por meio de análise. Isso se dá para os

autores “em função das multiatividades direcionadas ao Serviço Social” (MORAES *et al.* 2018, p. 381).

Nesse aspecto, já sinalizava Miranda (2011), a respeito da necessidade de qualificação e atualização dos/as profissionais de saúde para que possam desenvolver ações tangenciadas pelas diretrizes e orientações do SUS de modo a fortalecê-los/as, e saber lidar com os aspectos sociais determinantes do adoecimento dos sujeitos.

Concordam com essas considerações, Moraes *et al.* (2018), uma vez que, para os atores, há necessidade de fortalecer a formação profissional crítica, a qualificação permanente, os espaços políticos da categoria, o trabalho planejado, sistematizado e pautado pela indissociabilidade entre a dimensão investigativa e a dimensão interventiva.

Diante das considerações tecidas acima e compreendendo a instituição hospital como campo de atuação profissional de assistentes sociais no Brasil, verificadas as condições que se dão essa atuação profissional, com destaque para a precarização destas instituições de saúde, em decorrência de elementos como a superlotação, desarticulação com a rede de atenção primária, falta de pessoal e contratações precarizadas por vínculos trabalhistas instáveis, terceirizações e flexibilizações no processo coletivo de trabalho que sobrecarregam ainda mais os profissionais de saúde, pudemos compreender que a/o profissional de Serviço Social tem sua atuação em hospitais cada vez mais desafiada.

Apesar de, historicamente sempre ter sido convocado a trabalhar nessas instituições, as/os assistentes sociais se veem frente às dificuldades de sua atuação em decorrência do que Moraes *et al.* (2018) sinalizam por estes profissionais encontrarem nos hospitais, a centralidade um modelo político-institucional, pautado na dimensão médico-biológica de tratamento e cura, voltado para práticas predominantemente, imediatistas e individualistas no atendimento do paciente, articulado à precarização das condições e relações de trabalho.

Mesmo assim, Soares *et al.* (2021) não deixam de registrar que as/os assistentes sociais de todo país buscaram (e buscam) integrar a força-tarefa de trabalhadores da saúde que lutam bravamente na assistência à saúde da população em meio às contradições de uma política extremamente precarizada, desfinanciada e privatizada, instrumentalizada a serviço

dos interesses do mercado privado de saúde.

3.2 A pandemia da Covid-19 e suas particularidades no Brasil

Consideramos que vivemos uma pandemia quando acontece a disseminação mundial de uma nova doença e o termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes, com transmissão sustentada de pessoa para pessoa (SCHUELER, 2021). Assim, verificamos que estamos vivendo uma pandemia provocada pelo novo coronavírus identificado na China, em 2019 e que tomou proporções globais no início de 2020. Os efeitos desta pandemia da Covid-19 tem se desdobrado até os dias atuais, quase 3 anos depois de seu alastramento pelo mundo.

De origem respiratória e por se tratar de uma doença causada por um vírus altamente transmissível pelo ar e por contato com superfícies contaminadas, e que seu agravamento tem levado ao óbito velozmente, algumas medidas foram indicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo em vista reduzir e controlar a expansão da doença. Dentre essas medidas estão o distanciamento social, com o uso do chamado *lockdown* (fechamento total de cidades), a ampliação de testagem para diagnóstico da doença, medidas higiênicas como a lavagem de mãos e uso de álcool em gel, de máscaras e o necessário aumento de leitos hospitalares de terapia intensiva para o atendimento de casos de maior gravidade. Mas, além de ser caracterizada como uma crise sanitária, Mota (2021) entende o cenário pandêmico da Covid-19 como uma catástrofe social. Para a autora:

Qualificada como uma conjuntura de catástrofe social, marcada por mortes, adoecimentos, medidas de isolamento social e ações emergenciais, a crise sanitária evidenciou o peso do mercado mundial na produção e distribuição de vacinas, as prioridades dos governos e as disputas comerciais entre potências econômicas. Também revelou a fragilidade das políticas após 30 anos de ofensiva neoliberal, especialmente nas regiões periféricas, marcadas pelo desmonte de programas e políticas sociais, pela subtração de direitos trabalhistas e sociais e pela precariedade e insuficiência das medidas de proteção social pública. (MOTA, 2021, p. 50).

Se considerarmos o caso brasileiro, verificaremos que sua desigualdade econômica e social contribui para que parcela significativa da população viva na pobreza extrema e em condições precárias de saúde, educação e saneamento básico, o que deixou boa parcela da população brasileira vulnerável à Covid-19.

Embora tenhamos um Sistema Único de Saúde (SUS) que garanta acesso universal aos serviços de saúde, o que temos verificado nos últimos anos é que o SUS tem sofrido longo processo de *desfinanciamento*. Carnut e Ferraz (2021) explicam que a Covid-19, ao chegar no Brasil, já encontrou um SUS, ao longo de 32 anos, *subfinanciado*, além de nos últimos anos, ter perdido cerca de R\$22.5 bilhões de reais, por meio da vigência da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congelou investimentos em saúde e educação por vinte anos, conforme abordado no capítulo 1 desta dissertação.

Os autores registram que as propostas para o refinanciamento do SUS através de medidas, como a revogação da Emenda Constitucional nº 95, a elevação do gasto público federal em saúde, a extinção de renúncias fiscais em saúde, a taxação de grandes fortunas, entre outras, nunca foram colocadas em pauta por parte do governo do Presidente Jair Bolsonaro, vigente durante a pandemia.

Inclusive, se o Brasil soma hoje, quase 700.000 mortes por Covid-19, consideradas para Mota (2021), a maior expressão da catástrofe social, deve-se examinar a gestão da pandemia por parte do governo federal brasileiro, considerando a falta de compromisso no repasse de recursos para a política de saúde, assim como, o retardamento para a compra de vacinas, quando estas começaram a ser distribuídas e comercializadas internacionalmente.

Mota (2021), ao aprofundar a questão acerca do cenário brasileiro frente à Covid-19, explica que, o país, conflui elementos que dão unidade às expressões da crise do capital, pois a autora considera a existência das dimensões econômica, social, política e sanitária como uma “crise orgânica”, concebida, segundo ela, por Gramsci (2017), como aquela crise que se origina no ambiente econômico e transita para o ambiente político. Assim, Mota (2021) aponta que, o cenário brasileiro é revelador das entranhas do capitalismo contemporâneo na sua sanha pela acumulação da riqueza às custas da superexploração da força de trabalho e pauperização absoluta das classes trabalhadoras, num ambiente de barbarização da vida, pela virulência da doença, insuficiência de serviços de saúde, fome, desassistência social e previdenciária.

Para Mota (2021) tal ambiente permite o surgimento de oportunismo e estratégias coercitivas e consensuais oriundas das classes dominantes que disseminam suas ideologias por meio de mídias sociais e *fake news*. Assim, o capital implementa medidas necessárias a seu

modo de operar a superação da crise capitalista, subordinando os meios de enfrentamento da crise sanitária a seus interesses financeiros, se apropria do fundo público pelo capital rentista e a mercadorização de serviços públicos, através de terceirizações e parcerias público-privadas, mediante expropriações de direitos e do consumo de serviços públicos, o que para a autora, produz efeitos sobre as classes subalternas.

Os efeitos desse processo no cotidiano das classes subalternas são o aumento da pobreza, da fome e precarização do trabalho, em suas particulares expressões de classe, gênero, raça, etnia, sexualidade e geração. A pauperização das classes trabalhadoras avança, mediante a inexistência de renda e a carestia dos preços dos alimentos, num ambiente de supressão de direitos e meios de subsistência. Presencia-se a redução de benefícios sociais, a insuficiência dos auxílios financeiros emergenciais e a dificuldade de acesso às políticas de seguridade social, ao tempo em que circulam apelos às práticas voluntaristas, religiosas e empresariais, como ocorreu com a consigna solidariedade S/A, difundida em horário nobre da programação da TV Globo. (MOTA, 2021, p. 53).

Diante de tal cenário, Mota (2021) registra que o ambiente social brasileiro é mediado pelo que denomina “guerra cultural” de classes, portadora de neoconservadorismos reacionários e ultraneoliberais, formadores de ideologias difundidas e permeáveis às classes subalternas. Por conta disso, a autora denuncia a ocorrência de desqualificações de movimentos sociais e partidos políticos, principalmente de esquerda, negação da ciência, incentivo ao uso de armas para enfrentamento da violência, tergiversações sobre o tamanho do Estado, existência de “supostos” privilégios de servidores públicos, perseguições ao pensamento crítico e a universidades públicas, a manifestações artísticas e a mídia alternativa. A autora explica que essas ideologias se apoiam no conservadorismo da formação social brasileira, de conteúdo racista, patriarcal e antidemocrático, repleto de preconceitos, principalmente em relação à mulheres e a comunidade LGBTQIA+, com vistas a subjetivar as exigências do capital na implementação de medidas para enfrentamento da crise capitalista e, particularmente a crise sanitária.

Enquanto no cenário internacional os governos lançavam medidas para conter a pandemia, reforçavam seus sistemas de saúde e disputavam a compra de vacinas, o governo federal brasileiro, na contramão, estimulava as pessoas a irem para as ruas, ignorando as orientações de distanciamento da OMS. Para Souza (2021) a pandemia da Covid-19 evidenciou também a pandemia da ignorância manifestada por meio do negacionismo da

ciência e do desprezo à vida. Tal fato pôde ser visto, por exemplo, em atitudes do presidente Jair Bolsonaro, ao tentar diminuir, reiteradas vezes, a gravidade do problema, classificando a Covid-19 como uma “gripezinha”.

Carnut e Ferraz (2021) acrescentam: “Ao ignorar a magnitude dos problemas de gestão, o governo desenvolve uma retórica fascista desses problemas, depositando nos indivíduos a capacidade de resolver a questão” (CARNUT; FERRAZ, 2021, p. 455).

Neste contexto, Werneck e Carvalho (2020) apontam que o Brasil tem uma alta velocidade de expansão da infecção, dificuldade de monitoramento e vigilância de casos da doença por conta da ausência de um sistema de testagem amplo que deveria ser estabelecido no início da pandemia, de forma a permitir a identificação precoce de pessoas infectadas.

Souza (2021) demonstra que a gravidade da situação frente à pandemia levou a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar as irregularidades e omissões por parte do governo federal no enfrentamento da Covid-19 e do colapso do sistema de saúde no estado do Amazonas:

A CPI da Covid-19 ampliou a investigação para os estados, para apurar possíveis desvios de recursos destinados ao enfrentamento da pandemia. Nesse sentido, cabe destacar o depoimento de profissionais, autoridades, empresários, entre outros, ouvidos durante a CPI, os quais têm afirmado a ausência de liderança nacional para a orientação da população e de medidas de enfrentamento à Covid-19, especialmente o descaso com que o Governo Federal tratou e trata a pandemia, inclusive se recusando a comprar vacinas contra a doença ainda em 2020. Quantas vidas poderiam ter sido salvas se não fosse a irresponsabilidade do Governo Federal e de apoiadores que atuam inclusive na divulgação de falsos tratamentos e que levaram à crença de que a pandemia é apenas uma gripezinha? (SOUZA, 2021, p.11).

Soma-se a isso a incerteza de estimativas válidas e confiáveis de números de casos, frequentemente não divulgados pelo Ministério da Saúde, o que fez a mídia reunir-se em um consórcio de imprensa com vistas a recolher junto às Secretarias Estaduais de Saúde, os números da pandemia, para divulgá-los.

Werneck e Carvalho (2020) sinalizam que a pandemia da Covid-19 encontra a população brasileira em situação de extrema vulnerabilidade, altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais devido a imposição de um radical teto de gastos públicos e com as políticas econômicas implantadas pelo governo de Bolsonaro, houve um crescente estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil.

Assim verificamos que a pandemia da Covid-19 encontra particularidades no Brasil, em razão da questão socioeconômica que situa parcelas consideráveis da população brasileira na pobreza, desprovida entre outras coisas, de acesso ao saneamento básico e água que são fundamentais para se evitar a propagação da doença. Soma-se a isso, um sistema de saúde que, apesar de universal, sofre com os efeitos de seu *des*financiamento, sendo agravado pela ausência de repasses durante a pandemia, aliado ao descompromisso e a inércia de um governo federal negacionista frente as responsabilidades que deveriam ser tomadas para controlar a pandemia no país.

De posse dessas considerações, no próximo tópico vamos verificar como a pandemia da Covid-19 refletiu no Hospital Federal de Bonsucesso, unidade federal de saúde e cenário da pesquisa de dissertação.

3.3 O cenário da pesquisa: o Hospital Federal de Bonsucesso, a pandemia da Covid-19 e o incêndio em 2020

De acordo com informações disponibilizadas no sitio oficial¹⁷ da unidade de saúde, o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), antigo Hospital General do Nascimento Vargas, em janeiro de 1948, época de sua inauguração, era subordinado ao IAPETEC (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas), foi inaugurado pelo então presidente da República, General Eurico Gaspar Dutra. Na década de 1960, com a fusão dos institutos de previdência, o HFB passa a fazer parte do então criado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que era responsável pela saúde, arrecadação e pagamento dos aposentados.

Em 1975, foram inaugurados os ambulatórios e a emergência (apenas para atendimento de casos clínicos). Do final dos anos 1970 até 1989, a unidade passou a ser gerida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nesta época, teve início o estudo para viabilizar a implantação do Serviço de Transplante Renal e da Clínica de Cirurgia Cardíaca. Na década de 1990, o hospital passa a pertencer ao Sistema Único de Saúde. Neste período, é implantada a informatização, criada a Creche

¹⁷ Site do HFB disponível em: <http://www.hgb.rj.saude.gov.br/hospital/>

Itália Franco¹⁸ e há a inauguração do atual prédio do ambulatório, em 1992.

A partir do ano 2000, são implantados os serviços de Ouvidoria, Cirurgia Torácica e de Cirurgia Reconstructiva dos Membros e Microcirurgia. São reestruturados os serviços de Oncologia, Clínica Médica B, Anatomia Patológica e Patologia Clínica. Além da Farmácia, Hemoterapia (Banco de Sangue), Central de Esterilização, Maternidade e Unidade de Transplante Renal, todos com investimentos em infra-estrutura e aquisição de novos equipamentos. Foram criados os serviços de Cirurgia Hepatobiliar (transplante de fígado), Psicologia, Fisioterapia e o Ambulatório de Genética Clínica.

No Relatório de Gestão do HFB de 2018, disponibilizado no site do Tribunal de Contas da União (TCU), é possível verificar que o hospital possui uma carteira de serviços complementares de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, distribuídos dentre os serviços de Patologia, Radiologia e Métodos Gráficos. Está inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº 2269880 como MS/HGB Hospital Federal de Bonsucesso, com habilitação em 17 especialidades médicas para atendimento de baixa, média e alta complexidade a nível ambulatorial, média e alta complexidade a nível hospitalar, bem como atendimento em emergência para população referenciada e proveniente da demanda espontânea durante 24 horas.

Quanto ao regime de contratos de trabalho, a unidade possui servidores públicos federais, em sua maioria, com vínculos estáveis ligados ao próprio Ministério da Saúde, profissionais contratados em regime temporário por meio do chamado Contrato Temporário da União (CTU) e profissionais vinculados a empresas terceirizadas que prestam serviços nas diversas áreas da unidade.

O hospital é um complexo hospitalar com mais de 42.242 metros quadrados de área construída e localização estratégica na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. De acordo com dados do Relatório de Gestão do HFB de 2018, o HFB é atualmente um estabelecimento de saúde, órgão da administração direta do Poder Executivo, inserido na rede do Sistema Único de Saúde – SUS, vinculado ao Departamento de Gestão Hospitalar do Estado do Rio de

¹⁸ Creche destinada a acolher filhos com, até os 6 anos de idade, dos servidores que trabalham em tempo integral no hospital.

Janeiro e a Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde, com autonomia orçamentária na execução de despesas. Esta unidade encontra-se situada na Região Metropolitana, no Bairro de Bonsucesso, e Zona Norte da Cidade do Rio de Janeiro, próximo à confluência da Avenida Brasil com as Linhas Amarela e Vermelha (conforme figura 1), ligando a cidade do Rio de Janeiro com demais cidades do Estado, principalmente a Baixada Fluminense, o que faz do Hospital Federal de Bonsucesso uma referência em serviços de média e alta complexidade a toda a população do Estado. O HFB é o maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos mensais, que vão desde consultas ambulatoriais, internações, exames laboratoriais e de imagem.

Figura 1: Hospital Federal de Bonsucesso



Fonte: site do HFB, 2023

Com perfil predominantemente cirúrgico, o HFB possui atualmente serviços especializados, tais como cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cardiologia, neurocirurgia, urologia, oftalmologia, entre outros. A atividade cirúrgica do hospital conta com diversos procedimentos realizados por videocirurgia.

Mesmo com todas essas dimensões, que nos fazem compreender a importância desta unidade para a saúde pública para o município do Rio de Janeiro e todo seu Estado, ao longo dos últimos anos, devido a política de enxugamento das responsabilidades do Estado frente as políticas sociais, no qual o Estado segue o receituário neoliberal e precariza serviços essenciais ofertados à população, como os serviços de saúde,

conforme já trabalhado no capítulo 1 e no capítulo 2 desta dissertação, unidades de saúde de alta complexidade, como é o caso do HFB, sofrem com a precarização de sua estrutura física e terceirização de serviços, por não ter recursos para a manutenção, falta de materiais e insumos básicos para seu funcionamento e falta de pessoal qualificado para o atendimento à população. Tal situação faz com que grandes referências cirúrgicas da unidade deixem de existir e serviços sejam desativadas, como é o caso do transplante hepático.

Tais elementos integram um projeto mais amplo, vinculado à sociedade do capital, em uma conjuntura marcada por radicalismo neoliberal, com profundos impactos na vida social, no trabalho, nas políticas sociais e serviços sociais.

Vale ressaltar que a terceirização mencionada e, a partir da concepção adotada por este estudo, fundamentada em Antunes (2020) e Druck (2011), representa estratégia central da precarização do trabalho no contexto contemporâneo.

Essa 'epidemia' da terceirização, como uma modalidade de gestão e organização do trabalho, explica-se pelo ambiente comandado pela lógica da acumulação financeira, que no âmbito do processo de trabalho, das condições de trabalho e do mercado de trabalho, exige total flexibilidade em todos os níveis, instituindo um novo tipo de precarização que passa a dirigir a relação entre capital e trabalho [...] garantir os rendimentos, exigindo e transferindo aos trabalhadores a pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade, pela redução dos custos com o trabalho e pela 'volatilidade' na forma de inserção e contratos (DRUCK, 2011, p. 49).

Na particularidade do HFB, os relatórios de gestão da unidade (2017; 2018), apontam para redução no número de servidores concursados e sua gradual substituição por mão-de-obra temporária: em 2017, a unidade contava com 2.686 servidores concursados e 492 contratos temporários. Já em 2018, houve uma queda para 2.644 servidores concursados, enquanto o quantitativo de contratos temporários cresceu para 642.

Nestas condições, verifica-se um processo de precarização das condições de trabalho dos servidores públicos, com baixos salários e sobrecarga de trabalho, conforme também apontado pelo Relatório de Gestão (2018), na particularidade do HFB:

O HFB depara-se continuamente com uma força de trabalho envelhecida o que dificulta as atividades laborais dos trabalhadores na Unidade como um todo, acarretando insatisfação, desmotivação e aumento do absenteísmo, que este ano registrou uma taxa de 7,2%, e em consequência são observados: Afastamentos por adoecimento dos servidores (doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, dorsocervicolombalgias, estresse e outras); Força de trabalho insuficiente;

sobrecarga para a força de trabalho existente; Envelhecimento natural dos servidores e doenças comuns da faixa etária; Falta de concurso público (criação de cargos) que contemple a real necessidade dos profissionais não só no HFB, mas em toda a rede (RELATÓRIO HFB 2018, p. 181).

Além disso, a situação do HFB se agravou em 2020, com o advento da pandemia da Covid-19 que assolou o mundo e se fez sentir no Brasil de forma especial a partir de março do mesmo ano. Os/as profissionais de saúde do HFB, que já vivenciavam processos de precarização do trabalho, sofreram rebatimentos desta situação de catástrofe caracterizada pelo excesso de atendimentos, aliado a falta de insumos e equipamentos no atendimento de casos de pacientes contaminados com o novo coronavírus. Faltavam itens básicos, como por exemplo, os equipamentos de proteção individual (EPI). Mesmo assim, de acordo com informações no sitio Poder 360: “No início da pandemia, o complexo hospitalar foi anunciado como futura unidade de referência para a covid-19. Um dos blocos, com capacidade para até 200 leitos, chegou a ser adaptado, mas o projeto não foi adiante por falta de condições¹⁹” (PODER 360, 27/10/2020).

Para agravar a situação da unidade, em 27 de outubro de 2020, o HFB é acometido por um incêndio de grandes proporções que levou 16 pacientes a morte, sendo 3 pessoas no dia do incêndio e 13 pessoas após as transferências para outras unidades de saúde. As causas do incêndio ainda estão sendo investigadas pela polícia federal. É possível verificar através de publicações da época, elementos que são reflexos da precarização que rebatiam na unidade e contribuíram para uma possível tragédia anunciada.

O hospital não tinha certificado de funcionamento do Corpo de Bombeiros. Um levantamento da Associação Contas Abertas mostra que os gastos da unidade caíram 40% desde 2010, passando de R\$ 218 milhões para R\$ 131 milhões por ano. E não faltaram alertas sobre suas más condições estruturais²⁰. (REVISTA EXAME, 28/10/2020).

O incêndio no HFB provocou o fechamento de diversos serviços da unidade. Assim, pacientes internados, precisaram ser transferidos para outros hospitais. Os prejuízos maiores

¹⁹ Poder 360 disponível em: <https://www.poder360.com.br/brasil/incendio-deixa-ao-menos-duas-pacientes-mortas-em-hospital-de-bonsucesso/>

²⁰ Revista Exame disponível em: <https://exame.com/brasil/o-que-se-sabe-sobre-o-incendio-em-hospital-no-bonsucesso/>

foram nos prédios 1 e 2.

No local, funcionavam os setores de emergência, cirurgias de alta complexidade, enfermarias, hemodiálise e exames de imagens. O fogo começou no subsolo e as chamas se alastraram e atingiram o almoxarifado. Por conta do incêndio, a unidade precisou ser fechada e transferir em caráter emergencial todos os pacientes que estavam internados. No dia do incêndio, 192 pacientes que estavam nos prédios 1 e 2 foram transferidos para outros blocos do complexo e para outros hospitais do Rio. Entre eles, 37 tiveram alta e três morreram. Semanas depois, mais 13 dos pacientes transferidos faleceram²¹. (JORNAL O DIA, 13/12/2021).

Em análise dos relatórios de gestão de 2020, do HFB, disponibilizados no sítio do TCU, foi possível perceber que, mesmo diante deste cenário que rebatia sobre a unidade de saúde, o hospital disponibilizou de 170 a 220 leitos para o tratamento de pacientes infectados com o coronavírus, o que permitiu, ainda em 2020, a internação de 744 pacientes positivados para Covid-19. Desses, 460 pacientes receberam alta por melhora no estado de saúde, 222 pacientes vieram a óbito, 60 pacientes foram transferidos para outra unidade de saúde e 3 pacientes pediram alta à revelia.

Visando atender a solicitação realizada pelo Diretor de Programas do Ministério da Saúde/RJ, através do Ofício no 96/NUHF/MS, de 16/03/20, a Instituição disponibilizou cerca de 170 a 220 leitos para enfrentamento do tratamento em pacientes diagnosticados com COVID 19. Sendo assim, houve a necessidade de reestruturação de recursos humanos, materiais e equipamentos específicos para transformação de leitos de enfermaria em Terapia Intensiva, bem como a necessidade de elaboração de plano de contingenciamento do Hospital Federal de Bonsucesso. (RELATÓRIO DE GESTÃO HFB/2020, 2020, p.35).

Apesar dos números acerca do atendimento de pacientes com coronavírus, os relatórios produzidos pelo HFB mencionam que os efeitos da pandemia de Covid-19 e o incêndio que a unidade de saúde sofreu prejudicaram o atendimento realizado pelo hospital.

Em relação ao impacto da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID 19) na produção assistencial, pode ser afirmado que houve uma redução significativa da linha produtiva em consequência das modificações ocorridas na estrutura funcional para viabilizar o atendimento do paciente COVID 19, conforme as normas e diretrizes de atendimentos preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como o agravamento da linha de produção, devido ao episódio do incêndio ocorrido na Instituição na data de 27/10/2020. (RELATÓRIO DE GESTÃO HFB/2020, 2020

²¹ Jornal O Dia disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2021/12/6296800-principio-de-incendio-atinge-hospital-federal-de-bonsucesso.html>

Quadro 1: Indicadores Assistenciais HFB entre 2019,2020 e 2021

Indicadores	2019	2020	2021
Número de consultas ambulatoriais	157.176	87.038	134.829
Número de leitos instalados	5.664	5.664	5.664
Número de leitos operacionais	5.065	3.932	1.677
Número de internações	13.491	7.929	6.144
Total de óbitos	873	580	85
Número de cirurgias realizadas nos centros cirúrgicos dos prédios 1 e 2	7.737	3.655	3.402
Número de cirurgias ambulatoriais realizadas	1.580	731	1.130
Número de atendimentos em serviços de emergência	13.002	2.695	1.325
Taxa de ocupação centros cirúrgicos dos prédios 1 e 2	35,1%	29,5%	35,1%
Taxa de suspensão de cirurgias dos prédios 1 e 2	24,5%	25%	24,5%
Taxa de ocupação hospitalar	79,9%	57,1%	63,6%
Tempo médio de permanência (dias)	9,6	9,4	6,3
Taxa de mortalidade hospitalar	6,8%	8,2%	1,2
Índice de renovação de leitos	2,3	1,8	1,7

Fonte: RELATÓRIO DE GESTÃO HFB/2020 e 2021

Os números trazidos pelo Relatório de Gestão do HFB entre 2019, 2020 e 2021, apontam nessa direção e podem ser verificados por meio do quadro 1, por meio do qual é possível verificar os indicadores assistenciais.

Ainda que o Hospital Federal de Bonsucesso estivesse com o atendimento precarizado, os eventos mencionados não impediram seu funcionamento. Logo após o incêndio, iniciou-se as obras de recuperação da unidade. O relatório de gestão do ano de 2021, emitido pelo HFB, época que já estava em curso no país a distribuição de vacinas para o combate à Covid-19 e que permitiu a redução significativa de agravamento da doença e seu número de casos e óbitos, apenas confirma a redução significativa da linha produtiva do hospital, que já havia sido sinalizada no relatório de 2020, e que a emergência da unidade permaneceu fechada em 2021, não havendo, portanto, atendimento para casos da Covid-19.

Uma informação relevante que consta no relatório do HFB (2021), é que dentre os problemas que a unidade tem se deparado para a retomada dos serviços após o incêndio e a pandemia, diz respeito ao déficit de funcionários em seus diversos setores, conforme pode ser observado abaixo:

Outra perda importante que se reflete até o momento, impedindo a reabertura integral do prédio 1 e a retomada dos atendimentos a população e é decorrente do incêndio ocorrido em outubro de 2020, é a perda da Força de Trabalho [...]. Além das perdas esperadas e estimadas como aposentadorias, transferências e afastamentos, temos os término de contratos que muitas das reposições foram realizadas em outras unidades, visto que o Hospital Federal de Bonsucesso não estava ainda em condições de atendimento por estar em obras para reestruturação do Prédio 1 atingido pelo incêndio.[...] Em outubro de 2020 possuíamos 3839 profissionais na área assistencial e, em dezembro de 2021, havia 2454 profissionais assistenciais, numero insuficiente para a abertura plena e manutenção de todas as atividades assistenciais da unidade. (RELATÓRIO DE GESTÃO HFB/2021, 2021, p.38).

Os dados acerca do déficit de pessoal trazidos acima, pelo Relatório de Gestão HFB de 2021, nos demonstram uma situação preocupante, pois comprova o problema da precarização e sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam no nosocômio, em virtude da perda de mais de 1.300 profissionais em pouco mais de um ano, o que representa um desafio para os trabalhadores deste hospital, dentre esses, as/os assistentes sociais que, como profissionais assalariados integrantes da classe trabalhadora, vivenciam os constrangimentos advindos da precarização do trabalho na unidade de saúde, além dos riscos pela contaminação do vírus, a intensificação e complexificação das demandas sociais em saúde, configuradas em um cenário de catástrofe social, conforme apontado por Mota (2020).

3.4 O trabalho das/dos assistentes sociais no Hospital Federal de Bonsucesso: atribuições gerais e competências profissionais

O Serviço Social é uma profissão de nível superior de caráter sócio-político, crítico e interventivo. Inserida nas diversas políticas sociais (saúde, previdência, educação, assistência social, habitação, lazer, justiça, etc.) desempenha o papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais, efetivando sua intervenção nas

relações entre os homens no cotidiano da vida social, por meio de ações de cunho socioeducativo e da prestação de serviços (RELATÓRIO DE GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL, HFB, 2021).

Seu trabalho profissional deve ser construído em consonância com o Código de Ética de 1993, com atenção aos seus princípios fundamentais²², a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993), as orientações publicadas pelo Conjunto CFESS/CRESS, a Constituição Federal de 1988 e legislações complementares referentes às políticas sociais (Lei Orgânica da Saúde, Lei Orgânica da Assistência Social, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso e outras), além da produção do conhecimento crítico da área, reconhecendo as lutas e pautas dos movimentos sociais defensores da liberdade e da dignidade humana.

Ao analisar os relatórios e documentos disponibilizados pelo Serviço Social do HFB foi possível verificar que a/o assistente social atuante na unidade, é desafiado/a a desenvolver as suas atividades pautando-se nesses princípios gerais, com ênfase na concepção ampliada de saúde, cuja definição vincula-se às condições de vida dos sujeitos e como direito de cidadania e dever do Estado. Segundo o relatório, o objetivo geral do trabalho está fundamentado no documento publicado pelo CFESS, em 2010, intitulado *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde* e diz respeito a identificar, interpretar e intervir nos determinantes sociais, econômicos e culturais do processo saúde-doença, a fim de garantir a efetivação dos direitos humanos e sociais.

²² São estes: I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CRESS-PR, 2017).

Na atualidade, o Serviço Social do HFB conta com:

- 22 Assistentes Sociais (17 servidoras/es efetivas/os – Regime Jurídico Único (RJU) e 05 servidoras/es temporários – Contrato Temporário da União (CTU). Estas/es assistentes sociais cumprem carga horária de 30 horas semanais, com exceção de uma profissional que se encontra em redução de carga horária, conforme a legislação pertinente.
- 01 funcionária administrativa (RJU) em processo de preparação para a aposentadoria (com carga horária de 30 horas semanais)
- 01 Técnica de Secretariado (contrato terceirizado, regime celetista, com carga horária de 44 horas semanais).

Ao comparar tais informações relativas ao quadro de pessoal do Serviço Social do HFB, com aquelas publicadas nos relatórios de gestão de 2019, 2020 e 2021, verifica-se redução de assistentes sociais dentro da unidade de saúde ao longo do tempo: no relatório de gestão de 2019, há o registro de 29 assistentes sociais (sem especificação neste documento entre RJU e CTU). Já no relatório de 2020, registra-se a composição de 27 assistentes sociais (21 RJU e 6 CTU). Atualmente, conforme mencionado, existem 22 assistentes sociais (17 por RJU e 5 CTU). Tal fato demonstra um déficit de pessoal num momento em que a presença desta/deste profissional torna-se ainda mais importante para a unidade de saúde, dada as condições postas pela pandemia da Covid-19 e pelo incêndio sofrido pela unidade em 2020.

Em relação as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no HFB, seu relatório de gestão (2021), aponta que, a equipe de Serviço Social divide as atividades entre a chefia técnica e os profissionais que atuam tanto na coordenação de Serviço Social localizada no 2º andar do prédio da administração (prédio 4 do complexo hospitalar) quanto nos serviços distribuídos pela unidade de saúde. Tais atividades, nomeadas *principais atribuições da chefia técnica e da assistente social*, estão assim discriminadas:

1.1 Principais Atribuições da equipe de Serviço Social (dividida por cargos)

Chefia Técnica: Dirigir serviço técnico de Serviço Social; Representar o Serviço Social, responsabilizando-se juntamente com a equipe pelo seu funcionamento; Coordenar as atividades assistenciais e administrativas; Coordenar o processo de trabalho, articulando as ações entre os profissionais que compõem a equipe; Acompanhar, avaliar e propor ações que visem à melhoria da qualidade do serviço prestado; Exercer demais atividades inerentes ao cargo de assistente social, conforme descrito abaixo.

Assistente Social: Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades; Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; Prestar assessoria e consultoria técnica à instituição; Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social para subsidiar ações profissionais; Emitir relatórios, laudos, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social e políticas sociais; Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; Auxiliar na construção e/ou efetivação, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, de espaços na unidade que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas. (RELATÓRIO GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL /HFB 2021, 2022, p.4).

Importante pontuar que, na parte do relatório descrita acima, apesar do mesmo indicar no subtítulo *1.1 Principais Atribuições do Serviço Social*, observamos que tal item acolhe atividades classificadas pela Lei de Regulamentação da Profissão (8.662/1993), nos artigos 4 e 5, entre competências profissionais e atribuições privativas, não preservando suas distinções²³.

²³ Art. 4º Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

Ao trabalhar problematizar as atribuições privativas e competências profissionais de assistentes sociais, Matos (2015) ressalta que não se trata apenas daquilo determinado pela Lei 8.662/93 como função exclusiva do Serviço Social, mas também aquilo que potencialmente podemos/devemos desenvolver no trabalho profissional. Assim, para o autor:

As atribuições privativas são aquelas que se referem diretamente à profissão, como a atribuição privativa de coordenar cursos, bem como equipes de Serviço Social nas instituições públicas e privadas. E competências são aquelas ações que os (as) assistentes podem desenvolver, embora não lhes sejam exclusivas. (MATOS, 2015, p. 681-682).

3.4.1 Atividades desenvolvidas pelo Serviço Social do HFB antes da pandemia da Covid-19 De

acordo com o Relatório de Gestão do Serviço Social do HFB (2021), até março do ano de 2020, as/os profissionais de Serviço Social prestavam assistência no Plantão Geral, Ambulatório, na Emergência e nas diversas Clínicas (Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Neurocirurgia, Clínica Médica A e B, Pediatria e UTI Pediátrica, Ginecologia, Obstetrícia, UTI/UI Neonatal, Cardiologia, Clínicas Cirúrgicas A e B, Ambulatório de Oncologia), nos programas (Programa de Diabetes, Programa de Transplante Renal, Programa de Atenção ao Trabalhador) e na Equipe de Apoio à Desospitalização e Educação em Saúde. Além dos serviços acima citados, o Serviço Social utiliza a estratégia do Plantão Geral e dos plantões daAPH (Adicional de Plantão Hospitalar) para suprir a cobertura dos demais serviços

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, LEI 8.662 DE 1993)

²³ Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social: I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (BRASIL, LEI 8.662 DE 1993).

institucionais. No Quadro 2, descrevemos as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social do HFB, conforme relatório de 2019, no período anterior à pandemia da Covid-19:

Quadro 2: Atividades desenvolvidas pelo Serviço Social do HFB

ATIVIDADES REALIZADAS	DESCRIÇÃO
ATIVIDADES DO SERVIÇO SOCIAL DENTRO DA UNIDADE	Abordagem individualizada dos usuários; Entrevista Social; Orientações quanto a Direitos Sociais; Visitas Domiciliares.
ATIVIDADES REALIZADAS EM ARTICULAÇÃO COM DEMAIS SERVIÇOS DA UNIDADE	Apoio à Equipe de Desospitalização; Núcleo Interno de Regulação; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Coordenação de Atenção ao Voluntariado; Emissão de pareceres, relatórios e estudos sociais.
ATIVIDADES REALIZADAS EM ARTICULAÇÃO COM OUTRAS INSTITUIÇÕES DE FORMA EXTERNA	Visitas Institucionais; Notificações para diversas secretarias; Articulação com a rede de proteção socioassistencial; Emissão de pareceres, relatórios e estudos sociais, quando necessário.

Fonte: RELATÓRIO DE GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL/HFB, 2019, 2020, p.6-7.

Em relação ao trabalho em equipe no período anterior a pandemia, verificou-se no relatório de 2019, a implementação de ações que visavam à construção de um trabalho multidisciplinar, que estimulasse a participação das diversas categorias profissionais na elaboração de um plano de intervenção para cada usuário, de acordo com as demandas apresentadas e avaliadas; participação em *Rounds* e reuniões multidisciplinares para discussão de casos, além de reuniões periódicas da equipe de Serviço Social do HFB.

Ao analisar o conjunto de atividades descritas, reiteramos as conclusões de Costa (2009) a respeito da/do assistente social como um *elo orgânico da saúde*, e de Moraes (2021) a respeito da/do assistente social como um agente da integralidade da atenção à saúde.

Ao realizar pesquisa nos serviços públicos de saúde em Natal, RN, Costa (2009) conclui que o/a assistente social desempenha o papel de “*elo orgânico*” entre os diversos níveis do SUS e entre este e as políticas setoriais, o que indica que tenta assegurar, mesmo com uma série de dificuldades, a integralidade das ações (COSTA, 2009, p. 341, grifos da

autora). Acrescenta ainda que a legitimidade do Serviço Social no interior do processo coletivo de trabalho em saúde se constrói pelo “avesso”, já que sua utilidade é expressa nas contradições fundamentais da política de saúde, sobretudo do SUS. Isso significa que o Serviço Social tem intervindo, sobretudo, em situações que envolvem os excluídos, os ‘inaptos’ e os incapazes de receber, total ou parcialmente, o atendimento das unidades, tendo a missão de administrar o que é quase impossível de ser administrado.

Já Moraes (2021), ao estudar o trabalho do Serviço Social na área da saúde, no curso da pandemia da Covid-19, afirma que, mesmo em um cenário caótico e cruel, marcado por radicalismo neoliberal e pelas suas expressões na vida social e, mais particularmente no trabalho, por meio de precarização, de terceirização, de desconstrução dos direitos dos trabalhadores que se associam a desigualdades regionais, raciais e de gênero, é possível reconhecer que as articulações e resistências profissionais que perpassam a formação, a organização político-profissional e o trabalho contribuem para que assistentes sociais na área da Saúde, de forma geral, embora não homogênea, assumam o lugar de *agentes da integralidade da atenção à saúde*.

Segundo o autor (2021), esse lugar

é potencializado a partir de formação generalista, fundada na teoria marxiana e em uma perspectiva metodológica, pautada em princípios e categorias que contribuem para que a assistente social apreenda os elementos sociais determinantes do processo de adoecimento e reconheça, no cotidiano institucional e na especificidade das demandas, suas determinações gerais, construídas historicamente e permeadas por contradições. Tais elementos têm permitido a construção estratégica do trabalho, objetivando o enfrentamento das expressões sociais do processo de adoecimento por meio da articulação com outros profissionais, com a rede de atendimento sócio assistencial, a família, a comunidade e os movimentos sociais, ainda que em um contexto de desfinanciamento da Saúde, de sucateamento dos serviços, de terceirização e de precarização do trabalho e da vida.

Com o advento da pandemia da Covid-19 e as restrições impostas a partir de março de 2020, ocorreram alterações na atuação profissional da/do assistente social no hospital, por meio de restrições que se traduziram em limites, assim como a necessidade de se desenvolver estratégias dentro da unidade num momento delicado, provocado pelo cenário pandêmico, o

que foi agravado na particularidade do HFB, sobretudo após o evento do incêndio sofrido em outubro de 2020.

Em análise dos relatórios de gestão do Serviço Social (2020), foi possível a identificação de 8 projetos de intervenção profissional construídos e realizados pela equipe do Serviço Social na fase anterior à pandemia da Covid-19, a saber:

Roda de conversa com médicos residentes;

Grupo de apoio ao laringectomizado total;

Grupo de apoio e orientação aos acompanhantes de pacientes internados;

Grupo de educação em diabetes adulto e infanto-juvenil;

Elaboração de material educativo em articulação com o setor de assessoria e comunicação social;

Grupo de pacientes internados no setor de cardiologia;

Grupo de acompanhamento em pós-operatório em cirurgia cardíaca;

Palestra de doadores vivos do transplante renal e Palestra do transplante renal de doadores falecidos.

Além desta descrição, a única informação adicional relativa aos projetos de intervenção, concerne ao objetivo do projeto *Roda de conversa com médicos residentes*: informar aos médicos: "...explicitando as demandas do Serviço Social" (RELATÓRIO DE GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL/HFB, 2020, p.8). É válido destacar que, mesmo após tentativas de contatos com a gestão do Serviço Social, não obteve-se maiores informações.

3.5 Condições e limites do trabalho

Precárias condições de trabalho, em variados momentos, configuram limites ao exercício profissional. Esta afirmativa está pautada na análise do Relatório de Gestão do Serviço Social do HFB (2021), em parte, sistematizado no quadro 3.

Quadro 3: Precarização, limites e dificuldades no trabalho de assistentes sociais no HFB

<p>O déficit de profissionais, incompatível com a demanda apresentada ao serviço; fragilidade dos contratos CTU e demora nas confirmações referentes às renovações dos mesmos;</p> <p>Ausência de espaço físico apropriado para a realização de atendimento social nos diversos prédios do hospital, que garanta o sigilo profissional preconizado pelo Código de Ética Profissional do Assistente Social (1993)</p>
<p>Fragilidade na comunicação de informações ao usuário em relação às rotinas institucionais, sendo estas demandas direcionadas ao Plantão Geral, sobrecarregando o atendimento com requisições que não são de competência dos assistentes sociais.</p>
<p>Solicitação pelos demais profissionais e setores para o desempenho de ações que não são de competência e/ou atribuição do assistente social.</p>
<p>Constantes faltas de material administrativo, supridas em muitas ocasiões por recursos trazidos pelos próprios funcionários.</p>
<p>Dificuldade em encaminhar e/ou articular o seguimento do trabalho aqui iniciado para a rede interinstitucional de serviços ou equipamentos públicos de assistência e afins, dado o contexto de retração dos serviços voltados para atendimento da população majoritariamente atendida no HFB;</p>
<p>Perda de duas salas de atendimento do Serviço Social em abril de 2020, que foram solicitadas pela Coordenação Assistencial do HFB e sem devolutiva até o momento, em destaque a sala de atendimento no prédio 02 onde se atendiam os responsáveis pelas crianças internadas na enfermaria de pediatria;</p>
<p>Déficit de profissionais de saúde e administrativos em setores prioritários do hospital;</p>
<p>Dificuldades do atual contexto da pandemia da Covid-19 que impactou no mundo do trabalho e nas relações sociais, gerando desemprego, pobreza, sofrimento emocional.</p>

Fonte: RELATÓRIO DE GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL/HFB 2021,2022, p. 9-10.

As análises dos elementos indicados no quadro 3 nos sugerem algumas reflexões: primeiramente é que os limites identificados nos relatórios são considerados limites estruturais e conjunturais, uma vez que sempre ocorreram, mas que foram agravados durante a pandemia da Covid-19.

Quanto aos itens que dizem respeito ao déficit de profissionais, a sobrecarga de atendimento no Plantão Geral, a constante falta de material administrativo e a perda de salas, comprovam o complexo quadro de precarização que as unidades de saúde sofrem na atualidade, em razão de múltiplos elementos abordados nos capítulos 1 e 2 desta dissertação e que rebatem na atuação de assistentes sociais do HFB.

O limite apontado em relação a ausência do espaço físico para a realização de atendimento social nos revela uma grave situação, pois pode comprometer o sigilo profissional, que: “ no âmbito de atuação do/da Assistente Social tem por objetivo a preservação da intimidade dos/as usuários/as e é ato necessário à preservação do vínculo de confiança estabelecido entre o profissional e os/as usuários/as”. Além disso, é um direito do usuário e um dever legal da/do assistente social a garantia tanto do sigilo no atendimento, como das informações que venham a ser produzidas, o que encontra respaldo na legislação profissional, conforme visto neste item do Relatório (CRESS-PR, 2017). Assim, a instituição deve garantir a/o profissional e ao usuário espaço apropriado para a realização dos atendimentos, conforme previsão legal:

O Código de Ética Profissional do/a Assistente Social estabelece no Título II: Dos Direitos e das Responsabilidades Gerais do/a Assistente Social, Art. 2º Direitos do Assistente Social, Alínea d) Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional. Dispõe, em capítulo específico, a necessidade da garantia do sigilo profissional que se amolda aos dispositivos constitucionais na perspectiva da proteção do direito a intimidade e privacidade, conforme disposto no Artigo 5º, inciso X da Constituição Federal de 1988. (CRESS-PR, 2017, p.1).

Quanto a solicitação pelos demais profissionais e setores para o desempenho de ações que não são de competência da/do assistente social, importa registrar que a atuação profissional deve estar em consonância com os parâmetros de atuação da profissão, a Lei de Regulamentação Profissional e o código de ética profissional de 1993. Mas, para que isso ocorra, o/a profissional deve conhecer suas atribuições privativas e competências profissionais e compreender seu lugar dentro da instituição.

A dificuldade em encaminhar e/ou articular o trabalho com a rede interinstitucional de serviços, aponta que a construção de elos de ligação do hospital com a rede de atendimento, é permeada por desafios que, quando enfrentados e superados em cada caso atendido, tendem a tratar da saúde para além da dimensão patológica e biomédica.

Por fim, “as dificuldades do atual contexto da pandemia da Covid-19 que impactou no mundo do trabalho e nas relações sociais, gerando desemprego, pobreza, sofrimento

emocional”, enquanto expressões da questão social²⁴, também tem sido analisada pela produção bibliográfica da área de Serviço Social no Brasil. Conforme Mota (2021),

As implicações da crise sanitária e social sobre a profissão atingem os e as assistentes sociais em dois planos principais: no das demandas cotidianas, cujo volume e natureza das situações demandadas estão diretamente relacionadas à desproteção social pública, às violências e aos carecimentos no atendimento das necessidades sociais básicas dos trabalhadores e suas famílias, agravadas pela pandemia; e no do exercício profissional que envolve condições, relações de trabalho e singularidades das atividades profissionais. (MOTA, 2021, p. 57).

Diante disso, as análises acerca dos limites identificados na atuação profissional de assistentes sociais no HFB permitem observar que, de maneira geral, eles refletem a precarização presente na unidade de saúde e que os mesmos foram intensificados diante do cenário de pandemia, o que se refletiu nas atividades desenvolvidas pelas/pelos assistentes sociais nesta unidade de saúde. No próximo tópico, nos aproximaremos de algumas estratégias de trabalho construídas pelas/pelos assistentes sociais diante deste cenário.

3.6 Implicações da pandemia da Covid-19 para a processualidade do trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Bonsucesso, no RJ: Estratégias profissionais

Para a construção das análises propostas para esta seção, parte-se da compreensão de que *o processo de trabalho* se caracteriza como um tipo de organização das ações requisitadas pelas políticas sociais e/ou pelas instituições empregadoras, enquanto, *a processualidade do trabalho*, além de incorporar o processo, diz sobre o modo como os/as assistentes sociais vêm elaborando as respostas profissionais frente às demandas, requisições, rotinas, burocracias – que estão postas na operacionalização das ações cotidianas.

