



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE - PB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS**

JOUSIELE FERREIRA SIMPLÍCIO DE OLIVEIRA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TENDÊNCIAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM
TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 NO HOSPITAL DE CLÍNICAS NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB**

**CAMPINA GRANDE/PB
2023**

JOUSIELE FERREIRA SIMPLÍCIO DE OLIVEIRA

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TENDÊNCIAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID -19 NO HOSPITAL DE CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço na Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Orientadora: Prof.^a. Dr^a Mônica Barros da Nóbrega

CAMPINA GRANDE - PB

2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48s Oliveira, Jousiele Ferreira Simplício de.
Serviço social na saúde: tendências do exercício profissional em tempos de pandemia da Covid-19 no hospital de clínicas no município de Campina Grande- PB. [manuscrito] / Jousiele Ferreira Simplício de Oliveira. - 2023.
140 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Mônica Barros da Nóbrega , Departamento de Serviço Social - CCSA. "

1. Serviço social. 2. Política de saúde. 3. Trabalho profissional. 4. Pandemia Covid-19. I. