

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

AMANDA NASCIMENTO LOUGON DOS SANTOS

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: uma análise do exercício profissional em um hospital
universitário no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

NITERÓI, RJ
2023

AMANDA NASCIMENTO LOUGON DOS SANTOS

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: uma análise do exercício profissional em um hospital universitário no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense para a obtenção do título de Mestre em Política Social.

Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social.

Orientador: Prof. Dr. Valter Martins

NITERÓI, RJ
2023

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

S237s Santos, Amanda Nascimento Lougon dos
SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: uma análise do exercício
profissional em um hospital universitário no contexto de
enfrentamento da pandemia da Covid-19. / Amanda Nascimento
Lougon dos Santos. - 2023.
136 p.

Orientador: Valter Martins.
Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Escola de Serviço Social, Niterói, 2023.

1. Serviço Social. 2. Política de Saúde. 3. Pandemia. 4.
Produção intelectual. I. Martins, Valter, orientador. II.
Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social.
III. Título.

CDD - XXX

AMANDA NASCIMENTO LOUGON DOS SANTOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense para a obtenção do título de Mestre em Política Social.

Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Valter Martins (Orientador)
Universidade Federal Fluminense

Prof^ª.Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira – Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Dr^ª. Evelyn Secco Faquin – Examinadora
Universidade Estadual de Londrina

Niterói, RJ

2023

Dedico esse trabalho a todos os trabalhadores do SUS que enfrentaram com bravura os desafios da pandemia da Covid-19.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal Fluminense pela oportunidade de realizar o curso de mestrado em Política Social.

Ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social/ UFF e aos seus aos professores que tiveram enorme contribuição na construção do conhecimento.

À minha avó (*in memorian*) e à minha mãe pelo amor, cuidado, luta e por me ensinarem a saber de onde viemos e por semearem o caminho da educação.

Ao André, companheiro amoroso e presente que dividiu comigo os desafios do trabalho na saúde em um hospital universitário no contexto da pandemia. Agradeço pelo amor, compreensão e paciência no período em que escrevia a dissertação.

Ao Felipe, meu pequeno que me ensina sobre o amor e o maternar.

Minha gratidão à família Nascimento: as tias, os tios e primos, em especial ao André e a Isaura . Impossível esquecer todo o apoio que me deram quando ainda estava na graduação, e no caminhar da vida.

Ao Professor Valter Martins, meu orientador, que, com sua sabedoria e clareza, conduziu o processo de pesquisa e elaboração deste estudo sempre de maneira ética e respeitosa. Ao longo desse processo, seu olhar crítico, comprometido e cuidadoso foi essencial para a conclusão da dissertação.

Às professoras Vera Maria Ribeiro Nogueira e Evelyn Secco Faquin, pela honra de tê-las em minha banca.

As amigas da UFRJ Aline, Amanda, Lorena e Renata tornaram a minha vida mais vibrante e alegre.

À Liana Dias, sem você nada disso seria possível, compartilhamos os desafios, alegrias e emoções, e, sobretudo, uma amizade sincera e profunda.

Ao Juan Oliveira, meu amigo da UFRJ, da Marinha do Brasil e da UFF pelas trocas, incentivo de sempre e risadas.

Meus queridos amigos Carla Maria e Anderson por serem tanto na minha vida.

A minha rede de amigas mães que cuidaram do meu filho para que eu pudesse finalizar esta dissertação, Ana Cecília, Mariana, Martha Maria, Priscila Neves e Priscila Eisemberg que me acolhem, alegram e incentivam.

Dedico aqui às profissionais que fazem ou fizeram parte da equipe de Serviço Social /HUPE e aos profissionais da equipe multidisciplinar do ambulatório de radioterapia, cirurgia de cabeça e pescoço e núcleo de cuidados paliativos que de diferentes maneiras e intensidades, trouxeram ânimo e incentivo à minha trajetória profissional e acadêmica.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar o exercício profissional do assistente social, inserido na política de saúde no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19. Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica, documental e empírica, por meio da análise das entrevistas públicas concedidas por assistentes sociais do complexo de saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sobre os desafios do Serviço Social durante a pandemia e as demandas para os profissionais dos setores do HUPE. Para análise das entrevistas nos utilizamos da literatura especializada para compreendermos os rebatimentos da crise sanitária no exercício profissional, no campo da saúde e na vida da população usuário do serviço. A discussão proposta nesta investigação considera que o exercício profissional do assistente social é permeado pelo caráter contraditório que marca não somente a profissão, mas o terreno institucional e a própria sociedade. Na área da saúde, o exercício profissional pressupõe uma aproximação com a população usuária e as suas demandas compreendendo-as no cotidiano que se concebem como expressões da questão social inerente à sociedade capitalista. Os dados extraídos das entrevistas contribuíram para construção das categorias que foram trabalhadas nesta dissertação: rotinas, condições de trabalho do assistente social, teletrabalho, configuração da demanda, estágio e a residência em Serviço Social. Todavia, ao longo da análise das entrevistas, outras questões surgiram, muitas vezes revelando a complexidade do exercício profissional do assistente social.

Palavras-chave: Serviço Social; Exercício Profissional; Política de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the professional practice of the social worker, inserted in the health policy at the University Hospital Pedro Ernesto, in the context of coping with the Covid-19 pandemic. To this end, we carried out a bibliographical, documentary and empirical research, through the analysis of public interviews given by social workers from the UERJ health complex, on the challenges of Social Work during the pandemic and the demands for professionals in the HUPE sectors. For the analysis of the interviews, we used the specialized literature to understand the repercussions of the health crisis in professional practice, in the field of health and in the life of the population that uses the service. The discussion proposed in this investigation considers that the social worker's professional practice is permeated by the contradictory character that marks not only the profession, but the institutional terrain and society itself. In the health area, professional practice presupposes an approximation with the user population and their demands, understanding them in everyday life, which are conceived as expressions of the social issue inherent in capitalist society. The data extracted from the interviews contributed to the construction of the categories that were worked on in this dissertation: routines, working conditions of the social worker, telework, demand configuration, internship and residency in Social Work. However, during the analysis of the interviews, other issues emerged, often revealing the complexity of the social worker's professional practice.

Keywords: Social service; Professional Exercise; Health Policy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Organização do Serviço Social por Áreas de Atuação e Programas

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino Pesquisa em Serviço Social
AEDA	Ato Executivo de Decisão Administrativa
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos e Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CESS	Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
COE-MEC	Comitê Operativo de Emergência do Ministério da Educação
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CST	Coordenadoria de Serviços Técnicos
CUCC	Centro Universitário de Controle do Câncer
DOU	Diário Oficial da União
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EaD	Educação a Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EPIs	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FES	Fundo Estadual de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FSE	Fundo Social de Emergência
HU	Hospital Universitário

HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MP	Medida Provisória
MARE	Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MEI	Microempreendedores individuais
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPNES	Organizações Públicas Não Estatais
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Estado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
PPC	Paridade do Poder de Compra
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PPGPS	Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
SADT	Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUAS	Sistema Único Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Tecnologias de informação e comunicação
UDA	Unidade Docente Assistencial

UFF	Universidade Federal Fluminense
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 AS RELAÇÕES ENTRE CAPITAL E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: SUAS ESPECIFICIDADES NA ÁREA DA SAÚDE	25
1.1 Capitalismo e Política Social no Brasil contemporâneo.....	29
1.2 O processo de instituição do novo projeto para a política de saúde no Brasil.....	38
1.3 A trajetória da política de saúde e a pandemia da Covid-19.....	47
2 SERVIÇO SOCIAL E EXERCÍCIO PROFISSIONAL	62
2.1 As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa: suas contribuições ao exercício profissional.....	62
2.2 A caracterização do HUPE.....	66
2.3 Os desafios para o exercício profissional na política saúde.....	69
2.4 O lugar do HUPE na crise sanitária da Covid-19.....	76
2.5 O Serviço Social no HUPE.....	79
2.6 O Serviço Social na pandemia da Covid-19 no HUPE.....	84
3 O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO HUPE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	88
3.1 Pandemia da Covid-19 e a reorganização do hospital universitário: rotinas, teletrabalho e algumas implicações ao exercício profissional.....	88
3.2 As Condições de trabalho do assistente social: considerações sobre a unidade de saúde.....	101
3.3 A configuração da demanda na crise sanitária.....	106
3.4 O estágio em Serviço Social no campo HUPE.....	114

3.5 A residência em Serviço Social: o HUPE como instituição formadora.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	127

INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado está vinculada à área de concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social e à linha de pesquisa: Formação e trabalho profissional na política social do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense (PPGPS-UFF), e tem como objetivo analisar o exercício profissional¹ do assistente social, inserido na política de saúde no Hospital Universitário Pedro Ernesto, no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para tratamento especializado, devido à expressiva visibilidade que adquiriu por seus esforços dedicados ao atendimento de alta complexidade, doenças raras e controle do câncer. É uma instituição vinculada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)², conforme a Lei nº 1.318, de 10 de junho de 1988. Atua em áreas estratégicas, como a oncologia, genética, formação de profissionais especializados, desenvolvimento de pesquisa, geração de informação epidemiológica e, ainda, contribui na coordenação de programas estaduais de saúde. O hospital está situado no bairro de Vila Isabel, zona norte da cidade do Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

A escolha do tema de estudo tem origem nas múltiplas vivências presentes no campo de trabalho e, também, no processo de formação acadêmica e profissional. Ao longo da minha trajetória profissional, houve a predominância de inserções em instituições de saúde e, portanto, o universo das minhas problematizações teve a saúde como destaque. As desigualdades de acesso ao sistema de saúde, a detecção e a prevenção de doenças, os processos de adoecimento percebidos no exercício profissional na saúde, dentre outras, trouxeram inquietações como assistente social que impulsionaram e motivaram o desenvolvimento desta pesquisa.

¹ Considera-se nesta dissertação que o exercício profissional “é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses sociais. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência das classes trabalhadoras e da reprodução do antagonismo dos interesses sociais. Isso significa que o exercício profissional participa de um processo que tanto permite a continuidade da sociedade de classes quanto cria as possibilidades de sua transformação. Como a sociedade é atravessada por projetos sociais distintos – projeto de classes para a sociedade – tem-se um terreno sócio-histórico aberto à construção de projetos profissionais também diversos, indissociáveis dos projetos mais amplos para a sociedade. É essa presença de forças sociais e políticas reais – e não mera ilusão – que permite à categoria profissional estabelecer estratégias político-profissionais no sentido de reforçar interesses das classes subalternas, alvo prioritário das ações profissionais” (IAMAMOTO, 2008, p.12).

² Estatuto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Lei nº 1318 de 10 de junho de 1988 que dispõe sobre o processo de elaboração do Estatuto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro por seu Conselho Universitário. Disponível em: http://www.boluerj.uerj.br/pdf/ae_00001989_00001989.pdf . Acesso em: 02 de jun.2023.

Os estudos realizados na Graduação em Serviço Social (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), na Especialização em Serviço Social em Oncologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA), contribuíram para o amadurecimento intelectual e para o interesse em aprofundar e dar continuidade aos estudos sobre o exercício profissional na saúde.

A política social é um tema de extrema relevância para o Serviço Social, haja vista que o principal lócus de intervenção profissional dos assistentes sociais no Brasil são as políticas sociais, principalmente as que compõem o tripé da seguridade social: previdência social, saúde e assistência social. Desde a sua gênese, a profissão esteve vinculada ao enfrentamento da “questão social”³ por intermédio de políticas sociais, no período de consolidação do capitalismo monopolista (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003; NETTO, 2011). Portanto, as possibilidades e limites para o exercício profissional dos assistentes sociais estão diretamente relacionados à disponibilidade e oferta de direitos e políticas sociais.

A constituição das políticas sociais no capitalismo é produto de relações contraditórias. São determinadas “pela luta de classes, pelo papel do Estado e pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas” (BOSCHETTI, 2016, p. 25). Essas relações assumem traços diversificados em cada país, de maneira que a “origem, processo de desenvolvimento, configuração e abrangência” das políticas sociais sofrem efeitos das formações sociais. Assim, a análise da política social deve considerar as especificidades histórico-concretas que o capitalismo assume em cada nação, as implicações políticas de tal processo sobre a formação do Estado e de sua relação com as classes sociais. (BOSCHETTI, 2016).

As lutas populares, que ocorreram no final da ditadura, pressionaram para uma ampliação da cidadania e dos direitos sociais, o que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988. O direito universal à saúde foi uma das conquistas fundamentais desse momento, pois foi o resultado de lutas de setores organizados na sociedade civil que culminou com o Movimento de Reforma Sanitária que é contrário ao modelo assistencial médico privatista⁴, centrado no atendimento individual e curativo. Contudo, desde os anos 1990, o Estado brasileiro vem realizando a contrarreforma e desmonte do sistema de proteção social. Na década de 1990, os rebatimentos do contexto de enfrentamento da crise do capital

³ Consideramos neste estudo que a questão social é “as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2003, p. 77).

⁴ Termo usado por Teixeira (1989) e Mendes (1994) para caracterizar o modelo de saúde implementado durante a década de 1970 no Brasil.

implicou em Programas de Estabilização Econômica e Ajuste Estrutural que ajudaram na condução das contrarreformas do Estado.

Diante do exposto, constata-se que a regressão dos direitos conquistados, a privatização da saúde, as desigualdades de acesso da população aos serviços de saúde, os desafios de construção de práticas baseadas na universalidade e na integralidade, o financiamento e a participação social impactam no SUS. Torna-se perceptível o tensionamento entre o projeto privatista e os princípios da Reforma Sanitária no setor saúde.

De acordo com Escorel (1989), a saúde é considerada um componente fundamental da democracia e da cidadania. Ainda segundo a autora baseada em Arouca (1982) a saúde constitui-se como potencial revolucionário, por ser considerada um campo privilegiado da luta de classes. Sendo assim, a política de saúde possui um potencial político para a classe trabalhadora.

As recentes transformações no cenário político e econômico brasileiro, a partir do golpe parlamentar de 2016, orientaram-se pela necessidade de adequar o país à nova dinâmica do mercado mundial. A agenda de ofensivas ao trabalho, às políticas sociais e ao meio ambiente são aprofundadas conformando a nova etapa do ajuste neoliberal, o ultraneoliberalismo⁵.

As investidas no uso dos aparatos do Estado para atender ao capitalismo mundializado, ocasionam reformulações nas políticas sociais públicas que atingem a população brasileira e visam salvaguardar os interesses do capital em mais uma de suas “crises estruturais”, sobretudo quando coaduna a crise econômica já prevista ao funcionamento do “sociometabolismo do capital” (MÉSZÁROS, 2002) com uma crise de cunho sanitário em âmbito mundial, que registra seus primeiros casos no Brasil em março de 2020. No cenário pandêmico, para além do adoecimento da população e dos óbitos ocorridos, houve a disseminação de informações falsas sobre a doença, regressões políticas, incertezas de trabalho, moradia, renda e alimento.

A crise aprofundada com a pandemia em 2020 engloba e atinge as instituições próprias dessa ordem. Crises estruturais, inatas e crônicas do capital, revelam as suas mazelas e facetas expondo a desigualdade social, o desemprego em larga escala, e demonstram a heterogeneidade dos interesses e tensões inerentes ao sistema. A supressão dos direitos e a

⁵ De acordo com PNUD (2016 *apud* Iamamoto 2020, p. 14-15) “o ultraliberalismo impulsiona desigualdades de todos os naipes e tem no braço repressivo do Estado e no orçamento público suportes para a segurança dos negócios. Os trabalhadores sofrem com o desmonte das políticas públicas, das reformas trabalhista e previdenciária, com o crescimento do desemprego e a informalidade do emprego no setor de serviços de baixa produtividade na América Latina e no Caribe.

crescente predominância de posicionamentos conservadores contra os direitos humanos atingem de forma direta o trabalho de assistentes sociais, cujo desafio cotidiano é, justamente, buscar alternativas para ampliar o acesso aos direitos, lutar contra a destruição dos direitos conquistados, bem como pela sua ampliação (BOSCHETTI, 2017).

Ademais, soma-se a esse cenário nas palavras de Behring (2015, p. 185-186) “[...] a disputa pelos fundos públicos⁶ intensifica-se”, com “argumento da escassez de recursos, de conter déficit público [...] preconiza-se o corte dos gastos estatais, para o ‘equilíbrio das contas públicas’, como indicador de saúde econômica”.

A expropriação de direitos via disputas orçamentárias, é materializado como forma de ampliar a utilização do fundo público para o pagamento da dívida pública, estabelecimento de superávits primários, financiamento de projetos capitalistas e tantas outras funções alheias aos interesses das classes trabalhadoras. Com as políticas de “ajuste fiscal”, o fundo público é apropriado especialmente pela União, e utilizado prioritariamente para compor superávit primário e pagar juros da suposta dívida pública. (SILVA; RUIZ, 2020,p.3).

O cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na saúde é atravessado por desafios permanentes, numa constante luta pelo reconhecimento e pela defesa da saúde como política pública, articulada às demais políticas que compõem a seguridade social brasileira. Há ainda desafios ao desenvolvimento do exercício profissional ancorado no projeto ético-político frente às requisições colocadas no cotidiano.

O cenário pandêmico traz alterações na organização do trabalho profissional, afeta drasticamente os serviços de saúde e revela a precarização do trabalho dos profissionais de saúde, que assim como os assistentes sociais, são desafiados a criar estratégias e prioridades de ação para assegurar a qualidade dos serviços prestados aos usuários, a atender exigências burocráticas e de produtividade, a lidar com a escassez de recursos, com a imposição de metas, critérios e condições como jornada, ritmo e intensidade do trabalho, direitos e benefícios (IAMAMOTO, 2009, p. 182). Além de serem requisitados a utilizar instrumentos e tecnologias como teleatendimento, comunicações virtuais e trabalho remoto.

Este tipo de exigência é decorrente da flexibilização produtiva, das desregulamentações, das novas formas de gestão do capital, da ampliação das terceirizações e da informalidade que segundo Antunes (2014, p.41),

⁶ Salvador (2020) apresenta importantes considerações sobre o fundo público. Para o autor, “o fundo público diz respeito à capacidade que o Estado tem de mobilizar recursos para realizar intervenções em políticas públicas, englobando as políticas econômicas e sociais, o que permite alterar ou conservar a realidade de determinada região ou país. Esses recursos públicos advêm, principalmente, da arrecadação tributária na forma de impostos, contribuições (sociais e econômicas) e taxas, além de outras receitas públicas previstas em lei”. (SALVADOR, 2020, p.368).

[..] acabaram por desenhar uma nova fase do capitalismo no Brasil. As novas modalidades de exploração intensificada do trabalho, combinadas com um relativo avanço tecnológico em um país dotado de um enorme mercado consumidor tornaram-se elementos centrais da produção capitalista no Brasil. A articulação complexa existente entre financeirização da economia, neoliberalismo, reestruturação produtiva e as mutações no espaço microcômico do trabalho e da empresa não poderia deixar de afetar profundamente a classe trabalhadora.

Nesse sentido, Gonçalves (2011, p.1) aponta que com o avanço das técnicas e com o emprego em massa de tecnologia, “há um redimensionamento nas formas de exploração do trabalho, que se poupado quantitativamente pelo emprego das técnicas é por elas explorado qualitativamente de maneira mais intensa”.

A globalização e a reestruturação do capital em nível mundial, produziram novas questões e acirram, em algumas partes do mundo, os problemas já existentes, sobretudo os de ordem social e econômica. As transformações advindas deste processo, que levaram a uma ampla remodelação da gestão do processo produtivo, das formas de emprego das técnicas e exploração da força de trabalho, alcançaram neste final de século uma dimensão, no que diz respeito à produção e a escala territorial do capital, que extrapola o que até então pode ser visto. (GONÇALVES, 2011, p.1).

Do ponto de vista teórico, analisar o exercício profissional na política de saúde no atual momento do Brasil é um desafio, haja vista que as políticas sociais são necessárias à classe trabalhadora e se enquadram ao mesmo tempo, no atendimento dos interesses capitalistas seguindo ao contraditório e dinâmico processo da sociabilidade burguesa. O caráter das políticas sociais vai se remodelando ao longo dos anos, com políticas assistencialistas e extremamente individualizadas voltadas para os grupos mais pobres, entretanto, em tempos atuais, está permeado de retrocessos e regressões que mantém a sua essência, mas mudam a sua forma.

A orientação é a focalização, com estímulo aos fundos sociais de emergência, aos programas compensatórios de transferência de renda, e a mobilização da solidariedade individual e voluntária. Nesse sentido, “os direitos sociais deixam de ser uma referência mestra para darem lugar ao mérito individual que, no máximo, persegue a igualdade de oportunidades e nunca a de resultados” (PEREIRA, 2011, p. 198).

Na mesma linha, sobre essas políticas sociais, Netto tece as seguintes considerações sobre o capital e o desmantelamento dos direitos sociais:

As corporações imperialistas, o grande capital, implementam a erosão das regulações estatais visando claramente à liquidação de direitos sociais, ao assalto ao patrimônio e ao fundo público, com a “desregulamentação” sendo apresentada como “modernização” que valoriza a “sociedade civil”, liberando-a da tutela do “Estado protetor” – e há lugar, nessa construção ideológica, para a defesa da “liberdade”, da “cidadania” e da “democracia” (NETTO, 2010, p. 17).

Ademais, ao analisar as estratégias de reestruturação do trabalho deparamo-nos com os tensionamentos advindos de projetos político-institucionais distintos, o que corrobora para “uma tensão entre a defesa dos direitos sociais universais e a mercantilização e re-filantropização do atendimento às necessidades sociais, com claras implicações nas condições e relações de trabalho do assistente social” (IAMAMOTO, 2007, p. 196), especialmente para responder às demandas da instituição, dos profissionais de saúde e da população usuária que é afetada pela reestruturação produtiva, pela pandemia e pelas reformas estruturais do Estado. Nessa direção, tais questões contribuem sobremaneira para as discussões da categoria profissional dos assistentes sociais.

Desde o início da pandemia, as instituições de saúde e os hospitais universitários mantiveram atividades parcialmente presenciais, pois deslocaram algumas atividades para o ambiente remoto, situando um grande desafio para os assistentes sociais, já que o ambiente virtual promovido pela pandemia associa-se às mudanças que estão sendo introduzidas no âmbito da administração dos processos e ambientes de trabalho. Intensificou-se a visão produtivista, na qual o trabalho técnico é mensurado por prazos e metas, com foco em resultados, pela redução de custos, pela conformação de um profissional polivalente, capaz de atuar concomitantemente em diferentes frentes.

Nesse contexto, evidenciou-se desdobramentos relacionados à qualidade do trabalho profissional ofertado à população usuária e outros atinentes à condição de trabalhador do assistente social. O processo de desmantelamento dos serviços públicos sob o discurso do contingenciamento orçamentário teve como efeitos concretos o aumento da informalidade, a diminuição salarial, o aumento da jornada de trabalho, a alta rotatividade entre os trabalhadores, a perda dos direitos trabalhistas, entre outros aspectos (ALVES, 2017).

Para Antunes (2020) o ambiente pandêmico tem possibilitado um verdadeiro “laboratório” de experiências, tanto na esfera pública quanto na privada, resultando em maior exploração da força de trabalho e diminuição dos seus custos. Se a pandemia evidenciou as desigualdades estruturantes da sociedade brasileira, não foi diferente quanto às contradições presentes nas relações de trabalho dos assistentes sociais inseridos na política de saúde no HUPE.

No atual contexto, os assistentes sociais constroem cotidianamente seu projeto e sua resistência enfrentando velhas e novas questões que evidenciam as diversas manifestações da desigualdade e da luta humana pela sobrevivência com dignidade. Convive-se muito de perto com as manifestações da questão social e suas resultantes econômicas, políticas e culturais, cujos impactos se revelam nos espaços institucionais em que atuam profissionalmente.

Como contribuição para profissão, a proposta de estudo é relevante para o Serviço Social, uma vez que é uma profissão que atua diretamente no campo das políticas sociais, com o objetivo de viabilizar os direitos da população, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. Tal finalidade reflete a dimensão política do Projeto Ético-Político da profissão e segundo Netto (2006, p. 155) “ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; [...] o projeto se declara radicalmente democrático [...]”.

A dissertação consiste no esforço de contribuir para o debate sobre o exercício profissional do assistente no período pandêmico no HUPE, principalmente, em dois aspectos. O primeiro, está associado à produção científica de estudos com enfoque no exercício profissional do assistente social e o caráter contraditório que marca não somente a profissão, mas o terreno institucional e a própria sociedade na crise sanitária da Covid-19.

O segundo aspecto está relacionado à importância da elaboração de estudos qualitativos acerca das novas condições objetivas de trabalho, a identificação das potencialidades no uso das tecnologias tanto a serviço do capital como do trabalho, a compreensão das demandas que a realidade impõe aos assistentes sociais no campo da saúde na crise sanitária. Segundo Rey (2010), as pesquisas desenvolvidas no campo da saúde são, na maior parte das vezes, de natureza epidemiológica ou clínica. Para o autor, isso se deve ao fato de que as Ciências da Saúde estão apoiadas no modelo biomédico tradicional e não consideram a importância dos aspectos subjetivos, sociais e culturais dos processos de adoecimento.

Com base na relação entre teoria e prática, essa investigação poderá possibilitar ao Serviço Social do HUPE a construção de estratégias de intervenção que possam potencializar e melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

No que tange ao HUPE, a dissertação apresenta contribuições à instituição ao produzir conhecimento científico a partir da experiência profissional durante a pandemia da Covid-19 evidenciando as estratégias coletivas adotadas, os limites e possibilidades da efetivação do exercício profissional e as adequações necessárias no espaço institucional e profissional..

O objetivo central deste estudo é analisar o exercício profissional do assistente social, inserido na política de saúde em um hospital universitário, no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19. Para alcançar tal objetivo torna-se imperioso identificar os elementos organizacionais que impactaram no exercício profissional no cenário pandêmico na unidade de saúde; descrever os desafios enfrentados pelas assistentes sociais e as estratégias adotadas para o exercício profissional e compreender as requisições profissionais, no tocante às demandas institucionais, dos profissionais de serviço social na saúde e dos usuários, tudo isso ancorado no Código de Ética Profissional.

Esta dissertação realiza uma análise teórica de cunho crítico reflexivo, à luz do materialismo histórico, que utiliza o método dialético marxista de compreensão da realidade, na perspectiva que a contradição é o motor do processo histórico, num processo dinâmico e antagônico incessante. O método dialético marxista apresenta como pressuposto a ideia de que é a realidade que constrói o pensamento e que o objeto de pesquisa já está dado na realidade, mas de forma difusa. Desse modo, não é o pesquisador que irá criar o objeto, ele irá, através da abstração, reconstruir esse objeto no plano do pensamento e, posteriormente, desvendar o objeto.

Nesta dissertação realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental nas bases científicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e portal de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando os seguintes descritores: —política de saúde —exercício profissional do assistente social —pandemia —política de saúde e pandemia e —Serviço Social e pandemia e no site da instituição pesquisada. Com o objetivo de aprofundar as reflexões acerca do tema, associamos essas leituras ao arcabouço teórico da tradição marxista. Ao longo dos estudos, deparamo-nos com as categorias —teletrabalho e,—processo de trabalho em saúde⁷.

No processo da pesquisa foi possível identificar os impactos e retrocessos no campo dos direitos sociais, e a intensificação das crises econômica e política para a população brasileira. Estes impactos envolvem o desemprego, as condições de trabalho e inserções fragilizadas no mercado de trabalho. Com base em Mauriel (2011, p.270), ocorre um processo cruel de redução nos investimentos na área social nos momentos em que mais se precisa deste suporte. Ademais, foram necessárias pesquisas relacionadas ao exercício profissional para

⁷ Acerca dos processos de trabalho utilizamos as contribuições dos estudos de Peduzzi e Schraiber (2009, p. 2), [...] o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade [...]. Para as autoras, a categoria processo de trabalho em saúde —diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores / profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 4).

apreender como atingem e incidem particularmente no objeto do estudo e para nos auxiliar na compreensão dos limites e possibilidades à profissão no interior de um HU na pandemia da Covid-19.

Optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2016), possibilita uma interação essencial entre o pesquisador e os sujeitos. De acordo com Moré (2015), a pesquisa qualitativa não se legitima pela quantidade de participantes e sim pela qualidade, profundidade, detalhamento e contextualização de seus relatos. Assim, quando se analisam em profundidade os dados em seu conjunto, buscam-se as regularidades temáticas e os significados atribuídos às mesmas.

Segundo Deslandes e Assis (2002), mesmo diante da existência de diversas abordagens qualitativas, a análise do significado atribuído aos sujeitos, aos fatos, relações e práticas, de forma a avaliar tanto as interpretações quanto às práticas do sujeito, são eixos comuns entre essas abordagens.

A partir da qualificação, pude aprofundar minhas leituras, desenvolver os objetivos e submeter o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição na qual ocorreu a pesquisa. O projeto foi enviado ao CEP, sob registro CAAE64899422.0.0000.5259, respeitando os critérios e princípios éticos presentes nas Resoluções 196/1996, 466/2012 do Ministério da Saúde, quanto à pesquisa envolvendo seres humanos, assim como aqueles relacionados ao Código de Ética Profissional. A submissão do projeto no CEP implicou no preenchimento de formulários e adequações aos modelos disponíveis pelo referido Comitê. É importante ressaltar que as burocracias institucionais representaram um desgaste no processo de investigação, e que o tempo de análise do CEP é quase sempre diferente do tempo para realização das tarefas do programa de estudos pós-graduados.

O projeto de pesquisa foi submetido em 01 de setembro de 2022 e foi aprovado em 28 de março de 2023, sob o número 5.969.289, fato que trouxe a necessidade de alteração dos procedimentos da pesquisa inicialmente pensados para construção desta dissertação. Devido ao tempo restrito para finalização do projeto de pesquisa, a pesquisadora e o orientador optaram em analisar as entrevistas públicas concedidas por assistentes sociais do complexo de saúde da UERJ, sobre os desafios do Serviço Social durante a pandemia e as demandas para os profissionais dos setores do HUPE.

As entrevistas estão disponíveis no canal do *youtube* @Renato.Veloso com possibilidade de acesso em <https://www.youtube.com/watch?v=0OFnCVtPPdA>. A live contou com a participação de seis assistentes sociais entrevistadas, sendo duas inseridas no

HUPE, duas na Policlínica Piquet Carneiro (PPC)⁸ e duas residentes do primeiro e segundo ano inseridas no Curso de Especialização em Serviço Social e Saúde (CESSS) na Modalidade Residência, integrantes do Programa de Residência Profissional da Saúde na área de Serviço Social da UERJ. As entrevistas foram categorizadas e a identificação das entrevistadas foi baseada na ordem de fala das assistentes sociais - Assistente Social A, B, C, D, E e F.

A divisão da dissertação em capítulos visa um desenvolvimento didático e fluido. No primeiro capítulo, buscamos desvendar a dinâmica do modo de produção capitalista e o papel do Estado descrevendo a formação e o desenvolvimento do capitalismo e suas particularidades na sociedade brasileira. Para tanto, foi necessário apontar alguns marcos históricos para apreendermos as determinações concretas, estruturais e conjunturais que influenciam no panorama atual. São levantados alguns dados quantitativos que apresentam as particularidades das políticas sociais no atual contexto de crise estrutural do capital trazendo rebatimentos para o exercício profissional dos assistentes sociais no campo da saúde.

No segundo capítulo, procuramos apresentar a relação entre o Serviço Social e a saúde, destacando alguns aspectos históricos sobre a conformação do trabalho coletivo em saúde. Procuramos levantar as peculiaridades do cenário pandêmico, externando alguns dados quantitativos para fazer menção às dificuldades e entraves que se apresentam ao exercício profissional no HUPE. Ao longo do trabalho retomarei alguns acontecimentos para ancorar a suas influências ao cenário contemporâneo.

No terceiro e último capítulo, objetivamos analisar as entrevistas concedidas pelas assistentes sociais, apresentando os impactos da pandemia na condição de trabalhadoras inseridas na divisão social do trabalho e de seres humanos que precisavam lidar com as questões de ordem emocional intensificados pelo medo de adoecer e morrer, pelo isolamento social e o afastamento de familiares e de amigos. Afora isso, as profissionais enfrentaram diversas pressões institucionais, o exaustivo trabalho remoto associado às atividades do lar, que demandaram maior atenção em virtude do isolamento. Para análise das entrevistas nos utilizamos da literatura especializada para compreendermos os rebatimentos da crise sanitária no exercício profissional, no campo da saúde e na vida da população usuário do serviço.

Por fim, foram desenvolvidas as considerações finais do estudo. Buscou-se o retorno aos objetivos do trabalho, a fim de apresentar, de forma sucinta, como os objetivos foram respondidos pela pesquisa, a partir das informações coletadas pelo trabalho empírico e pela

⁸ A Policlínica Piquet Carneiro faz parte do complexo de saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e tem como missão promover a saúde através de atendimento ambulatorial multidisciplinar de qualidade, de forma humanizada, gerar conhecimento e atuar na formação de profissionais por meio de programas de ensino e pesquisa. Disponível em: <http://www.ppc.uerj.br/sobre/> Acesso em 04 de jun. 2023.

revisão da literatura sobre a temática.

I - AS RELAÇÕES ENTRE CAPITAL E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: SUAS ESPECIFICIDADES NA ÁREA DA SAÚDE.

A fim de possibilitar uma compreensão das transformações nas políticas sociais no Brasil, o presente capítulo traz aspectos do Estado e as consequências do seu sequestro por interesses econômicos. Parte-se do pressuposto que o Estado, na atual fase do desenvolvimento das forças produtivas, apresenta-se como instância central para analisar as políticas sociais que buscam amenizar parte das manifestações da questão social⁹. Na reconstrução do cenário analisado, discorre-se sobre a política de saúde, a crise sanitária da pandemia da Covid-19 e o trabalho dos assistentes sociais em um hospital universitário no contexto pandêmico, considerando o grave quadro nacional de aprofundamento da pobreza e da desigualdade, registrado desde 2014 (IBGE, 2020). Desse modo, acredita-se que analisar a dinâmica do modo de produção capitalista e o papel do Estado é fundamental para compreender as singularidades da formação social brasileira

Para construção deste trabalho compreende-se que as políticas sociais possuem um caráter contraditório, ou seja, configuram-se como ações do Estado que respondem aos interesses do capital e expressam ao mesmo tempo as lutas e resistência política da classe trabalhadora, que tensiona constantemente o Estado pelo atendimento de algumas das suas necessidades concretas. Aprende-se que ao responder às lutas e demandas de estratos da classe trabalhadora, as políticas sociais também são instrumentos úteis para exercer o controle sobre a mesma¹⁰, pois, materializam ações que permitem a produção e a reprodução de sua força de trabalho.

Dessa forma, as políticas sociais são constituídas também como fruto da luta política da classe trabalhadora por melhores condições de vida e, em última instância, pelo fim da exploração. Contudo, não se trata de uma relação entre equivalentes, uma vez que o Estado no capitalismo sempre buscará criar as condições para a valorização dos interesses das elites

⁹O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das correlações e composições de força no âmbito do Estado. Os autores são unânimes em situar no final do século XIX como o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64).

¹⁰ A força de trabalho é a única mercadoria que, uma vez consumida, produz um maior valor do que o seu próprio; seu valor de uso é ser portadora deste quantum a mais de valor produzido pelo seu consumo na produção. A venda da mercadoria produzida permite a conversão em dinheiro do valor nela contido, o qual, então, pode ser distribuído entre o trabalhador (que recebe o salário) e o capitalista (que fica com a mais-valia). A mais-valia é o quantum de riqueza que corresponde à diferença entre o valor da força de trabalho e a riqueza por ela produzida (LESSA, 2013, p. 102).

econômicas. Por isso, sem negar a importância das políticas sociais, precisa-se compreender que no funcionamento do modo de produção capitalista, a atuação do Estado encontra determinações e limites estruturais (PANIAGO, 2012). Dessa maneira, as políticas sociais atuam tanto na contenção das lutas sociais quanto na ampliação dos direitos, a depender da correlação de forças na sociedade e das necessidades do capital, como trata Mandel (1982):

[...] podemos indicar que enquanto função, as políticas sociais atendem de forma direta a necessidade de reprodução da força de trabalho (educação, saúde, lazer, moradia, transporte, entre outras), atuando, assim, como salário indireto. Simultaneamente, contribuem para a reprodução do capital, na medida em que criam uma série de demandas materiais que serão adquiridas pelo fundo público, junto às empresas capitalistas, para a efetivação dos bens e serviços sociais. Outro aspecto refere-se à contribuição para que os produtores de mercadorias possam também assumir de forma mais ativa a função de consumidores das mercadorias produzidas. Dessa forma, a intervenção social do Estado capitalista faz parte dos esforços necessários para “proporcionar uma base material adequada à escala ampliada do Estado do capital monopolista” (MANDEL, 1982, p. 339).

Segundo Paniago (2012, p. 80) “o Estado moderno tem o papel de atender a completa ‘ausência’ ou ‘falta’ de uma coesão” dos microcosmos socioeconômicos” isso porque, se deixado em seu rumo, o capital não teria as condições objetivas para se consolidar. Dessa forma, considera-se que:

Tal ação remediadora vai ser realizada pela formação do Estado moderno, que se reveste de sua modalidade histórica específica, [...], acima de tudo, para poder exercer o controle abrangente sobre as forças centrífugas insubmissas que emanam das unidades produtivas isoladas do capital, um sistema de reprodutivo social antagonisticamente estruturado. Ele é necessário para a preservação e operação do sistema do capital enquanto um controle político em separado, que, ao mesmo tempo em que permite o funcionamento individual e competitivo de suas unidades isoladas, supre o sistema de sua unidade ausente, garantindo-lhe a necessária coesão ao funcionamento do todo (PANIAGO, 2012, p. 80).

Para a autora, o capital, para se expandir, precisa de modos de operação e controle de todos os subsistemas, essa é uma condição que não se pode desconsiderar. O capital só é capital quando mantém em funcionamento sua capacidade de autorreprodução e ela depende da transformação do valor em um novo valor objetivado, para que isso aconteça é necessário administrar as barreiras que limitam a expansão (PANIAGO, 2012, p. 46).

O Estado assume um papel importante na gestão, de modo que sua atuação é mais requisitada a cada momento. Soma-se a esse fato a questão de que a sua presença se dá de maneira escalonada, através de legislações mais autoritárias e rígidas, e utilizam-se reiteradamente das forças repressivas contra aqueles que se opõem ao sistema (PANIAGO, p. 75).

Paniago (2012) e Mészáros (2002) sinalizam que o Estado moderno tem a função de desenvolver uma ação corretiva dos antagonismos estruturais existentes na sociedade, visando manter o controle para possibilitar o bom funcionamento do sistema. É assim que o Estado é parte primordial da base material do sistema.

O Estado ao se tornar funcional ao sistema, evidencia sua centralidade na consolidação do modo de produção capitalista, sendo assim, a configuração de Estado moderno é fundamental à formação e consolidação das estruturas reprodutivas da sociedade e de sua manutenção. Dessa forma, ele deve ser entendido como parte constitutiva da própria base material (PANIAGO, 2012, p. 82).

Paniago compreende ainda que o Estado:

[...] corporifica a necessária dimensão coesiva de seu imperativo estrutural orientado para a expansão e para a extração de trabalho excedente do sistema do capital. Isso é o que pode ser encontrado de comum em todas as formas de Estado. Ele vem responder à necessidade do capital em manter “uma estrutura separada de comando político totalizador sobre suas unidades reprodutivas econômicas, cujo caráter é incorrigivelmente centrífugo, pois, do contrário, o sistema não conseguiria realizar seus objetivos reprodutivos totalizantes e expansionistas. O Estado moderno, assim, repetimos, torna-se absolutamente vital para a sustentabilidade material de todo o sistema (PANIAGO, 2012, p. 83).

Nesse contexto, o Estado tem sua estrutura política articulada em consonância com o seu papel de garantir e assegurar as condições para a exploração do trabalho (PANIAGO, 2012, p. 83). Dessa forma, como explica Mészáros (2002), o sistema do capital constitui-se por três dimensões fundamentais: capital, trabalho e Estado. Esses elementos que se encontram conectados entre si e possuem uma reciprocidade dialética. A autora avança com a análise ao considerar:

[...] As três dimensões fundamentais do sistema – capital, trabalho e Estado – são materialmente constituídos e ligados um ao outro, e não simplesmente em uma base legal/política. [...]. Sendo assim, nem o capital, nem o trabalho, nem sequer o Estado podem ser simplesmente abolidos, mesmo pela mais radical intervenção jurídica. (PANIAGO, 2002, p. 600).

Ponderando que as três dimensões do sistema do capital – capital, trabalho e Estado – são inseparáveis, é inconcebível emancipar o trabalho sem simultaneamente superar o capital e o Estado. O trabalho se coloca como a base material do capital e, nas palavras de Mészáros, ele é considerado como o pilar material fundamental de seu suporte. Em sua forma capitalista, é o responsável pela produção da substância que caracteriza a fonte de riqueza, ou seja, a

extração da mais-valia (MÉSZÁROS, 2002, p. 600). Esse é elemento central e fundamental ao capital.

Nesse cenário contraditório, tensionado pela luta de classes, o Estado é compelido à ampliação dos direitos e políticas sociais, viáveis apenas nos limites e possibilidades do modo de produção capitalista. O Estado opera no sistema capitalista no interior de um espaço que não interfira sobre a forma-mercadoria, assim, a depender do momento histórico, teremos políticas sociais mais abrangentes e/ou mais restritas e mercantilizadas.

O Estado assume no modo de produção capitalista funções que se tornam vitais para a manutenção do sistema, com isso não se pode compreender a atual fase do capitalismo sem o papel do Estado.

Para Mascaro (2013), o Estado é a forma política própria da sociabilidade burguesa e pode ser definido como um momento de condensação das relações sociais específicas a partir das próprias formas dessa sociabilidade (MASCARO, 2013). Sendo assim, ele não é um poder neutro, mas um Estado de classe que atua para garantir a ordem e a expansão do capital. Pode-se dizer que se trata de um aparato necessário à reprodução capitalista, que assegura a troca de mercadorias e a exploração da força de trabalho sob a forma assalariada (MASCARO, 2013).

O Estado terá suas funções ampliadas no estágio tardio do capitalismo monopolista e ganhará mais centralidade para o funcionamento do modo de produção. No capitalismo tardio¹¹, há uma dificuldade crescente de valorização do capital - supercapitalização e superacumulação - e o Estado passa a exercer um papel central no enfrentamento das crises econômicas e políticas. Na fase tardia, ele passa a administrar as crises do capital (MANDEL, 1985, p. 340) e também, o auxilia no desenvolvimento do que Mandel (1985, p. 341) caracteriza como maquinário de manipulação ideológica para “integrar” o trabalhador como consumidor, “parceiro social” ou “cidadão”. Para o autor, o Estado busca constantemente transformar qualquer rebelião em reformas que o sistema possa absorver.

¹¹ “Combinação simultânea da função diretamente econômica do Estado burguês, do esforço para despolitizar a classe operária e do mito de uma economia onipotente, tecnologicamente determinada, que pode supostamente superar os antagonismos de classe, assegurar um crescimento ininterrupto, um aumento constante do consumo e, assim, produzir uma sociedade ‘pluralista’. A função objetiva da ideologia ‘economicista’ é, sem dúvida, tentar desmantelar a luta de classe do proletariado. Mas a necessidade objetiva dessa ideologia corresponde exatamente à compulsão cada vez maior do Estado em intervir na economia capitalista tardia, e ao perigo de que essa intervenção eduque a classe operária em relação a todas as formas econômicas e sociais da sociedade cuja riqueza produz – potencialmente uma ameaça terrível ao capitalismo tardio. Isolar um elemento dessa totalidade complexa e afirmar que é o ‘principal’ aspecto é um passatempo fútil em termos intelectuais”. (MANDEL, 1982, p. 341).

Na direção de evitar uma crise de superprodução, o Estado executa o papel de administrador (BEHRING, 2009, p. 138). Dessa forma, as políticas sociais são medidas relevantes. Segundo a autora:

Para a política social, este conjunto de tendências e contratendências que constituem o capitalismo tardio traz consequências importantes. O desemprego estrutural acena para o aumento de programas sociais, inclusive de caráter assistencial permanente. Paradoxalmente, a crise das estratégias Keynesianas – que Mandel (1990) descreve, de forma competente ao avaliar os pequenos e singulares ciclos da década de 70 e 80 – e as demandas do capital em torno dos superlucros apontam para a diminuição dos gastos sociais. (BEHRING, 2007, p. 171).

Behring aponta elementos importantes para compreender as políticas sociais e seu papel, já que:

Constata-se que a política social - o "patinho feio" da estratégia keynesiana, que atende às necessidades do capital e, também, do trabalho, já que para muitos trata-se de uma questão de sobrevivência - estagnação, como um terreno importante da luta de classes. Trata-se da defesa de condições dignas de existência, em face do recrudescimento da ofensiva capitalista em termos do corte de recursos públicos para a reprodução da força de trabalho - função reiteradamente atribuída a política social pela literatura, e, também, em face do recuo no âmbito das políticas privadas (benefícios empresariais). (BEHRING, 2009, p. 175).

Face ao exposto, identifica-se a centralidade do Estado e a importância das políticas sociais no capitalismo, pois ao exercer a função de gestor, ele toma para si responsabilidades, que o tornam essencial e decisivo para o funcionamento do modo de produção e suas particularidades, atendendo e respondendo às demandas e necessidades do processo de valorização do capital diante de cada momento histórico vivido.

Como se percebe, no bojo da reconfiguração do mundo da produção, não ficou restrita ao conjunto das relações de produção, como sinaliza Martins (2022), pois as mudanças afetam a superestrutura, os complexos políticos, jurídicos e ideológicos, que compõem as formas de consciência social, e também ao Estado ao impor uma lógica gerencial às políticas sociais.

1.1 Capitalismo e Política Social no Brasil contemporâneo

Tomando como referência as discussões apresentadas na primeira parte do capítulo, torna-se necessário considerar as particularidades do capitalismo nas formações sociais

dependentes, o que ampliará as reflexões acerca das políticas sociais na contemporaneidade e as singularidades dessas políticas públicas no Brasil.

Ao analisar as políticas sociais na cena contemporânea, busca-se considerar a importância e compreensão dos processos de transformação que se vinculam à crise vivida pelo capitalismo a partir dos anos 1970 que provocou um conjunto de alterações nas formas de organizar a produção, de controlar o trabalho, de regular a economia e as respostas do Estado às necessidades das classes.

A condição de dependência vivida pelos países periféricos em relação aos países do centro do capital evidencia as peculiaridades de cada país e a sua forma de inserção na dinâmica capitalista. No caso do Brasil, o país apresenta especificidades que marcaram o desenvolvimento do capitalismo no país.

Na década de 1960, parte da Europa atravessava a crise dos “anos dourados”, desencadeada pelo colapso do Estado de bem-estar. O Brasil, na condição de país dependente economicamente, localizado na periferia do capitalismo no mesmo período, vivia uma ditadura civil-militar – iniciada em 1964 –, atravessava um momento de crescimento, à época denominado “milagre econômico”. Esse crescimento que foi oriundo da intensificação da exploração da classe trabalhadora, dos processos de privatização e do incremento da dívida externa por meio de empréstimos realizados pelo governo junto às instituições internacionais. A partir desse conjunto de estratégias, foi possível manter a legitimidade do governo militar frente à população. O Estado, por sua vez, investiu recursos públicos em programas e políticas sociais, como uma de suas principais estratégias de legitimação.

Após o crescimento observado nas décadas de 1960 e 1970, o país começou a sofrer os rebatimentos da crise do “milagre econômico”. Netto (2007) indica que o ciclo do regime autocrático burguês foi tensionado ao limite. Sendo assim, o milagre econômico brasileiro é afetado pelo esgotamento interno de seu modelo de desenvolvimento e da crise estrutural que passa a atingir o capital a partir de 1973.

A crise mundial começa a impactar o regime militar de uma forma geral e traz à tona transformações em diversos aspectos. A crise do milagre, segundo Netto (2007, p. 40), é um cruzamento entre uma crise cíclica, vivida no mundo após 30 anos de crescimento, e uma crise estrutural do capitalismo. De acordo com o autor, tais fatos expandem a dimensão e a profundidade do colapso aberto pela crise do “milagre”. Na mesma direção, Behring e Boschetti afirmam que:

Em 1974, começam a transparecer as primeiras fissuras e sinais de esgotamento do projeto tecnocrático e modernizador-conservador do regime, em função dos impactos da economia internacional, restringindo o fluxo de capitais, e também dos limites internos. Os anos subsequentes serão marcados pela distensão, pela abertura lenta e gradual do regime, num processo de transição para a democracia que irá condicionar em muito a adesão brasileira às determinações conservadoras neoliberais, já em curso no nível mundial, implicando o caráter tardio da adesão brasileira ao neoliberalismo. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 137-138).

Nesse período histórico, à medida que as políticas sociais se ampliaram, com destaque para as políticas de Previdência, de Saúde e de Educação, houve a expansão da participação do setor privado reforçando o sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar.

Nesse cenário e à luz das reflexões de Mota (2015, p. 158), pode-se dizer que houve uma expansão seletiva da seguridade social, relacionada ao modelo econômico e político adotado nos pós 1964.

Consolida-se assim, na década de 70, a dupla face da política social tecida nos finais dos anos 60: de um lado, as políticas voltadas para a reprodução da força de trabalho contratada pelo setor monopolista; de outra, as políticas residuais voltadas para a reprodução do trabalhador do setor não monopolista, como bem demonstra toda a legislação criadora dos sistemas privados de proteção social, já referido anteriormente (MOTA, 2015, p. 159).

Os estudiosos como Faleiros (2000), Behring e Boschetti (2009) e Mota (2015), destacam que no cenário da ditadura militar houve um forte incremento das políticas sociais, mas, segundo Mota (2015, p. 153), a modernização conservadora se utilizou das políticas sociais no período ditatorial como mecanismo importante para “quebrar a resistência organizada da sociedade e construir as bases de um consenso passivo, legitimador da ordem”.

Mota (2015) aborda que a expansão das políticas sociais produziu um conjunto de meios facilitadores para o processo de privatização de algumas áreas sociais como saúde e educação, permitindo a introdução do grande capital no sistema de proteção social e, assim, contribuiu para reforçar a diferenciação de consumo de serviços privados de acordo com as possibilidades de compra ou não dos serviços sociais, segundo a inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho. Essa nova configuração das políticas sociais tem rebatimentos até hoje no acesso aos serviços e benefícios da Previdência, da Saúde e da Educação no Brasil.

O processo de crise da ditadura e esgotamento do projeto político-econômico do governo militar foi marcado pelas intensas lutas sociais e pela instauração da democracia e a posterior aprovação da Constituição Federal em 1988. Na década de 1980, o país passou por inúmeras mudanças políticas diante da abertura democrática. Nesse período, foi possível

observar uma intensificação da organização da classe trabalhadora na busca por direitos. Esse processo pode ser considerado um dos pilares fundamentais para os avanços nas conquistas presentes no texto da Constituição Federal de 1988.

Por outro lado, os anos de 1980 são considerados uma década perdida economicamente¹², devido ao quadro de endividamento externo e aos rebatimentos do esgotamento do milagre econômico. Podemos entender esses processos como a dimensão econômica da crise dos anos de 1980¹³, mas também de conquistas democráticas, de reorganização política dos setores subalternos, de alargamento das lutas sociais e ampliação dos direitos materializados na Constituição de 1988.

O período de transição democrática, para Coutinho (2000) foi caracterizado por uma dinâmica contraditória, pois para o autor o processo de “projeto de abertura” da política brasileira, fora encaminhada “pelo alto”. Na medida em que o período de transição acabou por reproduzir traços do “prussianismo¹⁴”, ou seja, ocorreu de forma vertical, apesar da participação de segmentos da população durante a aprovação da Constituição Federal, já que estes não obtiveram muitas de suas reivindicações abarcadas nos processos de tomada de decisão. Segundo o autor, foram adotadas duas iniciativas durante a transição democrática, a primeira refere-se à adoção de uma estratégia repressiva mais seletiva, voltada “apenas” para os setores mais radicais da sociedade civil e a segunda possui o objetivo de cooptar os setores mais moderados da oposição incluindo-os subalternamente no bloco do poder.

O país estava diante de uma transição política-administrativa e de uma “esperança” de que a “dívida social” brasileira seria “paga” através das políticas de seguridade social, mas o contexto internacional era inverso ao do momento pelo qual o país estava passando. O capitalismo vivia uma forte crise de acumulação. Politicamente, ocorreu a queda do socialismo real em 1989, com o fim da União Soviética, eliminando do mapa geopolítico a referência concreta que em boa parte justificava a “humanização generosa” do capitalismo

¹² Behring e Boschetti (2009) mostram que os anos 1980 aprofundaram as dificuldades de formulação de políticas econômicas de impacto nos investimentos e na redistribuição de renda. O resultado desse período foi de um crescimento relativo na área econômica

¹³ “A discussão da crise é marcada, fundamentalmente, por um balanço econômico da década perdida, que revela a estagnação da economia e o agravamento das condições de vida da população brasileira. Em geral, a crise vem sendo tematizada como herança do modelo econômico implantado no pós-64, ou como produto da crise econômica internacional.” (MOTA, 2015, p. 111).

¹⁴ A caracterização de “via prussiana” na transição democrática, para o autor, contou com a articulação entre as diversas esferas da classe dominante e as decisões tomadas de cima para baixo. Além de considerar o fato de que a ditadura militar possibilitou a criação de condições políticas para a implantação de uma forma dependente de capitalismo que acentuou a exclusão de grande parcela da população dos bens produzidos pelo progresso e das decisões políticas.

pela via da seguridade social” (VIANNA, 2001). No âmbito internacional os sistemas de proteção social baseados no *Welfare State* estavam sob fortes pressões para seu desmonte.

Na mesma direção, Bravo (2007) ao analisar a transição à democracia faz referências às contribuições de diversos autores como Florestan Fernandes e Campello de Souza e destaca que esse período foi marcado por intensas contradições e teve como binômio a dialética continuidade/ ruptura, embora os aspectos de continuidade tenham sido predominantes em relação ao antigo regime, principalmente a partir de 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população. A autora aponta como elementos significativos para a ocorrência desse fenômeno a histórica fragilidade dos partidos políticos brasileiros e o refluxo dos movimentos da sociedade civil.

O processo de modernização sob o qual o Brasil atravessava mantinha as características de um país marcado pelo paternalismo que preserva um conservadorismo arcaico. A modernização acontecia sob a tutela da classe dominante, a fim de garantir os seus privilégios. O Estado nascia sob as influências do liberalismo e do patrimonialismo, assumindo “obrigações” que, segundo os pensadores liberais clássicos, deveriam ser incorporadas no âmbito da iniciativa privada (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 75).

Na atualidade, a influência do conservadorismo tende a acentuar elementos de uma herança histórica que, através de contradições, não foi inteiramente superada. Pelo contrário, permanece presente no cotidiano e nos interesses das classes dominantes e dominadas, influenciando, sobretudo, suas escolhas políticas, ideias, valores, costumes e relações sociais (SOUZA, 2016, p. 214).

A herança conservadora, nos últimos anos, desencadeou um conjunto de mudanças nas políticas sociais que indicam um recuo do Estado em termos de proteção social ampla e se expressam na deterioração das condições de vida da população brasileira.

Segundo Mendes (1994) a concepção doutrinária sobre as questões de saúde é mantida na transição democrática e se expressa em dois níveis: o nível político institucional e o operacional. No nível político institucional, apontava-se para o direito universal à saúde e o dever do Estado em sua garantia, para a modificação do modelo médico hegemônico, para a instituição do controle único em cada instância federativa e para a convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte. “No nível operacional, propugnava-se um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde na linha das prescrições do movimento sanitário” (MENDES, 1994, p. 39).

A partir da década de 1990, o projeto político-econômico e ideológico do grande capital instaura-se no Brasil, como desdobramento da crise dos anos 1970. Iniciam-se os

ajustes estruturais e os planos de estabilização nos países latino-americanos, com a justificativa de crescimento para o pagamento da dívida.

A Constituição de 1988 consagrou este profundo avanço social, resultado das lutas conduzidas, por duas décadas, pelos setores democráticos: sem ferir a ordem burguesa (no interior da qual é impensável eliminar a exploração dos trabalhadores e a reprodução da miséria), ela assentou os fundamentos a partir dos quais a dinâmica capitalista poderia ser direcionada de modo a reduzir, a níveis toleráveis, o que os próprios segmentos das classes dominantes então denominavam “dívida social” (NETTO, 2000, p. 77).

Netto afirma que os avanços sociais trazidos pela Constituição de 1988 foram inéditos na história brasileira, pois consolidaram de forma mais ampla os direitos para a classe trabalhadora. Ainda segundo Netto (2000, p. 77):

Curiosamente, esta conquista social - insista-se: só é possível pela amplitude da mobilização de setores populares na agonia do regime ditatorial e na transição à democracia política- realizava-se no mesmo momento em que, no plano internacional, múltiplos processos concorriam para colocar em questão o Estado de bem-estar social (processos que incluem, dentre outros componentes, a reestruturação do capitalismo mundial e a crise do chamado socialismo real). Assim, ao tempo em que, no Brasil, criavam-se mecanismos políticos-democráticos de regulação da dinâmica capitalista, no espaço mundial tais mecanismos perdiam vigência e tendiam a ser substituídos, com a legitimação oferecida pela ideologia neoliberal [...].

A Constituição de 1988 assegurou um amplo conjunto de conquistas civis, políticas e sociais enquanto responsabilidade do Estado democrático (BRASIL, 1988). Políticas sociais como educação, habitação, trabalho, transporte, segurança alimentar e nutricional, lazer e seguridade social (Saúde, Previdência e Assistência Social), configuraram-se como uma das mais importantes vitórias políticas de segmentos da classe trabalhadora (urbana e rural) no país (LOPES, 2019). A Constituição Federal possui grande importância em seus avanços formais, na correção de iniquidades e na ampliação de direitos, especialmente no campo trabalhista e no âmbito da proteção social.

A seguridade social inserida na Constituição Federal compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social. Determina que a organização da seguridade social é de competência do poder público, com base nos seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de

participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

A proteção social passa a combinar elementos de seguro e de seguridade e tem como proposta a ideia de que Estado e sociedade em seu conjunto são os responsáveis pela formulação, financiamento, atendimento e controle das políticas sociais. É nesse cenário que ocorrem também a ampliação das fontes de financiamento da Seguridade Social passando a incluir os patrões, trabalhadores e Estado. Busca-se superar a visão passada de um formato dual, que assegurava direitos somente aos trabalhadores com carteira assinada e acarretava no reforço das diversas formas de ajuda como as entidades filantrópicas. Além disso, instaura-se uma lógica participativa e democrática nas políticas sociais, exaltando a importância de espaços democráticos.

No início dos anos 1990, o neoliberalismo avançou impondo um conjunto de estratégias adotadas que colocaram limites nas tentativas de ampliação do papel regulatório do Estado brasileiro, sua participação social e a materialização da obrigação constitucional que visava garantir um conjunto de direitos sociais mais amplos como, por exemplo, a seguridade social. Assim, o Estado busca adequar seu formato e organização às novas exigências do processo de valorização e acumulação do capital.

Netto e Braz (2012) apontam que desde os finais dos anos 1970, o neoliberalismo precisou criar mecanismos para se valorizar utilizando-se de estratégia articulada sobre um tripé: financeirização, reestruturação produtiva e difusão do ideário neoliberal. Os autores sinalizam que os anos de 1974-1975 representaram o período de uma recessão generalizada e apontam que outro fator marcante desse período é a precarização e informalização das relações de trabalho. Segundo Antunes (2000. p. 81), "não é preciso dizer que esse sistema de flexibilização do trabalho supõe a flexibilização (ou a desmontagem) dos direitos do trabalho. Um sistema de produção flexível supõe a eliminação de direitos do trabalho [...]".

As crises vividas pelo capital trazem uma gama de dificuldades e problemas que impactam nas transformações das políticas sociais, no aumento do desemprego e na intensificação das desigualdades, ou seja, problemáticas que expressam a busca do capital por extrair de forma maximizada a mais valia no contexto de agravamento da crise. Esse processo extrapola a década de 1990 e avança impondo reformas e transformações profundas na regulação entre o Estado e as demandas sociais da população nas duas primeiras décadas do século XXI (MARTINS, 2022).

Segundo Fontes (2010, p. 217), a retirada de direitos no atual contexto expressa a permanência e atualização dos processos de expropriação massiva das conquistas sociais, ou seja, esse recuo dos direitos é uma condição inicial, meio e resultado da exploração capitalista.

Os dados fornecidos por pesquisas e pelos estudos de institutos oficiais responsáveis em coletar informações sobre as condições de vida da população brasileira evidenciam o cenário em que se vive. A Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, apresenta como os indicadores socioeconômicos do país vêm apresentando piora.

Os dados apontam que nos últimos anos houve um aumento significativo no desemprego da população brasileira e indicam que o nível de ocupação – que equivale ao número de pessoas ocupadas sobre a população em idade ativa – registrou queda a partir de 2015, registrando uma mudança de patamar negativa. A ocupação sofreu redução e se manteve, com oscilações, até 2019 (IBGE, 2020, p. 19). Assim, a porcentagem do nível de ocupação da população caiu de 57,0%, em 2012, para 55,3%, em 2019. A taxa de desocupação cresceu de 18,7%, em 2012, para 24,2%, em 2019. A pesquisa revela, ainda, uma redução de 47,3% na participação de empregados com vínculo formal de trabalho atingindo, em 2019, o nível mais baixo das últimas décadas. A pesquisa aponta o aumento do trabalho por conta própria, que cresceu de 22,8% para 25,8%. Essa realidade é fruto do ataque aos direitos trabalhistas que impactaram nas condições de vida da população (aumento da pobreza, fome, não satisfação de necessidades básicas, condições de moradia). Segundo o IBGE (2020), os indicadores oficiais de pobreza também demonstram a gravidade das desigualdades no país. Os dados referentes à linha de US\$ 1,90 associado ao indicador Paridade do Poder de Compra¹⁵ (PPC) por dia obteve um aumento de 2,0 pontos percentuais entre 2014 e 2018, resultando em 6,5% da população brasileira com rendimento inferior a US

¹⁵ A pobreza como expressão da questão social é moralmente condenável, custosa e georreferenciada em territórios excluídos da ação dos poderes públicos. Ela não caracteriza apenas determinados indivíduos ou grupos sociais, pois resulta de uma dinâmica conjuntural assinalada por desigualdades econômicas, sociais, educacionais, entre tantas outras. A pobreza como fenômeno relativo, tem sido conceituada numa abordagem macroeconômica. Nesse sentido, algumas políticas desenvolvidas para enfrentá-la em sua abordagem relativa têm relação direta com a desigualdade na distribuição de renda, circunscrita em determinado padrão de vida que define como pobres as pessoas e famílias situadas na camada inferior da distribuição de renda comparadas com as pessoas melhor posicionadas na estratificação de renda de um país. A pobreza relativa, por sua vez, é apresentada como sendo aquela situação em que indivíduos, quando comparados a outros, têm menos de algum atributo desejado, seja renda, sejam condições favoráveis de emprego ou poder. As construções de enfrentamento à pobreza via programas de transferência de renda, por exemplo, majoritariamente assumem uma linha de pobreza relativa, definida pelo cálculo de renda per capita de parte da população, considerado abaixo de um padrão mínimo para atender as necessidades, majoritariamente calóricas da população (MARTINS, 2022).

\$1,90 PPC no ano de 2018. Esse percentual corresponde, em valores absolutos, a 13,5 milhões de pessoas, contingente superior à população total de países como Bolívia, Bélgica, Cuba, Grécia e Portugal. Entre 2017 e 2018 houve estabilidade na proporção de pessoas com rendimento abaixo de US\$ 1,90 PPC. Um outro aspecto apontado pela pesquisa e que merece destaque: a inserção no mercado de trabalho não é condição suficiente para superar a pobreza, pois mesmo dentre os ocupados, 14,3% possuíam rendimento domiciliar per capita inferior a US \$5,50 PPC por dia.

A pobreza monetária possui forte correlação com a precariedade e vulnerabilidade que serão observadas nas condições de moradia dos brasileiros, tomando como referência as definições do IBGE – que representam restrições ao direito à moradia adequada, sendo elas (1) a ausência, de banheiro de uso exclusivo dos moradores em seu domicílio, ou seja, um cômodo com instalações sanitárias e para banho, cujo uso, no cotidiano, não é compartilhado com moradores de outras casas; (2) a utilização de materiais não-duráveis nas paredes externas do domicílio. Nesse critério, são considerados adequados os domicílios cujas paredes externas foram construídas predominantemente de alvenaria (com ou sem revestimento), de taipa revestida, ou de madeira apropriada para construção, e são classificados como inadequados os domicílios com paredes de taipa não-revestida, de madeira aproveitada (como tapumes ou madeira retirada de pallets) e de outros materiais; (3) o adensamento domiciliar excessivo, definido como uma situação em que o domicílio tem mais de três moradores para cada cômodo utilizado como dormitório; e (4) o ônus excessivo com aluguel, situação em que o valor do aluguel iguala ou supera 30% do rendimento domiciliar.

Os dados elucidados revelam as condições de vida da população brasileira descortinando as marcas da desigualdade social e no acesso aos serviços públicos e que se agrava cotidianamente perante o recuo das políticas sociais.

No cenário atual esboçado, identificamos um aprofundamento das reformas liberais, dentre as quais, podemos citar como as mais recentes, a Reforma Trabalhista (Lei n. 13.467 de 2017); a Reforma da Previdência (Emenda Constitucional n. 103 de 2019); e a Emenda Constitucional (EC) n. 95 de 2016, que congela o orçamento público de gastos com Saúde, Assistência Social e Educação. Tais mudanças e reduções de direitos se materializam por meio dessas legislações e nos dão um panorama de como tem acontecido o ataque aos direitos sociais. Aprofundaremos como esse processo tem se dado de maneira mais específica em uma das mais importantes políticas sociais que compõem a proteção social brasileira, a política de saúde, buscando trazer elementos que demonstram os inúmeros ataques sofridos por ela

1.2 O processo de instituição do novo projeto para a política de saúde no Brasil

A 8ª Conferência de Saúde consolida o debate político na saúde e é considerada como um dos marcos mais importantes na história da política pública de saúde no país. Esta Conferência foi a primeira que contou com a presença ampla de diversos segmentos não-governamentais e da sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde, até representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, prestadores de serviços e titulares e representantes de vários ministérios. Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas - sendo mil delegados - para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como direito” 79, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”80 e “Financiamento do Setor” 81. A 8ª Conferência Nacional de Saúde significou o momento de sedimentação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, expresso no seu relatório final.

Nesse período, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas governamentais apresentadas para o setor, o que contribuiu para um amplo debate. A saúde passou a assumir uma dimensão política com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária, vinculada à democracia. Os sujeitos políticos defendiam questões como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES) como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2001; PAIM, 2008).

As principais propostas defendidas por esses sujeitos coletivos foram amplamente discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tais como: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, a partir de uma análise sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório; o financiamento efetivo e a participação social através de novos arranjos institucionais para a condução da política - os Conselhos e as Conferências de Saúde.

O SUDS teve um importante papel na reforma administrativa da saúde e um papel político central, desmontando a máquina previdenciária e propondo a descentralização organizativa, sendo decisivo para a alteração constitucional necessária à implantação do SUS. O SUDS incorporou os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, a saber:

universalização, integralidade da atenção, descentralização do processo decisório, hierarquização, regionalização e participação popular.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representaram, no plano jurídico, a extensão dos direitos sociais. Dessa forma, esta Constituição introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais, incapazes de universalizar direitos, em função da longa tradição de privatizar a coisa pública.

A Assembleia Constituinte foi marcada por um processo de mobilizações e contra mobilizações de projetos e interesses específicos, configurando campos definidos de forças. O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, com destaque para a Seguridade Social, além dos direitos humanos e políticos. Porém, manteve fortes traços conservadores, como a ausência de enfrentamento da militarização do poder no Brasil, a manutenção de prerrogativas do Executivo, como as medidas provisórias, e na ordem econômica (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

No que se refere à saúde, a Constituinte já demonstrava a polarização existente entre os interesses dos atores envolvidos, de um lado os grupos empresariais e de outro os defensores da Reforma Sanitária. O resultado desse embate, segundo Bravo (2007) foi que:

O texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte as reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica (BRAVO, 2007, p. 97).

A influência do Movimento da Reforma Sanitária no texto constitucional é inegável. Contudo, a presença de algumas lacunas permite-nos afirmar que a Constituição de 1988, desde seu surgimento, já estava suscetível às emendas e leis regulamentares, no processo regulamentação, que no contexto das disputas, lhe atacaram e culminariam em um desmonte e restrição de aspectos importantes da seguridade. A partir de 1988, os setores combativos que defendiam a reforma sanitária começaram a perder espaço no governo, o que repercutiu econômica e politicamente na estruturação da política de saúde. Com isso, a saúde começa a sofrer ataques que enfraquecem as premissas do SUS.

Ainda que o processo de consolidação da política de saúde tenha tido significativos ganhos por parte das classes trabalhadoras, ele é também expressão do impasse existente no Brasil para implementação das políticas sociais já que no país, elas foram implementadas buscando a manutenção do poder das classes dominantes.

A década de 1990 foi marcada pela consolidação de um projeto de saúde voltado para o mercado. Inicia-se no país as chamadas reformas para promover modificações dentro do Estado com viés conservador, sem qualquer referência à redistribuição da riqueza socialmente produzida. Behring e Boschetti (2011) tecem importantes contribuições sobre o termo “reforma” que é amplamente difundido no Brasil. Segundo as autoras, esse termo estaria originalmente associado às lutas dos segmentos de esquerda por melhoria nas condições de vida e trabalho.

A introdução das políticas de seguridade social na Constituição Federal de 1988 significou um expressivo avanço na política social brasileira, porém seus princípios de universalidade eram incompatíveis com a dinâmica do capitalismo periférico nacional trazendo duros impactos para o conjunto dos trabalhadores. A previdência foi alvo de reformas e a sociedade brasileira viu-se bombardeada pelas falaciosas benesses dos planos de previdência privada. A assistência social, apesar dos avanços alcançados, ainda enfrenta grande dificuldade para abandonar seu caráter filantrópico e residual e constituir-se como política pública.

Behring e Boschetti (2011) realizam uma análise importante acerca da relação entre política econômica e política social, na qual, as autoras demonstram como a política social vem passando por um progressivo esvaziamento de recursos, levando ao sucateamento e fragmentação.

As eleições de 1989 que levaram Fernando Collor de Melo (1990-1992) à presidência da república, são consideradas um marco no embate entre os setores progressistas e conservadores que sacudiram a sociedade brasileira na década de 1980. O governo de Fernando Collor durou apenas dois anos e mesmo diante dessa brevidade, já era possível identificar as bases do desmonte da recém-inaugurada política social brasileira. Para Bravo e Matos (2001) “nesse período, não houve uma apresentação sobre o projeto de política de saúde do governo federal, ocorrendo, no entanto, um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS” (BRAVO; MATOS, 2001, p. 201).

Conforme Netto (1999, p. 78): “o governo Collor, é mais um caso de polícia que de política, não apenas desorganizou o Estado e tornou intolerável a corrupção escancarada: teve a função de deixar clara para a burguesia a necessidade de um projeto político orgânico e menos imediatista”.

Dessa forma, Tavares e Fiori ressaltam que:

[...] em oposição ao ‘pacto social’ que deu lugar à Constituição de 88, consolidou-se, nos anos 1990, um amplo consenso liberal (filiado ao Consenso de Washington¹⁶) favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais, apoiado e promovido pelos governos nacionais e pelas agências financeiras internacionais: programa de privatizações; redução de tarifas alfandegárias para importação; liberalização dos preços; redução de isenções fiscais, subsídios e linhas de crédito, corte dos gastos públicos (TAVARES; FIORI, 1993, p. 153).

Esse foi o terreno propício para a implementação do plano econômico do governo Itamar Franco (1992-1995), capitaneado por seu Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso (FHC). O Plano Real de FHC buscou promover uma estabilização monetária mediante o cumprimento de algumas diretrizes preconizadas pelo Consenso de Washington. Na síntese de Netto, o projeto de FHC:

[...] fez do “Plano Real”, como instrumento de estabilização monetária, o primeiro passo para uma inteira abertura do mercado brasileiro (de bens e serviços) ao capital internacional. Essa desregulamentação implicava um outro movimento, diretamente referido ao Estado e com dupla face: de uma parte, uma forte redução do papel empresarial estatal – donde a selvagem dilapidação (privatização) do patrimônio público; de outra, a pretexto da redução do déficit público e em nome do “ajuste estrutural”, a redução dos fundos públicos para o financiamento das políticas sociais voltadas para a massa dos trabalhadores. Mais precisamente, o projeto político do grande capital concentrou-se na reforma do Estado (enquadrada, como se vê, numa perspectiva neoliberal) – “reforma” que só poderia ser conduzida contra o espírito da Constituição de 1988 (NETTO, 1999, p. 80).

No governo de Itamar Franco, a saúde foi marcada por dois momentos: o primeiro com propostas de fortalecimento do SUS e o segundo com ausência de iniciativas para o setor saúde. Destacam-se, neste período, a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a promulgação da Norma Operacional Básica - NOB/ 93¹⁷, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e o início da discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação do sistema de assistência médica suplementar¹⁸ (BRAVO; MATOS, 2001; PAIM, 2003).

¹⁶ Plano de medidas de ajustamento das economias periféricas imposto pelas agências financeiras internacionais (FMI, BM, BIRD) e pelo governo norte-americano em reunião ocorrida em Washington no ano de 1989 (FIORI, 1995; SOARES, 2000).

¹⁷ A NOB SUS 01/93 apresenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos Estados e Municípios e do Governo Federal. Estabelece três condições de gestão para os municípios: Incipiente, Parcial e Semi-Plena e duas para os estados: Parcial e Semi-Plena, e cria as Comissões Intergestores Bipartite - CIB e Tripartite - CIT, como foros permanentes de negociação e deliberações. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?> Acesso em: 04 de maio de 2023.

¹⁸ De acordo com Paim (2008, p. 196), “observava-se a expansão da assistência médica supletiva (AMS), com diversificação de planos de saúde para os consumidores e diferenciação de modalidades de compra e de pagamento dos serviços médicos, além das pressões da indústria farmacêutica”.

O governo Fernando Henrique Cardoso, em seus dois mandatos, ficou marcado pelo redimensionamento do papel do Estado. A contrarreforma se aprofunda neste governo, com sustentação intelectual marcada pelo projeto social-liberal de Bresser Pereira. Segundo esse projeto, o Brasil e a América Latina teriam sido atingidos por uma crise fiscal nos anos 1980, acirrada pela crise da dívida externa e pelas práticas de populismo econômico. A solução para essas crises seria um conjunto de reformas que possibilitassem a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial (BEHRING, 2008). Essa proposta de reformulação do Estado vem amparada pelo descrédito na máquina pública.

Os efeitos da gestão de FHC são rapidamente sentidos pela população, especialmente após aprovação de um mecanismo inicialmente provisório, em 1994 sob a denominação de Fundo Social de Emergência (FSE), que possibilitou a desvinculação do orçamento público do que foi estabelecido como despesas constitucionalmente obrigatórias. Seguindo essa mesma lógica, em 1996, esse Fundo foi substituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que desde os anos 2000 foi substituído pela Desvinculação de Receitas da União (DRU), a qual permite a desvinculação de cerca de 20% dos recursos da Seguridade Social para o orçamento fiscal. A DRU foi sendo prorrogada por diversas emendas constitucionais e continua prevalecendo atualmente por meio da Emenda Constitucional 93/2016 que ampliou para 30% e até 2023 a transferência do fundo público alocado na seguridade social para os grandes capitais. Esta medida afeta radicalmente o financiamento das políticas sociais como um todo, sobretudo das políticas de Seguridade Social.

Nesse período, evidencia-se a hegemonia do capital financeiro nas orientações das reformas visando atender aos interesses do mercado e preservar privilégios de classe. Desse modo, o capital financeiro exerce grande pressão junto à seguridade social brasileira, afetando, particularmente, as políticas de saúde e de previdência, visto que são entendidas, na lógica do capital, como produtos lucrativos para o mercado, enfocando a transferência desses produtos do estado para o mercado.

O Plano Diretor de Reforma do Estado¹⁹ (PDRE-Mare) apresentou-se como um instrumento da contrarreforma e através dele o Estado brasileiro passou a implementar uma série de reformas com vistas à manutenção do poder dos segmentos dominantes. As reformas impulsionadas pelo Mare trouxeram um conjunto amplo de desafios aos trabalhadores, com a implementação de um padrão de política social assentada no trinômio neoliberal: privatização, focalização/seletividade e descentralização. O plano foi aprovado em setembro de 1995, com o objetivo de implantar a “reforma”, que seguiu pelos seguintes caminhos, segundo Behring:

[...] ajuste fiscal duradouro; reformas econômicas orientadas para o mercado – abertura comercial e privatizações - acompanhadas de uma política industrial e tecnológica que fortaleça a competitividade da indústria nacional; reforma da Previdência Social; inovação dos instrumentos de política social; e reforma do aparelho do Estado, aumentando sua eficiência (BEHRING, 2008, p. 178).

Na perspectiva do PDRE, o Estado deve adotar uma lógica mais gerencial e, portanto, é necessário adotar regimes mais flexíveis no que tange à estabilidade e contratação: mediante a flexibilização da estabilidade e da permissão de regimes jurídicos diferenciados, o que se busca é viabilizar a implementação de uma administração pública de caráter gerencial (BRASIL, 1995, p. 7). A direção gerencial na administração pública, segundo Behring (2008, p. 179): “[...] introduz a eficiência e a qualidade como cultura na administração pública, inspirada em elementos de gestão empresarial. O controle se faz pelos resultados e não pelos processos [...]”.

Em associação à lógica gerencialista empregada pela contrarreforma do Estado adota-se a privatização (não clássica) dos serviços públicos, assumindo relações de parcerias entre o público-privado. Seguindo esse raciocínio, o Plano concebe as Organizações Sociais (OS), subordinadas apenas indiretamente ao aparelho do Estado. Com base na lógica gerencial, nas linhas desse Plano, as OS passam indiretamente, a serem subordinadas, “na medida em que se transformem em organizações públicas não-estatais e operem muito mais eficientemente” (BRASIL, 1995, p. 44). De acordo com Bravo e Matos (2002), a

¹⁹ O Plano Diretor da Reforma do Estado, cuja elaboração foi dirigida por Bresser Pereira, tem como objetivo reordenar a intervenção estatal a partir das diretrizes de disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial. O Plano creditava ao mercado a responsabilidade de contratação e organização dos serviços, inclusive na área social. Bresser definia sua proposta como “social-liberal” que se diferencia do projeto neoliberal, garantindo a responsabilidade social do Estado. A oferta dos serviços das políticas sociais deve estar na esfera das “organizações públicas não estatais competitivas”, mas cabe ao Estado o papel de coordenação, tendo em vista a necessidade de superação da rigidez fiscal e excesso de regulamentação estatal. No que diz respeito à política econômica, Bresser encara a coordenação do Estado na economia que se sobrepõe ao mercado como um equívoco defendido pela esquerda tradicional que se mantém enjaulada na perspectiva nacional desenvolvimentista (BEHRING, 2008).

contrarreforma do Estado deve atingir quatro setores. Um deles é o de “serviços sociais e científicos, que não deve ser privatizado, mas também que não cabe ser executado pelo Estado para tanto, precisam ser transformados em Organizações Públicas Não Estatais (Opnes) ou Organizações Sociais (OS)” (BRAVO; MATOS, 2002, p. 206).

No âmbito da política de saúde, em 1996, foi realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida” e seis subtemas: “Saúde, Cidadania e Políticas Públicas”; “Gestão e Organização dos Serviços de Saúde”; “Controle Social na Saúde”; “Financiamento da Saúde”; “Recursos Humanos para a Saúde” e “Atenção Integral à Saúde”. O relatório final da 10ª Conferência apresentou um anexo com as deliberações sobre a NOB/96²⁰ (ESCOREL; BLOCH, 2005).

Ainda em relação à saúde, em 1999 as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) surgem como outra estratégia para transformar a gestão pública numa lógica mais gerencial e coadunada com os interesses privatistas. A proposta de “um novo modelo de gestão” repudia aspectos centrais da Reforma Sanitária e ignora as conquistas democráticas, trazendo em seu bojo a desconstrução do SUS, bem como o enfraquecimento dos trabalhadores da saúde. Segundo Boschetti (2007, p. 93), “as medidas de ajuste estrutural adotadas em quase todos os países da América Latina e do Caribe implicaram uma reestruturação do Estado e desregulamentação das relações econômicas e sociais em uma perspectiva neoliberal”.

Um retrato das medidas de ajuste é a Emenda Constitucional 20/1998 que obriga que as receitas da contribuição das folhas salariais e dos empregadores sejam exclusivamente utilizadas para pagamentos do Regime Geral de Previdência Social (Rgps), gerando uma desconstrução da concepção e financiamento da seguridade social brasileira (SALVADOR, 2010), cujos pilares são as políticas de assistência social, previdência social e saúde.

Mendonça (2004) identifica que o governo FHC se mostrou fiel ao receituário do FMI e do Consenso de Washington, que preconiza a necessidade de um enxugamento do setor público, considerado ineficiente e ineficaz, de forma a abrir espaço para o mercado.

Behring (2008, p. 213) destaca que a contrarreforma do Estado no Brasil concretiza-se em alguns aspectos, a saber: “na perda de soberania – com aprofundamento da heteronomia e da vulnerabilidade externa; no reforço deliberado da incapacidade do Estado para impulsionar

²⁰ “Esta NOB foi ponto de discussão e polêmica durante a conferência. A principal crítica foi ao fato de ter sido publicada às vésperas da conferência, impossibilitando que suas propostas fossem incorporadas. Desse modo, a 10ª CNS determinou um prazo de sessenta dias para que a NOB fosse revista e as deliberações da 10ª CNS fossem a ela incorporadas. A nova versão da NOB 96 foi então republicada em novembro de 1996 no Diário Oficial, entretanto em vigor em maio de 1997” (Correia, 2000 apud Escorel e Bloch, 2005, p.106)

uma política econômica que tenha em perspectiva a retomada do emprego e do crescimento”. As consequências da lógica capitalista excludente contribuem para a precarização e a subalternização do trabalho à ordem do mercado e para a eliminação da estrutura e responsabilidade do Estado em face a questão social, rebatendo nos profissionais de Serviço Social enquanto cidadãos e trabalhadores assalariados.

A respeito do balanço da política de saúde, nos anos 1990 e início dos anos 2000:

[...] apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico- institucionais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde/ Lei 8.080/ 90 e 8.142/ 90), (...) passa por momentos distintos em relação à reforma sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionadas pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatização visando consolidar uma contrarreforma na saúde (BRAVO; MATOS, 2001, p. 197-198).

De acordo com Freitas (2007, p. 68), o quadro de desfinanciamento da saúde pública coloca o Brasil:

[...] em ‘estado de choque’, gerando intensa repressão de demanda, com congestionamento nos pronto-socorros, precarização da atenção básica preventiva e predomínio de intervenções tardias e o retorno de doenças consideradas extintas. Enquanto isso, ocorre a expansão da saúde privada, via planos de saúde para a classe média.

Fortalecendo o projeto privatista, já consolidado no Brasil ao longo dos anos, os seguros privados de saúde ganham maior expressão. Segundo Santos, Santos e Borges (2013), houve um crescimento bastante alto na receita das operadoras de seguros de saúde, na ordem de 20 bilhões, entre os anos de 2007 e 2010 e, esse segmento está entre as áreas de maior crescimento do setor de serviços, num claro processo de internacionalização, via intensificação das estratégias de fusão e aquisição.

Segundo Ribeiro (2017, p. 2) o que se verifica na atualidade “é que a lógica do capital dominado pelas finanças conduz tanto os processos de produção industrial, incluindo pesquisa, desenvolvimento e inovações tecnológicas quanto a assistência na saúde”. O capital financeiro passa a atuar também no controle dos serviços prestados, na área da saúde, inclusive junto à esfera assistencial, envolvendo os profissionais de saúde.

Percebemos, assim, que a saúde enquanto política que compõe a seguridade social, sofre o impacto do projeto neoliberal e, mais recentemente, do denominado projeto ultraneoliberal, tomado pela extrema-direita, numa perspectiva de aprofundamento da contrarreforma do Estado, de cunho antidemocrático.

No Brasil, desde os anos 1990, segundo Bravo;

Matos (2002), ocorre uma disputa entre dois projetos, o privatista e o da Reforma Sanitária. Mais recentemente, Bravo;Pelaez (2020) chamam a atenção para um terceiro projeto que propõe um SUS flexibilizado: a reforma sanitária flexibilizada, de acordo com as possibilidades de custeio da política. Para as autoras, “a proposição do SUS possível é pautada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária” (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 194).

Entretanto, no contexto atual, ultraneoliberal, o projeto privatista é hegemônico e ganha força, intensificando as propostas que desconsideram e colocam em questão a continuidade do SUS. O projeto privatista na saúde é fortalecido por argumentações falaciosas acerca da impossibilidade de implementação do SUS e de um Estado ineficiente. Com isso, visa a intensificação da privatização da saúde, mais especificamente através de três modalidades: renúncia fiscal para os planos e seguros de saúde privados; destinação de recursos públicos para o setor privado; e as propostas de flexibilização da gestão pública (BRAVO, 2013).

Na direção da privatização da saúde pública, a proposta do novo modelo de gestão, que é defendido como se fosse a grande salvação para a política de saúde “trata de maneira apologética o mercado e sataniza o Estado, com o discurso de que este seria um mau gestor e incompetente para desempenhar alguns serviços públicos e, portanto, esses serviços deveriam ficar sob o domínio do capital”. (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013, p. 93)

Desse modo, utilizam-se estratégias como a formação de parcerias entre o público e o privado, a criação de fundações privadas e a reestruturação dos Hospitais Universitários, seguindo a tendência privatista. “A disseminação de parcerias com o privado via novos modelos de gestão pelo SUS [...] vem gerando uma nova onda de expansão do mercado de prestadores privados, mais uma vez impulsionada pelo financiamento público” (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013, p. 93).

A crise sanitária da Covid-19, desencadeada a partir de 2020, se gesta no interior dos arranjos institucionais, da desproteção do Estado e da intensificação do capital financeiro e para Araújo *et al.* (2020) a pandemia do novo coronavírus é decorrente de determinantes sanitários e sociais, vinculados ao próprio contexto de reprodução social, engendrado em meio às desigualdades econômicas e sociais e apartações profundas provocadas pelo capitalismo. Nesta perspectiva, afirma Davis (2020) que a crise provocada pelo novo coronavírus é um monstro alimentado pelo próprio capitalismo.

Harvey (2020), considera que a pandemia encontra condições ideais para sua proliferação, dado o sucateamento do Estado, desmontado, na esfera do público em quase todos os lugares ao redor do mundo como consequência de quatro décadas de neoliberalismo e implementação de políticas de austeridade de ajustes e regulações, fundadas em cortes nos sistemas de Seguridade Social, em atendimento aos interesses do mercado e privilegiamento das demandas do capital, particularmente do capital financeiro, em sua ilimitada expansão.

No campo da saúde, a tragédia anunciada pelas autoras Boschetti (2017) e Yazbek (2009), ao discutirem a Seguridade Social, denunciam as dificuldades de operar a mesma diante dos problemas de superlotações, da insuficiência de equipamentos de segurança e de insumos básicos para o atendimento, da precariedade dos equipamentos de assistência, do quantitativo mínimo de profissionais que estão na linha de frente que impactam fortemente nas estratégias de enfrentamento a pandemia.

1.3 A trajetória da política de saúde e a pandemia da Covid-19

A contrarreforma do Estado estruturada a partir de meados da década de 1990 tem como marco o Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995 (BEHRING, 2009). Nesse período foi iniciado o processo de mudança do Estado que passou a ser considerado excessivamente burocrático, principalmente no que tange aos gastos sociais. Para tal, ele deveria desempenhar a função de regulador e gerenciador, com a responsabilidade de garantir o crescimento econômico, dando início ao processo de privatização, redução dos direitos trabalhistas e abertura da economia brasileira ao mercado externo (RAMOS; FORTI, 2018).

O Plano Diretor da Reforma do Estado foi implantado e conduzido pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (Mare), como visto no item anterior, teve o objetivo de assessorar os demais ministérios a desenvolverem seus projetos de contrarreforma, reduzindo a capacidade protetiva do Estado e transferindo responsabilidades e/ou coexistindo com o setor privado (MARTINS, (2011). Dessa forma, o Plano definiu quais ações seriam realizadas exclusivamente pelo Estado, e a saúde, apesar de estar definida na Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado, passa a ser considerada como um *serviço não exclusivo*. Sendo compreendido como:

Corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem

“economias externas” relevantes, na medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. As economias produzidas imediatamente se espalham para o resto da sociedade, não podendo ser transformadas em lucros. São exemplos deste setor: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus (BRASIL, 1995, p. 42).

Desse processo, resulta que, desde a regulamentação do SUS, em 1990, esse sistema foi composto por setores não estatais, como as instituições privadas e as filantrópicas. O Mare aprofundou a inclusão da saúde como serviço não exclusivo do Estado e possibilitou que sua expansão, principalmente no final da década de 90 e início dos anos 2000, fosse realizada através da propriedade pública não estatal constituída pelas organizações sem fins lucrativos.

A influência da lógica do capital no âmbito da saúde pode ser observada no documento do Banco Mundial que, no ano seguinte à promulgação da Lei nº 8.080, de 1990, regulamentadora do SUS. As recomendações para a saúde no Brasil no que tange ao seu financiamento, com a alegação de que o setor público brasileiro era mal direcionado, pois não direcionava os recursos para função de regulação, e sim para de prestação de serviços. Ademais, o Banco recomendava que o setor de saúde deveria contar com uma esfera pública financiadora, articulada e complementar ao setor privado, que o executaria de forma mais eficaz.

A Reforma Sanitária, também, foi amplamente criticada pelo documento, ao afirmar que houve negligenciamento no controle de custos ao priorizar o pagamento público em saúde. Dentre as soluções apresentadas pelo Banco Mundial para o financiamento do SUS estava o copagamento.

Dada a abertura do sistema e a necessidade de aumentar a receita e limitar o consumo excessivo [...], os copagamentos são fundamentais. É uma das poucas ferramentas disponíveis para tratar o risco moral e a necessidade de começar a racionalizar os cuidados de saúde que são tão centrais para manter um sistema de saúde [...] (BANCO MUNDIAL, p. 68).

As conquistas do de Reforma Sanitária e a consolidação do SUS encontram obstáculos para serem implementadas, com a contrarreforma recém-implantada através do Mare. Os novos modelos de gestão da saúde, que avançaram no país nos anos 2000, facilitaram a substituição de concursos públicos por contratos terceirizados de trabalho cada vez mais precarizados, possibilitando que, na área da Saúde Pública, ocorresse o processo de flexibilização das relações trabalhistas.

Na direção da gestão de FHC, o governo Lula “optou por uma política econômica ortodoxa, com vistas a estabilizar a economia e restaurar a sua credibilidade, ameaçada no mercado financeiro internacional, dando continuidade àquela assumida pelo governo de

Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), em consonância com as metas acordadas com o FMI” (FREITAS, 2007, p. 66).

A análise realizada por Behring (2004) explicita que, no plano econômico, os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos, permanecendo intocáveis: o superávit primário; a DRU; taxas de juros padronizadas pela Selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União.

Para Marques e Mendes (2005), no primeiro governo do presidente Lula, as políticas sociais estavam estruturadas em três eixos que fundamentam a concepção de proteção social utilizada. O primeiro é o Projeto Fome Zero, que ficou concentrado no programa Bolsa Família; o segundo, a contrarreforma da Previdência Social; e o terceiro refere-se aos recursos da Seguridade Social.

A ação mais importante na área social foi o programa de transferência de renda Bolsa Família, criado em 2003, com o desafio de combater a miséria, através da unificação de todos os programas sociais e a criação de um cadastro único de beneficiários. Apesar dos avanços nas condições de vida de milhões de brasileiros, é importante destacar que o Bolsa Família não se constitui em um direito, pois se trata de uma política de governo, oriunda de uma decisão do Executivo Federal, não prevista na Carta Constitucional podendo ser extinta a qualquer momento. Consideramos que o combate à pobreza deve estar associado a outras políticas sociais e não somente a programas de transferência de renda.

Em relação à política de saúde destaca-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento. Como exemplo de focalização, ressalta-se a centralidade no Programa Saúde da Família, sem alteração significativa, para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica, em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes (BRAVO, 2004 e 2006).

Paim *et al.* (2005) realizou um estudo, no primeiro ano do primeiro mandato do governo Lula, em que avaliou a Política de Saúde a partir das seguintes temáticas: Atenção Básica; Atendimento Hospitalar e Alta Complexidade; Programas Especiais; Vigilância Epidemiológica e Sanitária; Assistência Farmacêutica; Assistência Médica Suplementar e Controle Social.

As ações referentes à atenção básica assinalam um compromisso do governo com a ampliação e o fortalecimento do Programa Saúde da Família, através do aumento do financiamento e da ampliação de equipes de saúde da família (PAIM *et al.*, 2005). Para atenção hospitalar e de alta complexidade, os autores ressaltam o fortalecimento dos vínculos

dos hospitais universitários (HUs) com o SUS, através de algumas medidas, como: recomposição dos quadros de servidores desses hospitais; nova forma de financiamento dos HUs. Outras ações nesta direção: a estruturação do serviço de emergência, com o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o estímulo e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências.

Os Programas Especiais foram mantidos, como os de combate ao Tabagismo e à AIDS. No que diz respeito à saúde da mulher, houve um esforço para enfrentar a mortalidade materna e formular uma política específica. Quanto ao Programa de Tuberculose buscou-se garantir a cobertura da atenção. Apesar das ações sobre as doenças infectocontagiosas, o perfil epidemiológico do país indicava que outras enfermidades e agravos merecem a atenção da Vigilância em Saúde, tais como a violência e as doenças crônico-degenerativas (PAIM *et al.*, 2005)

Sobre a Assistência Farmacêutica, o governo buscou a ampliação de laboratórios oficiais e criou as farmácias populares; aumentou a fiscalização e o controle dos medicamentos. Os estudos da área da saúde ressaltam que um aspecto que não foi enfrentado, apesar do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ter apontado como desafio para o SUS, refere-se à subordinação das agências reguladoras às instâncias gestoras públicas, mesmo se tratando de autarquias especiais: esta é a situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No segundo mandato, o governo Lula apresentou à Câmara dos Deputados a proposta de Reforma Tributária (Projeto de Emenda Constitucional - PEC 233/08), que propõe profundas alterações no sistema tributário nacional trazendo graves consequências ao financiamento das políticas sociais no Brasil, ameaçando de forma substancial as fontes exclusivas que dão suporte às políticas de Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social), Educação e Trabalho.

Em relação ao Controle Social, ocorreu a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que tem como competência fortalecer a participação social e a realização de conferências em articulação com o Conselho Nacional.

Um dos aspectos centrais da Política de Saúde refere-se aos trabalhadores de Saúde, que foram terceirizados nos anos de 1990. Nesta direção, algumas propostas foram defendidas e tornaram-se objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o SUS; educação permanente; proteção social do trabalhador e

regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RHSUS), aprovada como Política Nacional, por meio da Resolução nº 330, em 2004. As ações necessárias para a viabilização da política, entretanto, não foram efetivadas.

Como síntese dos aspectos analisados entre os autores estudados, pode-se identificar que a política de saúde sofreu os impactos da política macroeconômica e as questões centrais não foram enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos.

No final do primeiro mandato de Lula, foi apresentado o Pacto pela Saúde (2006), com o objetivo de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na implementação. Todavia, as discussões não foram ampliadas.

O Ministério da Saúde apresentou a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado.

Granemann (2011, p. 50) afirma que "desde a contrarreforma do Estado brasileiro realizada sob a gerência de Bresser Pereira no governo de Fernando Henrique Cardoso, não havia sido difundido projeto de contrarreforma do Estado com pretensões tão abrangentes como o recentemente divulgado pelo governo Lula, o Projeto Fundação Estatal".

Em 2007 foram realizadas Conferências Estaduais em todos os estados brasileiros e a 13ª Conferência Nacional de Saúde e em todas estas conferências a proposta de criação das Fundações de Direito Privado foi rejeitada.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema central "Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento". O Conselho Nacional de Saúde entendeu que era importante para a sociedade brasileira definir diretrizes para o avanço e a garantia da saúde como direito fundamental no desenvolvimento humano, econômico e social, bem como apontar estratégias para fortalecer a participação social no enfrentamento dos desafios atuais, para assegurar o Sistema Único de Saúde como política de Estado. Dois temas foram centrais na 13ª Conferência: o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado no âmbito da saúde e a descriminalização do aborto. O projeto foi reprovado não somente em todos os grupos, mas também na plenária final. Marcou, desta forma, um posicionamento claro do movimento da saúde contrário ao modelo de gestão proposto pelo governo federal, que retoma, com novo fôlego, a contrarreforma do Estado, iniciada no governo FHC por Bresser Pereira (BRAVO, 2008). Os delegados do maior evento da saúde pública brasileira apontaram como propostas para as questões vivenciadas pelo SUS o aprofundamento das políticas universalistas, o cumprimento da legislação brasileira sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde para

o SUS e a aprovação do PLP 01/2003 da Câmara dos Deputados, atualmente PLC nº 89/2007 (no Senado Federal), que regulamenta a Emenda Constitucional 29, que se refere ao financiamento.

O projeto de Fundação Estatal de Direito Privado continuou sendo defendido pelo Ministério da Saúde que o manteve no Programa Mais Saúde, conhecido como PAC Saúde.

O Programa Mais Saúde apresenta quatro pilares estratégicos: Promoção e Atenção - envolve ações de saúde para toda a família, desde a gestação até a terceira idade; Gestão, Trabalho e Controle Social - Qualifica os profissionais e gestores, contribui para formação de recursos humanos para o SUS e garante instrumentos para o controle social e fiscalização dos recursos. A proposta central versa sobre a criação da Fundação Estatal de Direito Privado; ampliação do acesso com qualidade - reestruturação da rede, criação de novos serviços, ampliação e integração da cobertura no SUS; desenvolvimento e inovação em Saúde - considera a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional, na produção, renda e emprego.

Nos dois governos Lula observou-se que a disputa entre os dois projetos na saúde continuou e algumas poucas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve interesse político e financiamento para viabilizá-las. Houve a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado.

No mandato da presidente Dilma Rousseff, algumas solicitações formais foram realizadas ao Ministério da Saúde, como atenção à Saúde da Mulher e da Criança, o que incluiu a constituição da Rede Cegonha – que envolve os cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança. O lançamento deste programa foi em março de 2011. Outra solicitação foi com relação à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado às mulheres acometidas pelos cânceres de mama e de colo uterino.

Em fevereiro de 2011, foi criado o Programa “Aqui tem Farmácia Popular” que visa oferecer medicamentos para hipertensão e diabete e a implantação de Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas (UPAS) em todo o Brasil e a importância da formação e fixação de profissionais de saúde.

Outros programas apresentados foram: “Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do lar” e “S.O.S Emergência”, que consistem em implementar ações estratégicas para a qualificação da gestão e do atendimento em grandes hospitais e a ampliação do atendimento domiciliar no SUS.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde foi a divulgação, no dia 28 de junho de 2011, do Decreto 7.508, publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 29/06/2011 que regulamenta a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e em seu terceiro artigo é ressaltada a participação complementar da iniciativa privada. O artigo 16º destaca que no planejamento devem ser considerados os serviços prestados pela iniciativa privada.

Em 2011 foram realizadas as Conferências de Saúde levando a 14ª Conferência Nacional de Saúde que teve como tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” e o eixo “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde manteve o posicionamento contrário ao processo de privatização dos serviços públicos de saúde, através dos denominados “novos modelos de gestão”, tais como Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), bem como a luta pelo Financiamento e por uma política econômica distributiva que valorize a política social.

No mesmo período, o Programa Mais Médicos foi apresentado pelo governo apontando três eixos principais. O primeiro apontava para a abertura de escolas médicas e ampliação do número de vagas, incluindo o setor privado. O segundo referia-se às alterações nas diretrizes para os cursos de medicina. O terceiro eixo consistia em aumentar o incentivo à interiorização do médico brasileiro e a vinda de médicos formados fora do país.

Nos governos de Lula, o capitalismo continuou e acelerou seu desenvolvimento no Brasil, fato que se expressa nas taxas de lucratividade. As políticas econômicas implementadas não buscaram se opor nem superar o capitalismo. Contudo é importante destacar os avanços promovidos no que se refere aos direitos sociais e humanos (ZIBECHI; MACHADO, 2017), mas não foi vivenciada uma ruptura em relação ao atendimento das necessidades e interesses dos setores dominantes.

Os dois governos Lula (2003-2010) e o primeiro mandato do governo de Dilma Rousseff (2011-2016) ampliaram o acesso dos setores mais empobrecidos às políticas sociais, mas é importante analisarmos de que forma isso se colocou no cenário brasileiro. Apesar de considerarmos a relevância da ampliação das políticas sociais, não podemos desconsiderar seu real significado e a forma como essa ampliação se deu. A consequência de políticas sociais focalizadas na pobreza contribui para a negação de políticas sociais universais e garantidoras de direitos sociais ao conjunto da sociedade.

As estratégias de privatização e desmonte da política de saúde são fortalecidas e aprofundadas no governo de Michel Temer e no posterior, de Jair Messias Bolsonaro, como afirmam Bravo e Pelaez (2020), numa perspectiva de total subordinação do SUS ao mercado, de acordo com uma lógica orientada pelas regras de mercado e pela exploração da doença como fonte lucros (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013, p. 194).

Em 2016, foi aprovada a PEC 241 ou Emenda Constitucional 95, que congelou os gastos públicos a um teto mínimo, no período de 20 anos, sendo apenas corrigidos de acordo com a inflação. Esse congelamento traz uma estimativa de perda de recursos para o SUS na ordem de 654 bilhões de reais, em 20 anos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016 *apud* BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 196). Somente em 2019, essa Emenda Constitucional resultou em perdas orçamentárias para a saúde superiores a 20 milhões de reais.

Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), um novo marco de ataque ao SUS foi o governo de Michel Temer, que acelerou os processos de privatização da saúde, realizou mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), efetuou articulações com o setor privado pelo Coalização Saúde e propôs os planos de saúde acessíveis. E ainda, o congelamento dos gastos públicos na área da saúde pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016:

Institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por 20 exercícios financeiros, existindo limites individualizados para as despesas primárias de cada um dos três Poderes, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União; sendo que cada um dos limites equivalerá: I - para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% e II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IpcA). Determina que não se incluem na base de cálculo e nos limites estabelecidos: I - transferências constitucionais; II - créditos extraordinários III - despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições; e IV - despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes (BRASIL, 2016).

De acordo com a Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a Emenda Constitucional trará prejuízos a efetivação do direito à saúde no país, pois o congelamento já parte da prerrogativa de que os recursos investidos na saúde são suficientes e que a eficiência na sua aplicação resultaria na melhoria dos serviços.

A EC 95 revelou a essência do golpe parlamentar de 2016 ao promover um desmonte dos direitos e das políticas sociais no país, corroendo, ano após ano, a parcela do fundo público destinada aos trabalhadores e, ao mesmo tempo, garantindo o superávit primário para a remuneração do capital portador de juros. Ainda no governo Michel Temer, houve a sanção

do Decreto nº 9.507/2018, que dispõe sobre a terceirização na Administração Pública Federal direta e nas empresas públicas e de sociedade mista controladas pela União.

No governo Bolsonaro os cortes públicos dos recursos orçamentários foram aprofundados para as políticas sociais em um processo amplo de contrarreforma do Estado. Nesse governo, há a aprovação da PEC 32/2020, que trata da Reforma Administrativa, trazendo diretrizes gerais para a Gestão de Pessoas, nas três esferas de governo. Essa reforma incide diretamente nos serviços e nas políticas públicas, na medida em que cria a possibilidade de extinção de cargos e carreiras, a partir da decisão autônoma da presidência, sem a necessidade de aprovação pelo Congresso.

A agenda econômica do governo Bolsonaro ancorada no ultraneoliberalismo que favorece o grande capital financeiro, ao intensificar a extração de mais-valia, a transferência de valor para o centro do capitalismo e a geração de superávits primários para o pagamento dos credores da dívida pública.

Sampaio Jr. (2019, p. 3) aponta as diretrizes norteadoras do programa econômico do governo Bolsonaro:

[...] a) adaptar o Brasil à posição de produtor de bens primários na divisão internacional do trabalho; b) ampliar a abertura do espaço econômico nacional às operações de pilhagem e especulação do grande capital, nacional e internacional; c) adequar o nível tradicional de vida dos trabalhadores às condições mais rebaixadas de uma economia primário-exportadora; e d) dismantelar o que ainda resta do arremedo de Estado de bem-estar social estabelecido na Constituição de 1988.

Viacava *et al.* (2018), ao analisarem os 30 anos do SUS, apontam que parte do financiamento do Brasil para a saúde está sendo direcionado ao setor privado. Apesar da expansão da saúde ocorrida no período de 1981 a 2017, 21.532 para 129.544 serviços, a natureza dessa expansão mesclou o caráter público das Unidades Básicas de Saúde com o aumento do setor privado e misto (privados com financiamento do SUS), principalmente nos hospitais, Clínica Especializada, Ambulatório Especializado, Policlínica, Unidade Mista e Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT). Dessa maneira, o papel do setor privado na saúde prevaleceu inclusive após a criação do SUS, não só pelo domínio em área como a do SADT, mas também com o suporte à implantação de unidades privadas pelas políticas de governo.

Para além de crise econômica, social e política, o Brasil se deparou com uma crise sanitária de relevância mundial, que agravou ainda mais as expressões da “questão social” (NETTO, 2010). Essa crise foi ocasionada por uma pandemia denominada de Covid-19 causada pelo novo vírus da família Coronaviridae causador da síndrome respiratória aguda

grave do coronavírus 2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 – Sars-CoV-2*) que atingiu o Brasil e acirrou os problemas existentes que se multiplicavam em novos.

Diante da crise estrutural do capital no contexto da pandemia, o sistema capitalista mostrou-se mais uma vez devastador, evidenciando uma série de contradições que ameaçam a existência da humanidade, especialmente de parcela da população alijada dos direitos sociais. As alterações advindas da pandemia da Covid-19 aconteceram sob a vigência do desfinanciamento massivo dos serviços sociais brasileiros, em que um dos impactos é a ausência de recursos humanos em quantidade adequada, dentre eles, o de assistentes sociais.

A crise aprofundada com a pandemia tem ligação direta com as crises estruturais e crônicas do capital, que revelam as suas mazelas e facetas. Para Braz e Netto (2015, p.172-173):

As crises são funcionais ao MPC [...] – por mais brutais que sejam os seus efeitos e por mais graves que sejam as suas consequências – não tem o dom de conduzir o MPC a colapso ou a faculdade de destruí-lo; deixadas à sua lógica, das crises capitalistas só resulta o próprio capitalismo.

Desta forma, a crise sanitária provocada pela Covid-19 soma-se à crise econômica intrínseca do próprio sistema do capital e demonstra a heterogeneidade dos interesses e tensões inerentes ao seio desse sistema.

As crises são inelimináveis porque expressam o caráter contraditório ao MPC – em si mesmas, elas são a demonstração cabal de que esse modo de produção é constituído e dinamizado por contradições e só se desenvolve com a reprodução e a ampliação dessas mesmas contradições. (BRAZ; NETTO, 2011, p.173).

Na mesma direção, Behring e Boschetti (2021) enfatizam que a radicalidade da crise econômica no Brasil não aconteceu por exclusividade da pandemia mundial da Covid-19, pois ela abrange um conjunto de determinações, como aprofundamento da austeridade, das privatizações e das desregulamentações decorrentes desde governos anteriores (BOSCHETTI; BEHRING, 2021). Nas palavras de Iasi (2020, p.2.) “os sucessivos governos (Collor, Itamar, FHC, Lula, Dilma, o vampiro lazarento do Temer e o desqualificado do Voldemort) investiram entre 0,23 e 0,24% do PIB em ciência e tecnologia – para não falar no descaso com as Universidades e a Saúde no geral”. Ainda segundo o autor, “a pandemia não pode criar uma crise, mas pode escancarar as contradições existentes. E é isso que ela está fazendo²¹”. (2020, p.2).

²¹ Disponível em <https://blogdaboitempo.com.br/2020/04/17/pre-historia-pos-pandemia-e-o-que-vira/> Acessado em 29 mar de 2023.

Antunes (2020) estabelece um paralelo entre o nível de destruição do capital, as queimadas no Brasil e a circulação do novo coronavírus. O pesquisador considera o capitalismo atual como “tóxico e virótico”, ou “capitalismo pandêmico”, uma vez que combina crescentes níveis de exploração e degradação humanas à destruição do meio-ambiente.

Os pesquisadores apontam que as iniciativas de controle e prevenção da Covid-19 no Brasil foram tardias, insuficientes e descoordenadas, conduzindo o país a uma tragédia sanitária de dimensões catastróficas. O governo federal desestimulou o isolamento social, negou a gravidade da doença, promoveu aglomerações, incentivou o uso de medicamentos sem comprovação científica para o tratamento precoce da doença e retardou a aquisição de vacinas.

Na ausência de uma coordenação nacional efetiva, a gestão da pandemia no Brasil ficou a cargo dos governos locais, que adotaram medidas distintas, conforme sua orientação política e o grau de adesão às recomendações das autoridades sanitárias.

A pandemia no Brasil aprofunda questões históricas exacerbando um cenário de precarização das políticas sociais ampliando-se o empobrecimento e a miserabilidade da classe trabalhadora. Segundo Antunes (2020, p. 19), com base em Harvey, a pandemia de Covid-19 possui todas as características de uma pandemia de classe, gênero e raça.

A crise sanitária desvelou no Brasil o poço sem fundo para o qual estamos caminhando com um Estado que expropria direitos, uma legislação trabalhista golpeada no seu núcleo, e programas sociais que, por não serem universais, criam segmentos não cobertos por nenhuma proteção: são dispensáveis para o mercado ainda formalizado e não comportados no escopo de uma configuração de Estado de neoliberalização radicalizada (SILVA, 2020, p. 744).

No que tange à classe, apesar da política de isolamento e distanciamento social ser defendida pela Organização Mundial da Saúde como a estratégia mais efetiva para mitigar a evolução da doença, para a classe trabalhadora, ela nem sempre será uma alternativa real. Segundo a Pnad Covid-19, enquanto 14,6 milhões de pessoas estavam afastadas do trabalho por conta da pandemia, o que corresponde a 15,3% da força de trabalho, 70,1% dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiros seguiam cumprindo suas jornadas de trabalho normalmente, sem nenhuma alteração (IBGE, 2020). O distanciamento não se mostra como alternativa para trabalhadores da área da saúde; garis; porteiros; trabalhadores de supermercados, farmácias e serviços considerados essenciais; entregadores; operários de indústrias estratégicas e tantos outros, o que, inclusive, levanta a importante discussão acerca do significado de “trabalho essencial”.

Algumas medidas adotadas pelo governo brasileiro impactaram o conjunto da classe trabalhadora. Entre ações que buscaram amortecer o impacto da perda de emprego e renda durante este período, está a oferta de um auxílio emergencial, instituído pela Lei n.º 13.982/2020, no valor de R\$ 600 (57% do salário-mínimo ou o equivalente a US\$ 113), destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI) e desempregados com mais de 18 anos e renda familiar per capita de até meio salário-mínimo. De acordo com Duque (2020), as primeiras parcelas de R\$600 do auxílio emergencial contribuíram de forma significativa para a redução da pobreza, da pobreza extrema e do índice de Gini medido pela renda domiciliar per capita²².

Ainda que a importância do auxílio emergencial seja indiscutível para a sobrevivência de milhões de trabalhadores neste contexto de crise, há que se ressaltar a funcionalidade do auxílio emergencial também para a reprodução do capital. Conforme demonstram Behring e Souza (2020, p. 145), 52% das fontes de financiamento do programa são provenientes de Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional:

Isto significa que o Auxílio Emergencial está sendo financiado com recursos da emissão de dívida. E quanto maior a contração e volume total da dívida, mais contrarreformas para reduzir gasto social. Deste modo o programa criado em meio à maior crise sanitária já vivenciada, para atenuar (sem grande sucesso) os efeitos deletérios da crise econômica dela decorrente, remunera direta e indiretamente o capital portador de juros, imediatamente (já que a Caixa ao operá-lo recebe para tal); e a médio e longo prazo, garante mais dívida e mais fundo público para seu pagamento.

A Medida Provisória n.º 936, de 1.º de abril de 2020 amparada pela Reforma Trabalhista de 2017 (Lei n.º 13.467, de 13 de julho de 2017), permitiu a redução de jornadas de trabalho acompanhadas de redução de salários ou ainda a suspensão temporária de contratos de trabalho, sem pagamento de verbas indenizatórias, as quais se limitaram ao benefício emergencial de emprego e renda do governo.

Outra medida provisória que também incidiu sobre a classe trabalhadora brasileira durante a pandemia foi a Medida Provisória (MP) 927, de 22 de março de 2020, que instituiu alternativas trabalhistas para o período de calamidade pública. Essa medida apresenta três aspectos importantes previstos pela regulamentação. O primeiro relaciona-se a instituição do teletrabalho para aquelas atividades que podem ser exercidas de forma remota diante da recomendação de distanciamento social da Organização Mundial de Saúde (OMS). O

²²Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/auxilio-emergencial-faz-pobreza-cair-em-plena-pandemia>. Acesso em: 05 de maio de 2023.

segundo é a suspensão das exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho, entre eles exames médicos ocupacionais, clínicos e complementares e exames demissionais para aqueles trabalhadores que tenham realizado exame médico ocupacional em menos de 180 dias. Tal medida dificulta a comprovação de doença ocupacional adquirida no ambiente de trabalho, principalmente em casos de demissão de trabalhadores em meio à pandemia. O último deles é a restrição do processo de fiscalização pelos auditores fiscais do trabalho apenas a casos considerados graves, abrindo a possibilidade para que outras irregularidades, como as consideradas “leves”, não sejam apuradas de imediato.

Os recortes de classe também estão ligados à raça, uma vez que segundo dados divulgados pela pesquisa “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil”, 75% das pessoas que vivem na extrema pobreza são autodeclarados como negros ou pardos. Ainda tratando da raça como marcador social, o capitalismo racial constitui uma causa fundamental de iniquidades em saúde. Além de compor as intersecções e os elementos vulnerabilizadores para adoecimento pelo novo coronavírus, os dados refletem um descaso com 54,9% da população.

Outro importante estudo foi realizado pelo Instituto Pólis na cidade de São Paulo que concentra o maior número de casos e óbitos, por Covid-19 e revela as dimensões de gênero e raça da pandemia²³. Enquanto entre a população branca o número de óbitos em São Paulo foi de 115 para cada 100 mil habitantes, entre a população negra chegou a 175 para cada 100 mil. Entre homens negros foram 250 óbitos para cada 100 mil habitantes, enquanto entre homens brancos foi de 157 para cada 100 mil. Em relação às mulheres negras, o número de óbitos foi de 140 mortes para cada 100 mil habitantes e entre as mulheres brancas foi de 85 óbitos para cada 100 mil habitantes (INSTITUTO POLIS, 2023).

No que se refere ao gênero, o relatório divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) – Mulheres²⁴, em abril de 2020 mostra que as mulheres sofreram impactos consideráveis por serem amplamente expostas ao risco de contaminação e às vulnerabilidades sociais decorrentes da pandemia, tais como: o desemprego, a violência, o não acesso aos serviços de saúde e o aumento da pobreza.

²³ Os dados foram extraídos do Instituto Pólis e foi considerado para análise o período de março a junho/2020. Disponível em <https://polis.org.br/publicacoes/racismo-e-impactos-da-covid-19-na-populacao-da-cidade-de-sao-paulo/> Acessado em 10 mar de 2023.

²⁴ Relatório “Prevenção da violência contra mulheres diante da Covid-19 na América Latina e no Caribe” produzido pela ONU - Mulheres CARIBE”. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/05/BRIEF-PORTUGUES.pdf>. Acessado em: 30 de 2021.

Segundo dados produzidos pela Fiocruz²⁵ em parceria com um grupo de pesquisa internacional a pandemia de Covid-19 impacta de forma heterogênea pessoas de diferentes gêneros.

O aumento da violência doméstica contra mulheres e pessoas trans, os altos índices de mortalidade materna, a sobrecarga feminina de trabalhos domésticos e ligados ao cuidado, a preponderância de mulheres e minorias de gênero nos setores mais afetados pela crise econômica. A sobrecarga de trabalho, cuidado com os filhos, distanciamento físico, intenso convívio familiar, desemprego, dificuldades financeiras, mortes e agravamento dos sintomas da doença foram destacados como agentes responsáveis por desencadear sentimentos de angústia, tristeza, ansiedade, estresse, cansaço, diminuição da autoestima, insônia, solidão, desesperança, entre outros. (BRASIL, 2020)

Para Boschetti, a “crise estrutural do capital agudiza as expressões da questão social e revela a barbárie cotidiana que assola sem trégua a classe trabalhadora”. A autora chama a atenção para o volume de demandas ao Serviço Social nos serviços revelando desafios ao seu projeto ético-político devido a “supressão dos direitos e do processo de pauperização em contexto de avanço acelerado do reacionarismo e do conservadorismo no Brasil” (BOSCHETTI, 2017, p.54).

Esse cenário traz gigantescos desafios ao Serviço Social na luta contra a perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto ao acesso dos direitos sociais. Exigindo das assistentes sociais ações de promoção da cidadania, de criação e fortalecimento de redes e de integração entre as ações e serviços de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2007), que devem ser defendidas e fortalecidas com a experiência da pandemia. Essas ações são fundamentais as assistentes sociais e colaboram para construção de referenciais que possam abordar a complexa relação entre a emancipação política e o horizonte da emancipação humana, pois só assim se torna possível uma reflexão que não caia nas armadilhas de uma análise tecnicista, instrumental e imediatista da profissão. Coloca-se para o exercício profissional um novo direcionamento de intervenção, que deve estar atento à liberdade e à autonomia como valores éticos centrais.

O presente capítulo busca analisar o exercício profissional do assistente social, inserido na política de saúde em um hospital universitário, no contexto de enfrentamento da

²⁵

Disponível em https://www.genderandcovid-19.org/wp-content/uploads/2022/10/PAC00531_Gender-Covid-19-SSR-briefs-Brazil-1.pdf Acessado em 26 mar. 2023.

pandemia da Covid-19. Para tanto, brevemente apresenta-se a relação entre o Serviço Social e a saúde, destacando alguns aspectos históricos sobre a conformação do trabalho coletivo em saúde.

Nos diferentes espaços ocupacionais, o assistente social compõe o trabalho coletivo nas instituições em que se insere como trabalhadora assalariada. Na saúde, seja pública ou privada, o trabalho coletivo se expressa na articulação com os processos de trabalho que são desencadeados a partir da instituição de equipes multiprofissionais.

A saúde se caracteriza como um dos principais espaços ocupacionais onde a assistente social se insere, desde o surgimento da profissão até a atualidade, estando presente nas diferentes formas de organização dos serviços que operacionalizam essa política. A inserção profissional ocorreu inicialmente pelos centros de saúde e serviços hospitalares, devido à própria organização do sistema de saúde da época, atravessada e direcionada pelo modelo médico clínico (MATOS, 2013). As mudanças na organização da saúde também impactam no exercício profissional da assistente social e possibilitam, uma maior ou menor, articulação com o projeto profissional vigente.

2 SERVIÇO SOCIAL E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

2.1 As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa: suas contribuições ao exercício profissional

Pretende-se nesta seção apresentar os fundamentos do exercício profissional entendidos na perspectiva das Diretrizes Curriculares da profissão de Serviço Social (ABEPSS, 1996) conformados pelas dimensões teórico metodológica, ético-política e técnico-operativa. Assim, apresenta-se as particularidades dessas dimensões, compreendendo que elas se constituem em diferentes níveis de apreensão da realidade da profissão, entretanto, devem ser entendidas como indissociáveis entre si, formando uma unidade. Nessa perspectiva, ressalta-se a relevância da articulação entre essas dimensões, com vistas a potencializar as respostas profissionais materializadas no Projeto Ético-Político da profissão.

As transformações provocadas pelo capital têm repercussões diretas no mundo trabalho; na economia; cultura; políticas públicas e no Serviço Social, haja visto a relação intrínseca da profissão com o modo de produção capitalista. Essa relação é ratificada na medida em que compreendemos a emergência da profissão como uma variável da idade do monopólio: “[...] enquanto profissão, o Serviço Social é indivorciável da ordem monopólica – ela cria e funda a profissionalidade do Serviço Social” (NETTO, 1996, p.70).

Tais transformações são sentidas pela classe trabalhadora e rebatidas no exercício profissional dos assistentes sociais. Segundo (GUERRA, 2007, p.7)

Nas condições e relações atuais do exercício profissional, um conjunto de mediações conforma este processo: a ameaça ao desemprego, o achatamento salarial, a precarização das condições de trabalho, o aprofundamento do processo de pauperização a desespecialização/desprofissionalização, a alienação no/do trabalho.

Para tanto, exige-se dos assistentes sociais a apreensão de um conjunto de conhecimentos teóricos e de saberes interventivos, de valores, princípios e diretrizes éticas e políticas, de orientações que norteiam o exercício profissional. São esses arcabouços que orientam uma intervenção crítica para decifrar a realidade e intervir nela.

Guerra (2010,p.719) enumera os antagonismos existentes na realidade concreta, na os assistentes sociais estão inseridos e que incidem diretamente no exercício profissional.

A precarização do exercício profissional se expressa por meio de suas diferentes dimensões: desregulamentação do trabalho, mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas de contrato e vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade,

jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e dos salários, frágil organização profissional, organização em cooperativas de trabalho e outras formas de assalariamento disfarçado, entre outras.

As Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) afirmam que o exercício profissional do assistente social compreende três dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico crítica do processo histórico como totalidade. Estas direções possibilitam ao assistente social colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio trabalho.

Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para apreender as particularidades socioculturais que perpassam o exercício profissional. Sendo assim, parte-se do entendimento de que:

[...] o exercício profissional do assistente social recebendo as determinações históricas, estruturais e conjunturais da sociedade burguesa e respondendo a elas consiste em uma totalidade de diversas dimensões que se auto implicam, se autoexplicam e se determinam entre si. Tais dimensões, em razão da diversidade que as caracteriza, constituem-se como “síntese de múltiplas determinações”, ou seja, caracterizam-se como unidade de elementos diversos, que conforma a riqueza e amplitude que caracteriza historicamente o modo de ser da profissão, que se realiza no cotidiano (GUERRA, 2012, p. 1).

O exercício profissional se realiza no espaço do cotidiano sob condições subjetivas e objetivas que são historicamente determinadas e estabelecem a necessidade da profissão em responder às demandas da população através de requisições socioprofissionais e políticas, delimitadas pelas correlações de forças que expressam os diferentes projetos profissionais. Nesse espaço do cotidiano, essas dimensões se atravessam e se confrontam conformando uma unidade de elementos diversos. Desse modo, segundo Guerra (2012) o exercício profissional requer o conhecimento da situação, do cotidiano da sua prática, dos meios e condições de realização, das possibilidades que a realidade contém e das tendências que suas ações poderão desencadear.

Conforme Santos (2003) as dimensões formam entre si uma relação de unidade na diversidade, são construções históricas e refletem as direções sociais assumidas pela profissão nas diferentes conjunturas isto é, “os diferentes projetos profissionais trazem em seu bojo diferentes conotações e ênfases às dimensões da intervenção” (SANTOS, 2003, p. 25).

A dimensão técnico-operativa do Serviço Social expressa as demais dimensões e deve ser concebida além das capacidades técnicas e instrumentais, incluindo o conjunto de ações e procedimentos adotados pelo assistente social, visando à consecução de uma determinada

finalidade, que necessita, portanto, de uma avaliação sobre o alcance desses fins e dos objetivos da ação. Para Guerra (2012), a dimensão técnico-operativa constitui como,

[...] a forma de aparecer da profissão, pela qual ela é conhecida e reconhecida. Dela emana a imagem social da profissão e sua autoimagem. Ela encontra-se carregada de representações sociais e da cultura profissional. É a dimensão que dá visibilidade social à profissão, já que dela depende a resolutividade da situação, que, às vezes, é mera reprodução do instituído, e outras, constitui a dimensão do novo. (GUERRA, 2012, p.1).

Segundo Santos (2013) esta dimensão é a execução da ação que se planejou, tendo por base os valores, as finalidades e a análise do real. A autora sinaliza que a dimensão técnico-operativa permeia um conjunto de estratégias, táticas e técnicas instrumentalizadoras da ação que efetivam o exercício profissional e que evidenciam uma determinada teoria, um método, uma posição política e ética. Ela deve ser percebida como um componente consciente e sistemático do exercício do assistente social acerca do seu objeto de intervenção, a questão social, de maneira que atinja os objetivos propostos. Nessa perspectiva, compreende:

Existência de objetivos; busca pela efetivação desses objetivos; existência de condições objetivas e subjetivas para a efetivação da finalidade. Requer conhecer os sujeitos da intervenção; as relações de poder, tanto horizontais quanto verticais; o perfil do usuário – a natureza das demandas; o modo de vida dos usuários; as estratégias de sobrevivência; a análise e aprimoramento das condições subjetivas; conhecimento das atribuições profissionais (SANTOS, 2013, p. 27).

A dimensão teórico-metodológica possibilita ao assistente social uma leitura das relações sociais, da compreensão do significado social da profissão inserida no desenvolvimento da sociedade capitalista, permitindo a análise do real. As Diretrizes Curriculares apresentam como pressuposto a adoção da teoria social crítica, a qual se sustenta na leitura da realidade como totalidade formada de vários complexos. O materialismo histórico-dialético permite ao assistente social apreender na dinâmica social, o processo de construção da demanda em suas singularidades, compreendida na e a partir das determinações universais da realidade em que se encontram os espaços sócio-ocupacionais.

Conforme Guerra (2012), a dimensão teórico-metodológica,

[...] nos capacita para operar a passagem das características singulares de uma situação que se manifesta no cotidiano profissional do assistente social para uma interpretação à luz da universalidade da teoria e o retorno a elas. O conhecimento adquirido através deste movimento possibilita sistematizações e construções teórico-metodológicas que orientam a direção e as estratégias da ação e da formação

profissional (dimensão formativa), bem como permite aprofundar os fundamentos teóricos que sustentam as intervenções profissionais (GUERRA, 2012, p. 12).

Tal dimensão nos possibilita conhecer as situações, o cotidiano do trabalho, as condições e relações de trabalho e as possibilidades e limites do exercício profissional postos na realidade.

A dimensão ético-política refere-se aos valores e finalidades do profissional, da instituição e da população. Os assistentes sociais devem considerar os princípios e as normas para o exercício profissional contidos no Código de Ética Profissional de 1993, assim como da Lei de Regulamentação da Profissão que dispõe sobre as competências e atribuições privativas do assistente social. Iamamoto (2001) enfatiza que no Serviço Social a dimensão ética não pode ser pensada isoladamente, desvinculada da política, na medida em que o Serviço Social tem sua inserção no contexto das relações entre o Estado e a sociedade, ou seja, na luta de classes.

Barroco (2008) pontua que a ética profissional deve ser entendida em um contexto mais amplo, visto que os valores defendidos no Código de Ética Profissional são orientadores de opções, escolhas, posicionamentos e julgamentos de valor realizados no cotidiano. Nesse sentido, Barroco (2008) e Iamamoto (2001) ressaltam que a dimensão ético-política do trabalho do assistente social só pode ser alcançada quando ele realiza ações conscientes e críticas, vinculadas a um posicionamento político de defesa dos direitos dos seus usuários. Dessa maneira, a dimensão ético-política expressa o compromisso da profissão no enfrentamento das expressões da questão social e, é apenas com a sua plena conscientização, que o assistente social pode buscar estratégias para seu trabalho nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais.

A partir da apreensão das particularidades dessas três dimensões, conclui-se que elas se constituem em níveis diferenciados de apreensão da realidade em que o Serviço Social irá intervir e que, portanto, não podem ser vislumbradas separadamente. Entre elas deve haver uma interlocução para que uma dimensão não seja mais priorizada do que outra e elas se conformem em uma unidade.

O assistente social interfere nas relações sociais cotidianas no atendimento das mais variadas expressões da questão social. Sendo assim, a intervenção profissional deve ser traduzida em fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, que irão contribuir para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à sua ação.

2.2 Caracterização do HUPE

Apresenta-se neste espaço o local de pesquisa desta investigação, apontando as características do HU, as suas principais atividades, o lugar que ocupa na política de saúde e na formação de profissionais para o SUS, além de descrever seus limites e potencialidades.

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), unidade de saúde pública vinculada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), é referência no tratamento de doenças crônicas e raras, sendo caracterizado como um hospital de média e alta complexidade²⁶ para o SUS. Além disso, têm significativo papel na formação de recursos humanos em saúde e no apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão na instituição de ensino superior ao qual está vinculado.

O hospital atende usuários oriundos dos sistemas nacional e estadual de regulação - Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e do Sistema Estadual de Regulação (SER). Abrange uma área de 44.000 m², oferecendo serviços ambulatoriais e de internação, disponibilizando mais de 60 especialidades e subespecialidades, bem como tecnologias sofisticadas para realização de cirurgia cardíaca, transplante renal e de coração e é um dos pioneiros nos ambulatórios de transdiversidade e de pós-Covid-19.

O hospital está situado no bairro de Vila Isabel, zona norte da cidade do Rio de Janeiro, RJ – Brasil e localizado na área programática 2.2²⁷, porém devido a sua capilaridade e capacidade de atendimentos presta assistência a população de todo o Estado fluminense.

Os atendimentos são realizados nas seguintes especialidades cirúrgicas: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Transplantes, Bucomaxilofacial, Cirurgia Cardíaca, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Torácica, Ortopedia, Oftalmologia, Neurocirurgia, Angiologia, Oncologia e Proctologia, além das especialidades clínicas: Medicina de Adolescentes, Cardiologia, Dermatologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), Clínica Geral, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Pneumologia, Anestesiologia,

²⁶ De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2011), a média e alta complexidade em saúde consiste em: ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

²⁷ Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde. As áreas programáticas (APs) tem suas particularidades em função da história e evolução da ocupação da cidade, determinando características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade. (PMS-RJ, 2013). Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a#:~:text=As%20%C3%A1reas%20program%C3%A1ticas%20\(APs\)%20tem.formas%20de%20adoecimento%20e%20mortalidade](http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a#:~:text=As%20%C3%A1reas%20program%C3%A1ticas%20(APs)%20tem.formas%20de%20adoecimento%20e%20mortalidade). Acessado em: 02 jun. 2023.

Alergia, Hipertensão, Endocrinologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Geriatria, Epidemiologia, Psiquiatria, Radioterapia, Cuidados Paliativos, Pós-Covid 19, Transdiversidade e Reumatologia.

O HUPE não dispõe de atendimento em caráter emergencial. Os usuários matriculados no hospital²⁸ que necessitam de atendimento emergencial são orientados a buscá-lo em outras unidades públicas de saúde, sem que haja em algumas situações a organização dos fluxos de referência especializada e contrarreferência intermunicipal. Em muitos casos, os usuários iniciam uma longa jornada na rede pública do Estado para que as suas demandas sejam atendidas e a desigualdade na capacidade gestora de municípios, resulta em sistemas de saúde com capacidades resolutivas diversas, refletindo em barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços.

Apesar da existência da Política de Regulação da Atenção à Saúde²⁹ que tem como objetivo implementar ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações não observamos no cotidiano de trabalho ações efetivas que contribuem para articulação e integração das ações e serviços de saúde.

A organização do hospital é realizada através de Unidades Docentes Assistenciais (UDA's) e apresenta a capacidade de 488 leitos³⁰. Segundo os dados do Anuário Estatístico foram realizadas 14.586 consultas ambulatoriais e 1.467 cirurgias, no ano de 2020. Ao compararmos os dados dos anos de 2019 e 2020, observamos uma significativa diminuição no volume de consultas ambulatoriais. No ano de 2019 foram realizadas 23.284 e em 2020 houve uma redução de 8.698 consultas. Tal redução está diretamente relacionada às ações adotadas pela unidade de saúde para atender as demandas impostas pela pandemia da Covi-19 e cumprir as normas estabelecidas pelas autoridades sanitárias.

²⁸ Vasconcelos (2012) aponta que nos hospitais, assim como em outros serviços de saúde, sua forma de organização se estabelece de modo a engessar as manifestações e contestações dos usuários em prol do acesso aos mesmos e do questionamento à qualidade das ações oferecidas, restando-lhes percorrer resignadamente os caminhos pré-estabelecidos, por vezes longos, confusos e contraditórios, cujo cansaço acentua a subordinação e o receio de sequer ser atendido.

²⁹ A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde foi instituída pela Portaria nº 1.559, de 1º de agosto 2008 e “deve ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo”. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html . Acesso em 06 de nov 2022.

³⁰ Dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) disponibilizado pelo DATASUS, em regime de domínio público e atualizado em 08/08/2022. Acesso em 16/08/2022.

A maior fonte de recursos de financiamento do HUPE não está vinculada à Universidade e sim a Secretaria de Estado de Saúde (SES) e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Parte dos recursos são oriundos do Fundo Estadual de Saúde (FES), vinculado à SES e é destinado para o pagamento de insumos, fornecedores e salários dos técnico-administrativos. Ademais, o hospital também obtém receitas provenientes do SUS, que variam em razão dos serviços regulados (consultas, exames, procedimentos, cirurgias, dentre outros) que são prestados à população usuária.

Em relação às potencialidades do HUPE, em 2022 foi criado o núcleo de incubação e aceleração de projetos, produtos e serviços (InovaHUPE), que visa a colaboração e integração com a comunidade externa para a solução de problemas relacionados à saúde. O InovaHuPe é criado após a promulgação da Lei nº 14.510 que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e passa autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, ampliando a excepcionalidade do atendimento remoto ao paciente por teleconsulta intensificado na pandemia da Covid-19.

Através do InovaHUpe foi criado o Centro de Teleconsulta que tem capacidade máxima para atender 12.000 consultas por mês na primeira fase de sua implantação, e está localizado no Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid, prédio anexo ao HUPE. Por meio do Centro de Teleconsulta serão realizadas consultas, avaliações de diagnóstico e prescrições. O Centro de Teleconsulta é formado por profissionais de saúde e técnicos administrativos, sendo os primeiros contratados majoritariamente através de projetos vinculados a Universidade e a SES-RJ e os últimos são predominantemente trabalhadores terceirizados. Destaca-se que a contratação via projetos é uma realidade na UERJ e no HUPE, com a justificativa de ampliação da assistência, de redução de recursos humanos e não provimento de pessoal através de concurso público devido ao regime de recuperação que o Estado se encontra.

O HUPE representa um local privilegiado para o processo de formação e pesquisa em diferentes áreas do conhecimento, que se materializa na disponibilidade de campos de estágio supervisionados e programas de residência. O que possibilita uma aproximação da academia com o campo de trabalho, além de fomentar a produção de pesquisas que auxiliam no debate e reflexão das ações desenvolvidas no hospital. Entretanto, o processo de sucateamento da saúde pública e do hospital tem atingido diretamente os profissionais, estudantes e usuários dos serviços. Há uma tendência de priorizar a assistência à população, descaracterizando a tríade assistência, ensino e pesquisa, acarretando prejuízos no processo de formação e exercício dos profissionais de saúde.

2.3 Os desafios para o exercício profissional na política saúde

Para Braz e Netto (2006), as reordenações nas formas e nos meios de produzir a riqueza, implicam em mudanças tecnológicas e inovações técnicas que alteram o mundo da produção do capital e incidem nos padrões de acumulação vigentes que passaram a intensificar a centralização do capital, ampliando o poder das oligarquias financeiras. Ainda segundo, os autores:

Esse quadro exigiu alterações político-institucionais nos Estados nacionais e o enfraquecimento do poder de fogo da classe trabalhadora. As consequências foram a piora das condições gerais de vida das classes trabalhadoras com a precarização do trabalho, o rebaixamento salarial e o desemprego estrutural. Para tanto, a burguesia teve que operar significativas transformações nos aparatos do Estado, que foi progressivamente capturado pelas forças do grande capital internacional, hegemônico pelo capital financeiro. Este conjunto de modificações foram as respostas do capital à sua própria crise. Tais respostas funcionaram como uma estratégia articulada sobre um tripé: a reestruturação produtiva, a financeirização e a ideologia neoliberal (NETTO; BRAZ, 2006, p. 214).

O conjunto de consequências observadas no mundo do trabalho, provocadas pela adoção dos mecanismos da reestruturação produtiva, como resultado do neoliberalismo, recaiu também no Serviço Social no âmbito da sua demanda profissional, reduzindo-a e levando profissionais a subempregos à margem do emprego formal.

Para o Serviço Social, os desdobramentos não foram nada animadores, uma vez que resultaram em nefastas consequências que recaíram tanto sobre os usuários da profissão quanto sobre as condições de trabalho dos assistentes sociais, como as de todos os trabalhadores. Como tais alterações capitalistas só chegaram fortemente no Brasil a partir dos anos 1990, foi nesta década que passamos a sentir os impactos dessas estratégias capitalistas. Contraditoriamente, foi nesta década que o projeto ético-político se consolidou. Isto se deu por duas razões principais, intimamente articuladas: primeiro, o processo de renovação do Serviço social brasileiro, que se abriu na virada dos anos 1970 para os anos 1980, teve prosseguimento nos meios profissionais – recorde-se que a profissão consolida seus avanços teóricos (a produção de conhecimentos), intensifica sua organização política (tocada pelo conjunto Cfess/Cress e pela Abepss) e reformula e atualiza seus estatutos legais (a dimensão jurídico-política da profissão expressa na nova Lei de Regulamentação Profissional e no novo Código de Ética, ambos de 1993); segundo, porque foi justamente na virada da década de 1980 para a de 1990 que os movimentos sociais das classes trabalhadoras brasileiras (BRAZ; TEIXEIRA, 2009, p.15).

É na divisão sociotécnica do trabalho e no terreno marcado pelos desafios, desigualdades e contradições, que a profissão de Serviço Social está inserida. Os assistentes sociais atuam no atendimento direto e indireto à população e em situações de emergência,

como a vivenciada em decorrência da pandemia, e participam “[...] de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidade”, como previsto no artigo terceiro do Código de Ética Profissional (CFESS, 1993, p. 26). É exigida do assistente social a compreensão acerca das expressões do contexto macrosocietário presentes em seu cotidiano profissional, assim como os limites e as possibilidades do seu exercício diante da necessidade de construção de respostas de caráter ético-político e técnico-operativo, fundamentadas teórica e metodologicamente (IAMAMOTO, 2007).

Para a construção dessas respostas, os assistentes sociais precisam agir conscientemente sobre e na realidade, sendo dotados no campo teórico-metodológico de conhecimento acerca das instituições empregadoras; compreensão dos determinantes universais e particularidades das expressões da questão social e como se expressam de modo singular nas demandas apresentadas pelos sujeitos que requisitam atendimento; serem competentes teoricamente para a apreensão do movimento da realidade, decifrando as possibilidades de intervenção nesse estágio da economia capitalista. (SANTOS, 2016).

Diante da crise estrutural do capital no contexto da pandemia, o sistema capitalista mostrou-se mais uma vez devastador, evidenciando uma série de contradições que ameaçam a existência da humanidade, especialmente de parcela da população alijada dos direitos sociais. As alterações advindas da pandemia da Covid-19 aconteceram sob a vigência do desfinanciamento massivo dos serviços sociais brasileiros, em que um dos impactos é a ausência de recursos humanos em quantidade adequada, dentre eles, o de assistentes sociais.

Esse cenário traz gigantescos desafios para a profissão, na luta contra a perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos, exigindo dos profissionais ações de promoção da cidadania, de criação e fortalecimento de redes e de integração entre as ações e serviços de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2007). Essas ações são fundamentais aos assistentes sociais e colaboram para construção de referenciais que possam abordar a complexa relação entre a emancipação política e o horizonte da emancipação humana, pois só assim se torna possível uma reflexão que não caia nas armadilhas de uma análise tecnicista, instrumental e imediatista da profissão. Coloca-se para o exercício profissional um novo direcionamento de intervenção, que deve estar atento à liberdade e à autonomia como valores éticos centrais.

Nesse contexto de pandemia e de naturalização da questão social, com generalização da pobreza e da miséria, os assistentes sociais são convocados a atuarem em diversas frentes para mitigar os efeitos da pandemia na população, sendo desafiados a reafirmar seu

compromisso ético-político na defesa da vida, da liberdade e da emancipação humana, que são princípios e valores fundamentais do Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro e que balizam a atuação profissional dos assistentes sociais. Observa-se que o capital renova suas estratégias para remediar a crise e intensificar a exploração do trabalho, adequando-se a cada momento histórico específico. Dessa forma, subordina e confere novas atribuições e objetivos ao exercício profissional.

Nesse cenário, os assistentes sociais precisaram redesenhar suas rotinas para atender as necessidades que o momento exige. Diante do exposto:

[...] é necessário um conhecimento mais amplo sobre os processos de trabalho, os meios de que dispõem o profissional para realizar sua atividade, a matéria sobre a qual recai a sua intervenção, e também um conhecimento mais profundo sobre o sujeito vivo responsável por esse trabalho, que é o próprio profissional (RAICHELIS, 2011, p. 428).

Desde as origens profissionais, o Serviço Social divide-se entre uma “demanda institucional” e as situações que constituem o seu “objeto de intervenção” manifesta-se em múltiplas dimensões e exige do profissional a realização de reflexões e discussões acerca das respostas a tais demandas.

Torna-se importante sinalizar que a “demanda institucional” (proveniente do órgão contratante do assistente social) não pode ser confundida ou identificada com a situação problema “objeto de intervenção”, associado aos usuários do serviço, às populações empobrecidas e setores subalternos, apresentando fundamentos essencialmente diversos, tempos e condições diferentes, e, via de regra, interesses distintos: enquanto a “demanda institucional” (do Estado, da empresa ou da organização social contratante do profissional). O objeto de intervenção profissional do assistente social constitui uma realidade singular, local, que representa fundamentalmente o drama cotidiano das populações subalternas, representa um aspecto fulcral na forma como se concebe tal objeto.

A racionalidade imediatista, pragmatista, presente no cotidiano das instituições e no cotidiano do profissional se intensifica no enfrentamento da pandemia e faz com que o foco da compreensão da realidade a enfrentar e da resposta a ser dada, se esgote na situação-problema/resposta. A simplificação do objeto (situação problema) entendido como fato isolado da totalidade, como uma particularidade abstrata, ou como situação singular leva à simplificação da resposta.

No que se refere ao exercício profissional, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) emitiu uma nota intitulada Orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia do coronavírus, na qual expressa:

Em relação especificamente ao trabalho do Serviço Social, as/os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) sobre a forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações [...], assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a. No entanto, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter absolutamente excepcional, considerando a particularidade deste momento (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2020, p. 1).

Esses novos desafios contribuem para a precarização das ações profissionais em suas diversas formas, pois com o trabalho remoto e a redução do quantitativo de profissionais há um prolongamento da jornada de trabalho. Não há uma legislação que versa sobre o atendimento à população de forma online ou por videoconferência no interior da profissão, com isso os assistentes sociais devem estar atentos quanto aos prejuízos na qualidade dos serviços. É preciso garantir o sigilo profissional, que pode ser comprometido pela ação profissional de forma remota.

O processo gradativo de implementação do trabalho remoto foi intensificado e trouxe impacto para a realização do trabalho, sobretudo no que se refere à relação com outras profissões e com a população usuária e às condições éticas e técnicas do exercício profissional (CFESS, 2020).

A efetivação dos preceitos da ética profissional é fundamental para ancorar o exercício profissional frente aos novos desafios colocados à profissão, principalmente no que se refere ao sigilo profissional.

Assim,

[...] não se pode reduzir o espaço ocupacional do assistente social a uma prática profissional rotineira, burocratizada, empiricista e tarefaira, tal como se constata com expressividade nas instituições, a qual não expressa mais do que um saber alicerçado no senso comum e uma falta de reconhecimento da identidade profissional do assistente social. (IAMAMOTO, 2007, p. 163).

No contexto da pandemia, coube ao assistente social redefinir suas ações com base nos parâmetros dos fundamentos da ética profissional.

De acordo com Iamamoto:

Deve haver um diálogo íntimo com as fontes inspiradoras do conhecimento e busca elucidar seus vínculos sócio-históricos, localizando as perspectivas e os pontos de vista das classes através dos quais são construídos os discursos: suas bases históricas, a maneira de pensar e interpretar a vida social das classes (ou segmentos de classes) que apresentam esse discurso como dotado de universalidade, identificando novas lacunas e omissões” (IAMAMOTO, 2007, p. 184).

Diante dos desafios e de novas requisições, o exercício profissional, na política de saúde, o contexto pandêmico, traz à tona o debate de que o cotidiano “[...] é o espaço onde se origina, realiza-se e se confronta o conhecimento, visto ser o local onde a realidade se põe.” (SANTOS, 2013, p. 31). Desse modo, o campo é onde o trabalho se efetiva como: “[...] ação sobre o mundo, que tem por resultado uma transformação real desse mundo” e “[...] determina até onde pode se desenvolver o conhecimento, visto estar ele associado às necessidades materiais, produtivas, práticas do homem social” (SANTOS, 2013, p. 31).

De acordo com Yazbek (2009, p. 126), “[...] a análise da profissão, de suas demandas, tarefas e atribuições em si mesmas não permitem desvendar a lógica no interior da qual essas demandas, tarefas e atribuições ganham sentido”. A autora aponta a necessidade de superar a análise da profissão em si mesma “para situá-la no contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista, particularmente, no âmbito das respostas que esta sociedade e o Estado constroem, frente à questão social”. (YAZBEK, 2009, p. 126-127).

O Serviço Social é uma profissão que atua sobre e na realidade e está sujeito às exigências postas pelo momento histórico, pelas mudanças econômicas, políticas e sociais ocorridas na e em sociedade. Nas palavras de Netto (1996, p. 87), “[...] as transformações societárias afetam diretamente o conjunto da vida social e incidem fortemente sobre as profissões, suas áreas de intervenção, seus suportes de conhecimento e de implementação, suas funcionalidades, etc.”.

Os desafios postos hoje ao Serviço Social reeditam "velhas" e históricas práticas e colocam, na agenda, novos desafios diante da barbarização da vida em contexto de crise do capital e do avanço acelerado do reacionarismo e do conservadorismo no Brasil (BOSCHETTI, 2017).

O Serviço Social historicamente entendido como uma profissão que dá respostas (imediatas) a situações (emergenciais, vistas como imediatas) dos problemas que ocorrem na esfera do cotidiano dos usuários tendeu a focar tal situação, não como uma manifestação da contradição do modo de produção capitalista, a contradição capital/trabalho, mas como uma “situação singular” ou como uma “particularidade abstrata”, fenômeno que se repete, mas de forma autônoma, sem conexão com a totalidade social (BOSCHETTI, 2017).

Pela particularidade da área, a saúde exige regularmente da ação profissional respostas imediatas e diretas frente às situações que enfrenta, e a pandemia evidenciou essas questões. Em situações emergenciais e de maior gravidade o imediatismo das respostas se faz necessário. O problema é quando a intervenção profissional se esgota nessas medidas imediatas, relegando a um segundo plano as ações de médio e longo prazo, as ações educativas, as ações preventivas, as ações sobre as causas dos fenômenos, e não apenas sobre as consequências. O assistente social é também contratado pelos órgãos empregadores pela sua capacidade e competência de dar respostas imediatas às situações concretas.

Na construção de estratégias sintonizadas com as atribuições e competências profissionais e ancoradas na concepção ampliada de saúde, é necessário o planejamento de ações interdisciplinares na construção da integralidade na atenção, com vistas à participação social em saúde. Bem como, inserir em seu processo de planejamento a análise e a apreensão da realidade social através dos determinantes de raça/cor, gênero e sexualidade como elementos de proteção ou não dos sujeitos. Ademais, incluir o debate sobre interseccionalidade e racismo e estreitar parcerias com instituições de pesquisa e com os movimentos sociais.

No contexto de regressão e desmonte das políticas sociais no Brasil, a pandemia do novo coronavírus acirrou as condições de vida da população. A supressão dos direitos e a crescente predominância de posicionamentos conservadores contra os direitos humanos atingem de forma direta o trabalho de assistentes sociais, cujo desafio cotidiano é, justamente, buscar alternativas para ampliar o acesso aos direitos, lutar contra a destruição dos direitos conquistados, bem como pela sua ampliação (BOSCHETTI, 2017).

Ademais, soma-se a esse cenário nas palavras de Behring (2015, p. 185-186) “[...] a disputa pelos fundos públicos³¹ intensifica-se”, com “argumento da escassez de recursos, de conter déficit público [...] preconiza-se o corte dos gastos estatais, para o ‘equilíbrio das contas públicas’, como indicador de saúde econômica”.

A necessidade de ampliação do orçamento público mostra-se imperiosa em tempos de pandemia. O atual momento histórico impõe para a direção do avanço na garantia universal da proteção social, fortalecimento das políticas de seguridade social frente a ampliação das

³¹ Salvador (2020) apresenta importantes considerações sobre o fundo público. Para o autor, “o fundo público diz respeito à capacidade que o Estado tem de mobilizar recursos para realizar intervenções em políticas públicas, englobando as políticas econômicas e sociais, o que permite alterar ou conservar a realidade de determinada região ou país. Esses recursos públicos advêm, principalmente, da arrecadação tributária na forma de impostos, contribuições (sociais e econômicas) e taxas, além de outras receitas públicas previstas em lei”. (SALVADOR, 2020, p. 368).

desigualdades sociais e do retorno do país ao mapa da fome³². Iamamoto (2003, p. 95), sustenta a possibilidade de o Serviço Social participar “das respostas legítimas de sobrevivência da classe trabalhadora face às suas condições de vida”. Explicita, assim, a possibilidade do assistente social, como sujeito participante do processo de reprodução das relações sociais, tornar-se um:

[...] intelectual orgânico a serviço [...] das forças populares emergentes [...] reforçando um projeto político alternativo, apoiando e assessorando a organização dos trabalhadores, colocando-se a serviço de suas propostas e objetivos”. (IAMAMOTO, 2003, p. 96).

As possibilidades mencionadas estão relacionadas à capacidade de apropriação crítica pelos assistentes sociais, tendo em vista a construção de práticas que consolidam um processo de ruptura com o conservadorismo no Serviço Social, apontando para uma formação contínua. Faz-se necessária a apropriação rigorosa dos fundamentos teóricos, metodológicos e históricos, “capazes de apreender a dinâmica do processo de reprodução social particularmente na sociedade brasileira” (IAMAMOTO, 2003, p. 97).

É nesse terreno denso de tensões e contradições sociais que se situa a atividade profissional dos assistentes sociais. Bravo e Matos reiteram a importância de orientar o trabalho nos rumos do projeto ético-político do Serviço Social e para isso é necessário “um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais” (BRAVO; MATOS, 2007, p.193).

³² Os dados da pesquisa realizada por pesquisadores do núcleo Food for Justice – Power, Politics and Food Inequality in a Bioeconomy, da Universidade Livre de Berlim, em parceria com pesquisadores da UFMG e da UnB, mostram que a insegurança alimentar se agravou de forma alarmante no Brasil. O Brasil havia deixado o Mapa da Fome das ONU em 2013, quando apenas 3,6% dos brasileiros estavam em situação de insegurança alimentar grave – ou simplesmente fome. O estudo aponta que, em dezembro de 2020, a insegurança alimentar atingiu 59,4% dos domicílios brasileiros. 31,7% estão em situação de insegurança alimentar leve, 12,7% moderada e aterradores 15% em situação de insegurança alimentar grave – a fome propriamente dita. Analisada a porcentagem de domicílios em situação de insegurança alimentar por região do País, vê-se que algum tipo de carência alimentar alcança 51,6% dos lares da região Sul; 53,5% das famílias da região Sudeste; 54,6% dos moradores em domicílios da região Centro-Oeste; 67,7% dos domicílios da região Norte e impressionantes 73,1% dos domiciliados na região Nordeste. A insegurança alimentar grave, faceta mais perversa desse enredo, atinge em cheio 29,2% dos lares nortistas e 22,1% dos nordestinos. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/economia/analise-de-volta-ao-vergonhoso-mapa-da-fome/> Acessado em: 03 de out. 2021.

2.4 O lugar do HUPE na crise sanitária

Durante a pandemia, alguns autores registraram mudanças na estrutura do sistema de saúde em países da Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), com importante declínio no número de atendimentos e procedimentos médicos não associados à Covid-19, incluindo aqueles de alta complexidade. Estas mudanças podem gerar, como efeito colateral, atraso diagnóstico e/ou terapêutico e consequente aumento no risco de descompensação de doenças crônicas. (TAM *et Al.* 2020). A pandemia impactou no atendimento eletivo nos serviços de saúde em nível global. Em muitos países os serviços de saúde reduziram ou até mesmo interromperam os atendimentos, cancelaram e adiaram consultas médicas e/ou cirurgias eletivas.

No Brasil, as instituições de saúde, públicas e privadas, tiveram que se preparar diante da urgência da pandemia da Covid-19, para o atendimento dos usuários reorganizando os fluxos de atendimento, a estrutura de leitos de terapia intensiva e de isolamento, provimento de respiradores, equipamento de proteção individual, aquisição de testes para detecção e confirmação do diagnóstico. Além disso, a pandemia trouxe o desafio de equilibrar a organização do atendimento para casos do novo coronavírus com os demais atendimentos eletivos e de urgência, e o fluxo de visitas e acompanhantes, considerando as necessidades de cuidado do paciente e o risco de transmissão do vírus.

As organizações de saúde tiveram que se adaptar para atender pacientes com a síndrome respiratória e repensar o modelo convencional de cuidado presencial, buscando reduzir a propagação da contaminação sem promover prejuízo aos tratamentos.

A pandemia foi acompanhada por mudanças expressivas nos mais diversos serviços de saúde. As medidas de restrições afetaram não só a vida social, mas todas as atividades cotidianas. Dessa forma, com o crescente número de casos, as autoridades sanitárias e políticas criaram planos estratégicos para o combate da pandemia que envolvia a implementação de medidas restritivas, além de ações para assegurar atendimento a pacientes, criando novos leitos de terapia intensiva e definindo hospitais como Centro de Referência para a Covid-19.

No país observou-se distintas medidas de controle adotadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e foi necessária a intervenção do Supremo Tribunal Federal na atribuição de competências aos Estados, Distrito Federal e Municípios para implementação das medidas de distanciamento social para mitigação e supressão da Covid-19.

No nível federal as primeiras medidas adotadas, limitaram-se à restrição da entrada de estrangeiros no país e à determinação para que pessoas com mais de sessenta anos de idade observem o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para a realização de atividades estritamente necessárias. Acrescenta-se nas ações federais, a publicação de um plano de ação no dia 14 de março de 2020, pelo Ministério da Saúde recomendando que as Secretarias de Saúde dos municípios, estados e Distrito Federal avaliassem a adoção de medidas não farmacológicas para o controle da Covid-19, de acordo com as fases de transmissão da doença.

No Estado do Rio de Janeiro, as primeiras medidas adotadas através do decreto número 46.969, de 12 de março de 2020 (dispõe da criação do Gabinete de Crise para Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, decorrente do coronavírus), estabeleceu a suspensão de atividades coletivas, aulas em escolas da rede pública e privada, a fim de evitar aglomerações e possível disseminação e contaminação pelo novo coronavírus.

Foi criado, ainda, o Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro, com objetivo de sistematizar as ações e procedimentos de responsabilidade da esfera estadual de governo. No Plano estão contidas as definições operacionais, organização regional, níveis de ativação (nível zero, 1, 2, 3, II, III, IV, contingência com retomada de atividade) e as atribuições das unidades primárias, dos centros de triagem do novo coronavírus, laboratórios e atenção hospitalar e especializada.

Tais normativas, exigiram dos serviços reformulações na oferta de cuidados em saúde. As rotinas, fluxos, funcionamentos de ambulatórios, centros cirúrgicos foram alterados, com a finalidade de se adaptarem às recomendações de isolamento, distanciamento social e quarentena para o enfrentamento da emergência em saúde pública.

O HUPE foi nomeado como um dos hospitais de referência para o tratamento de casos de Covid-19 no Estado do Rio de Janeiro, sendo necessária uma reestruturação interna para atender toda a demanda. Para o enfrentamento desse desafio, o hospital realizou uma ampliação no quadro de leitos, principalmente de Unidade de Terapia Intensiva, além de readequação de sua estrutura, reorganização de fluxos de pacientes, mobilização de recursos humanos, materiais e equipamentos para prestação de cuidados.

Obedecendo às orientações das entidades públicas de saúde, foi realizado um plano de contingência que promoveu uma reprogramação e alterações no fluxo do atendimento eletivo, implementando medidas como triagem ambulatorial de pacientes e acompanhantes, redução

do movimento no âmbito hospitalar para evitar aglomerações, reorganização do fluxo priorizando os ambulatórios oncológicos e os usuários em segmentos mais graves.

As restrições do atendimento eletivo no início da pandemia foram utilizadas para a preparação da reorganização hospitalar na linha de cuidado da Covid-19, pois a instituição precisou redistribuir profissionais de saúde para as áreas designadas para atendimento de usuários suspeitos ou acometidos pela Covid-19, bem como realocar materiais, medicamentos e equipamentos.

De acordo, com a Cabral *et al* (2021, p.34) os dados epidemiológicos dos primeiros 18 meses de pandemia demonstram que 3004 usuários adultos foram internados no HUPE com Covid-19 e parcela significativa desses usuários apresentavam comorbidades como diabetes, neoplasias, cardiopatias e pneumopatias (Doenças pulmonares obstrutivas crônicas na maioria dos casos).

Dentre as internações, 1112 foram em Unidades de Terapia Intensiva, 1609 eram do sexo masculino com 436 (27,1%) óbitos e 1395 femininas com 340 (24,4%) óbitos. Em relação ao dado raça/cor 1248 (41,5%) das internações foram pessoas autodeclaradas pardas, 975 (32,4%) de brancos e 324 (10,8%) de negros.

Em relação a população pediátrica o HUPE disponibilizou cinco leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), dois leitos de UTI neonatal e dez leitos de enfermaria para crianças e adolescentes. Com a vistas a garantir o atendimento assistencial aos pacientes internados ocorreu a contratação de profissionais de enfermagem e médicos através de projetos do estado do Rio de Janeiro, uma vez que a equipe assistencial precisou ser dividida. (SAMPAIO *et al*, 2021). A UDA de pediatria passou a contar com duas UTIs Pediátricas, sendo uma delas voltada para assistência a usuários com Covid-19 e duas enfermarias clínicas pediátricas.

Como apontado no estudo de Sampaio *et al* (2021), no início do ano de 2021, ocorreu um aumento no número de internações, com taxas de ocupação de 87, 70 e 61%, nos três primeiros meses e ao fim do primeiro trimestre foi observada uma queda considerável nestas internações na enfermaria Covid-19 pediátrica.

Das 117 crianças que passaram pela enfermaria de pediatria com suspeita de Covid-19 em 2020, 26 (22%) tiveram resultado positivo, seja PCR ou sorologia ou preenchendo os critérios diagnósticos para MIS-C. Destas positivas, 20 crianças vieram transferidas de outro hospital ou unidade de pronto atendimento (UPA), sendo metade delas de outros municípios, principalmente da Baixada Fluminense. O pico dos casos em nossa enfermaria ocorreu em maio, havendo drástico declínio no segundo semestre de 2020. (SAMPAIO *et al*, 2021, p. 157)

A crise sanitária expressou a necessidade de melhoria na estrutura física dos serviços de atendimento, recursos humanos e protocolos assistenciais para garantir a segurança materna e fetal. No tocante a atenção às gestantes, o HUPE possui maternidade referência para pré-natal de alto risco³³, o Núcleo Perinatal é composto por dois grandes serviços: Obstetrícia e Neonatologia.

No final do ano de 2020 e início de 2021, as internações de gestantes se intensificaram e com base em Jesús et al (2021, p. 96), as gestantes com Covid-19 “estão mais propensas a abortamento, rotura prematura de membranas amnióticas e restrição do crescimento fetal intrauterino”.

Segundo Cabral *et al* (2021, p.34), algumas dessas internações “evoluíram de maneira desfavorável tanto para a mãe como para o feto ou recém-nascido. Tivemos inclusive uma cesariana de urgência dentro do CTI 2 em uma paciente que acabara de ser transferida para o hospital na tentativa desesperada de salvar o bebê”. Os dados epidemiológicos demonstram um total de 40 gestantes infectadas pela Covid-19, sendo 16 (40%) casos na faixa etária de 31 a 40 anos, com 2 óbitos (12%) e 21 casos em gestantes de 18 a 30 anos, com 6 óbitos (28%). No que se refere aos óbitos fetais, ocorreram 04 óbitos de fetos, sendo dois em mulheres com idade gestacional de 22 semanas e 17 crianças sobreviveram independentemente da mortalidade materna. Cabral *et. al* (2021, p.34)

2.5 O Serviço Social no HUPE

Na estrutura organizacional do HUPE existem diversas Coordenadorias, conforme descrito no Ato Executivo de Decisão Administrativa (AEDA) – 026/95 (Apêndice D), dentre essas Coordenadorias está a de Serviços Técnicos (CST) que tem como uma de competências: “planejar, organizar, coordenar, controlar e promover todas as atividades relacionados com o Serviço de Documentação Médica, de Laboratório, de Farmácia, de Imagem e de Serviço Social”. (AEDA - 026/95, Art. 18, inciso I).

O Serviço Social institucionalmente está inserido e subordinado ao coordenador da CST, como previsto na AEDA - 026/95. A gestão do Serviço Social está organizada da seguinte forma: Coordenação Geral e chefia do Serviço Social; Chefia adjunta; Coordenação

³³ Gestação de alto risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 08 de jun. 2023.

Adjunta da Residência e Coordenação de Estágio; além de contar com suporte administrativo, que é realizada atualmente por servidoras, técnicas universitárias de nível médio e fundamental.

Para candidatar-se a coordenação e chefia e chefia adjunta do Serviço Social no HUPE, os profissionais precisam cumprir a exigência de serem servidores públicos pertencentes ao Regimento Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis do Estado, com estabilidade prevista em Diário Oficial do Estado, possuir plano de trabalho para o biênio, apresentá-lo à categoria profissional e obter maioria dos votos dos assistentes sociais vinculados à chefia. Não há previsão nos regulamentos e regimentos internos da instituição que os cargos de chefia e de chefia adjunta do Serviço Social sejam ocupados em caráter privativo por assistentes sociais. Portanto, todos os profissionais que preencham os critérios estabelecidos pela instituição podem se candidatar para ocupar o cargo de chefia e chefia adjunta do Serviço Social.

As atribuições que competem a chefia e chefia adjunta do Serviço Social são:

- Planejar, Organizar e Administrar: os recursos materiais; as reuniões de equipe; o fluxo de informações do serviço.
- Participar de reuniões no HUPE/UERJ, convocadas pela Direção, que envolvam a ação direta ou indireta do Assistente Social;
- Participar de grupos de trabalho que assegurem o direito dos usuários no âmbito do HUPE e em instâncias que se façam necessárias.
- Decidir e Executar sobre as questões administrativas do serviço.

Identifica-se que as atribuições afetas a chefia e a chefia adjunta do Serviço Social não são de caráter privativo do assistente social e não há um movimento no interior da categoria profissional para alteração delas. Ficando a categoria profissional condicionada à eleição voluntária de um profissional de Serviço Social para ocupação dos cargos, caso contrário estes podem ser ocupados por profissionais de outras áreas.

Em relação à Coordenação Adjunta da Residência e Coordenação de Estágio, os profissionais ocupam os cargos de forma voluntária e/ ou são convidados pela chefia a exercerem essas funções.

No interior da política de especialidades e subdivisões adotadas pelo HUPE, o Serviço Social é organizado em áreas de atuação e programas e tem como objetivo geral na área da saúde “compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no

processo saúde-doença-cuidado, buscando estratégias político institucionais para o enfrentamento das questões sociais apresentadas pelos usuários do Hospital”.

Em outubro de 2022, as áreas estavam organizadas da seguinte forma:

Tabela 1 - Organização do Serviço Social³⁴ por Áreas de Atuação e Programas

Área de Atuação/Programa	Quantitativo Assistentes Sociais	Residentes (Primeiro Ano)	Residentes (Segundo Ano)	Alunos em Estágio Curricular	Alunos Bolsistas
Saúde do Adulto	08 ³⁵	06 ^{36*}	07*	03	01
Saúde da Mulher - Perinatal	03	02*	02*	01	0
Saúde da Mulher - Ginecologia	01	0	0	0	0
Saúde Mental	02	0	0	02	0
Saúde do Idoso	03	02 ³⁷	02 ³⁸	02	0
Saúde da Criança	04	02	02*	02*	0
Hemoterapia	01	0	0	0	0
Ambulatório Pós-Covid	02 ³⁹	0	0	0	0
Cuidados Sociais na Atenção Oncológica	02 ⁴⁰	0	0	01	0
Total	26	12	13	11	01

Fonte: Dados extraídos do levantamento de pessoal realizado Chefia do Serviço Social, em maio de 2022 e atualizado em 31/10/2022.

Em relação à qualificação, todas as 26 assistentes sociais possuem pós-graduação lato sensu. Quinze delas realizaram pós-graduação stricto sensu em programas de doutorado e mestrado, sendo 02 doutoras e 13 mestres. No momento, a equipe possui 03 assistentes sociais doutorandas e 02 mestrandas.

O exercício profissional em um hospital universitário compreende quatro frentes de trabalho: assistência, pesquisa, ensino e extensão. Isso significa que os assistentes sociais nele inseridos prestam atendimentos aos usuários e suas famílias que buscam atendimento em

³⁴ A carga horária dos Assistentes Sociais na UERJ é de 30h semanais.

³⁵ Uma (01) Assistente Social em licença maternidade, desde outubro/2022.

³⁶ *Residentes do Programa de Residência em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da UERJ.

³⁷ Residentes do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde do Idoso.

³⁸ Residentes do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde do Idoso.

³⁹ Assistentes Sociais contratadas através de projeto temporário vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

⁴⁰ Uma (01) Assistente Social de licença para tratamento de saúde, desde abril/2020.

diferentes setores, supervisionam estagiários, prestam preceptoria aos residentes e também participam de diversas pesquisas, projetos e programas.

Os assistentes sociais se utilizam de legislações que apesar de não serem específicas da saúde são fundamentais para o exercício profissional, como o Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e a Lei de Regulamentação da Profissão, a Lei nº 8.662 (BRASIL, 1993), ambos de 1993, que apresentam valores, princípios, direitos, deveres, atribuições e competências profissionais. A Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993) apresenta competências e atribuições privativas, assim como o que é de competência dos Conselhos Regionais (Cress) e do Conselho Federal (Cfess). Essas legislações, em conjunto com as diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), formam a base de sustentação do projeto ético-político do Serviço Social (PEP).

Os Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2010), têm como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social no campo da saúde. Tal documento é fruto das discussões da categoria profissional, objetiva fortalecer o exercício dos assistentes sociais na saúde, na direção dos projetos de reforma sanitária e ético-político profissional. Nele, estão expressas novas contradições que são criadas com a contrarreforma na saúde, que tentam não viabilizar o SUS constitucional. Nesse sentido, essas contradições direcionam as ações profissionais para práticas burocráticas, emergenciais. É primordial que os assistentes sociais tenham clareza de suas atribuições e competências, para que possam direcionar essas demandas para os setores competentes, refletindo sobre seu trabalho e sobre as condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários dos serviços de saúde.

Além dos materiais listados, os assistentes sociais utilizam-se de normativas internas do HU, legislações pertinentes às áreas nas quais estão inseridos e orientações advindas da chefia. As últimas são encaminhadas via e-mail e/ou informadas através de reuniões para os membros da equipe e nem sempre são submetidas para conhecimento/ chancela do coordenador do CST e/ou a Direção da unidade. Coexistem orientações formais e informais na categoria, levando a uma sobreposição de normativas e orientação no interior de uma determinada área e/ou serviço.

Na atual configuração do Serviço Social, cada assistente social é responsável por desenvolver um determinado programa e no interior desses pode haver projetos específicos. Portanto, cada programa e/ou projeto conta com um determinado número de ambulatórios e enfermarias especializadas. Esses espaços representam um universo de usuários, expressando

um volume de atendimentos, fluxos e organizações próprias que nem sempre dialogam e se articulam, apesar de parcela significativa dos usuários transitarem nas diversas áreas.

Para além da assistência, é importante considerar o hospital universitário como um local de ensino, pesquisa e extensão. No que diz respeito à supervisão de estágio, o supervisor de campo nem sempre consegue dedicar parte de sua carga horária para supervisão deste aluno e/ou para a sistematização do plano de estágio. Percebe-se alguns entraves para a realização de uma supervisão integrada, tanto pela dificuldade do assistente social em encontrar tempo disponível na sua rotina de trabalho, quanto na tarefa de estabelecer uma concreta relação com a unidade de ensino.

No que se refere à preceptoria de residentes de Serviço Social, com a dinâmica realizada o profissional não consegue liberação da carga horária para orientação do residente durante o curso de especialização e como orientador de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

Durante a pandemia, as atividades teóricas foram reorganizadas para o formato não presencial visando evitar o contágio da comunidade universitária e as atividades práticas foram realizadas em consonância com as recomendações e orientações, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde e do Fórum Nacional de Tutores e Preceptores: respeitando o limite de 80% da carga horária semanal para atividades práticas e teórico práticas, com garantia de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) a todos residentes. Os residentes em grupo de risco para Covid-19 foram afastados das atividades presenciais e desenvolvem teletrabalho.

O social ganhou destaque na crise sanitária e colocou em evidência a intervenção das profissões como o Serviço Social. Na área da saúde foram necessárias mudanças nos fluxos de atendimento em todos os níveis de atenção em função da prioridade de cuidados aos usuários com sintomas respiratórios graves, mas também houve uma demanda crescente, à medida que avançou a contaminação.

Percebe-se que mesmo com as rotinas de trabalho modificadas devido à reorganização dos serviços, os assistentes sociais do HUPE atuaram dentro de suas competências e atribuições profissionais, considerando os desafios impostos pela pandemia de Covid-19.

2.6 O Serviço Social na pandemia da Covid-19 no HUPE

Em virtude da crise sanitária, o HUPE passou a ser referência no âmbito estadual para o atendimento de casos confirmados de Covid-19 que necessitavam de atenção hospitalar. No período inicial da crise sanitária, observou-se o aumento expressivo de casos de usuários infectados pelo coronavírus, exigindo a construção e readaptação de espaços físicos e a formulação de protocolos de segurança no HU para a viabilidade da assistência aos usuários, além da garantia de condições dignas de trabalho para os profissionais de saúde.

A rotina institucional foi modificada para que fossem definidos fluxos de atendimentos frente à emergência sanitária, tanto para os usuários infectados pela Covid-19, quanto para a garantia de atendimento aos que iriam iniciar e aos que continuariam o acompanhamento em distintos ambulatórios do hospital universitário.

Diante da necessidade de redefinição do fluxo de atendimento da instituição, face ao aumento no quantitativo de usuários atendidos na unidade, o cotidiano dos profissionais sofreu grande impacto devido às necessidades impostas pela pandemia de Covid-19.

O Serviço Social teve um papel de destaque no processo de reorganização das rotinas internas da unidade de saúde pesquisada. A histórica proximidade das assistentes sociais com os usuários, seus familiares e suas demandas possibilitaram identificar lacunas do serviço de saúde, potencializando o processo de aprimoramento institucional no contexto da concretização das políticas sociais, em especial, as de saúde.

No ambiente de trabalho em um hospital de média e alta complexidade⁴¹, como um hospital universitário, a assistente social tem a possibilidade de explorar contradições e demandas sociais dos usuários, de modo a produzir intervenções sustentadas pelo trabalho interprofissional e pela articulação com os demais níveis de atenção do SUS e com outras políticas sociais.

Vasconcelos (2012) discorre sobre o espaço contraditório e privilegiado dos HU's, mostrando que o processo de trabalho em saúde pode reproduzir as relações sociais hegemônicas, mas também propiciar a crítica às práticas que atendem ao projeto de desmonte de políticas públicas, pois “[...] como espaço de ensino, pesquisa e assistência [...] possibilita a produção de conhecimento e de críticas às práticas vigentes; e promove a formação de

⁴¹ De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2011), a média e alta complexidade em saúde consiste em: ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

multiplicadores na busca da implementação e ampliação do SUS” (VASCONCELOS, 2012, p. 251).

As medidas de distanciamento social presentes na dinâmica da unidade de saúde impactaram o exercício profissional do assistente social, pois restringiram as possibilidades de diálogos em equipe e discussão coletiva. A reorganização do serviço demandou ações criativas no processo de planejamento do trabalho, de atendimento e acesso ao usuário e familiares e levou à suspensão das atividades de estagiários e de preceptoria aos residentes. O Serviço Social, diante das restrições impostas implementou estratégias de ação e passou a realizar parte de seus atendimentos através de meios virtuais e contatos telefônicos, visando manter os usuários informados sobre seus direitos, bem como, garantir a saúde de seus profissionais. Tal formato de trabalho possibilitou uma série de discussões éticas e técnicas sobre os objetivos profissionais, a função social da profissão, bem como, uma leitura crítica do contexto e da realidade que se apresentava. Matos (2020) reconhece a importância de recursos como o “atendimento remoto” em situações tão adversas, mas ratifica que o recurso deve ser utilizado para dar continuidade ao processo de trabalho, precisando apresentar uma funcionalidade no contexto da intervenção profissional.

Na articulação intersetorial com a rede de serviços, a pandemia trouxe impactos diretos no fluxo de trabalho, pois foram reestruturados os serviços socioassistenciais, tendo seus horários de funcionamento alterados ou suas atividades suspensas, além da criação de novas estratégias de intervenção por parte de diversos órgãos e instituições, como a disponibilidade de serviços de maneira remota.

Apesar das mudanças e reorganizações impostas ao serviço e as assistentes sociais buscou-se reafirmar o projeto ético-político profissional, por meio da articulação e criação de estratégias que dialogassem com a defesa intransigente do projeto da reforma sanitária e seus princípios, haja vista a relação entre esses dois projetos (CFESS, 2010).

Leal, Nogueira e Lima (2018), reportam que o desafio que se coloca é o de perceber os dilemas, limites, desafios e avanços existentes no trabalho coletivo da saúde e, com isso, refletir se de fato a formação em saúde tem sido desenvolvida em consonância com o projeto ético-político da profissão, com as diretrizes da Educação Permanente e com os princípios da Reforma Sanitária. Nesta direção, vale ressaltar que o Serviço Social buscou estratégias para prestar um atendimento de qualidade, tais como: busca ativa para atualização das redes de atendimento; pesquisa constante para atualização das legislações vigentes no período de pandemia; criação e elaboração de protocolos institucionais, cartilhas educativas, entre outros.

O HU ainda permanece médico centrado, sendo a assistente social acionada para os casos em que se identifica maior “vulnerabilidade social” ou dificuldades de contato com a família. Nessa forma de organização do trabalho, a demanda de trabalho da assistente social permanece tendo como objetivo central, assim como nos primeiros momentos da inserção profissional nos serviços de saúde na década de 1940, em constituir um elo entre usuário e instituição e entre usuário e sua família (MATOS, 2013).

Observamos ainda a continuidade histórica de se atribuir ao profissional a função de transmitir ao usuário e sua família as normas e regras institucionais, com destaque para as solicitações advindas pela equipe de saúde e da instituição nos primeiros momentos da pandemia da Covid-19. As atribuições que são colocadas ao profissional reacendem a perspectiva positivista e normativa presente no exercício profissional (GUERRA, 2014). Todo esse cenário demanda da assistente social um tipo de intervenção que tende a se reduzir à dimensão técnico-operativo (SANTOS, 2003), focando muitas vezes na aplicação de instrumentos e técnicas individuais, encontrando como limite, o espaço físico da instituição.

As demandas apresentadas pelos usuários do serviço, pelos membros da equipe, pela instituição empregadora e por outros serviços da rede em geral dizem respeito às atribuições, requisições e competências profissionais e são atravessadas pelas próprias políticas sociais.

Reafirmamos a importância de conhecer as demandas apresentadas à assistente social e os determinantes sociais e políticos que atravessam o cotidiano e as condições para apreender as mediações que vinculam as “reais necessidades” dos processos sociais da sociedade capitalista constituída com as exigências colocadas pelo mercado ao exercício profissional”, para que o que é importante, “refazer – teórica e metodologicamente – o caminho entre a demanda e as suas necessidades fundantes” (AMARAL; MOTA, 1998, p. 26).

Soares *et al.* (2021) discorrem em sua pesquisa sobre as determinações não afetas às suas competências e atribuições das assistentes sociais na saúde, como o documento emitido pelo Ministério da Saúde. As autoras destacam:

No que concerne às competências e atribuições profissionais, o documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus Covid-19”, elaborado pelo Ministério da Saúde, recomendou que o Serviço Social realizasse a comunicação de óbito a familiares, amigos e responsáveis durante a pandemia. (SOARES *et al.* 2021, p. 126).

Ainda segundo as autoras, baseadas em Matos (2020) o referido documento do Ministério da Saúde, “possibilitou que todas as atividades relacionadas à informação e/ou

comunicação com as famílias de usuários(as) em tratamento da Covid-19, inclusive as de âmbito médico, como os boletins clínicos, fossem requisitadas às assistentes sociais no contexto da pandemia” (SOARES *et al.* 2021 p. 126).

Elas acrescentam que:

Essas requisições não são novas. Reiteram velhas práticas em saúde que concebem as ações da equipe multiprofissional de saúde não médica como mero subsídio ao “ato médico” ou por ele instrumentalizadas. Além disso, também se vinculam às práticas do Serviço Social tradicional ou conservador. (SOARES *et Al.* 2021, p. 126).

Tendo como parâmetros as elaborações desenvolvidas por Amaral, Trindade e Lins (2016), as atribuições dizem respeito à competência profissional e são identificadas como “um rol de atividades a serem realizadas, instrumentos e, até mesmo sua identificação direta com os objetivos profissionais” (2016, p. 5). As autoras alertam para a necessidade de se considerar, na análise sobre as atribuições profissionais, o lugar que a assistente social ocupa na divisão social e técnica do trabalho, enquanto trabalhadora assalariada e como a relação empregatícia pode tensionar na interação entre as atribuições definidas pela categoria e as impostas pela instituição.

Destacam que as atribuições privativas dizem respeito às funções que são específicas da profissão, que somente a assistente social pode exercer e que “expressam o perfil de profissional que se encontra no mercado de trabalho, para o qual a formação profissional é central, pois sua função precípua é preparar seus profissionais para o desempenho dessas atribuições privativas” (AMARAL; TRINDADE; LINS, 2016, p. 6).

Em relação às requisições, as autoras apontam que se relacionam com o que é estabelecido pela instituição empregadora e indicam que há diferenças entre requisições que são para a assistente social, para a política em que ela se insere, para o programa e para os serviços, mas que elas podem se assemelhar e por isso serem entendidas como uma única requisição, apesar de não serem em sua essência.

3. O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO HUPE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

3.1 Pandemia da Covid-19 e a reorganização do HU: rotinas, teletrabalho e algumas implicações ao exercício profissional.

O exercício profissional do assistente social é permeado pelo caráter contraditório que marca não somente a profissão, mas o terreno institucional e a própria sociedade. O cenário da pandemia da Covid-19, que ameaça a vida e expõe as desigualdades sociais, explicitou as contradições vivenciadas pelos assistentes sociais nas instituições nos quais estão inseridos.

O assistente social sofre impactos da pandemia, como ser humano e como trabalhador inscrito na divisão social e técnica do trabalho que precisa se adaptar ao novo contexto. A depender da sua inserção institucional, idade e condição de saúde passa a realizar as suas atividades em domicílio, em detrimento dos que atuam em serviços essenciais.

Em 06 de fevereiro de 2020, a lei 13.979 foi publicada legislação que versa sobre as primeiras medidas de enfrentamento ao novo coronavírus. A Lei define os serviços públicos e atividades essenciais, cujo funcionamento deve ser assegurado. Em seguida, o Estado brasileiro promulgou o decreto nº 10.282/2020, em 20 de março de 2020 que define os serviços classificados como essenciais: “aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população” e dentre esses serviços estão os voltados para “assistência à saúde incluídos os serviços médicos e hospitalares, assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade e atividade de segurança pública e privada, incluídas a vigilância, a guarda e a custódia de presos” (BRASIL, 2020)

Os serviços descritos acima são espaços ocupacionais de assistentes sociais e em relação às instituições de saúde os assistentes sociais se mantiveram na chamada “linha de frente”⁴² no combate ao coronavírus, em todos os níveis de complexidade. Estes profissionais são afetados diretamente enquanto classe trabalhadora e no exercício de suas funções, como trabalhador essencial no atendimento à população.

No âmbito dos serviços de saúde da rede pública fluminense que passaram a ofertar leitos exclusivos para pacientes com Covid-19, temos o HUPE que oferta serviços de saúde

⁴² Termo utilizado para designar os profissionais que atuaram à frente no enfrentamento da pandemia da Covid-19.

de alta e média complexidade e constitui-se de um hospital-escola ao realizar atividades de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para a formação de profissionais em diferentes áreas do conhecimento. Ainda que o exercício profissional se dê em um HU cuja missão envolve, a assistência direta aos usuários, o ensino, a pesquisa e a extensão. Identifica-se que a gestão do HU tende a priorizar a assistência direta aos usuários e o quantitativo de atendimentos de forma burocratizada. A carga horária de trabalho é organizada institucionalmente para priorizar a assistência, deslocando as suas demais atribuições para segundo plano, levando a uma sobrecarga dos profissionais e à necessidade de atividades fora do expediente de trabalho.

Essa alteração no cotidiano profissional é expresso pela assistente social, ao afirmar:

E aí, quando chega o cenário da pandemia, o HUPE se torna referência no atendimento em nível estadual. E aí, a partir disso, a gente vê a necessidade de uma reorganização do serviço. (Assistente social EE⁴³).

Diante da crise pandêmica, as ações e serviços de atendimento direto aos usuários, tiveram de ser readequados. Assim, conforme nota técnica emitida pelo Conselho Federal de Serviço Social (2020) o/a assistente social deve seguir os planos de contingências propostos pelas autoridades sanitárias competentes quanto às orientações para contenção da propagação do vírus e articular, com as equipes profissionais e os gestores locais, a realização de atividades, especificando as que possam ser mantidas e as que possam ser suspensas ou repensadas (CFESS, 2020).

O Conjunto CFESS-CRESS exerce o papel de orientação e fiscalização, uma vez que são direitos dos/as assistentes sociais, conforme artigo 7º do Código de Ética: “a – dispor de condições de trabalho condignas seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional (CFESS, 2020).

Corroborando as deliberações do CFESS, o Ministério Público do Trabalho, em Nota Técnica Conjunta Nº 02/2020 – PGT/CODEMAT/CONAP, orienta que os empregadores observem as medidas de segurança, garantindo boas condições de trabalho e meios de prevenção da Covid-19, como a disponibilização de água, sabão e álcool em gel 70% para higienização das mãos, alteração da rotina de trabalho e flexibilização da jornada (NOTA TÉCNICA CONJUNTA, nº 02/ 2020).

As principais estratégias adotadas para o exercício profissional na pandemia no HU nos primeiros meses da crise sanitária foram baseadas nas medidas de prevenção de

⁴³ Utilizou-se análise das entrevistas o termo “ Assistente Social A”, “Assistente Social B”, “Assistente Social C”, “Assistente Social D”, “Assistente Social E” e “Assistente Social F”.

transmissão da Covid-19, orientadas pelo Conselho Federal de Serviço Social e pelo Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro e pelas autoridades sanitárias, tendo em vista a suspensão de algumas atividades do cotidiano profissional e a readequação de outras. Com os protocolos estabelecidos para o enfrentamento da Covid-19 no HUPE, foram realizadas alterações substantivas nas rotinas institucionais, como por exemplo a suspensão de visitas, proibição da permanência de acompanhantes para usuários internados que não contam com legislação que garanta a sua presença, cancelamento de cirurgias eletivas e interrupção de atendimento ambulatorial.

A suspensão de algumas atividades do HUPE e a necessidade de novas e inéditas intervenções e ações levaram a reorganização repentina do serviço de saúde, trazendo implicações para todas as categorias profissionais e para os usuários assistidos nas clínicas especializadas. O Serviço Social inserido nas equipes multidisciplinares do HUPE, também foi impactado pelas mudanças de caráter emergencial implementadas.

Ao refletirmos sobre as ações profissionais e os rebatimentos trazidos pela pandemia, consideramos que o exercício profissional em uma unidade de saúde pressupõe uma aproximação com a população usuária e às suas demandas compreendendo-as no cotidiano que se concebem como expressões da questão social. inerente à sociedade capitalista. Permitindo a partir de uma análise sócio-política-econômica e institucional, inserir a população na rede de serviços inter e intra institucionais.

Para fins desse estudo, utiliza-se as contribuições de Miotto e Nogueira (2007) e de Miotto e Lima (2009) acerca das ações profissionais. Segundo Miotto (2001 *apud* LIMA, 2004, p. 61), a ação profissional é definida como:

Um conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética e, expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação quanto fundamentos teórico-metodológico e éticos-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem.

Ainda com base na autora, as ações profissionais se estruturam no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais se destinam. Bem como, na definição de objetivos e na escolha de abordagens adequadas que se aproximem dos sujeitos que são alvo da ação e que correspondam aos objetivos.(MIOTTO, 2006 *apud* NOGUEIRA; MIOTTO, 2007).

De acordo, com Mioto e Nogueira (2007) as ações profissionais não ocorrem de forma isolada, elas se articulam a eixos e processos que aproximam ou se diferenciam entre si. Nessa direção, as ações profissionais são estruturadas a partir de eixos dialeticamente articulados: os processos político-organizativo, processos socioassistenciais e os processos de planejamento e gestão.

As ações profissionais que se configuram como processos de planejamento e gestão envolvem atividades de planejamento institucional e de planejamento profissional, as primeiras compreendem ações ligadas à gestão e gerência das diversas políticas sociais, das instituições e dos serviços sociais ligados a tais políticas. São ações que os profissionais desenvolvem em cargos administrativos, de coordenações e gerenciais. O planejamento profissional está relacionado às ações que organizam uma intervenção específica, situando-a no processo coletivo de trabalho em equipe.

Os objetivos das ações em processos de gestão e planejamento implicam, com base em Mioto e Lima (2009): efetivar práticas intersetoriais e gerir as relações interinstitucionais e as informações aos usuários. Nessa direção, também são objetivos dessas ações: I. a criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais que contribuem para o trabalho profissional e para a equipe que integra; II. consolidar bases de dados e informações, alimentadas pela documentação do processo interventivo; III. construir protocolos de atendimento e redes etc. (MIOTO; LIMA, 2009).

No HUPE as atividades de planejamento institucional priorizam a articulação com as categorias profissionais que compõem a equipe de saúde para elaboração de protocolos. A ação adotada reafirma a importância do trabalho coletivo em saúde e traz à discussão que ele precisa ser muito mais do que uma “aproximação” entre as equipes profissionais, é primordial que o trabalho tenha o objetivo de desenvolver uma “integração”, na qual se produzam relações com base na interação dos sujeitos e na articulação dos saberes e fazeres na contribuição e desenvolvimento das trocas de experiência (MATOS *et al.*, 2010).

Os protocolos foram os primeiros instrumentos institucionais de orientação para as equipes de saúde, usuários e cuidadores/familiares nas primeiras semanas da pandemia. Eles foram construídos a partir das discussões com representantes das diferentes categorias profissionais lotadas no HU e em suas formulações foram consideradas as competências e atribuições profissionais para a divisão das equipes em grupos de trabalho. A partir da divisão das equipes foi possível listar as recomendações prioritárias que o momento exigia. Para tal foram considerados como orientações prioritárias: fluxo de admissão de pacientes pelo Hupe - Covid-19, fluxo de paramentação e desparamentação Covid-19, fluxograma da Enfermaria

Covid-19, comunicação ao Familiar/Cuidador, fluxo de pertences dos pacientes com Covid-19 e recomendação para o uso de máscaras descartáveis de pacientes e acompanhantes.

Sobre a organização do trabalho, a assistente social A informa:

A gente conseguiu otimizar, a gente ainda também conseguiu criar propostas de fluxos dentro da instituição, junto com outros atores, outros grupos de serviços, que não só de assistência, mas da internação, do núcleo de segurança do paciente. A gente trabalhou bastante no fluxo das visitas, no fluxo dos pertences, fluxos de coisas do dia a dia que se intensificaram muito. Então, esse trabalho junto com outros setores é muito importante. A gente produziu documentos, criou uma planilha de acompanhamento desses programas, projetos. Produzimos também uma orientação sobre trabalho remoto para a equipe, e propostas de fluxo. Então, assim, basicamente, na gestão, a gente foi trabalhando para conseguir melhorar a qualidade, melhorar a segurança no trabalho da equipe. (Assistente Social A).

Em relação às atividades de planejamento profissional foram elaborados plano de trabalho do Serviço Social, visando organizar as orientações dadas pelas autoridades sanitárias, adequar e estabelecer o fluxo de atendimento profissional no contexto de pandemia (Fluxograma Geral de Atendimento do Serviço Social). Exercício explicitado pela entrevistada a seguir.

A gente teve que mudar, em vários momentos mudava o panorama do trabalho, porque a gente começou, montou um projeto, depois que a direção pediu que a gente montasse o nosso projeto de trabalho para esse período. A gente fez um projeto escrito. O trabalho presencial ficou reduzido, porque tinha eu, as residentes do segundo ano, que é a M. e a E., e as residentes do primeiro ano, A. e I. (Assistente Social C).

A gente precisava estar atenta a tudo que estava mudando. A mudança era muito recorrente, muito rápida. A gente montou um trabalho de sistematização e avaliação de todo esse trabalho, fichas de trabalho, uma ficha para quem atendia o telefone e uma ficha para quem ficava lá embaixo na triagem e outra para o atendimento presencial desse paciente depois que começou a entrar o paciente na policlínica. (Assistente Social C).

No tocante a rede de recursos, devido à pandemia da Covid-19, houve restrições no funcionamento dos serviços da rede, tendo em vista que grande parte não estava funcionando e/ou funcionava de forma parcial, dificultando os atendimentos das diversas demandas dos usuários e de seus familiares/cuidadores. Alguns serviços estavam disponíveis, somente, em meios digitais, tornando complexa a integralidade do atendimento e o acesso dos usuários que possuem pouco ou nenhum grau de instrução e dificuldade no acesso a esses canais.

Os assistentes sociais do HUPE mapearam as redes e buscaram articulação intersetorial entre as equipes que compõem os equipamentos das políticas de assistência e previdência social, de proteção à criança e adolescência, à mulher e ao idoso de todas as

regiões administrativas fluminense a fim de viabilizar os atendimentos aos usuários dos serviços de saúde. Houve a criação de grupos de WhatsApp com profissionais das unidades de saúde referenciadas para atendimento da Covid-19 e da rede de saúde. Como expõe a assistente social E:

Uma outra dificuldade que a gente encontra, foi bem visível nesse cenário, é a realização do trabalho intersetorial. Isso é uma questão que já vinha sendo exposta anteriormente pelos desmontes das políticas públicas. Mas agora, com a questão da pandemia, ficou ainda mais claro que os serviços estão fechados, com a carga horária reduzida. Então, muitas vezes, a gente tinha que recorrer a contatos pessoais e não a contatos institucionais. E aí, muitas redes se fortaleceram nesse momento de assistentes sociais, mas redes pessoais. É um aspecto positivo que essa pandemia possibilitou um diálogo maior com outras equipes de saúde. (Assistente Social E)

Foi necessário eleger as prioridades de atendimento direto, como relata a assistente social E:

Nós centramos as nossas atividades no atendimento dos familiares. Nós utilizamos um instrumento que foi elaborado pelo *staffs*⁴⁴. A gente intitulou esse instrumento de ficha de COVID. E aí, a partir dele, a gente realizou busca ativa para identificação de pessoas de referência. Mas por que essas pessoas de referência? Com a questão do distanciamento social, o acesso à informação, o acesso ao usuário não poderia mais ser dado presencialmente. Então, também foi uma requisição institucional a passar até essa identificação de uma pessoa de referência até para facilidade da circulação da informação e facilidade também do trabalho em equipe. (Assistente social EE)

Os assistentes sociais elaboraram relatórios quantitativos e qualitativos dos atendimentos realizados e os mapearam a partir dos registros contidos no prontuário eletrônico e nas próprias ações profissionais, de acordo com o relato das profissionais:

A partir identificação, na nossa ficha, a gente fazia essa evolução e passava para a equipe responsável. Também com a busca ativa a gente passava até uma aproximação com o usuário, passava a identificar um perfil, situação previdenciária, situação assistencial, se a pessoa possuía algum vínculo empregatício, se tinha quais as orientações a partir disso, quais as orientações sociais a gente podia passar. Se a pessoa tinha acesso ao auxílio emergencial, se a pessoa poderia estar acessando o auxílio doença. Então, a partir desse primeiro contato para identificar a pessoa de referência, para identificar o perfil familiar, o perfil do usuário, a gente pode ter essa aproximação. Uma aproximação que foi remota. A gente passou a fazer esse contato pelo telefone. A gente fazia esse contato com os familiares. E, a partir disso, também a gente identificou as diversas expressões da questão social que estavam surgindo nesse cenário. Que se intensificaram. E, nesse período, a gente também passou a sistematizar nossas informações. Sistematizar os nossos dados. (Assistente Social E).

⁴⁴ Termo amplamente utilizado no HUPE, para se referir aos profissionais de saúde concursados, preceptores de residência, supervisores de estágio e/ou aqueles responsáveis pelos ambulatórios, pelas enfermarias, pelos programas e pelos projetos institucionais.

Eu acho que nós, do primeiro ano, ficamos bastante concentradas nesse processo em atualizar essa planilha, esse instrumento que era uma tabela que possibilitava um levantamento rápido e fácil dos usuários, um acesso de toda a equipe que permitisse não só o registro dos principais dados que a gente precisava naquele momento, como telefone. Depois a gente avançou e inseriu o quesito raça/cor, que já tinha na ficha, inserimos nessa tabela também, como endereço e vários outros elementos que são muito fundamentais para criar uma análise dos nossos usuários que a gente pretende depois usar também para pesquisas, para entender mais profundamente o que foi esse processo nesse período. (Assistente Social F).

Outra ação desempenhada no contexto da pandemia de Covid-19 refere-se à gestão da informação, com produção e divulgação de materiais informativos como folders e folhetos, com a finalidade de socializar informações e sensibilizar os usuários do HU com relação às formas de contágio e às medidas de prevenção do coronavírus.

As demandas sociais postas pela chegada da Covid-19 desafiaram o exercício profissional do assistente social, tendo em vista que a profissão figurou na linha de frente dos serviços. Os assistentes sociais, historicamente, são profissionais que atuam no suporte aos usuários e a sua rede de apoio social, com vistas à garantia do acesso à informação e a direitos fundamentais como a integralidade e humanização do atendimento. Para que esse processo ocorra é indispensável ao profissional formação a capacitação adequada para a realização da escuta atenta e no diálogo com o usuário, com a família e com as equipes assistenciais, reafirmando a contribuição do/da assistente social no trabalho interdisciplinar.

A profissão, de acordo com Carvalho e Netto (2007, p. 52) atua “sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos grupos subalternos e pauperizados ou excluídos dos bens, serviço e riquezas dessa mesma sociedade”, e que, assim, “atuam basicamente na trama de reações de conquista e apropriação de serviços e poder pela população excluída e dominada”. É imperativo, portanto, que o assistente social participe das mediações dos processos que informam as demandas das atividades no cotidiano profissional, sobretudo ao atuar como “mediador privilegiado” (CARVALHO; NETTO, 2007, p. 51) na relação entre população usuário e o Estado.

Para Matos (2020, p. 3), ao debater a relação profissional com a política de saúde no Brasil, sinaliza que “na saúde o objetivo do Serviço Social é a identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais que atravessam o processo saúde-doença para assim mobilizar recursos para o seu enfrentamento”.

Nesta direção, ações profissionais referentes aos processos político-organizativo⁴⁵ foram fortalecidas, mesmo no contexto adverso da pandemia. Dadas as demandas com características coletivas apresentadas pelos usuários ao acesso aos serviços de saúde, promovendo também a dimensão socioeducativa, por meio do acesso amplo e democrático aos espaços de participação. Os casos de pessoas acometidas por doenças crônicas, por exemplo, que necessitam diária e/ou regularmente comparecer a unidade de saúde tiveram seus direitos resguardado, especialmente pelo trabalho dos assistentes sociais ter contribuído para a ampliação da participação da população nos espaços coletivos e de poder, como o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Conselho Estadual de Saúde (CES) ao mobilizar e assessorar os usuários, com o objetivo de universalizar o acesso, de ampliar e efetivar os direitos sociais.

Destaca-se, ainda, a articulação das equipes de Serviço Social dos HU, dos Hospitais Federais e dos Institutos Federais para viabilizar o acesso amplo e democrático ao tratamento de saúde por doenças crônicas. As discussões estavam pautadas para que o Estado garantisse o acesso à gratuidade no transporte coletivo intermunicipal aos usuários que estavam em curso de tratamento oncológico (radioterapia e quimioterapia) e para aqueles que iriam iniciar o plano de cuidados, pois os postos de atendimento para confecção do Vale Social⁴⁶ estavam fechados. A articulação aconteceu de forma remota e foram realizadas importantes discussões no grupo de trabalho.

No que tange às ações dos processos socioassistenciais neles compreendidos como o atendimento aos usuários de maneira direta visando estimular a sua autonomia nas relações institucionais e sociais (MIOTO; LIMA, 2009). Destacam-se as ações socioeducativas cujos objetivos consistem em: tornar acessíveis para profissionais de saúde e usuárias/os informações sobre acesso aos serviços intersetoriais das políticas de assistência social, previdência social e trabalho e a reorganização dos fluxos de atendimento dos serviços de

⁴⁵ Segundo Miotto e Lima (2009), as ações profissionais no eixo político-organizativo objetivam encaminhar para a esfera pública as demandas dos sujeitos atendidos. Seu foco principal está em instrumentalizar a participação dos sujeitos, respeitando o potencial político e o tempo dos envolvidos. Consideram as necessidades imediatas, mas prospectam a construção de novos padrões de sociabilidade entre os sujeitos, porque estão guiadas pela premissa da democratização dos espaços coletivos e pela criação de condições para a disputa com outros projetos societários.

⁴⁶ O Vale Social versa sobre “a isenção do pagamento de tarifa nos serviços convencionais de transporte rodoviário intermunicipal de passageiros por ônibus do Estado do Rio de Janeiro, bem como nos transportes coletivos aquaviário, ferroviário e metroviário, não seletivos, sob administração estadual, para alunos do ensino fundamental e médio da rede pública estadual, para pessoas com deficiência e para pessoas portadoras de doença crônica de natureza física e/ou mental, cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida, será reconhecida nos termos da Lei Estadual nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005 e na forma deste Decreto”.

saúde em decorrência da pandemia de Covid-19 que potencializam o atendimento no SUS a partir do princípio da integralidade.

Ademais, foram realizadas através de teletrabalho com o uso de aplicativos de mensagens e/ou videoconferências atendimentos individuais voltados às orientações relacionadas aos benefícios e programas sociais como: o Programa Bolsa Família, acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), critérios e formas de acesso ao auxílio emergencial, este último exigiu da equipe decodificar as informações sobre suas alterações durante o período da pandemia, bem como compreender os motivos de recusa, pois inúmeros usuários encontraram dificuldades em ter suas solicitações atendidas. (Diário de Campo)

Além das orientações relacionadas ao acesso aos direitos trabalhistas, em função das demissões e acordos de redução da jornada de trabalho; previdenciários como auxílio-doença, procedimentos relacionados à realização de perícia online, acesso aos seus resultados junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e inúmeras demandas caracterizando a inacessibilidade aos recursos remotos implantados pelo INSS durante o período da pandemia. (Diário de Campo)

Nessa direção, o profissional contribui com o acesso e a integralidade da atenção na medida em que desenvolve ações de caráter educativo na prestação de serviços sociais que viabilizam o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, possibilitando que os interesses e necessidades dos usuários possam ser reconhecidas e visibilizadas. Destarte, os profissionais afirmam o compromisso com os direitos dos usuários e com a qualidade do serviço prestado. (IAMAMOTO, 2006).

O assistente social através do seu exercício profissional e da expressão político-pedagógico, insere-se em processos de luta pela defesa e ampliação dos direitos, com vistas a garantir a universalização das políticas sociais. O seu exercício profissional está pautado em ações que socializam informações e contribuem para a participação nos espaços de controle social. (IAMAMOTO, 2004).

O uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) como apontado acima guarda relação tanto com as ações de caráter educativo na prestação de serviços sociais que viabilizam o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, na atual realidade brasileira, quanto aos desafios, da nova morfologia do trabalho, orientada por uma precariedade estrutural das condições e das relações de trabalho na reestruturação produtiva (ANTUNES, 2018), da qual as assistentes sociais participam.

O desenvolvimento e o uso das TIC foram intensificadas no contexto da pandemia de Covid-19. As transformações desse processo trazem impactos para os espaços ocupacionais

dos assistentes sociais, afetam o acesso da população às políticas sociais públicas. Há estratos populacionais no Brasil que não têm acesso às TIC, seja pela dificuldade de acesso aos equipamentos, ou pela dificuldade de compreenderem o funcionamento e operacionalização, ou ainda pela falta de pacotes de dados. De acordo, com a Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Domicílios Brasileiros realizada pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC.br), responsável pela produção de indicadores sobre as TIC, 133,8 milhões de brasileiros usaram a internet em 2019, sendo o celular a principal forma de acesso. Os dados apontam que 92% dos entrevistados utilizaram as TIC, para se comunicarem e enviaram mensagens por WhatsApp, Skype ou chat do Facebook e 76% usaram redes sociais, como Facebook, Instagram ou Snapchat.

A pesquisa demonstra, ainda, que somente 36% dos entrevistados utilizaram as TIC para acessarem políticas públicas voltadas aos direitos do trabalhador ou previdência social e 28%, a documentos pessoais. Esse cenário foi rapidamente alterado, como divulgado pela Pesquisa Painel TIC Covid-19, cujos resultados indicaram aumento significativo do uso de aplicativos para o acesso às políticas sociais públicas, porém com significativos desafios para se efetivar a conexão on-line da população com menos renda.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (2020, p. 2), o uso das TIC repercutiu “[...] nos processos de trabalho em que nos inserimos, na relação com outras profissões e trabalhadores/as, na relação com usuários/as e nas condições éticas e técnicas de trabalho”. O cotidiano profissional tem sido atravessado e mediado pelo uso de tecnologias digitais.

Os desafios que se colocam ao exercício profissional são inúmeros, demandando para os profissionais compreendê-los por meio de uma postura crítica, analisando e problematizando como se expressam as velhas e novas expressões da questão social, postas como demandas ao Serviço Social,

Dentre as mudanças ocorridas na unidade de saúde durante a pandemia, foram os impactos no trabalho. As fortes mudanças e a introdução de ferramentas que remodelam o trabalho, impôs aos serviços a introdução para alguns profissionais e/ou a intensificação para outros no processo de remotização do trabalho por meio do teletrabalho, do *home office*. Essa nova cultura assimila conceitos que são muitas vezes utilizados como sinônimos com a eclosão da pandemia, mas possuem características próprias. Para o Cfess (2022, p.2) o trabalho remoto, “o teletrabalho ou trabalho remoto se insere como um dos experimentos para intensificar a exploração do trabalho e dificultar a organização política da classe trabalhadora”.

Com base nos autores Rocha e Amador (2018, p. 153), o trabalho remoto é “necessariamente ligado ao uso de TIC tem suas primeiras concepções apresentadas nos anos 1970, com o surgimento do termo teletrabalho (*telecommuting* ou *telework*) e a convergência das noções de “trabalho a distância” e “trabalho em casa”.

Ainda segundo os autores:

Observa-se que o interesse por tal modalidade de trabalho na época, principalmente na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), foi influenciado pela crise energética (petrolífera), a popularização do uso e a redução do preço das TIC (principalmente dos microcomputadores) e o surgimento da telemática – termo criado em 1978 para designar o “casamento” entre as TIC (SERRA, 1996). Na passagem dos anos 1970 para os 1980 surgiram diversas experiências de teletrabalho como alternativa para reduzir o movimento de deslocamento casa-trabalho e trabalho-casa (*commuting*, em inglês). (ROCHA; AMADOR, 2018, p.153).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) opta pelo termo teletrabalho (*telework*), destacando categorias específicas dentro dele. Para a Organização o teletrabalho deve ser conceituado quanto a diferentes variáveis: a) local/espço de trabalho; b) horário/tempo de trabalho (integral ou parcial); c) tipo de contrato (assalariado ou independente); e d) competências requeridas (conteúdo do trabalho). (ROCHA; AMADOR, 2018).

As profissionais apontam, em seus depoimentos, que devido o afastamento de parte dos profissionais, em decorrência da idade (sessenta anos ou mais), imunodeficientes, doenças preexistentes crônicas ou graves, como cardiovasculares, respiratórias e metabólicas; e gestantes e lactantes, a orientação da instituição foi de aplicar o teletrabalho, como previsto em legislação específica⁴⁷. As profissionais sinalizam como o teletrabalho foi realizado nos diferentes momentos da pandemia:

[...] um período de grande reorganização do serviço e essa reorganização se dá a todo momento, porque a vida é dinâmica. A gente está conseguindo fazer esse trabalho bem redondinho com quem está no remoto, com quem está no presencial, em escala[...] porque foi uma determinação da direção da unidade que a gente não ficasse exposto diretamente ao vírus, indo todos os dias, então a gente fez uma escala e quando a gente está em casa, também está em trabalho remoto, eu fico dando assessoria direto à enfermagem, para questões que as meninas da enfermagem são muito parceiras, eu queria até agradecê-las também publicamente, muito parceiras na policlínica e a gente conseguiu desenvolver um trabalho junto à enfermagem, junto às equipes médicas, muito interessante, muito bom e

⁴⁷ Lei nº 8802 publicada em 04 de maio de 2020 no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro estabelece que o Poder Executivo autorizado “a reduzir a carga horária ou a adotar regime de trabalho remoto para servidores estaduais efetivos ou comissionados, bem como para trabalhadores terceirizados, que exerçam suas funções em órgãos da administração estadual direta ou indireta ou ainda em empresas públicas estaduais.”

conseguimos abarcar as demandas que eram trazidas para a gente dos usuários desses atendimentos, desses ambulatórios, alguns ambulatórios tiveram. (Assistente Social C)

A questão do trabalho remoto também, colocando muitos... Tiveram que ir para o trabalho remoto, que era um grupo de risco, e a gente está assumindo isso de estar no trabalho remoto, ainda que a direção do hospital muitas vezes não estivesse sido muito clara. Mas, a gente foi colocando e buscando as legislações do CFESS, do CRESS, da própria pandemia do Ministério da Saúde, e da UERJ também, para a gente poder estar tendo as nossas ações enquanto gestão do serviço, enquanto chefia do serviço, com essas colegas que batalharam muito com a gente. (Assistente Social, A)

Porque à medida que a pandemia avançava, muita gente ia saindo, ia se colocando em trabalho remoto, seja porque tinha adquirido o vírus, seja porque estava remanejado para outra função. Isso exigiu da gente, enquanto equipe, um trabalho, assim, hercúleo, porque de uma equipe de seis assistentes sociais que nós tínhamos na época de um total de nove assistentes sociais, que hoje são 11, início de maio nós recebemos duas novas assistentes sociais, duas novas colegas, mas nós éramos nove assistentes sociais. Só que três estavam de licença maternidade, então tínhamos seis colegas realizando o trabalho presencial, e dessas seis colegas, cinco colegas foram para o trabalho remoto. Porque era um grupo de risco, seja por comorbidade ou seja por idade. Então, ficou, inicialmente, na verdade, ficaram duas assistentes sociais, [...], e depois mais uma saiu. E aí, inclusive, eu tive que falar, não, vamos mudar um pouco a forma de trabalhar, não vai dar para ficar somente na gestão, porque se for dessa forma, a gente não vai conseguir realizar o trabalho que precisa ser feito aqui. (Assistente Social B).

Uma das primeiras atitudes que nós fizemos foi o levantamento dos residentes que tinham alguma doença crônica ou estavam em grupo de risco para poder afastar esses residentes e para poder desenvolver atividades remotas. (Assistente Social, D).

As novas condições objetivas levaram os assistentes sociais a se adequarem ao teletrabalho, inclusive as profissionais provenientes da residência. Como uma das medidas para evitar o contágio do coronavírus, o incentivo ao teletrabalho tornou-se uma regra para muitos profissionais de diversas áreas e setores da economia. Esse novo cenário, imposto pelo teletrabalho, proporciona um conjunto de estudos sobre o tema, dos quais apontam que novas despesas passaram a fazer parte do orçamento da classe trabalhadora, como o aumento nas despesas com energia elétrica, aquisição de equipamentos para o trabalho, como celulares, computadores e impressoras, contratação de pacote de dados superior.

Em relação ao teletrabalho realizado pelos assistentes sociais fora das instalações do HUPE, foi desenvolvido com a utilização de equipamentos pessoais. Os assistentes sociais passaram a ser “invadidos” a todo momento por demandas institucionais, de outros profissionais tanto da equipe do HU, como de outras instituições. A introdução do teletrabalho gerou uma intensificação do trabalho, agora sem as fronteiras da instituição, o horário de trabalho passou a ser ampliado sem a contrapartida na remuneração.

A entrevista B aponta que a equipe de Serviço Social, em um dado momento, optou em organizar o trabalho presencial, utilizando-se, também, de meios remotos para que os atendimentos aos usuários fossem ampliados.

Também organizamos um trabalho de teleatendimento presencial, que ficou a cargo da residente de primeiro período. E acabamos fazendo também um sistema de escala, até pela questão da própria exposição do vírus. Com relação ao trabalho remoto, dentro desse contexto. De uma nova criação, de um fluxo de trabalho para esse momento pandêmico, o que a gente definiu foi que as assistentes sociais que estivessem em trabalho remoto, elas fariam a confecção de uma pasta de recursos, porque não era somente a política de saúde que estava mudando a sua atuação. Todas as demais políticas estavam mudando, estão mudando, e a gente precisava acompanhar isso até para poder referenciar esse usuário. Então foi construída essa equipe que estava em trabalho remoto, foi essa equipe que conseguiu construir essa pasta de recursos, que via as portarias, que via as novas determinações, ia atualizando essa pasta, e daqui as coisas iam mudando. A gente construiu um roteiro de um trabalho de referência do serviço remoto, então a cada dia uma assistente social ficava de referência. Em ligação direta com o trabalho presencial que nós estávamos desenvolvendo. E também elas faziam acompanhamento de alguns casos mais complexos. Que precisavam de um acompanhamento mais direto, que muitas das vezes nós que estávamos em trabalho presencial não dávamos conta. Porque acabou ficando uma demanda de trabalho muito grande. (Assistente Social B).

[...] foi juntar esse trabalho presencial com o trabalho remoto, o trabalho remoto está excelente também, assim como o presencial, a gente conseguiu unir, como a professora falou, ficava uma escala remota para dar suporte para quem estava lá e ainda está funcionando assim e está sendo muito bom, está sendo um trabalho muito interessante. (Assistente Social C).

É relevante ressaltar que os fins que a tecnologia alcançará vai depender dos objetivos dos sujeitos que a utilizam. Nesta direção, não podemos ser fatalistas e relacionar que o uso da tecnologia esteja apenas vinculada ao propósito do capital, há como na própria natureza do capital a contradição. Assim, percebe-se que esta ferramenta também está em disputa pelas classes antagônicas. Relembrando as palavras de Marx e Engels (2002, p. 19):

[...] a burguesia não só forjou as armas que trazem a morte para si próprio, como também criou os homens que irão empunhar estas armas: a classe trabalhadora, o proletariado. Na mesma medida em que a burguesia - isto, o capital - se desenvolve, também o proletariado se desenvolve.

Para Freire, Matos e Veloso (2020) é necessário identificar as potencialidades no uso das tecnologias tanto a serviço do capital como do trabalho, como forma de compreender as demandas que a realidade, em constante transformação, impõem como desafios e\ou como instrumento.

3.2 As Condições de trabalho do Assistente Social: considerações sobre a unidade de saúde

Na presente seção apresenta-se as contribuições das assistentes sociais entrevistadas e aponta-se para algumas questões vivenciadas por essas profissionais durante o período pandêmico, experiências que impactam nas condições objetivas para a realização do trabalho na política de saúde no HUPE.

O Serviço Social no HUPE é organizado por programas, distribuídos com base nas especialidades clínicas, como a geriatria, a urologia, a pediatria, a radioterapia dentre outros. Os assistentes sociais são inseridos nos programas tornando-se referências para os usuários, familiares e equipe de saúde. Devido a restrição de recursos humanos os programas são voltados a um público alvo específico e aqueles usuários inseridos em clínicas que não possuem profissional de referência são assistidos pelo “plantão social”⁴⁸. As escalas dos profissionais são definidas em conjunto com a chefia visando atender as demandas institucionais.

Voltando aqui à questão dos projetos e programas do Serviço Social do HUPE, é assim, a saúde do adulto, que é o maior de todos, que atende todas as enfermarias e ambulatórios de adultos no hospital, tem a saúde da mulher, que atende ginecologia, uma parte, de outra parte, atende a núcleo perinatal, tem pediatria, que é a saúde da criança, tem cuidados oncológicos, que atende no CUCC⁴⁹, que é o câncer, tem a hemoterapia, que é o banco de sangue, e tem a saúde mental também, que atende na psiquiatria do HUPE. Então, assim, esses projetos e programas, eles todos foram voltados para trabalhar com a Covid, e outros não (Assistente Social A).

Com a pandemia, a instituição sofre alterações que impactam no processo de organização do Serviço Social. De acordo com a entrevistada A:

A Organização do Serviço Social do HUPE é organizada por projetos e programas. Essa realidade da pandemia modificou, ela tem modificado a nossa rotina, o nosso dia a dia, o nosso cotidiano. Então, isso tem nos trazido muitos desafios. A primeira coisa que a gente já foi logo fazendo, em março, foi reorganizar a gestão, a vice-chefia. (Assistente Social A).

Ainda segundo a entrevistada:

⁴⁸ O “plantão social” é realizado por assistentes sociais staffs e residentes que atuam no programa da saúde do adulto. O atendimento é realizado por escala entre as profissionais.

⁴⁹ O Centro Universitário de Controle do Câncer (CUCC) foi planejado para concentrar os serviços oncológicos do HUPE, como a radioterapia, a oncologia/quimioterapia, a braquiterapia e os cuidados paliativos. Porém o plano inicial não foi concluído e atualmente, o CUCC volta-se apenas para o atendimento ambulatorial aos usuários em radioterapia e braquiterapia. A oncologia e os cuidados paliativos funcionam, também, em âmbito ambulatorial, porém em outros espaços do HU.

[...] toda a demanda que a Covid trouxe de reorganização do serviço, muitos continuaram funcionando como antes, e até aumentando também a demanda por conta de ser um hospital de alta complexidade, de tratar e acompanhar muitas doenças, tanto em nível ambulatorial, como na internação, que não foram suspensos com a pandemia, que é o caso de câncer, que é o caso do núcleo perinatal, que é a maternidade. (Assistente Social A).

A entrevistada C traz em sua fala uma reflexão dos primeiros momentos da pandemia, apontando sobre a reorganização constante do serviço e a apresentação de demandas para as assistentes sociais. Apesar da redução dos atendimentos ambulatoriais, muitos usuários apresentavam demandas mais urgentes e conseqüentemente exigiam da equipe maiores intervenções devido a gravidade de sua condição de saúde. Esses usuários necessitavam de articulações mais expressivas com rede de saúde dos territórios e os assistentes sociais se depararam com entraves, como sinalizado na primeira seção no tocante ao contato com a rede.

E também fomos convidadas para fazer um trabalho de acolhimento, que já existia o setor de acolhimento, mas agora vamos fazer uma parceria com a enfermagem, eles vão reestruturar todo o acolhimento, a gente vai fazer um novo trabalho no acolhimento, juntar o que a gente já fazia com a nova proposta, recebemos outros convites de trabalho também dos ambulatórios e assim, a gente conseguiu dar muito suporte à equipe médica também dos ambulatórios, porque na medida que se reduziu a quantidade de assistentes sociais, na medida que se reduziu presencial, a quantidade de ambulatórios funcionando, esses médicos precisaram muito do suporte do serviço social desses ambulatórios e os médicos, que eu digo porque eles solicitaram a nossa atuação muito mais ainda, porque tinham situações de pacientes muito graves, que eram atendidos presenciais e que como muitos ambulatórios estavam fazendo trabalho de teleatendimento, surgia essa demanda e a gente precisava estar acompanhando esses pacientes também. (Assistente Social C).

Vasconcelos (2007) em sua pesquisa realizada com assistentes sociais na área da saúde no Rio de Janeiro, aponta que esses profissionais se organizam institucionalmente seguindo a lógica de plantões, programas, projetos remetendo a postura passiva dos profissionais frente a rotina e solicitações institucionais.

As profissionais apontaram a elaboração de fluxos institucionais e outros que foram elaborados pelas distintas categorias profissionais, como dos assistentes sociais. Para a criação de fluxos próprios, no geral são levados em consideração as regras e os critérios de assistência aos usuários, seus familiares/cuidadores e do próprio serviço. Na fala da entrevistada C, a mesma traz a seguinte questão “esses médicos precisaram muito do suporte do serviço social desses ambulatórios e os médicos, que eu digo porque eles solicitaram a nossa atuação muito mais ainda”. Identifica-se uma tendência de os assistentes sociais

atenderem as solicitações de outros profissionais, em especial médicos, mesmo que fujam do fluxo estipulado. O assistente social não deixa de atender quando demandado.

A pandemia forçou a redução dos atendimentos presenciais no HUPE, bem como a realização de entrevistas sociais, a rotina nas enfermarias, atividades socioeducativas e coletivas, como grupos e salas de espera, atividades de ensino, como supervisão de estágio e preceptoria de residência em Serviço Social dando-se prioridade à realização aos atendimentos remotos com os usuários e seus cuidadores/familiares. Porém, em determinados programas não houve alteração no quantitativo de usuários atendidos pelos assistentes sociais, nos setores oncológicos, CTI e núcleo perinatal.