De acordo com Pereira (2018, p. 77), a processualidade do trabalho ocorre no “interior dos processos de trabalho institucional, mas, não se confundem”, uma vez que ela diz sobre a forma como as(os) assistentes sociais irão empregar seus conhecimentos, habilidades,

²⁴ Para Yazbek (2014, p. 683), "a 'questão social' permeia a sociabilidade da sociedade de classes e seus antagonismos constituintes. Envolve disputa social, política e cultural em confronto com as desigualdades socialmente produzidas". Além disso, há o destaque para "um tempo caracterizado por mudanças aceleradas em diferentes dimensões da vida social, por uma nova sociabilidade e uma nova política" (p. 678), com desestabilização no campo do trabalho, precarização e insegurança, interferindo nas proteções e garantias vinculadas historicamente ao emprego.

competências, eleger os instrumentos e técnicas, versadas com um tipo de trabalho especializado e com um projeto de direção ético-política²⁵ em respostas as requisições institucionais e as demandas dos usuários dos serviços. Assim,

[...] o processamento do trabalho no âmbito do Serviço Social diz respeito ao modo como os assistentes sociais elaboram as respostas profissionais, às demandas postas considerando todos os aspectos técnicos necessários à realização do seu trabalho e os elementos que, de alguma forma, interferem no conteúdo do trabalho e que devem necessariamente ser considerados pelos profissionais quando na execução de suas atividades (PEREIRA, 2018, p. 77).

A partir desta concepção, propõe-se nesta seção, se aproximar do processamento do trabalho das/os assistentes sociais do HFB, dedicando especial atenção, as estratégias adotadas pelas/os profissionais, no curso da pandemia da covid-19.

Para tanto, reconhecemos que as estratégias de trabalho implicam investimentos em projetos individuais e coletivos, capazes de promover mudanças e decisões que fortaleçam (ou não) os processos de autonomia e de atendimento das necessidades sociais dos usuários.

De acordo com Faleiros (2008), as estratégias não são processos estanques e mecânicos, mas contraditórios, marcados por conflitos, disputas e relações de poder inerentes ao contexto institucional. Portanto,

Se é bem verdade que os grupos hegemônicos tentam implementar nas instituições sociais uma política de reforço da dominação através de estratégias clientelistas, paternalistas, autoritárias, divisionistas, de isolamento e delimitação dos problemas e recursos a planos e projetos definidos de cima para baixo, há também articulação de estratégias que visam redefinir trajetórias, mudar as relações de poder, com o uso do

²⁵ De acordo com Moraes (2016), o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro contemporâneo pode se realizar nas seguintes dimensões no universo da profissão: *nos seus instrumentos legais*, que asseguram direitos e deveres desses profissionais e defendem a autonomia profissional na condução do seu trabalho; *nas expressões da categoria e manifestações coletivas*, através dos Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social (CFESS, Cress), da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), que se posicionam política e publicamente em face da realidade em que vivemos, das expressões da "questão social", do Estado, sociedade, políticas públicas e demais profissões e que, conforme Yazbek (2014), articulam e organizam a presença dos assistentes sociais em lutas coletivas na direção da construção de outra ordem societária; *na articulação com outras profissões, movimentos sociais e entidades internacionais de Serviço Social*; *no trabalho profissional*, na defesa da qualidade dos serviços prestados, fortalecimento dos direitos dos usuários e a defesa de uma nova sociabilidade, através da construção de uma prática baseada na perspectiva crítico-dialética, por meio do cultivo da pesquisa e da dimensão investigativa, que aprofundam a busca do saber-fazer, ancorados no tipo de sociedade que se deseja; *no ensino universitário*, em nível de graduação e pós-graduação, responsável pela qualificação, formação teórica e construção de um perfil profissional dotado de estatuto intelectual. Nesse caso, há a afirmação e defesa das Diretrizes Curriculares de 1996 para o curso de Serviço Social e a luta crítica à contrarreforma universitária, que tem mercantilizado a educação, desqualificando a formação profissional. Além disso, há a *defesa da autonomia e presença política do movimento estudantil no Serviço Social* (IAMAMOTO, 2015).

direito, da informação, dos recursos, das redes, em consonância com os patrimônios, referências e interesses em jogo (FALEIROS, 2008, p. 77).

Diante disso, a questão que se coloca é: quais as estratégias adotadas pelo Serviço Social do HFB, no curso da pandemia da covid-19?

Inicialmente, é válido destacar a partir da análise dos documentos disponibilizados pelo Serviço Social do HFB, que as estratégias de trabalho elaboradas foram a partir de discussões permanentes com as/os plantonistas, avaliando a implementação das primeiras ações, buscando adequar a realidade do dia a dia, em conformidade com as demandas surgidas no contexto de pandemia e isolamento social. Assim, a sua construção esteve pautada nas seguintes orientações e publicações:

Quadro 4: Orientações e publicações que embasaram a construção de estratégias de trabalho do Serviço Social no HFB

Declaração pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, que a disseminação do novo Coronavírus – Covid-19 em todos os continentes se caracteriza como uma pandemia;
Orientações do Ministério da Saúde sobre o uso de máscaras e a suspensão das visitas aos pacientes internados com suspeita ou confirmação de contágio pelo vírus com o objetivo de garantir a segurança no atendimento aos pacientes, a integridade dos acompanhantes, visitantes e trabalhadores do serviço de saúde, assim como a prevenção de infecções e contaminação;
Ofício Circular nº 87/2020/NUFH/MS de 19/03/2020 que institui medidas de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde no âmbito das unidades de saúde no Estado do Rio de Janeiro;
Referenciamento do Hospital Federal de Bonsucesso para internação de pacientes suspeitos e confirmados de Covid-19 pelo Ministério da Saúde;
Necessidade de garantia de acesso a direitos e informações dos pacientes internados com suspeita ou confirmação de Covid-19 e aos familiares e/ou cuidadores dos mesmos;
Artigo 3º, alínea d do Código de Ética Profissional do Assistente Social que se refere ao dever do/a assistente social participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública;
Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social nº 8.662/1993;
“Parâmetros de Atuação do/a Assistente Social na Política de Saúde”, publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2010;
Orientações técnicas publicadas pelo CFESS no documento “Orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus (Covid-19)” (2020).

Fonte: RELATÓRIO DE GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL/HFB 2020, 2020, p.7-8

De acordo com a análise dos relatórios de gestão do Serviço Social do HFB, ainda em 2020, a profissão organizou três frentes de trabalho: Plantão Social, Atendimento às Clínicas do Prédio 02 (Maternidade) e trabalho remoto.

No Plantão Social²⁶, o trabalho foi subdividido em:

a) Demandas oriundas dos ambulatórios e de usuários externos: os atendimentos eram requisitados tanto pela equipe de saúde quanto por demandas espontâneas de usuários e familiares. Entre tais demandas, os documentos apontam que muitas solicitações eram relacionadas a nova forma de organização dos serviços em função do contexto atual da pandemia do novo coronavírus.

b) Atendimento a familiares de pacientes internados em Clínicas Covid-19: o atendimento aos familiares dos pacientes internados com suspeita ou confirmação da Covid-19 no qual a equipe de Serviço Social identificava a necessidade de atendê-los por telefone, por meio de busca ativa, com o intuito de orientar com relação às demandas de competência do Serviço Social.

De acordo com o relatório de gestão (2020), do Serviço Social, essas ações contribuíam não somente para dar o suporte necessário às famílias, democratizando as informações, bem como evitando a circulação desnecessária de pessoas em busca de orientações, e contribuindo para a redução do risco de circulação do novo coronavírus. Por meio deste documento, é possível verificar que, no período de 23 de abril a 14 de julho de 2020, o Serviço Social realizou 393 entrevistas sociais com familiares, do total de 559 pacientes internados no período.

Este último dado nos chama a atenção, uma vez que, ao realizarem 393 entrevistas sociais em pouco mais de 2 meses, reflete a intensificação do trabalho, uma das características da precarização do trabalho, que pode ser observada na unidade de saúde.

A intensificação do trabalho de profissionais de saúde, no curso da pandemia, tem sido analisada por diversos pesquisadores. De acordo com Araripe, Branco e Farias (2021) levando

²⁶ De acordo com o Relatório de Gestão do Serviço Social/HFB (2020, p. 6), o Plantão Social é o local de atendimento de demandas externas, ambulatoriais e das clínicas sem profissional assistente social de referência.

em conta este cenário, faz-se necessária a investigação da forma como os profissionais de saúde sentem os impactos da pandemia, especialmente na atuação na “linha de frente” no combate a COVID-19, pois além de estarem expostos ao vírus, este grupo de profissionais tiveram sua jornada de trabalho intensificada causando assim, desgaste físico e emocional. Com isso, a intensificação do trabalho hospitalar ocorre não apenas pelas complicações de saúde causadas pela COVID-19, mas também devido a diversos outros fatores relacionados à infraestrutura, atendimento e número de profissionais.

Além disso, acerca do Plantão Social, identificamos que foi criada a estratégia da *Visita Virtual* que visava promover o contato entre paciente e familiar, uma vez que as visitas aos pacientes com suspeita e/ou confirmação de Covid-19 encontravam-se suspensas. Enquanto planejamento de trabalho, foi elaborado o projeto *Visita Virtual #estamoscomvocê*. O objetivo de tal projeto era promover o diálogo do paciente com os seus familiares através da comunicação virtual. Neste projeto, o Serviço Social contou com a parceria do serviço de Fisioterapia que viabilizava vídeos chamadas nas enfermarias. No período de 09 de junho a 14 de julho de 2020, foram realizadas 69 visitas virtuais.

Com relação aos atendimentos às Clínicas do Prédio 02, prédio vinculado ao serviço de maternidade, as rotinas de atendimento nos serviços de obstetrícia, Unidade Intermediária (UI) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, enfermaria e Centro de Terapia Intensiva (CTI) pediátrico, permaneceram sendo executadas pelos profissionais de Serviço Social de referência desses setores.

As solicitações dos atendimentos ocorreram por requisição de parecer da equipe de saúde, demanda espontânea e situações identificadas pela/pelo profissional com atendimentos presenciais aos usuários e/ou suas famílias. As/os profissionais participaram de discussão dos casos com as equipes dos setores e construíram articulação com a rede socioassistencial e de proteção à criança e ao adolescente, além de terem elaborado relatórios sociais.

Os atendimentos aos pacientes de outras clínicas do prédio 02 ocorreram por solicitação de parecer e demanda espontânea de usuários e/ou familiares. Foram registrados 232 atendimentos no setor de obstetrícia, UI e UTI neonatal, no período de 17/04/2020 a 15/07/2020.

Nossas análises acerca dos dados acima não podem deixar de registrar novamente o quantitativo significativo de atendimentos, que reflete a já exposta intensificação do trabalho na unidade, e sendo este fruto da precarização que acomete as/os profissionais de saúde do HFB, agravada por questões vinculadas a pandemia da Covid-19, se considerarmos os riscos relativos à contaminação do vírus também pelos profissionais.

Sobre o Trabalho Remoto, o objetivo dessa equipe de assistentes sociais em trabalho remoto era dar o suporte aos/as profissionais que atuam presencialmente na instituição, através da produção de materiais, documentos e estudos que se fizeram necessários, além de instrumentos elaborados e em processo de atualização constante pela equipe remota, devido as mudanças na legislação e fluxos de acesso, tais como:

- Folhetos informativos sobre os seguintes temas: auxílio emergencial, previdência social, sepultamento gratuito, funcionamento do judiciário e acesso a documentos;
- Catálogo de informações sobre as mudanças nas políticas sociais e no funcionamento das instituições, disponibilizado na intranet/HFB;
- Levantamento estatístico de dados dos atendimentos remoto as famílias.

Em relação a elaboração de material educativo, vale destacar que, entre os documentos disponibilizados pelo Serviço Social para esta pesquisa de dissertação, está o envio de *folder e catálogos*, conforme a figura 2, construídos para informar ao usuário. Dentre esses, estava o denominado “Catálogo de informações sobre as mudanças nas políticas sociais e no funcionamento das instituições durante a pandemia”.