Foram abrindo enfermarias, abrindo CTIs. De um CTI geral, que era de 10 leitos, que foi inicialmente revertido para Covid. O CTI cardíaco, ele mudou, se dividiu com o geral, e passou de 10 leitos, chegou a 56 leitos, só de Covid, só de CTI. Fora as outras, da enfermaria, as meninas devem falar a quantidade porque não lembro. Então, o nosso trabalho, ele realmente foi moldado e reorganizado para isso, principalmente na saúde do adulto, que atende essas enfermarias e esses CTIs, ele foi voltado e reorganizado todo para isso. (Assistente Social A).

Trouxe grandes desafios para essa equipe de se reorganizar, em pouco tempo, para poder dar conta de atender. E com essa questão da gente também tentando se proteger. (Assistente Social A).

Acerca das condições materiais para a realização do trabalho, as entrevistadas mencionam diferentes cenários no acesso aos EPIs na instituição. Vale ressaltar, que no início da pandemia a utilização dos equipamentos era uma das principais formas de prevenção da Covid-19.

[...] com a gente não tendo um acesso muito amplo aos EPIs. Isso foi uma luta, foi uma reivindicação muito grande, e mesmo que a gente atendesse também os familiares, que foi o que a gente atendeu mais, também são pessoas que fundamentalmente teriam contato com pessoas infectadas. Então, a gente batalhou bastante isso junto com a chefia, com a equipe mesmo, de conseguir ter acesso aos EPIs para que a equipe pudesse estar protegida. Então, no campo da gestão, isso foi uma preocupação inicial de conseguir ter essa proteção. (Assistente Social A).

As diretrizes institucionais para o uso e acesso aos EPIs excluíram algumas categorias profissionais, tal decisão levou a exposição de alguns profissionais incluindo os assistentes sociais ao risco de contato, contágio e propagação do vírus. Segundo narram as assistentes sociais:

A gente, na gestão, tentando buscar meios para que essa equipe tivesse uma proteção desde o início. E assim, a gente conseguiu, ao longo desses meses, ter um acesso aos EPIs, a máscara N95, com ajuda do Dessaude, com uma enfermeira de lá nos ajudou no acesso e na importância. As próprias orientações foram mudando, que

no decorrer dos meses tinha que ter realmente todo o EPI para todos os que atendessem, independente da função. Porque, inicialmente, lá eles colocaram que o EPI era só para quem estava atendendo diretamente mais enfermarias de Covid. Mas, a gente foi caminhando nisso. (Assistente Social A).

Trabalhamos também para buscar EPIs para todos os residentes, que como a X. já falou, inicialmente a gente não tinha, a orientação era que só os profissionais que estavam diretamente nas enfermarias que iriam receber, o serviço social não foi direcionado para as enfermarias, então a gente estava atendendo só na nossa sala no início, e aí à medida que o tempo foi passando a gente conseguiu os EPIs, logo depois a gente também conseguiu o treinamento dessas residentes para o uso dos EPIs de forma correta, também fizemos o monitoramento desses profissionais residentes, porque à medida que a pandemia foi avançando, algumas residentes foram desenvolvendo sintomas respiratórios, outras positivaram para Covid, então a gente foi fazendo esse monitoramento semanalmente de todos os residentes, porque alguns estão dentro do hospital, outros estão na policlínica, tem gente na própria UERJ, em outros espaços, então a gente foi fazendo esse monitoramento e também fomos acompanhando as atividades remotas, propósito, de residentes que foram se afastando ao longo do perigo. (Assistente Social D).

Em alguns setores, os assistentes sociais acessaram os EPIs através da solidariedade de outros profissionais que compartilhavam os materiais recebidos com toda a equipe. A decisão institucional foi estabelecida na contramão das recomendações do CNS que recomendava proteção ampla e irrestrita aos profissionais da área de saúde:

Os serviços e sistemas locais de saúde devem assegurar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados ao risco em cada modalidade de serviço de saúde e reprogramar ações e o ambiente físico, assim como treinar adequadamente os trabalhadores com orientações sobre estratégias de prevenção e controle de infecção para utilizar quando houver suspeita de infecção pelo novo coronavírus (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020).

O CNS preconizou que os trabalhadores da saúde deveriam ter assegurado o acesso aos documentos e ao treinamento adequado nas normas vigentes de manejo e tratamento dos casos de contágio pelo SARS-CoV-2 e adoecimento pela Covid-19, embasadas nas melhores evidências do conhecimento e nas melhores práticas internacionais. Outra importante recomendação do CNS que não foi assegurada desde os primeiros momentos da pandemia no HU versa sobre:

Assegurar como direito dos trabalhadores da saúde: todas as medidas preventivas e de proteção necessárias para minimizar os riscos no trabalho, inclusive informações confiáveis sobre a saúde e segurança ocupacionais; medidas de segurança apropriadas, inclusive a segurança pessoal; um ambiente livre de culpa no qual os trabalhadores possam relatar incidentes, como exposições ao sangue ou fluidos corporais do sistema respiratório, casos de violência e adotar medidas para acompanhamento imediato, incluindo apoio às vítimas; procedimentos de autoavaliação da saúde e isolamento quando estiver doente; procedimentos para exercer o trabalho em locais de menor risco quando estiverem em condições de risco à vida ou saúde, como no caso de profissionais em situações de idade ou

comorbidades de maior vulnerabilidade, tendo a proteção para exercer esse direito sem consequências indevidas; garantia de que a eventual infecção por Covid-19 após a exposição no local de trabalho ser considerada uma doença profissional decorrente de exposição profissional (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020).

A entrevistada abaixo traz uma experiência diferente da vivência pelos assistentes sociais no Hu:

Visando já a questão da nossa proteção, a gente solicitou junto com a equipe do CCIH, fomos treinadas logo no dia 18, por essa equipe. Assim, diferentemente do HUPE, o nosso equipamento de proteção não incluía a N95, porque nosso trabalho era feito ao ar livre. Com distanciamento, e era um outro tipo de trabalho com os usuários que já tinham. Que não faziam parte dos grupos sintomáticos, então o trabalho era feito com outro tipo de EPI, com touca, com propé, com óculos, às vezes o capote e às vezes uma capa, além do jaleco. (Assistente Social B).

Na área da saúde foram necessárias mudanças nos fluxos de atendimento em todos os níveis de atenção em função da prioridade de cuidados aos usuários com sintomas respiratórios graves, mas também houve uma demanda crescente, à medida que avançou a contaminação, de informações sobre os serviços sociais.

As rotinas de trabalho modificadas devido à reorganização dos serviços em diferentes momentos da pandemia no HUPE, os assistentes sociais desempenharam seu exercício profissional dentro de suas competências e atribuições profissionais, considerando os desafios impostos pela Covid-19. Destaca-se nesse período a preocupação da chefia do Serviço Social do HUPE em garantir a segurança dos profissionais, por meio dos EPIs, devido à exposição no trabalho em saúde. Outro elemento importante que foi amplamente discutido no referido contexto está relacionado ao físico adequado para os atendimentos.

Quando tem esse atendimento presencial, a gente passou a atender em um lugar que é aberto. E aí fica a questão também da dificuldade de resguardo do sigilo profissional. Porque a gente fica pensando até onde a gente pode ir com esse usuário. Por conta do espaço. Mas aí entra também a dicotomia de... Tem a questão da exposição do risco. E a questão também do sigilo. (Assistente Social E).

No contexto da pandemia, coube ao assistente social redefinir suas ações com base nos parâmetros dos fundamentos da ética profissional, com base, especialmente na Resolução Cfess 493, de 21 de agosto de 2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Algumas exigências presentes na Resolução foram suspensas, destacamos a reformulação do terceiro artigo que libera o atendimento do assistente social de portas abertas como forma de mitigar o contágio por Covid-19. A

Resolução balizou o conjunto de cuidados com a realização do trabalho profissional durante a formulação das respostas a pandemia, mesmo com dificuldades e limitações.

3.3 A configuração da demanda na crise sanitária.

Na presente seção problematiza-se a configuração das demandas à profissão. Como ponto orientador da análise, recorre-se a Alves (2018) que realiza uma riquíssima pesquisa sobre a demanda de atuação de assistentes sociais em serviços de saúde. Ademais, dialoga-se com outros estudiosos, como Mota e Amaral (2000); Yamamoto (2002); Mito e Alves (2020); Bezerra e Araújo (2007) no decorrer da seção para aprofundar as requisições dirigidas aos assistentes sociais na área da saúde, na crise sanitária da Covid-19 como parte da análise em torno das falas das entrevistadas.

As contribuições apresentadas por Alves (2018) nos permitiu compreender que o estudo das demandas postas para o exercício profissional dos assistentes sociais, no âmbito da esfera pública dos serviços de saúde, pressupõe entender o contexto em que elas se inserem, a partir das determinações que se colocam como definidoras de suas configurações e reconfigurações.

Nesse sentido, a autora afirma que:

[...] as demandas no âmbito do Serviço Social são possibilidades objetivas que podem ser revertidas em realidade de acordo com a capacidade de respostas posta ao quadro societário. As respostas profissionais, por sua vez, dependem da compatibilidade (maior ou menor) com a hegemonia política que vier a afirmar-se e/ou da sua funcionalidade em relação às eventuais contra hegemonias que puderem se desenvolver. (ALVES, 2018, p.42 *apud* NETTO, 1996).

Para a autora,

A trajetória crítico-dialética de Netto (2011a) para elucidar a gênese da profissão e seu estatuto social identificou a importância de perquirir as demandas que lhe são socialmente colocadas pelo movimento das classes sociais e suas projeções em torno de uma institucionalidade sociopolítica própria da sociedade burguesa consolidada. No conjunto dessas transformações no campo profissional, Netto (1996) avaliou que ainda se constitui um campo imbricado entre demandas “tradicionais” e “novas”, tornando o universo de usuários mais heterogêneo e complexo a exigir mais criatividade e eficácia. (ALVES, 2018, p. 41 *apud* NETTO, 2011).

As mudanças no mundo do trabalho e a maneira como são implementadas as políticas sociais, em um cenário marcado pela desresponsabilização do Estado com a proteção social,

refletem diretamente na intensificação das manifestações da questão social e, conseqüentemente, nas demandas que são colocadas ao Serviço Social.

De acordo com, Mota e Amaral (2000, p. 25), as demandas “são requisições técnico-operativas que, através do mercado de trabalho, incorporam as exigências dos sujeitos demandantes”, ou seja, “elas comportam uma verdadeira ‘teologia’ dos requisitantes a respeito das modalidades de atendimento de suas necessidades”. Nessa direção, a legitimidade do Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, passa, fundamentalmente, pela sua capacidade de responder às necessidades sociais que são fonte de sua demanda (IAMAMOTO, 2002).

As demandas devem ser problematizadas no sentido de possibilitar a compreensão das mediações que relacionam as necessidades fundamentais do processo de reestruturação produtiva com as requisições do mercado de trabalho profissional. (MOTA; AMARAL, 2000).

Segundo Alves (2018) em diálogo com Netto, sinaliza:

[...] que as demandas estão majoritariamente atreladas à dinâmica das políticas sociais, cujo campo resulta de um complicado jogo em que protagonistas e demandas estão atravessados por contradições, confrontos e conflitos, considerando particularmente as características da sociedade brasileira e sua modalidade de inserção (periférica e heteronômica) no sistema capitalista que tende a não contrair a demanda objetiva de uma profissão como o Serviço Social. (ALVES, 2018, p. 41 *apud* NETTO, 1996, 2011).

Nas palavras de Bezerra e Araújo (2007, p. 204) “é condição *sine qua non* que os assistentes sociais identifiquem o conjunto das necessidades dos sujeitos demandantes — capital e trabalho — e contextualiza-las no capitalismo contemporâneo”. Neste sentido, os assistentes sociais ao conhecerem essas necessidades e suas determinações que as originam poderão construir o lastro que possibilita atender as requisições apresentadas no cotidiano profissional e impostas pelo mercado de trabalho. Para tal, é fundamental apreender que as demandas presentes no cotidiano profissional são decorrentes das implicações produzidas pela sociedade capitalista e a capacidade de respostas dos assistentes sociais está condicionada, “mas não só, ao projeto hegemônico que foi colocado para a sociedade brasileira nestes últimos anos”. (BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p. 204).

Com base nas reflexões trazidas pelas autoras, apresentaremos um conjunto de requisições aos assistentes sociais no HU durante a crise sanitária, seja demandas pela instituição, pelos usuários e pelos profissionais de saúde.

Como sinalizado na seção que aborda os processos de trabalho na pandemia, o HU alterou as suas rotinas, espaço de trabalho e intensificou o teletrabalho, a fim de atender as necessidades que o momento sanitário exigia. O HUPE passou a restringir a circulação de usuários, criando barreiras sanitárias em seus acessos. As barreiras sanitárias contavam com técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, seguranças patrimoniais, auxiliares de serviços gerais e administrativos.

Os profissionais de saúde realizavam a triagem dos usuários internos que buscam o HUPE para atendimento ambulatorial e para situações de emergência. Nos usuários internos, os profissionais realizaram a aferição de temperatura corporal e aplicaram testes RT-PCR e teste rápido de antígeno. Após, esses procedimentos e em caso negativo de resultado, os usuários internos eram referenciados para os seus ambulatórios de origem. Os casos positivos de Covid-19 eram direcionados para equipe específica e os casos graves eram referenciados para internação hospitalar. Em relação aos usuários externos que buscavam o HUPE para orientações e atendimento, eles eram referenciados para os centros municipais de saúde e/ou Clínicas da Família de seus territórios e Unidade Pronto Atendimento (UPA), em caso de suspeita de Covid-19.

A pandemia da Covid-19 se apresentou como o maior desafio sanitário deste século e em um Estado como o do Rio de Janeiro, marcado por sua grande desigualdade intra urbana — especialmente nas dimensões social, econômica e demográfica —, os desafios têm-se apresentado ainda maiores. Associado a estes desafios temos ainda, as incertezas, a desinformação sobre a pandemia e a alta taxa de mortalidade nos primeiros meses da pandemia, o que gerava angústias e medos tanto nos profissionais de saúde quanto nos usuários e seus familiares e cuidadores. O HUPE está situado neste Estado que recebe um grande fluxo de pessoas provenientes de outros países.

Nesse sentido, já se esperava que, ao início da pandemia, a cidade do Rio de Janeiro e a região metropolitana⁵⁰ apresentassem altas taxas de incidência de Covid-19, quando comparadas às outras regiões do estado do Rio de Janeiro e do Brasil. A diferença nas distribuições espaciais das taxas de incidência e mortalidade nas regiões do Estado pode ser explicada pela heterogeneidade socioeconômica e pela desigualdade intraurbana presente na região metropolitana do Rio de Janeiro. Os usuários internos e aqueles internados através do

⁵⁰ A Lei complementar nº 184/2018 dispõe sobre a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e define quais são os municípios que a integram. São eles: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Cachoeiras de Macacu, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Queimados, Rio Bonito, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá.

Sistema de Regulação em enfermarias, CTI e UTI destinados para atendimento da Covid-19 são majoritariamente oriundos da região metropolitana do Estado.

A implementação de medidas rígidas de distanciamento social, bem como de medidas não farmacológicas em nível individual, como o uso correto de máscaras aliada a outras medidas de controle de circulação, o HUPE instituiu a figura da pessoa de referência para transmissão de orientações acerca do plano de cuidados dos usuários internados (enfermarias, CTI e UTI) voltados para atendimento da Covid-19.

A instituição da pessoa de referência se deu, com a finalidade de identificar o sujeito responsável em receber as orientações remotas, na maior parte dos casos acerca do plano de cuidados e, conseqüentemente, diminuir a exposição dos familiares e cuidadores ao contágio do vírus. Essa medida se transformou em uma requisição institucional ao assistente social e exigiu a participação direta desses profissionais que realizaram inúmeros contatos com os familiares eleitos pelos usuários, quando resguardada a sua capacidade decisória e em, situações de restrição de sua autonomia devido intubação, dentre outros os contatos eram realizados, com base nos dados do prontuário eletrônico.

Os profissionais estabeleceram os contatos e mapearam os familiares e cuidadores que recebiam as orientações diárias do profissional médico da equipe de referência. A fala da entrevistada abaixo ilustra como ocorreu a busca pelo familiar/cuidador de referência no HUPE.

A gente realizou busca ativa para identificação de pessoas de referência. Mas por que essas pessoas de referência? Com a questão do distanciamento social, o acesso à informação, o acesso ao usuário não poderia mais ser dado presencialmente. Então, também foi uma requisição institucional a passar até essa identificação de uma pessoa de referência até para facilidade da circulação da informação e facilidade também do trabalho em equipe. (Assistente Social E).

Essa questão da pessoa de referência foi uma requisição institucional pela questão do distanciamento e as pessoas não poderem ir ao hospital para visitar, ou então para saber notícias clínicas dos seus familiares, o hospital preferiu eleger uma pessoa de referência familiar, ou então amigo, uma pessoa de referência mesmo, para estar passando esse fluxo de informações clínicas. Então é para isso a pessoa de referência. A gente direcionava nosso contato, nosso atendimento a essa pessoa, já que a gente também não estava entrando em enfermaria de Covid. (Assistente Social E).

Uma das entrevistadas aponta que a partir da demanda institucional a categoria profissional utilizou o espaço de troca com os familiares/cuidadores para orientações sobre as políticas públicas e ressaltar a importância do SUS para esses sujeitos.

Então, eu acho que a gente é voz, a gente é vez, para estar falando do SUS, para a gente fortalecer o SUS, é muito importante para a população brasileira no geral, e eu acho que a gente tem que ter em mente isso, gente, o fortalecimento da classe trabalhadora, dos pacientes, dos profissionais, dentro dessa lógica de fortalecer o SUS, como para combater, porque, assim, a gente está vivendo uma pandemia, mas podem vir outras situações que a gente não sabe, e que o nosso sistema público de saúde não consegue abarcar (Assistente Social B).

A gente se utilizou bastante da prática educativa pra refletir com esses usuários. (Assistente Social E).

Além das informações que a gente precisava passar no nosso contato, a gente precisava ter acesso também a essas informações, a gente buscava refletir sobre a importância do isolamento social, saber se essa família estava fazendo isolamento social, qual é o entendimento de isolamento social. E reforçar também a importância de evitar ir ao hospital. Que os contatos deveriam ser pelo telefone, porque o hospital é um lugar de alta exposição. E, principalmente, pra pessoas que são grupo de risco. Porque é muito que a gente identificava, tipo, um exemplo. Um marido estava internado e a esposa queria saber a informação, uma senhora idosa, e aí ela queria ir até o hospital pra receber informações clínicas. Então, a gente reforçava sempre isso, que é importante. Se teria uma outra pessoa de referência, um filho, pra estar recebendo essas informações e pra evitar ter que ir ao hospital. Até porque a equipe não estava atendendo presencialmente. Até hoje ainda não está. Então, o contato é todo remoto. E, além das dificuldades naturais da vida humana nesse cenário, porque desde o início a gente entrou no cenário da pandemia com medo (Assistente Social E).

Importante ressaltar que a vulnerabilidade social vivenciada pelos sujeitos usuários do serviço de saúde também se expressou na possibilidade de distanciamento social. Os indivíduos que vivem em situação de mais grave de pobreza, os que residem em aglomerados com alta taxa de densidade domiciliar, os que possuem empregos mais precários e com rendimento insuficiente para o provimento de suas necessidades os forçava a procurar alternativas como complementação da renda familiar e o descumprimento do distanciamento social.

As questões acima estão relacionadas à esfera do trabalho onde a polivalência, a precarização e a flexibilização dos direitos, que têm como expressão o trabalho por contrato, terceirizado, parcial e intermitente. Essa realidade de intensa precarização na relação contratual no mercado de trabalho é favorecida pelo projeto neoliberal, que traz a sustentação jurídico-política à esfera do trabalho, tendo em vista que possibilita a regressão dos direitos trabalhistas da população brasileira e restringe a função regulatória do Estado, num processo de retrocesso da política previdenciária e trabalhista. Portanto, no Brasil, essas relações precarizadas no mercado de trabalho já existentes são aprofundadas na pandemia.

Desse modo, as questões presentes no mundo do trabalho somam-se às características do projeto neoliberal e são agudizadas na crise sanitária. Assim, a classe trabalhadora desempregada ou subempregada, com direitos trabalhistas destituídos, também fica à mercê

de políticas sociais precárias e alheias à lógica do direito, numa retomada das ações filantrópicas e da omissão do Estado.

Portanto, a população sofre impacto: do mundo do trabalho, a partir do desemprego ou de contratos precários e temporários de trabalho; do Estado que assume os interesses do capital, num processo de destituição de direitos sociais, de focalização, restrição e/ou destruição das já escassas e residuais políticas sociais e do adoecimento por Covid-19 seja o seu próprio e/ou de seu familiar.

Outro aspecto relativo às demandas institucionais colocadas para o serviço social na pandemia se refere à redução de profissionais tanto de Serviço Social quanto de outras áreas da saúde, ou seja, os assistentes sociais necessitam reorganizar o atendimento das demandas em função do número de profissionais e em alguns casos absorve atribuições antes dirigidas a outros profissionais. Não houve contratação de novas assistentes sociais, como ocorreu com outras categorias profissionais no HUPE. Identifica-se um volume expressivo de demandas para o atendimento dos assistentes sociais.

As questões relativas ao processo de gestão de fluxos institucionais também demandaram requisições aos assistentes sociais, como mencionado na seção anterior onde os profissionais foram solicitados a participarem de grupos de ação para elaboração de fluxos e foram incluídos em grupos de WhatsApp com diferentes equipes para mitigar as necessidades que se apresentavam no decorrer na pandemia. Além disso, foram propostas pela instituição: reuniões, estudos de caso, manutenção de grupos socioeducativos e a criação de vídeos informativos, fora do horário de trabalho e como sinalizado, a invasão do espaço privado passou de ocasional para permanente e recorrente.

Pensar a política de saúde em contexto de crise sanitária e ultraliberal de redução de gastos destinados ao SUS, num contexto de desmonte do SUS, gera o agravamento da desigualdade no acesso aos serviços e aos recursos tecnológicos. Antagonicamente, vivemos um contexto de intenso desenvolvimento tecnológico e, portanto, com possibilidades de enriquecimento da humanidade, associado ao modelo toyotista de produção, de hegemonia neoliberal e de globalização desigual, tem-se um aumento considerável do tempo de trabalho excedente e, conseqüentemente, maior extração da mais-valor, maior exploração. De acordo com Antunes (2018), há uma disponibilidade perpétua para o trabalho e precariedade total dos direitos. Assim, na ordem capitalista, o intenso desenvolvimento tecnológico associado à precariedade do mundo do trabalho conduz a maior valorização do capital.

No tocante às requisições comuns dos usuários aos profissionais de saúde identificou-se as seguintes: informações de funcionamento e fluxo dos serviços de saúde,

campanhas de vacinação, serviços oferecidos nos centros de saúde e nos Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), benefícios eventuais, acesso à alimentação devido à insuficiência financeira da população usuária do SUS e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), situações de violências, auxílio funeral, sepultamento gratuito e outros serviços de suporte aos usuários que apresentaram agravos em sua saúde pós Covid-19. Foram observadas, solicitações de comunicação com os demais familiares através de aplicativos de mensagens e/ou videoconferências. Nesse período, a unidade de saúde ainda não contava com aplicativo de teleassistência em saúde⁵¹.

Abaixo as entrevistadas apontam como as demandas chegam ao Serviço Social pelos profissionais de saúde:

A gente passou a ser requisitada pelas equipes de saúde e as requisições por parte das famílias dos usuários. (Assistente Social E).

A gente, nesse período de pandemia, com o sucateamento do SUS, a gente viu as múltiplas expressões da questão social aflorando mais ainda. Porque aí chega a situação de morte, desemprego, outras pessoas também tendo problemas para acessar benefícios previdenciários, assistenciais. Então, assim, a pandemia atingiu globalmente a vida das pessoas. E assim, aí a gente fala, fala, fala (Assistente Social E).

Alves (2018, p. 42 *apud* Netto 2011, p. 32) sinaliza que as demandas são repercutidas na profissão no seguinte formato: “o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc”. Vasconcelos (2012, p. 34) contribui para o debate ao sinalizar que:

[...] os assistentes sociais são solicitados pelos profissionais de saúde para atender demandas que facilitem o andamento e a solução de suas ações, o que resulta na absorção e ocultação dos conflitos institucionais e/ou das demandas que perturbam o funcionamento da unidade de saúde/instituição e desenvolvimento das ações dos demais profissionais”.

Na direção da discussão, Matos (2017, p. 67) apresenta como alguns dos “problemas” da área da saúde, a pauperização, a velhice, a ausência de vínculos familiares, compreendidos como de responsabilidade exclusiva dos assistentes sociais. Esta cobrança segundo o autor

⁵¹ A teleassistência em saúde visa contribuir para a redução das filas e a qualificação do cuidado pelo atendimento por especialistas. O Centro de Teleconsulta tem capacidade máxima para atender 12.000 consultas por mês em sua primeira fase, e está localizado no Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid, prédio anexo ao HUPE. Pelo sistema são feitas, além das consultas, avaliações de diagnóstico e prescrições. Para acessar a teleconsulta, o paciente deverá concordar e poderá declinar a qualquer momento, seguindo as orientações da legislação vigente.

expressa duas reduções “a primeira de por para a (o) assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo, a segunda, a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas públicas do capitalismo”.

Observa-se que com a crise sanitária, as demandas que tradicionalmente são dirigidas aos assistentes sociais são tangenciadas por novas determinações oriundas das mudanças societárias e pelas contradições inerentes ao SUS. Segundo Alves, Miotto (2020, p. 2), a peculiaridade da crise sanitária “impõe a urgência de aprofundar o conhecimento sobre as requisições dirigidas aos assistentes sociais pela política social e como essas requisições se configuram no campo das instituições e dos serviços sociais”. Os usuários buscam respostas às suas necessidades no HUPE e durante a pandemia notou-se que a jornada institucional desses usuários iniciava e/ou terminavam no Serviço Social.

Assim, apresenta-se como parte das determinações levadas aos assistentes sociais, fruto das mudanças e impactos da pandemia, a necessidade de administrar as contradições inerentes ao SUS e as políticas públicas, no que se refere ao processo de reorganização e acesso ao sistema. Demandas que apontavam a inacessibilidade dos recursos remotos como: os implantados pelo Inss e o auxílio emergencial, a Defensoria Pública, o teleatendimento da equipe de saúde, seja pela ausência de equipamento compatível com os aplicativos disponíveis, seja por ausência de internet em banda larga ou compreensão do funcionamento das tecnologias, recusa, e dificuldades em ter suas solicitações atendidas.

O exercício profissional está permeado pelas tentativas de equacionar o atendimento dos direitos, das reivindicações e das necessidades da população usuária diante da falta e/ou baixa resolutividade de setores do HUPE e do próprio sistema de saúde, como expressa a assistente social:

A gente pôde identificar que, consideravelmente, visualmente, foi alterada e aumentou as nossas demandas para o serviço social. Tanto de usuários internados quanto os usuários ambulatoriais que ainda buscavam o serviço presencialmente. (Assistente Social E).

De acordo, com Chauri (2021, p. 1367-138) o Serviço Social, ao ter sua atividade voltada às expressões da “questão social”, coloca a cidadania, a defesa, a preservação e a conquista de direitos como foco do seu trabalho, o que estabelece uma histórica interface com o direito, em uma perspectiva de garantia de direitos.

Os assistentes sociais que atuam na área da saúde encontram um terreno repleto de desafios, mas fértil de possibilidades de luta, resistência e construção que somente através da

pesquisa, da investigação qualificada encontram seu potencial para um exercício profissional e atualizada e diferenciada teórico-metodologicamente.

De acordo com Sarreta e Bertani (2011, p.34), o Serviço Social:

Vem produzindo conhecimentos e experiências para o enfrentamento dos desafios vivenciados nesta área, provocando o alargamento da prática profissional, que, associada à produção de conhecimentos e à qualificação profissional, vem legitimando o trabalho ampliando as possibilidades de acesso e inclusão social.

3. 4 O estágio em Serviço Social no campo HUPE.

Os sistemas educacionais foram afetados pela pandemia da Covid-19 provocando o fechamento de instituições de ensino, como escolas, faculdades e universidades (UNESCO, 2020) em diversos países. Esse fechamento ocorreu em decorrência de projeções realizadas a partir de dados científicos nas quais se estimava que o período de quarentena perduraria por, no máximo, 90 dias (OMS, 2020).

Em virtude do cenário pandêmico, o Comitê Operativo de Emergência do Ministério da Educação (COE-MEC) (BRASIL, 2020) foi instituído e foram publicadas a Portaria n. 343/2020 (alterada pelas Portarias n. 345/2020 e n. 395/2020) e uma Medida Provisória (n. 934/2020), as quais autorizam a substituição de aulas presenciais por aulas em meios digitais – que utilizem meios e tecnologias de informação e comunicação (exceto estágios, práticas de laboratório e, para os cursos de Medicina, os internatos). Foi autorizada, também, por meio da publicação desses documentos, a flexibilização dos dias letivos, desde que mantida a carga horária mínima dos cursos (BRASIL, 2020).

Diante do contexto relatado, o Conselho Nacional de Educação (CNE) emitiu o Parecer n. 5/2020, que apresenta orientações para reorganização dos calendários escolares (da educação infantil à superior, incluindo modalidades como Educação de Jovens e Adultos e Educação Especial) e realização de atividades pedagógicas não presenciais durante o período de pandemia, bem como a consideração de tais atividades na carga horária do ano letivo (BRASIL, 2020). Com relação ao Ensino Superior, considerando as normas que regulam a Educação a Distância (EaD), o parecer dá ênfase à adoção de atividades por meios digitais e ao uso de ambientes virtuais de aprendizagem como forma de substituir as atividades presenciais, viabilizando continuidade do ensino durante a pandemia.

O ensino remoto apresentou-se como uma das alternativas emergenciais no que concerne ao desenvolvimento e continuidade do ensino e no 13 de março de 2020, a UERJ

em nota oficial, estabeleceu orientações acadêmicas quanto à suspensão das atividades acadêmicas.

O HUPE é uma dos principais campos de estágio da Universidade recebendo alunos de diversos cursos de graduação e de especialização na modalidade de residência. Devido ao risco de exposição e contaminação por Covid-19, o hospital baseado nas orientações da UERJ e dos decretos estaduais suspendeu as atividades dos estagiários e residentes.

No que tange os estagiários (obrigatório e não-obrigatório) de Serviço Social, a ABEPSS em nota oficial⁵² publicada em 03 de abril de 2020, em que manifesta: “[...] SUSPENSÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL, com manutenção dos respectivos “Termos de Convênio” e a manutenção das bolsas de estágios, como medida de proteção e combate ao Coronavírus (COVID 19)”.

A pandemia gera repercussões e desafios ao processo de formação:

Pode-se observar grandes impactos sobre o estágio em Serviço Social, desencadeados pelas requisições do ensino e do trabalho remotos da/o assistente social, suscitando atenção profissional dos sujeitos envolvidos neste processo. Considerando que a concepção de estágio supervisionado, seus princípios, diretrizes e política só podem ser interpretados quando remetidos a um projeto de profissão, que conduz a determinado perfil profissional, a disputa por essa concepção é imprescindível, porque ela demanda indagar qual perfil de profissional que se deseja formar e para qual sociedade (LEWGOY, 2021, p. 29 *apud* GUERRA, 2016).

Nesta dissertação o estágio em Serviço Social é compreendido como:

[...] atividade pedagógica, que pressupõe ação conjunta entre supervisão acadêmica e de campo, integrando planejamento, acompanhamento e avaliação do processo ensino aprendizagem e do desempenho do estudante no desenvolvimento de sua capacidade de investigar, aprender criticamente, estabelecer proposições e intervir na realidade social. (LEWGOY, 2021, p. 32)

A assistente social entrevistada expressa como a suspensão das atividades de estágio e residência em Serviço Social no HUPE, nos meses iniciais da pandemia foram sentidas pela equipe, considerando o seu papel na formação profissional :

Lidar com essa diminuição da equipe é um desafio, porque a gente teve um aumento da demanda. Porque o hospital é para o universitário, então, as demandas, como a gente falou, dos programas, dos projetos, trabalhar com residentes, trabalhar com estagiários, tem uma dimensão do ensino muito forte. E aí, a gente teve um

⁵²Disponível

<https://www.abepss.org.br/noticias/coronavirus-abepss-se-manifesta-pela-suspensao-das-atividades-de-estagio-supervisionado-em-servico-social-367> Acesso em: 05 de jun. 2023

aumento da dimensão assistencial muito grande nesse momento de pandemia, nesses meses até agora, e de organização. (Assistente Social A)

As discussões acerca das condições objetivas do estágio, da proteção dos estudantes, das formas de supervisão, do estágio remoto e híbrido, do sigilo, das competências e atribuições profissionais foram sendo construídas em parceria com as supervisoras de campo, com as docentes e com a coordenação de estágio da Faculdade de Serviço Social (FSS) da UERJ.

À medida que as discussões avançavam e a possibilidade do estágio remoto se concretizava, novos desafios e limites eram colocados ao exercício profissional. O estágio remoto, assim como o teletrabalho exigiu a adequação do ambiente doméstico para realização de supervisões e atividades com os estagiários, resguardando o sigilo e o compromisso ético-político. Nesse período, foram realizadas propostas de atividades virtuais da supervisora acadêmica com os estagiários e supervisoras de campo no turno noturno⁵³. Ressalta-se que as atividades desenvolvidas com os estagiários e/ou com a supervisora acadêmica eram realizadas fora do horário de trabalho e com os instrumentos de TIC das próprias assistentes sociais.

Diante da aquisição de vacinas e início da imunização dos profissionais de saúde do HUPE, identifica-se um esforço e uma mobilização da Chefia de Serviço Social em garantir que os estagiários (meio remoto) fossem contemplados nas listas de vacinação. Ademais, com a possibilidade estágio híbrido após o cumprimento dos critérios estabelecidos pela coordenação de estágio da Faculdade de Serviço Social, como número de doses, condição de saúde, dentre outros, em consonância com as normativas emitidas pelos órgãos da categoria identifica-se a busca de EPIS e suas reposições para os estagiários.

O estágio híbrido possibilitou o retorno do estagiário ao campo, porém aumentou a sua exposição a ambientes de contaminação e exposição a Covid-19, haja visto que os espaços sócio-ocupacionais no interior do HU nem sempre apresentam as condições físicas e materiais propícias para permanência do aluno. Os casos de suspeita e confirmação de casos de contaminação dos estagiários eram monitorados, notificados às autoridades sanitárias e reportados à coordenação de estágio da FSS.

Outro elemento debatido e que gerou insegurança para as supervisoras na retomada do estágio está relacionado ao fato dos estagiários não possuírem as mesmas prerrogativas que a

⁵³ O curso de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro é ofertado apenas no turno noturno.

condição de servidores públicos lhe conferem. Os estagiários não possuem as mesmas seguranças legais e de proteção ao trabalho, em casos de óbito e de afastamentos.

3.5 A residência em Serviço Social: o HUPE como instituição formadora

Como mencionado anteriormente, assim como o estágio, a residência também sofreu os impactos da pandemia, sendo necessária a elaboração de legislações, normativas e portarias que versassem sobre a sua prática no território nacional.

Considerando o HUPE, como espaço privilegiado para formação e aperfeiçoamento profissional de residentes em Serviço Social discute-se sobre as experiências vivenciadas pelas assistentes sociais na preceptoria, no exercício profissional e na coordenação adjunta da residência.