Figura 2: Catálogo produzido pelo Serviço Social do HFB

SERVIÇO SOCIAL
REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA:

CATÁLOGO DE INFORMAÇÕES

**sobre as mudanças nas políticas sociais
e no funcionamento das instituições
durante a pandemia do COVID-19**

IMPORTANTE:
AS INFORMAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS SEMPRE
QUE AS LEGISLAÇÕES E ROTINAS INSTITUCIONAIS
SOFREREM MODIFICAÇÕES.



Fonte: Serviço Social/HFB, 2022.

Neste catálogo, é possível verificar informações sobre benefícios assistenciais e políticas sociais, que podem ser acessados pela população usuária do Serviço Social/HFB, como por exemplo, o acesso a benefícios da assistência social, previdência, trabalho e renda, judiciário, gratuidade em transportes, habitação, dentre outros. O usuário vai encontrar nesse catálogo os requisitos para acesso a tais benefícios, onde acessá-los, documentação exigida, dentre outras informações. O material demonstra a sua relevância em função de seu cunho educativo e direcionador, tendo em vista que muitas instituições durante a pandemia da Covid-19, suspenderam o atendimento presencial ou modificaram o acesso às políticas sociais com as quais trabalham.

Apesar do aumento de casos de coronavírus em 2021, este foi o ano cuja vacina contra a doença começou a ser aplicada no Brasil, conforme discutido no início deste capítulo. Com o cenário da pandemia no país, novas estratégias de atuação para o Serviço Social do HFB foram criadas e registradas, no relatório de gestão do ano de 2021, tais como:

- Construção de plano de trabalho a médio e curto prazos com realocação de

profissionais para atendimento dos serviços em funcionamento no período. Assistência ao prédio 1, ambulatorios, assistência ao prédio 3 (oncologia, hepatologia, Programa de Diabetes), plantão social, Obstetrícia e clínicas cirúrgicas no prédio 2 (Maternidade);

- Recomposição da assistência no programa de Transplante Renal e Serviço de Nefrologia;
- Construção e elaboração de novo instrumento de levantamento de dados estatísticos e manual de instrução de preenchimento;
- Implementação do Espaço para Estudo de Casos e Temáticas²⁷, com discussão/análise dos seguintes temas: “Demandas referentes ao atendimento à criança em longa internação”; “Homoafetividade e garantia de direitos”; “Cuidado, Familismo e oncologia”; “Questões de âmbito social que impactam no processo de adoção”; “Política de Saúde na Atualidade e o contexto de pandemia”; “Atuação do Conselho Tutelar”, “Interfaces entre a Política de Assistência e o trabalho na saúde”; “O Trabalho do Serviço Social no Grupo de estudos Sobre Saúde da População Negra Marielle Franco/HFB”; “Atendimento à pessoa em situação de rua”; “Rede de Saúde Mental” e; “Saúde da População Imigrante e Refugiada: desafios e articulações necessárias”;
- Realização de exposição, resgatando a produção da equipe de Serviço Social do Hospital Federal de Bonsucesso, apresentada em Comemoração ao dia do Assistente Social;
- Apresentação do Serviço Social aos residentes da enfermagem em articulação com o Centro de Estudos;
- Inserção da equipe na composição da Comissão de Desospitalização.

²⁷ Iniciativa da equipe de Serviço Social do HFB, cujo objetivo dialoga com a busca pela preservação de um processo contínuo de qualificação dos profissionais e, conseqüentemente, a garantia da prestação de serviços de qualidade à população. A discussão sobre os casos específicos possibilita identificar os nós e estratégias para atendimento das demandas. Já o estudo das temáticas e políticas oferece o embasamento para a operacionalização de um atendimento de caráter universalizante e que, ao mesmo tempo, compreende as particularidades de cada segmento que constitui nosso público usuário dos serviços.

Estas estratégias de intervenção construídas pelo Serviço Social do HFB, a partir de 2021, indicam que as/os profissionais as criaram considerando o cenário de retomada dos serviços na unidade, tendo em vista observar as competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do Serviço Social, uma vez que:

Tais observações são relevantes na medida em que a passagem do reino da possibilidade ao da efetividade, ou da teoria à prática, requer mediações que se fundamentam e se sustentam num referencial teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. Os profissionais necessitam, então, de uma competência nessas três direções. (SANTOS, 2013, p. 99).

Segundo Iamamoto (2002) as competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do Serviço Social não podem ser desvinculadas dos processos sócio-históricos, mas devem ser consideradas no trato das novas demandas profissionais e do redimensionamento do espaço profissional, decorrentes das configurações da sociedade contemporânea: a “radicalização das desigualdades”, as múltiplas disparidades, a primazia do capital financeiro e a recessão econômica mundial que imprimem transformações significativas nas relações Estado-Sociedade.

Santos (2013, p. 53-55) ao abordar tais dimensões da competência profissional, ressalta que, aceitar a sua unidade supõe a necessidade de reconhecer as suas diferenças, não reduzindo tal unidade à identidade. Portanto, a defesa de sua unidade não traduz na falta de compreensão da singularidade expressa em cada dimensão e que são fundamentais à construção da competência profissional.

Assim, para Iamamoto (2002) *a dimensão ético-política* do Serviço Social tem seu caráter associado à acomodação da classe que não detém o poder numa nova fase do sistema capitalista. No entanto, com o advento da luta dos trabalhadores, temos um movimento de classes contraditórias. É nesta correlação de forças e de poder que a competência profissional se insere no âmbito político, exigindo dos/as profissionais parâmetros a seguir (destaca-se aqui a importância do código de ética de 1993, da Lei de regulamentação da profissão nº 8.662/93, e das diretrizes curriculares formatando atribuições e competências profissionais).

Diante dos conflitos gerados pelos interesses de classes contraditórias, o/a assistente social tem o papel de articular politicamente em busca de respostas para essas divergências. É

nessa correlação de forças que a dimensão ético-política do/a assistente social está colocada em benefício da classe que vende a sua força de trabalho.

Vasconcelos (2013) destaca que o/a assistente social, além do conhecimento da realidade, precisa ter clareza acerca da orientação de tal conhecimento, o objetivo da intenção e não apenas o conhecimento de causa que fornece o critério real.

Para esta autora (2013, P. 26),

Os valores, os princípios, as referências e os compromissos contidos no projeto profissional expressam uma visão emancipatória de mundo, que se tomados conscientemente como parâmetro, podem fornecer horizontes, direção e estratégias de ação para criação das condições objetivas, nos espaços profissionais/na lutapolítico-econômica, para sua defesa e realização. Podem fornecer também, as bases de práticas democráticas, críticas, conscientes e criativas.

Já à *dimensão teórico-metodológica* pode ser compreendida como um ponto de partida para apreender a realidade a ser trabalhada, em busca de munir o olhar para decifrar a diversidade que compõe o cotidiano do ser social. Desta maneira, a intervenção pressupõe também o conhecimento da realidade, portanto, é necessário construir

Uma bagagem teórico-metodológica que lhe permita elaborar uma interpretação crítica do seu contexto de trabalho. Um atento acompanhamento conjuntural, que propicie no seu espaço ocupacional, o estabelecimento de estratégias de ação viáveis, negociando propostas de trabalho com a população e entidades empregadoras (IAMAMOTO, 2015, p.80).

Para Iamamoto (2015), o conhecimento é um meio de trabalho sem o qual o/a profissional não pode efetivar o seu fazer. Portanto, essa dimensão exige qualificação que subsidiará o conhecimento da realidade, através de fundamentação capaz de lhe permitir enxergar a sociedade para além dos fatos aparentes, buscando o desvelamento do real que se apresenta, num primeiro instante, como uma situação que merece ser escutada, analisada, planejada para, em seguida, realizar a intervenção.

Assim, quando nos referimos a competência teórico-metodológica, estamos ressaltando a necessidade do/a profissional ser qualificado/a para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural. Para isso, há necessidade de um rigor teórico – metodológico que o capacite a investigar, pesquisar e desvendar a dinâmica da sociedade para além de sua

realidade aparente, buscando se aproximar de sua essência, e a partir desta construção, refletir acerca de estratégias de ação.

Por fim, e não menos importante, *na dimensão técnico – operativa*, o/a profissional deve conhecer, se apropriar, e sobretudo, construir um conjunto de habilidades técnicas que permitam desenvolver suas ações profissionais direcionadas aos usuários, a partir de uma realidade institucional que o/a contrata para realização dos serviços. Portanto, torna-se preciso responder tanto as demandas colocadas pelos empregadores, “quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social” (SOUZA, 2022, p. 126).

Para além destas problematizações, Vasconcelos (2013, p. 34) constrói uma afirmativa capaz de iluminar os significados da dimensão técnico – operativa na sociedade em que vivemos. Para ela,

[...] na dimensão técnico-operativa buscamos captar a essência e a lógica da atividade [...] para voltar a ela como síntese de múltiplas determinações. Deste modo, trata-se de apreender no movimento da atividade como as finalidades, princípios, objetivos e estratégias se materializam através do tratamento dado ao material (conteúdos) comunicado/produzido pelos sujeitos do processo – assistente social/equipe, usuários -, através das técnicas, instrumentos, meios e recursos utilizados/veiculados pelo assistente social e mediados necessariamente pelas dimensões ético-políticas e teórico – metodológicas.

Além disso, torna-se importante registrar na particularidade do HFB, as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social relacionadas ao campo da educação em saúde e de representações institucionais do Serviço Social dentro e fora do nosocômio. No que se refere as representações intrainstitucionais, o Serviço Social participou no HFB de diversas comissões e grupos de estudos, a saber: Comitê de Óbito Materno e Fetal, Comitê de Aleitamento, Comitê de Ética e Pesquisa, Colegiado da Oncologia/HFB e Grupo de Estudos Sobre Saúde da População Negra – Marielle Franco.

Em relação às representações fora do nosocômio, em 2021, o Serviço Social do HFB integrou a Comissão de Saúde do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS 7ª Região), Comissão de Instrução e Ética do CRESS 7ª Região, Comitê Estadual de Saúde da População Negra e o Comitê Municipal de Saúde da População Negra.

Analizamos ser fundamental a atuação de assistentes sociais para além dos muros do hospital, conforme visto acima, por considerarmos estratégica a atuação nestes espaços de troca de informações e diálogos com o coletivo de assistentes sociais e outras categorias profissionais. Além disso, neles, a/o assistente social tende a reforçar, no desempenho de suas atividades, a função de elo orgânico, conforme diz Costa:

Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre estes e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações. (COSTA, 2009, p.341).

Para o ano de 2022, as estratégias de atuação apontaram para o retorno das atividades que o Serviço Social já desenvolvia no Hospital Federal de Bonsucesso antes da pandemia da Covid-19, além de novas propostas como promover a atualização e avaliação do Plano de Ação do Serviço Social, com destaque para as propostas e necessidades com a reabertura do prédio 01 e emergência; avaliar e reelaborar os protocolos assistenciais do Serviço Social; reforçar a necessidade de locais adequados de atendimento ao usuário, respeitando o sigilo durante as entrevistas e uma escuta que viabilize a percepção dos fatores determinantes do fenômeno que necessitam da intervenção profissional da/do assistente social; estimular a elaboração e execução de projetos de pesquisas, objetivando compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença dos usuários no hospital; ampliar a articulação com as redes de suporte em saúde, assistência social e outras políticas sociais, de forma a constituir uma perspectiva de atuação conjunta pautada nos conceitos de integralidade e equidade, com atualização dos recursos institucionais/assistenciais; continuar na elaboração de materiais educativos sobre direitos sociais para os usuários com o intuito de socializar as informações; estimular a ampliação do trabalho multidisciplinar no cotidiano da atuação profissional, assim como buscar a melhoria no processo de sistematização dos indicadores da produção anual do setor. (RELATÓRIO DE GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL/HFB 2021).