A Assistente social apresenta abaixo as primeiras indagações após a crise sanitária ter sido decretada pelo governo brasileiro e pela própria OMS, o lugar que o HUPE na formação de profissionais para o SUS e a residência:

O Brasil já tinha decretado em fevereiro a emergência de saúde pública de importância nacional e logo depois, dia 11 de março, a OMS decreta a pandemia do Covid-19. E aí temos uma pandemia, temos o trabalho do Serviço Social dentro do Hospital Universitário, que tem como objetivo formar os profissionais do SUS, para o SUS, e assim com a responsabilidade ética do Serviço Social de estar ali e dentro de um hospital que tem esse caráter formativo. Então, com isso, com a pandemia, a coordenação precisou pensar como a gente ia organizar e acompanhar esse processo de mudança que se daria de março para frente. Eu notei algumas coisas. E aí o que aconteceu nisso, nesse processo? (Assistente Social D)

A entrevistada ilustra como ocorreu a suspensão das atividades teóricas da residência e o quantitativo de assistentes sociais residentes inseridas no HU:

Nós tivemos que vivenciar, como os colegas já falaram, as mudanças de fluxos, de orientações e de protocolo na prática, atuando ali no nosso cotidiano profissional. Uma das primeiras medidas que foram tomadas e adotadas foi a suspensão das atividades teóricas da residência pela Universidade, e aí também depois outros órgãos, outros setores também conduziram da mesma forma, o Ministério da Saúde, o Fórum dos Coordenadores, a própria CoreMU, e aí diante disso tudo a gente, da coordenação, desenvolvemos algumas ações que eu trouxe para apresentar para vocês como foi o trabalho mais ou menos nesse período. Então o Serviço Social tem um grupo de 32 residentes, 16 de primeiro ano, 16 de segundo ano, só uma residente que no momento já estava afastada, ela estava de licença maternidade, então nós tínhamos 31 residentes que atuavam no serviço em meio à pandemia. (Assistente Social D)

Como mencionado no capítulo 2, as atividades teóricas foram suspensas, com o intuito de evitar o contágio da comunidade universitária e as atividades práticas foram realizadas, em consonância com as questões levantadas pelo CNS, pelo Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde e pelo Fórum Nacional de Tutores e Preceptores.

Na fala abaixo a entrevistada apresenta os primeiros casos de Covid-19 entre as residentes e os desafios para que essas profissionais tivessem o acesso ao atendimento de saúde garantido no HUPE.

E à medida que a pandemia também ia avançando e as pessoas, os residentes começam a ter sintomas de Covid-19, também foi um dos nossos desafios garantir que esses residentes conseguissem passar pela triagem, conseguissem ser testados, ter o atestado e o afastamento garantido, então essa também foi uma das nossas tarefas enquanto coordenação da residência. (Assistente Social D)

A fala acima traz reflexões relevantes sobre a condição de trabalhadora inserida na política de saúde no contexto pandêmico no HUPE. A entrevistada aponta que apesar das residentes exercerem suas ações profissionais neste contexto e de estarem expostas a contaminação, a precarização do trabalho, ao adoecimento físico e mental e ao óbito por Covid-19, a instituição não lhes assegurava o acesso ao atendimento especializado em caso de suspeita e confirmação de Covid-19.

A situação descrita expõe a condição de trabalhadora das assistentes sociais residentes que são submetidas “aos mesmos processos de degradação e violação de direitos que sofre o conjunto da classe trabalhadora, no interior da heterogeneidade que a caracteriza.” (RAICHELIS, ARREGUI, 2021, p.144).

Conclui-se que mesmo diante da precariedade do trabalho a categoria dos assistentes sociais mobilizou-se para que as residentes tivessem a garantia e a capacitação para utilização dos EPI, acesso ao atendimento de saúde no HUPE e aos direitos de afastamento na condição de trabalhadora. Preconizou-se a distribuição nos cenários de prática em escalas nos serviços, com finalidade de evitar a sua superlotação. (BRASIL, 2020; FÓRUM NACIONAL DE COORDENADORES DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE, 2020)

Considerações Finais

Ao longo do processo de pesquisa, deparei-me com elementos intrínsecos e centrais à ordem capitalista - a necessidade da expansão acelerada do capital e suas particularidades na formação social periférica e dependente do Estado brasileiro. Apesar da independência política, o país conservou a dependência econômica do período colonial, ao manter uma economia voltada para a exportação de produtos primários. Em suma, a condição dependente do capitalismo brasileiro é consequência do desenvolvimento desigual e combinado do capitalismo enquanto sistema mundial que reproduz continuamente uma relação hierárquica entre centro e periferia.

O desenvolvimento do sistema capitalista no Brasil realizou-se por meio de uma combinação entre o moderno e o arcaico. As estruturas agrárias herdadas do período colonial foram conservadas e adaptadas à dinâmica industrial. A aceleração do desenvolvimento da indústria sob o *slogan* “cinquenta anos em cinco” aconteceu com o recurso ao capital estrangeiro.

A crise capitalista no final da década 1960 trouxe profundas mudanças, inclusive nos países centrais que possuíam uma forte concepção de seguridade social, mas também para o Brasil. O país estava na contratendência da ordem econômica e política internacional, pois na década de 1980, através de lutas sociais, o Brasil conquistou uma das constituições mais avançadas do mundo, em especial, na área social. Assim, a partir da década de 1990, o país sofreu com as investidas da política neoliberal, a partir de acordos internacionais, o que levou a inversão de suas prioridades e esvaziamento das conquistas alcançadas no processo constituinte.

O papel do Estado social no capitalismo dependente brasileiro se restringe, cada vez mais, à manutenção das condições mínimas, via programas assistenciais de transferência de renda, bem como à gestão do processo de privatização das políticas sociais e de apropriação do fundo público pelo capital. No atual estágio de crise estrutural do capitalismo, em que o desenvolvimento de suas contradições parece ter atingido o nível máximo, a perspectiva é de aprofundamento da barbárie⁵⁴ e reversão dos marcos civilizatórios. (NETTO, 2010)

⁵⁴ Netto (2010) em seus estudos apresenta a face mais evidente da barbárie contemporânea que é “a articulação da repressão aos pobres com a minimização dos programas de combate à pobreza”. No atual momento, essa face se camufla e refaz a cada nova “troca” de máscara. A face contemporânea da barbárie se apresenta nesta mesma face que resguarda os interesses capitalistas e reprime os pobres, mas alterando as máscaras tomam fôlego, constantemente, para recriar novas modalidades de barbárie ao extinguir direitos, exacerbar a classe trabalhadora, e treinar os discursos e olhares para dissimular que os recorrentes tsunamis nas áreas sociais.

É mister compreender a interligação e os rebatimentos dos aparatos do Estado nas políticas sociais. Os estudos de Galizia; Pastorini (2006) indicam que as políticas sociais passam por alterações institucionais que afetam a sua formulação, gestão e operacionalização, “o que possibilita a identificação de alguns traços já vistos: desinteresse/derresponsabilidade estatal pelos sistemas de proteção social permanente; seletividade e focalização na alocação dos recursos públicos gerais; privatização do acesso aos bens e serviços com a consequente individualização da responsabilidade dos riscos”. (GALIZIA; PASTORINI. 2006 p. 95)

Esse contexto tem reflexos importantes na política de saúde brasileira, em uma perspectiva privatista, na qual observamos o desmonte das políticas sociais, em especial a de saúde, o acesso desigual nos serviços, o desmonte do SUS e a redução dos gastos com a saúde pública. As análises realizadas neste estudo tiveram como intuito situar historicamente a forma que as necessidades do capital impactam na sociedade brasileira e na classe trabalhadora.

Segundo Mota (1995), a crise na saúde e na sociedade em geral partem de um discurso ideológico e alimentado por uma “cultura política de crise” (MOTA, 1995), concebida desde o início dos anos 90, no qual os ajustes e retiradas de direitos são considerados inevitáveis.

De acordo com Cislighi (2019), observa-se uma relação histórica entre público e privado no setor de saúde brasileiro, intercedida pelo papel do Estado e do fundo público na sua regulação e financiamento. Nessa direção, Silva; Ruiz (2020, p.3) sinalizam que vivemos um período de aprofundamento contrarreformista, “que incide sobre essa manutenção contínua da economia dependente, cujas formas de transferência de valor se pautam, cada dia mais, pela punção do fundo público operada por meio da articulação entre as burguesias nacionais e internacionais e do prevailecimento das frações financeiras”. Para os autores, esse processo “é materializado como forma de ampliar a utilização do fundo público para o pagamento da alegada dívida pública, estabelecimento de superávits primários, financiamento de projetos capitalistas e tantas outras funções alheias aos interesses das classes trabalhadoras”.

A crise sanitária, imposta pela pandemia de Covid-19, evidenciou as crises econômica e social vivida pelo país e acentuadas desde 2016 com o golpe parlamentar. O desfinanciamento das políticas sociais a partir da aprovação da EC n. 95/2016 e as profundas alterações advindas das reformas trabalhista e previdenciária agravaram a pobreza, a fome e o desemprego. A pandemia do novo coronavírus avançou no país em uma conjuntura de inúmeros retrocessos na sociedade brasileira e na política de saúde, como ataques aos valores

democráticos e à seguridade social e precarização das relações de trabalho. Desse modo, Antunes (2021, p. 15) enfatiza que “os milhões de homens e mulheres “invisíveis”, os quais a informalidade já não consegue absorver os bolsões de desempregados e de desempregadas dada à divisão sociossexual, racial e étnica do trabalho”, constituem o resultado da contrarreforma trabalhista de Michel Temer e “da destruição que nós estamos vendo sob o governo Bolsonaro, para não citar períodos anteriores onde a devastação também vicejou. Mas há um nível de devastação social, de 2016 para cá, que não encontra comparação em nenhuma outra fase da história republicana brasileira”. (ANTUNES, 2021, p. 15)

Como mencionado anteriormente, a saúde expressa também as contradições da luta de classes, apontando os interesses antagônicos - capital e trabalho - que incidem diretamente nas formas de propagação do vírus e nas possibilidades de prevenção, acesso ao tratamento, cura e reabilitação da doença. Desta forma, “o processo saúde doença se realiza em interface com as expressões da questão social, evidenciando as desigualdades sociais”. (BATISTA *et al*, 2021, p. 42)

Nesta direção, os dados apresentados pelo estudo realizado pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) da PUC- Rio demonstram que em se tratando da COVID-19 no caso brasileiro, a progressão da doença sofre grande influência de fatores socioeconômicos e que pretos e pardos morrem mais do que brancos. A pandemia afeta toda população mundial, entretanto, os seus efeitos são sentidos de formas distintas.

Como sinalizado na parte introdutória, o presente estudo teve como objeto analisar o exercício profissional do assistente social, inserido na política de saúde no Hospital Universitário Pedro Ernesto, no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19. A discussão proposta nesta investigação considerou que o exercício profissional do assistente social é permeado pelo caráter contraditório que marca não somente a profissão, mas o terreno institucional e a própria sociedade. Na área da saúde, o exercício profissional pressupõe uma aproximação com a população usuária e as suas demandas compreendendo-as no cotidiano que se concebem como expressões da questão social inerente à sociedade capitalista. Permitindo a partir de uma análise sócio-política-econômica e institucional inserir a população na rede de serviços inter e intra institucionais.

Diante da crise sanitária, as unidades de saúde mantiveram atividades presenciais, deslocando algumas atividades para o ambiente remoto, o que gerou um grande desafio para as assistentes sociais. A suspensão de algumas atividades do HUPE e a necessidade de novas e inéditas intervenções e ações levaram a reorganização repentina do serviço de saúde, trazendo implicações para todas as categorias profissionais e para os usuários assistidos nas

clínicas especializadas. O Serviço Social inserido nas equipes multidisciplinares do HUPE, também foi impactado pelas mudanças de caráter emergencial implementadas. Nesse contexto, evidenciaram-se desdobramentos relacionados à qualidade do exercício profissional ofertado à população usuária e outros atinentes à condição de trabalhador do assistente social.

Para análise das entrevistas nos utilizamos da literatura especializada para compreendermos os rebatimentos da crise sanitária no exercício profissional, no campo da saúde e na vida da população usuária do serviço. As entrevistas públicas concedidas por assistentes sociais do complexo de saúde da UERJ contribuíram sobremaneira na construção das categorias que foram analisadas nesta dissertação: rotinas, condições de trabalho do assistente social, teletrabalho, configuração da demanda, estágio e a residência em Serviço Social.

As falas das assistentes sociais entrevistadas trouxeram algumas questões importantes para nossa análise. Em primeiro lugar, as questões mais imediatas trazidas pelas entrevistadas foram aquelas que situavam as rotinas de trabalho modificadas devido à reorganização dos serviços e os primeiros desafios ao exercício profissional. Apesar das profundas mudanças na rotina de trabalho dada pelos protocolos sanitários, onde foi necessária a adequação das rotinas e fluxos institucionais, as entrevistadas apontam que as ações profissionais foram sendo construídas compreendendo os três processos interventivos: socioassistencial, gestão e planejamento e político-organizativo.

Acerca do processo socioassistencial, as entrevistadas sinalizam que às demandas principais estavam relacionadas às ações socioeducativas pautadas no acesso da população aos diferentes programas, serviços e benefícios sociais para suporte de renda das famílias, grupos e indivíduos que ficaram desempregados e/ou perderam a sua renda por estarem inseridos na informalidade, além dos atendimentos voltados a prestar informações sobre as novas rotinas e fluxos dos serviços de saúde no HUPE e na rede de atenção, como as clínicas da família e postos de saúde.

Ainda segundo as entrevistadas, a reorganização dos serviços institucionais demandou ações no processo de gestão e planejamento institucional e profissional, uma vez que envolveu a elaboração de inúmeros materiais de suporte às ações educativas tanto para informar a população usuária do HUPE, como para elaboração de protocolos e fluxos que eram alterados à medida que a pandemia avançava. No que se refere à dimensão socioeducativa, as assistentes sociais apontaram as ações voltadas para mobilização e assessoria político-organizativas dos usuários que envolviam, principalmente, o direito à saúde e a ao acesso ao transporte público coletivo no contexto da pandemia.

Outro aspecto apresentado na dissertação são as condições de trabalho vivenciadas e experimentadas pelas profissionais durante o período pandêmico que impactaram as condições objetivas para a realização do exercício profissional na política de saúde no HUPE. Devido à exposição ao vírus, as primeiras ações voltaram-se para a garantia da segurança por meio de acesso à EPI, do espaço físico adequado para os atendimentos e para o afastamento das profissionais *staffs* e residentes incluídas no grupo de risco para Covid-19. O afastamento das profissionais dividiu a equipe em diferentes inserções na execução da carga horária de trabalho como: teletrabalho, trabalho presencial e teletrabalho e trabalho presencial.

Em relação às condições materiais para a realização do trabalho, as entrevistadas mencionaram diferentes cenários no acesso aos EPIs na instituição. As diretrizes institucionais para o uso e acesso aos EPIs excluíram algumas categorias profissionais e tal decisão foi realizada na contramão das recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que recomendava proteção ampla e irrestrita aos profissionais da área de saúde. Os profissionais de saúde, incluindo os assistentes sociais perceberam que somente com a organização coletiva iriam acessar os meios de proteção necessários para possibilitar a sua segurança e, conseqüentemente, para a dos usuários do serviço.

Constatamos que a distinção na distribuição dos EPIs pelo HUPE aos seus profissionais nos remete às contribuições de Antunes (2020, p.20) que ao sinalizar que em “pleno século do capitalismo de plataforma nós estejamos presenciando uma regressão às relações de trabalho típicas do período de protoforma do capitalismo, ou seja, ampliam-se globalmente formas pretéritas de exploração e espoliação do trabalho que nos remete aos primórdios da revolução industrial”.

Outro aspecto identificado pelas entrevistadas foi o desenvolvimento do teletrabalho, seja ele realizado de forma exclusiva e/ou associado ao trabalho presencial. O teletrabalho carece de reflexões específicas, pois no caso do Serviço Social não há regulamentação sobre seu uso. No entanto, pode-se indicar que há uma tendência para que os profissionais de saúde adotem o teletrabalho (teletendimento, teleconsulta, telemonitoramento), a partir do uso das TIC, em parte das atividades cotidianas.

O teletrabalho exclusivo e associado ao presencial desenvolvido pelas assistentes sociais, em consonância com as competências e atributos profissionais estabelecidos na lei de regulamentação da profissão n. 8.662/1993 (CFESS, 2020), voltou-se para o uso intensificado de aplicativos de mensagens e/ou videoconferências em seus equipamentos pessoais.

O pontos negativos identificados nas falas das profissionais afetos ao teletrabalho relacionam-se ao afastamento da relação profissional/usuário, incorporações tecnológicas,

habilidades e competências específicas, aumento da carga horária de trabalho sem a contrapartida salarial, adequação do ambiente domiciliar, resguardo do sigilo profissional, dificuldade de conexão on-line e inacessibilidade de acesso às políticas públicas pela população com menos renda, em virtude de seus equipamentos tecnológicos. Os aspectos positivos prevalentes mencionados pelas profissionais foram: rapidez no trabalho, facilitador do trabalho, facilidade e agilidade de contactar outros profissionais, acesso aos usuários e aos seus familiares/cuidadores, orientações socioeducativas e socialização de informações à população, especialmente acerca das rotinas de funcionamento de outras unidades de saúde da rede de proteção.

Todavia, ao longo da análise das entrevistas, outras questões surgiram, muitas vezes revelando o caráter contraditório da tecnologia à luz da sociedade capitalista. Consideramos que as falas dos trabalhadores são reflexos de um conjunto de determinações e, portanto, compõem uma parte da realidade, mas não a representam em sua totalidade.

A investigação realizada ratifica a importância da tecnologia na saúde, mas apresenta também o caráter contraditório na relação entre a tecnologia, o exercício profissional em saúde, as demandas dos usuários, dos profissionais de saúde e da instituição visto que, além de ter um potencial benéfico, ela também possui capacidade de trazer consequências desfavoráveis. Como indicado no terceiro capítulo, é necessário identificar as potencialidades no uso das tecnologias tanto a serviço do capital como do trabalho, como forma de compreender as demandas que a realidade, em constante transformação, impõe como desafios e/ou como instrumento. (Freire, Matos e Veloso, 2020)

É neste horizonte que as assistentes sociais estão inseridas e são convocadas a intervir no enfrentamento da realidade social, permeada por inúmeros rebatimentos para a profissão, os quais anteriormente já vinham sendo enfrentados, mas que em razão da pandemia, agudizaram-se: condições precárias de trabalho que provocaram a contaminação e morte de vários profissionais por Covid-19, aumento do desemprego, redução salarial e acesso às políticas sociais com acréscimo do uso das tecnologias.

Desse modo, infere-se que o assistente social atua na luta cotidiana para viabilização de direitos, materializados no acesso aos bens e serviços públicos. Com base nas leituras de Yamamoto (2011), é esse profissional que produz consensos em torno de interesses, seja para a classe dominante, mas também para os interesses da classe trabalhadora.

Observa-se que com a crise sanitária, as demandas, que tradicionalmente são dirigidas aos assistentes sociais, são tangenciadas por novas determinações oriundas das mudanças societárias e pelas contradições inerentes ao SUS. Assim, apresenta-se como parte das

determinações levadas ao assistente social, fruto das mudanças e impactos da pandemia, a necessidade de administrar as contradições inerentes ao SUS e as políticas públicas, no que se refere ao processo de reorganização e acesso ao sistema. Demandas que apontavam a inacessibilidade dos recursos remotos como: os implantados pelo INSS e o auxílio emergencial, a Defensoria Pública, o teleatendimento da equipe de saúde, seja pela ausência de equipamento compatível com os aplicativos disponíveis, seja por ausência de internet em banda larga ou compreensão do funcionamento das tecnologias, recusa, e dificuldades em ter suas solicitações atendidas.

Nesse período foi necessário compreender os rebatimentos ao exercício profissional, o propósito da ação profissional e de como as demandas institucionais, dos profissionais de saúde e dos usuários eram interpretadas e qual a direcionalidade seriam dadas, respeitando as implicações éticas da profissão. Buscou-se problematizar a determinação social da saúde com vistas a superar as análises reducionistas e práticas fragmentadas, em parceria com os profissionais de saúde. Destaca-se que os diálogos com os demais profissionais não ocorreram livre de tensões e contradições, ao contrário, sabemos que são muitos os desafios colocados ao exercício profissional de assistente social na saúde frente à realidade contemporânea e imposições advindas da pandemia.

No tocante ao estágio e à residência em Serviço Social, o HUPE é um espaço privilegiado que contribui para formação, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde. Como apontado, o estágio e a residência também sofreram os impactos da pandemia, sendo necessária a elaboração de legislações, normativas e portarias que versassem sobre a sua prática no território nacional. As entrevistadas discorreram acerca das experiências vivenciadas na retomada do estágio, seja na modalidade remota e/ou híbrida. Apontaram os limites para o desenvolvimento das atividades de formação, tanto dos estagiários quanto das residentes devido ao risco de contaminação e exposição ao vírus, disponibilidade EPIs, condições objetivas de trabalho, garantia de acesso ao serviço de saúde e de afastamento nos casos de adoecimento.

As assistentes sociais não se furtaram de seus competências e atribuições profissionais ao dialogarem com as entidades da categoria, com a FSS e outras instituições para possibilitar a continuidade das residentes no serviço e o retorno dos alunos em estágio no campo.

Por fim, concluímos que como em qualquer estudo, não foi possível apreender as diversas e complexas dimensões da realidade. Realizamos algumas aproximações com a realidade e muitas outras dimensões não foram abordadas, visto que é impossível abarcar

todas as mediações do objeto. A investigação nos trouxe alguns elementos novos que não trabalhamos nesta dissertação, mas que nos indicam possibilidades de estudos futuros.

Nesta pesquisa, analisamos algumas categorias que demonstram a complexidade do exercício profissional do assistente social inserido na política de saúde em um hospital universitário, no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19. Ao elegermos em nossa análise as referidas categorias e elementos, temos a clareza que muitos outros estão encobertos e que podem ser desvelados com novos estudos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Francielle. L. A configuração da demanda de atuação dos assistentes sociais em serviços de saúde: questões do 'social' como matéria-objeto de trabalho. 2018. 409 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2018. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/teses/PGSS0202-T.pdf> Acesso em: 10 set 2022.

ALVES, Giovanni. **Terceirização**: o futuro do trabalho no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 337-339, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200337&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de maio 2022.

ROCHA, C. T. M. da., AMADOR, F. S.. O teletrabalho: conceituação e questões para análise. *Cadernos EBAPE.BR*, 16(1), 152-162. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/54516>. Acessado em: 25 maio 2023.

AMARAL, M. V. B.; TRINDADE, R. L. P.; LINS, M. A. T. Fundamentos do trabalho do/a assistente social no contexto de reconfiguração das políticas sociais no Brasil. *In: XV ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL*. Ribeirão Preto: Abepss, 2016.

ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus**: o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Boitempo, 2020.

ANTUNES, Ricardo. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. *Estudos Avançados*, 28(81), 39-53. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/83893b>, 2014. Acessado em: 10 jun. 2023.

ARAÚJO, Maria do Socorro S. de; CARNEIRO, Annova M. F.; CARVALHO, Alba Maria P. de. Dupla Pandemia, Política de Assistência Social e Exercício Profissional em Serviço Social. *In: Revista Temporalis*, Brasília, DF, ano 21, n. 41, p. 173-189, jan./jun. 2021.

BARROCO, Maria Lúcia. **Ética e Serviço Social** - Fundamentos Ontológicos. 7ª edição. Editora Cortez. São Paulo. 2008.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, de novembro de 1995. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria n. 329, de 11 de março de 2020. Institui o Comitê Operativo de Emergência do Ministério da Educação - COE/MEC, no âmbito do Ministério da Educação. Diário Oficial da União, ed. 49, seção 1, Brasília, DF, p. 165, 12 mar. 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-329-de-11-de-marco-de-2020-247539570>. Acesso em: 25 jun 2023.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acessado em: 05 mar. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acessado em: 10 abr 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendação nº 018, de 26 de março de 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco018.pdf>. Acesso em: 02 abr 2020.

BRASIL. Lei n. 8662, de 7 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 02 abr 2022.

BRAZ, Marcelo. TEIXEIRA, Joaquina. O projeto ético-político do Serviço Social. *In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília (DF) , 2009. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_-braz-marcelo201608060407431902860.pdf. Acesso em: 15 mar 2022.

BEHRING, Elaine. Fundamentos de Política Social. *In: MOTA, A. E. et al (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, Elaine. **Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil**. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS; CEAD/UNB, 2009.

BEHRING, Elaine. **R.O Brasil em Contra Reforma**. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

BEHRING, Elaine. R. **Política Social no capitalismo tardio**. Rio de Janeiro: Cortez, 2015, 6ª ed.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006 (Biblioteca Básica de Serviço Social; V. 2).

BEZERRA, Suely de O.; ARAÚJO, Maria A. D.. **As (re) configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde**. RAP Rio de Janeiro, p. 87-209, Mar./Abr. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n2/02.pdf> >. Acessado em: 04 jun. 2023.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, I; BEHRING, E. R. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? Serviço Social & Sociedade, São Paulo, p. 66-83, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n140/0101-6628-ssoc-140-0066.pdf>. Acesso em: 20 de out de 2021

BOSCHETTI, Ivanete. Agudização da barbárie e desafios para o Serviço Social. **Revista Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 54-71, jan./abr. 2017.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (orgs.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, Maria Inês. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês S.; MATOS, Maurílio C. de. A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (orgs). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, Maria Inês, MATOS, Maurílio. C. **A Saúde no Brasil**: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza & PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês; PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social – Estado, Democracia e Saúde**, Brasília, n. 46, 2020. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147>. Acesso em: 23 set. 2020.

BRAVO, M. I. S., PELAEZ, E. J., PINHEIRO, W. N. (2018). As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. In: *Argumentum*, 10(1), 6–23.

BRAVO, Maria. Inês. S.; MATOS, Maurílio. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2007, p. 197-217.

CABRAL, Anna C *et al.* A experiência do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto durante os 18 meses em que o mundo parou. In: **Experiências e impacto da pandemia pela Covid-19 no complexo de Saúde UERJ** / (Org.) RODRIGUES, Luciana, MONTEIRO, Alexandra *et al* – Rio de Janeiro: EdFCM UERJ, p. 30-16, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL(CFESS). **Nota do CFESS**: orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus (COVID-19). Brasília (DF): CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Teletrabalho e Teleperícia**: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia. Brasília (DF): CFESS, 2020.

Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CORONAVIRUS Resource Center. **Johns Hopkins University**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/us-map>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CORREIA, Maria Valéria da Costa. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente**. Ensaios sobre democracia e socialismo. Cortez Editora. São Paulo, 2000.

DAVIS, M. A crise do coronavírus é um monstro alimentado pelo capitalismo. *In*: DAVIS, M. et al. (Orgs.). **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra sem Amos, 2020.

DESLANDES, S. F., ASSIS, S.G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. *In*: MINAYO, M.C., DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002, p. 195-226.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.

SCOREL, S. **Saúde**: uma questão nacional. *In*: TEIXEIRA, S. F. (Org.). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

SCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. *In*: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil**. *In*: Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília, CEAD/UnB, 2000. Módulo 3, p. 42-56.

FÓRUM NACIONAL DE COORDENADORES DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. Fórum Nacional de Tutores e Preceptores. Documento orientador Pandemia do COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/221436/5033452/F%C3%B3rum+Nacional+de+Coordenadores+de+Resid%C3%A2ncias+em+Sa%C3%BAde.pdf/a684c01e-4a70-4b2d-a3c1-e56f7cb221bc>. Acesso em: 25 jun. 2020

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital-imperialismo**: teoria e história. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2010.

FREIRE, S. MATOS. M. C., VELOSO, R. Políticas sociais, Covid-19 e Tecnologia de Informação e Comunicação. *In*: VIANA et al. (Org) Retratos da pandemia. Vida, sociedade e política frente ao novo coronavírus. Rio de Janeiro: Freitas Bastos Editora, 2021.

FREITAS. Rosana de C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katáisis**. Florianópolis v. 10 n. 1 p. 65-74 jan./jun. 2007.

GALIZIA, Silvina e PASTORINI, Alejandra. A Redefinição do Padrão de Proteção Social Brasileiro. *In*: **Revista Praia Vermelha**, 2006.

GONÇALVES, Marcelino. A. Reestruturação Produtiva e Precarização das Relações de Trabalho. In: **PEGADA - A Revista Da Geografia Do Trabalho**, 2011, v.2, nº1, p-1-9.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (Orgs.) **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011.

GUERRA. Yolanda. “A dimensão técnico-operativa do exercício profissional”. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S. e GUERRA, Y. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. Juiz de Fora, Ed. UFJF, 2013.

GUERRA. Yolanda. **O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional**. Serviço Social e Sociedade, ano São Paulo: Cortez, Ano XXVIII, Nº 91, 2007.

GUERRA. Yolanda. **A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 715-736, out./dez. 2010.

GUERRA. Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 2014.

HARVEY, David. Política anticapitalista em tempos de covid 19. In: HARVEY, David et al.(Orgs). **Coronavírus e a luta de classes**. Teresina; Fortaleza: Editora Terra sem Amos, 2020. p.13-24. E-book.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico-sociológica. 15a Ed. São Paulo: Cortez/ Celats, 2003.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda. 40 anos da “virada” do Serviço Social no Brasil: história, atualidade e desafios. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.20, n.1, p. 1-20, jan. / jun. 2020.

IAMAMOTO, Marilda. V. As dimensões ético-políticas e teórico metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4a ed. São Paulo : Cortez; 2009.

IAMAMOTO, Marilda. A Questão Social no Capitalismo. In: **Temporalis**. Ano 2, n. 3 (jan./jul. 2001), Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

IAMAMOTO, Marilda. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 7a ed. São Paulo, Cortez, 2004.

IASI. Mauro L. **Quando entrar setembro**. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/23/quando-entrar-setembro/>. Acessado em: 02 jan. 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada – IPEA. Economia mundial. Carta de conjuntura, n. 47, 2º trimestre de 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35873&Itemid=3. Acesso em: 03 abr. 2022.

Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada – IPEA. Os efeitos da pandemia sobre os rendimentos do trabalho e o impacto do auxílio emergencial: os resultados dos microdados da PNAD Covid-19 de setembro. Carta de conjuntura, n. 49, 4º trimestre de 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/201102_nota_10_microdados_setembro.pdf Acesso em: 03 abr. 2022.

JESÚS, Nilson R. de. Experiência do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto na Assistência a Gestantes e Puérperas com Covid-19. *In: Experiências e impacto da pandemia pela Covid-19 no complexo de Saúde UERJ* / (Org.) RODRIGUES, Luciana, MONTEIRO, Alexandra *et al* – Rio de Janeiro: EdFCM UERJ, p. 95-106, 2021.

LEAL, J. H. M.; NOGUEIRA, A. C. C.; LIMA, F. L. T. Serviço Social e educação permanente: interface entre preceptoria e formação em saúde. *Temporalis*, Brasília, v. 18, n. 36, p. 379-396, jan., 2018. Disponível em: . Acesso em: 05 abr. 2022.

LESSA, S. Capital e estado de bem-estar: o caráter de classe das políticas públicas. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

LOPES, E.A.B. Sistema de Proteção Social no Governo Lula (2003 - 2010): Mudança ou Continuidade no Padrão de Intervenção do Estado na Sociedade? *Mediações-Revista de Ciências Sociais*, Dossiê - Estado, Economia e Classes Sociais na América Latina Contemporânea, v.24, n.1, 2019. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/35485/31683>. Acesso em: 10 maio de 2022.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. O Manifesto do Partido Comunista. Tradução de Maria Lúcia Como. Coleção Leitura. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

MARTINS, J. E. M. (2022). Produção do conhecimento no Serviço Social: uma análise dos problemas de pesquisa. *In: Barbarói*. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/16743>. Acessado em: 15 abr. 2023.

MARQUES, R. M. & MENDES, A. Desvendando o Social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. *In: Adeus ao Desenvolvimento – a opção do governo Lula*. PAULA, J. A. de (Org). Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

MASCARO, A. L. **Estado e Forma Política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATOS, Maurílio. C. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MATOS, Maurílio. C. **A pandemia da COVID-19 e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. In: LOLE, A. STAMPA, I.; GOMES, R. L. (org.). Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia. Mórula Editorial: Rio de Janeiro, 2020. Não paginado.

MATOS, Maurílio. C. Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria I. S. (Orgs.). **Assessoria, consultoria & Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MAURIEL, Ana Paula O. **Capitalismo, Política Social e Combate à Pobreza**. Ed. Unijuí, 2011.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDONÇA, Sônia R. de. **A industrialização brasileira**. 2a Ed. São Paulo: Moderna, 2004.

MÉSZÁROS, István. **Para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016. p. 9-28. (Série Manuais Acadêmicos)

MIOTO, R. C. T.; LIMA, T. C. S. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo**. Textos e Contextos, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 22-48, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/5673/4126>. Acesso em: 22 jun. 2023.

MORÉ, C. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: **Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**. 2015. Atas CIAIQ2015, v. 3, p. 126-131. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MOTA, Ana Elisabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social nos anos 80 e 90**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MOTA, Ana Elisabete; AMARAL, Ângela Santana de. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elisabete (Org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8a Ed. São Paulo: Cortez, 20A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 1, p.91-110, 2000.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político contemporâneo**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999

NETTO, José Paulo. 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 ed. São Paulo : Cortez; 2007.

NETTO, José Paulo. **Uma Face Contemporânea da Barbárie**. In: ENCONTRO INTERNACIONAL “CIVILIZAÇÃO OU BARBÁRIE”. São Paulo: Serpa. 2010. p. 1-32.

NETTO, José. Paulo.; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P.; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Coronavírus (Covid-19): Painel de emergência de saúde da WHO. WHO, 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/> Acesso em: 22 abr 2020.

PANIAGO. Maria Cristina S. **Mészáros e a incontrollabilidade do capital**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

PAIM, J. S. *et al* Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. In: **Saúde em Debate** – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, v. 29, nº 70. Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: **Epidemiologia e saúde**. ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 28/ set.. 2022

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social**: tema e questões. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

RAICHELIS, R; ARREGUI, C. C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/MVGcWc6sHCP9wFM5GHRpwQR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RAMOS, Adriana; FORTI, Valéria. Contribuições à discussão do trabalho do assistente social na área da saúde: projeto profissional crítico e algumas demandas recorrentes. In: FORTI, Valéria (Orgs.). **Serviço Social e política de saúde**: ensaios sobre trabalho e formação profissionais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

REY, F. G. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

RIBEIRO, Rodrigo de Oliveira. O —complexo produtivo de saúde no Brasil e a privatização do fundo público. In: SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: Saúde em tempos de retrocesso e retirada de direitos. 7., 2017, Maceió (AL). Anais... Maceió: FAPEAL; Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 2017.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 104. São Paulo: Cortez, 2010. p.605-631.

SALVADOR, Elivásio. Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil. In: CASTRO, Jorge Abrahão de e Pochmann, Marcio (Org.). Brasil: **Estado social contra a barbárie**. São Paulo : Fundação Perseu Abramo, 2020. p. 367-388.

SAMPAIO JR, Plínio de A..Acima de tudo e de todos, a tirania do mercado. **Jornal dos Economistas**, n. 353. Rio de Janeiro: CORECON-RJ, 2019.

SAMPAIO, Paula F. Relato de experiência das internações de crianças na Enfermaria de Pediatria durante a pandemia. CABRAL, Anna C *et al.* A experiência do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto durante os 18 meses em que o mundo parou. In: **Experiências e impacto da pandemia pela Covid-19 no complexo de Saúde UERJ** / (Org.) RODRIGUES, Luciana, MONTEIRO, Alexandra *et al* – Rio de Janeiro: EdFCM UERJ, p.152-160 , 2021.

SANTOS, Isabela Soares; SANTOS, Maria Angélica Borges dos; BORGES, Danielle da Costa Leite. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: **A Saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura e financiamento e do gasto setorial**. Vol. 4. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 73-131. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SANTOS, Claudia Mônica. **A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social**. CRESS 6ª R. A dimensão técnico-operativa. Revista Conexão Gerais. N. 3, Ano 2, 2013.

SARRETA, F. D. O. A construção do SUS e a participação do assistente social. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 10, n. 1, p. 31–58, 2011. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634829>. Acesso em: 5 jul. 2023.

SILVA, Welison M. F. da, RUIZ, Jefferson L. de S.A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. In: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, p.1-8, 2020.

SILVA, M.M. **Pandemia, crise e expropriações**: auxílio emergencial e contradições da focalização. Vértices, Campos dos Goitacazes, v. 22, 2020.

SOARES. Raquel C., CORREIA. Maria Valéria C., SANTOS. Viviane M. dos Santos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan/abr. 2021.

SOUZA, J. M. A. Tendências ideológicas do conservadorismo. 2016. 304 f. Tese (Doutorado

em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/18011/1/TESE%20JAMERSON.pdf> Acesso em: 20 mar. 2023.

TAVARES, M. C. & FIORI, J. L. **(Des)ajuste global e modernização conservadora**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária** - em Busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. *In*: MOTA, A. E. et al.(Org.) Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2007, p. 242 -272.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social**: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VIACAVAL, Francisco *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Volume: 23, nº: 6,p. 1761-1762 2018.

VIANNA, Maria. Lúcia. T. W. “O Silencioso Desmonte da Seguridade Social no Brasil”. *In* BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A P. (org.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez Editora: Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS, ABEPSS, 2009. p. 125-142.

ZIBECHI, R.; MACHADO, D. **Os limites do progressismo**: sobre a impossibilidade de mudar o mundo de cima para baixo. Rio de Janeiro: Consequência, 2017.