Com as estratégias de trabalho desenvolvidas pelo Serviço Social no HFB e elencadas nesta seção, apesar das dificuldades encontradas por conta da pandemia da Covid-19 e do incêndio que atingiu a unidade de saúde em outubro de 2020, o que tem levado a

intensificação da precarização no trabalho de assistentes sociais do hospital, estando estas/estes suscetíveis ao adoecimento em razão da exposição prolongada ao realizarem as atividades profissionais nas dependências do nosocômio, compreendemos que tais estratégias neste cenário tão adverso tem se pautado nas dimensões da competência profissional teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, defendidas por esta categoria profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação objetivou investigar os limites enfrentados na processualidade do trabalho e as estratégias construídas pelo Serviço Social do Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, diante da Covid-19. No primeiro capítulo ao estudar a política social brasileira como um campo de disputas à partir da Constituição Federal de 1988 e as implicações do projeto neoliberal para as políticas sociais nos anos 1990 e 2000, identificamos que após uma longa batalha travada pela classe trabalhadora e a sociedade organizada, na defesa do direito à saúde pública, incentivada pelo ideário da Reforma Sanitária, tal direito se consolidou, à partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, assim, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado.

Além disso, foi possível verificar que, na entrada dos anos 1990, com o advento do projeto neoliberal, ocorreram perdas e retiradas de direitos que atingiram a política de saúde brasileira, o que se intensificou após o golpe de 2016, provocando ataques sistêmicos que fragilizaram o SUS e dificultaram o acesso aos serviços ofertados, o que rebateu também no mercado de trabalho do setor saúde ao longo desses anos. Os duros golpes sofridos pela saúde, apontam cada vez mais, para a necessidade de luta pela defesa do SUS, conforme defendido pela Reforma Sanitária.

No capítulo 2 tivemos a oportunidade de investigar como o hospital adquiriu centralidade no Brasil, e os efeitos da precarização na prestação de serviços público-hospitalares e sobre o trabalho em hospitais. A pesquisa abordou a seguinte contradição: a centralidade e a precarização dos serviços público-hospitalares no Brasil. Para tanto, recorreu a uma breve análise histórica relativa a esta instituição e como ela tem sofrido processos de precarização, que também atinge trabalhadores no processo coletivo de trabalho e que, no contexto atual, tem sido intensificada por meio da terceirização.

Os estudos apontam que, para um melhor funcionamento dos hospitais é necessário uma conexão maior entre essas unidades de saúde e a rede de atenção à saúde disponível, assim como se faz necessário a superação da ausência de recursos provocada pelo desfinanciamento da saúde pública brasileira, por meio de medidas como o cancelamento da desvinculação de receitas da União (DRU) e a revogação da Emenda Constitucional nº 95

(que congela gastos com saúde). Tais fatores podem contribuir para enfrentar os efeitos da precarização e da terceirização na saúde, principalmente em hospitais, que atinge o processo coletivo de trabalho em saúde. Embora se verifique um aumento no número de vagas de trabalho nesta área, os mesmos são atingidos pelos efeitos do processo de precarização e terceirização, devido a fatores como por exemplo: contratos de trabalho precários (principalmente em hospitais públicos), sem garantias e proteções trabalhistas, prejudicados sobremaneira pelas recentes contrarreformas que ocorreram, o que pode ser superado pelo incentivo a realização de concursos públicos, que garantam estabilidade em seus empregos.

O último capítulo procurou investigar a processualidade do trabalho de assistentes sociais no HFB, e analisar as implicações da pandemia da Covid-19 e do incêndio sofrido na unidade de saúde sobre o trabalho de assistentes sociais.

A pesquisa permitiu verificar que, apesar do processo de precarização em voga no Hospital Federal de Bonsucesso, que fora agravado pela pandemia de Covid-19 e pelo incêndio que o nosocômio sofreu, este continua com a tarefa de atender a população, mesmo com o déficit de profissionais, o que representa um desafio para os trabalhadores deste hospital, dentre esses as/os assistentes sociais. Importante registrar que a precarização em relação ao vínculo de trabalho não é relevante se considerarmos que a maioria das/dos profissionais assistentes sociais que trabalham na unidade possuem vínculos estáveis por conta do ingresso na instituição ter sido em decorrência de aprovação em concurso público.

Em relação ao trabalho da equipe do Serviço Social do HFB, os dados encontrados revelaram que, com o advento da pandemia da Covid-19 ocorreram limites que provocaram alterações na atuação profissional da/do assistente social no hospital, surgindo a necessidade de se desenvolver estratégias para a atuação profissional em virtude deste cenário pandêmico agravado por conta do incêndio sofrido pelo hospital em outubro de 2020, o que comprova um dos pressupostos dessa pesquisa, de que a realidade de trabalho de assistentes sociais no HFB complexificou-se em virtude da pandemia e do incêndio.

Com relação aos limites ratificamos que são considerados estruturais e conjunturais, embora reconheçamos que estes foram agravados pela pandemia da Covid-19 no HFB. Estão entre eles: o déficit de profissionais, a constante falta de material administrativo e a perda de

salas de atendimento, que comprometem o sigilo profissional e comprovam do complexo quadro de precarização vivenciado pelo Serviço Social na unidade de saúde. Não podemos deixar de mencionar o agravamento da questão social, cujas expressões desafiam os/as assistentes sociais do HFB, sobretudo neste contexto de retração de recursos político-institucionais e aumento de mortes em função da pandemia da Covid-19.

Ao reconhecer as estratégias de trabalho como processos contraditórios, de disputa e conflitos, que implicam investimentos em projetos individuais e coletivos, capazes de promover mudanças e decisões que fortaleçam (ou não) os processos de autonomia e de atendimento das necessidades sociais dos usuários, verificamos que as estratégias desenvolvidas pelas/pelos assistentes sociais no HFB foram forjadas no terreno das dimensões da competência profissional: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, confirmando os pressupostos iniciais da pesquisa.

No campo teórico-metodológico, tais estratégias vinculam-se a concepção do processo saúde-doença para além da perspectiva médico-biológica, tendo uma compreensão da existência de elementos sociais que provocam o processo de adoecimento dos sujeitos sociais. A dimensão ético-política está articulada aos projetos elaborados pelo Serviço Social, as alianças construídas com outros profissionais da equipe multiprofissional e que compartilham de valores profissionais, bem como os elos construídos com a rede de atendimento sócio assistencial, na direção do acesso e defesa dos direitos dos usuários. Por fim e garantindo a unidade entre as três dimensões, a técnico-operativa, se expressa por meio da construção de projetos de intervenção, no atendimento aos usuários, orientações sociais e abordagens pautadas no conhecimento da realidade e nas demais dimensões que se expressam na intervenção profissional, indissociada da dimensão investigativa.

Além disso, ressaltamos que a pesquisa também apresenta limites. Estes estiveram relacionados a ausência de dados sobre o histórico do Serviço Social do HFB nos relatórios de gestão da unidade, a insuficiência de informações sobre os projetos de intervenção profissional nos relatórios de gestão do Serviço Social do HFB, além da alteração na proposta inicial da pesquisa em virtude da falta de dados nos relatórios disponibilizados para responder a elementos como rotinas de trabalho, demandas dos usuários e requisições institucionais.

Por fim, propõe-se a construção de novas pesquisas relativa ao trabalho de assistentes sociais em hospitais, a nível local e nacional, a fim de que se possa investigar o legado da pandemia da Covid-19 para o trabalho e a saúde das próprias assistentes sociais

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA O GLOBO. O que se sabe sobre incêndio em hospital de Bonsucesso: Duas mulheres com quadro grave de covid-19 e um homem de 39 anos não resistiram às transferências de leito e morreram **Revista Exame**, 28 out. 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/o-que-se-sabe-sobre-o-incendio-em-hospital-no-bonsucesso/> Acesso em: 02 jan. 2023.

AMARAL, N. Princípio de incêndio atinge o Hospital Federal de Bonsucesso: Pacientes e funcionários foram evacuados às pressas do local. **Jornal O Dia**, 13 dez. 2021. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2021/12/6296800-principio-de-incendio-atinge-hospital-federal-de-bonsucesso.html> Acesso em: 02 jan. 2023.

ANDRADE, D.P. Neoliberalismo: crise econômica, crise de representatividade democrática e reforço de governamentalidade. **Novos Estudos**. vol. 38 nº01, p. 109-135, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/WrvHr9cvMKnq4xXXRkf6HTD/abstract/?lang=pt> Acesso em: 10 out. 2022.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. 2ª edição, São Paulo: Boitempo, 2020, 328 p.

ARARIPE, G. dos S; BRANCO, G. M. P. C.; FARIAS, R. R. S. D. O impacto da pandemia de COVID-19 no trabalho dos profissionais da saúde: Uma Revisão Integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, 2021.

BALDO, V.S.S; MATTOS, A.L.C. Notas sobre capitalismo dependente brasileiro e política de saúde (1988-2020). In: MORAES, C.A.S. **Serviço Social e trabalho profissional na área da saúde**. Uberlândia, Navegando, 2021, p .27-46.

BATISTA, L.S; KUMADA, K.M.O. Análise metodológica sobre as diferentes configurações da pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**. vol. 8 nº 021029, p. 1-17, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/AN%C3%81LISE+METODOL%C3%93GICA+SOBRE+AS+DIFERENTES+CONFIGURA%C3%87%C3%95ES+DA+PESQUISA+BIBLIOGR%C3%81FICA+\(1\)-OTH%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/AN%C3%81LISE+METODOL%C3%93GICA+SOBRE+AS+DIFERENTES+CONFIGURA%C3%87%C3%95ES+DA+PESQUISA+BIBLIOGR%C3%81FICA+(1)-OTH%20(1).pdf) Acesso em: 20 jan. 2023.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª edição, São Paulo: Cortez, 2008, 304 p.

BEHRING, E.R.; BOSCHETT, I. **Política Social fundamentos e história**. 9ª edição, São Paulo: Cortez, 2011, 213 p.

BORSATO, F.G.; CARVALHO, B.G. Hospitais de média complexidade na rede de atenção às urgências: o que sua produção revela?. **Revista Saúde em Debate**, vol. 44, nº 124, p. 86-98, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vBCY7dFKjKMPVXLTYLWYqGg/?lang=pt> Acesso em: 01 dez. 2022.

BORSATO, F.G.; CARVALHO, B.G. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes para a sua atuação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, nº 26, p. 1275-1288, 2021. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/hospitais-gerais-insercao-nas-redes-de-atencao-a-saude-e-fatores-condicionantes-de-sua-atuacao/17257?id=17257> Acesso em: 01 dez. 2022.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. *In*: CFESS, **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: ABEPSS/CFESS, 2009, p. 323-340.

BRANDÃO, C.A. Crise e rodadas de neoliberalização: impactos nos espaços metropolitanos e no mundo do trabalho no Brasil. **Caderno Metropolitano**. vol.19, nº 38. p. 45-69, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cm/a/78dRFDXjLm9JJgG4jq8KSFd/abstract/?lang=pt> Acesso em: 03 out. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 11 jul. 2022.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. *In*: XIX SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE ESCOLAS DE SERVIÇO SOCIAL, 2009, Guayaquil. **Anais do Seminário Latinoamericano de Escolas de Serviço Social - O Serviço Social e a conjuntura latinoamericana: desafios para sua formação, articulação e ação profissional**. Guayaquil: Universidad Católica Santiago de Guayaquil, 2009, p. 1-12.

BRAVO, M.I.S; MATOS, M.C. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. *In*: BRAVO, M.I.S ; PEREIRA, P.A.P. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro:UERJ, 2001, p. 197-215.

BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. *In*: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B. **Saúde na atualidade : por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1ª edição, Rio de Janeiro: UERJ, 2011. Disponível em: https://adufRJ.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf Acesso em: 11 jul. 2022.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **Ser Social**, vol. 22, nº 46, p. 191–209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 16 abr. 2022.

CARNUT, L; FERRAZ, C.B. Necessidades em (de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, vol. 45, nº 129, p. 451-466, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2021.v45n129/451-466/pt> Acesso em: 02 jan. 2023.

CARVALHO, J. M. de . **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 24ª edição, Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2001, 256 p.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Lei n ° 8.662, de 7 de Junho de 1993 Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências, **CFESS, 2010**. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 01 jan 2023.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS-PR). O que as/os assistentes sociais precisam saber sobre ética e sigilo profissional. **CRESS-PR**, 2017. Disponível em: <https://cresspr.org.br/wp-content/uploads/2017/12/cress-orienta-etica-sigilo-profissional.pdf> Acesso em: 16 jan. 2023.

COSTA, M. D.H. da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. *et al* (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 304-351.

DRUCK, G. Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios? **Cadernos CRH** , vol. 24, nº 01, p. 37-57, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/qvTGPNcmnSfHYJjH4RXLN3r/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 jan. 2013.

FALEIROS, V. de P. **Estratégias em Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FIOCRUZ. Atenção Básica. **Pense SUS**, 2022. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica#:~:text=Ou%20seja%2C%20%C3%A9%20o%20atendimento,de%20atendimento%20superiores%20em%20complexidade>. Acesso em: 02 jan. 2023.

FIOCRUZ. Reforma Sanitária. **Pense SUS**, 2022. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria> Acesso em: 02 jan. 2023.

FLEURY, S. A Questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo. Lemos Editora, 1997, p. 25-40.

FLEURY, S. Políticas Sociais e Cidadania. **Working Paper**, September 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320044000_Políticas_Sociais_e_Cidadania Acesso em: 11/07/2022

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4ª edição, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984 ,

432 p.

FUNCIA, F. Sobre subfinanciamento e desfinanciamento. **Abrasco Divulga**, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/do-subfinanciamento-que-temos-para-o-desfinanciamento-que-nao-queremos-rumo-a-16a-8a8-cns-por-francisco-funcia/41876/> Acesso em: 29 out. 2022.

GAVA, G.B. Características, avanços e perspectivas do mercado de trabalho no setor saúde nas décadas de 1990 e 2000. **Revista Espacios**, vol. 38, nº 34, p. 22-40, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n34/a17v38n34p22.pdf> Acesso em: 13 set. 2022.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002, 176p.

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas (EAESP/FGV)**. São Paulo, v. 35, nº 3, março/junho 1995, pg. 20-29. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 14/04/2022.

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO. **Relatório de Gestão 2018**. [Rio de Janeiro:HFB], 2019.

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO. **Relatório de Gestão 2019**. [Rio de Janeiro:HFB], 2020.

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO. **Relatório de Gestão 2020**. [Rio de Janeiro:HFB], 2021.

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO. **Relatório de Gestão 2021**. [Rio de Janeiro:HFB], 2022.

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO. **Relatório de Gestão do Serviço Social /HFB 2019**. [Rio de Janeiro:HFB], jan. 2020.

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO. **Relatório de Gestão do Serviço Social/HFB 2020**. [Rio de Janeiro:HFB], ago. 2020.

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO. **Relatório de Gestão do Serviço Social/HFB 2021**. [Rio de Janeiro:HFB], fev. 2022.

IAMAMOTO, M. V. Ensino e pesquisa no Serviço Social: desafios na construção de um projeto e formação profissional. **Caderno ABESS** nº 8. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. Diretrizes Curriculares e Pesquisa em Serviço Social – São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M.V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente

social. *In*: COFI/ CFESS. **Atribuições privativas em questão**. Brasília: CFESS, 2002, p.13-50.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2015.

LAPREGA, M.R. **Os hospitais de ensino no Brasil: história e situação atual**. 2015. Tese de Livre Docência. - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 2015

LOBATO, L.V.C. Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social – 18 anos de contribuição ao conhecimento e à formação em Política Social no Brasil. *In*: SENNA, M.C.M; FREITAS, R.C.S; MORAES, C.A.S. (Orgs.). **Política Social no Brasil: sujeitos, trajetórias e institucionalidades**. Curitiba: Editora CRV, 2020, p. 11-15.

MACHADO, C.V; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W. Políticas de saúde no Brasil em tempos de contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, nº 33, p. 144-161, 2017. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJHKCCZW8qQdvz/abstract/?lang=pt> Acesso em: 01 set. 2022.

MACHADO, C.V; BAPTISTA, T.W. NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 03, nº 27 , p. 521-531, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MhPC6fgZ5x7JKNTWWrcTfWp/abstract/?lang=pt#:~:text=Forum%20identificadas%20quatro%20prioridades%20na,e%20o%20programa%20Farm%C3%A1cia%20Popular>. Acesso em : 01 set. 2022.

MATOS, M.C. de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº124, p . 678-698, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zKqHPXTYyTSPvMBrGZnzgjm/citation/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 jan. 2023.

MIRANDA, A.P.R.S. **Inserção do serviço social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde – concepções e práticas: estudo de caso em um hospital universitário – João Pessoa – PB**. 2011. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

MORAES, C.A.S *et al*. Serviço Social e trabalho profissional em hospital. **Vértices**, vol. 20, nº 03, p. 372-378, 2018. Disponível em: <https://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/11783> Acesso em: 06 dez. 2022.

MORAES, C.A.S *et al*. Elementos para análise do desfinanciamento do SUS em Temer e Bolsonaro. *In*: 8º ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E 15º

ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 2020, Vitória, **Anais do 8º Encontro Internacional de Política Social e 15º Encontro Nacional de Política Social**. Vitória, 2020, p. 1-13.

MORAES, C.A.S. Impactos do “Neoliberalismo do século XXI” na política de saúde brasileira. In: BARCELLOS, W.S.; DUARTE, M.J.O . **Políticas Sociais brasileiras em contexto de crise: desafios contemporâneos**. Belo Horizonte: Editora UEMG, 2020, p. 65-99.

MORAES, C.A.S. O antes e o durante a pandemia da Covid-19: precarização do trabalho e suas expressões no exercício profissional de assistentes sociais na saúde. In: MARTINS, V; DUTRA, A.S . **Estado, Política Social e Serviço Social: um balanço crítico**. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2021, p. 202-221.

MOTA, A.E. Crise sanitária, políticas públicas e sociabilidade: desafios ao Serviço Social brasileiro. **Diálogos do cotidiano: Reflexões sobre o trabalho profissional**, p. 49-63, 2021. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/12021Cfess-DialogosDoCotidianoVol1-Site.pdf> Acesso em: 15 jan. 2023.

NEGRI FILHO, A.A. **Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade**. 2016. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) -Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

NETTO, J.P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, A.E. *et al.* (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2009.p. 141-160.

O'DWYER, G. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 05, nº 13, p. 1637- 1648, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BDJdjXfkJbb3cxC879kMkXx/?lang=pt#:~:text=A%20taxa%20de%20ocupa%C3%A7%C3%A3o%20da,paciente%20internado%20h%C3%A1%20um%20ano>. Acesso em: 01 dez. 2022.

OLIVEIRA, H.M.F *et al.* Precarização do trabalho e exercício profissional nos serviços de saúde. In: 6º ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E 13º ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 2018, Vitória. **Anais do 6º Encontro Internacional de Política Social e 13º Encontro Nacional de Política Social**. Vitória, 2018, p. 1-13. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/20160/13493> Acesso em: 01 set. 2022.

PAIM, J.S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária. In: FLEURY, S. **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editora, 1997, p . 11-22.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para compreensão e crítica.

Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PEREIRA, L.D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Revista de Saúde Coletiva**, vol. 02, nº 14, p. 363-382, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/QtRPncp4nFFLnRKLrDrLnVx/?lang=pt> Acesso em: 03 set. 2022.

PEREIRA, P. A.P. A Política social entre Deus e o Diabo: determinações e funcionalidades no sistema capitalista. *In*: SENNA, M.C.M; FREITAS, R.C.S; MORAES, C.A.S. **Política Social no Brasil: sujeitos, trajetórias e institucionalidades**. Curitiba: Editora CRV, 2020, p. 33-50.

PEREIRA, J. A. C. O processamento do trabalho dos Assistentes Sociais: vínculo entre trabalho e o projeto ético-político do Serviço Social. **Dissertação**, UFJF: 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/6729>. Acesso em: 23/05/2022.

PEREIRA, W.R.; BELLATO, R. A relação entre a precarização do ambiente físico e o risco de infecção hospitalar: um olhar sob a perspectiva da ética, dos direitos e da cidadania. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, vol. especial, nº 13, p. 17-24, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6qX6dnYzqt76bPCtD47TZXF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 dez. 2022.

PERNASETTI, F. Neoliberalismo realmente existente, estruturas de poder e ação política: uma conversa com Jamie Peck . **E-metropolis**. nº 42 , p. 62-69, 2020. Disponível em: http://emetropolis.net/system/artigos/arquivo_pdfs/000/000/331/original/emetropolis42_entrevista.pdf?1604532008 Acesso em: 01 out. 2022.

PIRES, D.E. Precarização do trabalho em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html> Acesso em: 10 set. 2022.

PODER 360. Incêndio deixa ao menos duas pacientes mortas em hospital de Bonsucesso. **Poder360**, 27out 2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/brasil/incendio-deixa-ao-menos-duas-pacientes-mortas-em-hospital-de-bonsucesso/> Acesso em: 02 jan. 2023.

REIS, C.R.R; PAIM, J.S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em saúde para o debate**, nº58, p. 101-114, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2022.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.

RIZZOTTO, M.L.F. Neoliberalismo e Saúde . **Dicionário de Educação Profissional em**

Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html . Acesso em: 18 out. 2022.

ROSA, T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. **Revista Consensus**, p. 1-5, 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-papel-hospital-na-rede-de-atencao-saude/#:~:text=%E2%80%9CO%20hospital%2C%20al%C3%A9m%20de%20refer%C3%A4ncia,e%20especializada%20ambulatorial%E2%80%9D%2C%20afirma>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ROSADO, I.V.M; FREITAS, G.A. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. **Revista Ser Social**, vol. 22, p.369-388, 2020. Disponível em : https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428. Acesso em: 10 set. 2022.

SANTOS, C.M. **Na prática a teoria é outra?** Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social. 3ª Edição, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013, 175 p.

SCHUELER, P. O que é uma pandemia? **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 28 jul 2021. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia> . Acesso em 10 jan. 2023.

SOARES, R.C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Revista Argumentum**, v.10, nº01, p.24-30. 2018. Disponível em: <https://www.google.com/search?channel=fs&client=ubuntu&q=Governo+Temer+e+contrarreforma+na+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde%3A+a+inviabiliza%C3%A7%C3%A3o+do+SUS> Acesso em: 15 fev. 2022.

SOARES, R.C. *et. al.* Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 140, p. 118-133, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/#:~:text=Recomenda%20medidas%20com%20vistas%20a,SUS%20merece%20mais%20em%202021>. Acesso em: 26 dez. 2022.

SOUZA, E.A. Apresentação. *In:* MORAES, C.A.S.Carlos Antonio de Souza Moraes. **Serviço Social e trabalho profissional na área da saúde**. 1ª edição, Uberlândia: Navegando, 2020, p. 10-19. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/servico-social-e-trabalho> Acesso em: 15 jan. 2023.

SOUZA, E. A. S. de. A instrumentalidade na prática do assistente social. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. ed. 07, vol. 06, p. 126-136, 2022. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencias-sociais/a-instrumentalidade>. Acesso em: 02 jan. 2023

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social. Eixo de Análise.** Material Didático Instrucional. FSS/UERJ, versão 2013.

VASCONCELOS, A.M. de. **A/O Assistente Social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas.** São Paulo: Cortez, 2015.

VAQUEIRO, D.R. A implementação da gestão plena: análise a partir da eficiência técnica e social no sistema municipal de saúde de Santana do Livramento-RS. **Repositório Institucional UNIPAMPA**, 2019, Disponível em: <https://dspace.unipampa.edu.br/bitstream/riu/4677/1/Douglas%20Ramos%20Vaqueiro%20-%202019.pdf>. Acesso em: 24 out. 2022.

VIANNA, M.L.T.W. O Silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. *In*: BRAVO, M.I.S.B; PEREIRA, P. A. P. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2001, p. 173-193.

WERNECK, G.L.; CARVALHO, M.S. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada . **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, nº 5, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-05-e00068820.pdf> Acesso em: 03 jan. 2023.

YAZBEK, M. C. A dimensão política do trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 120, p. 677-693, out./dez. 2014.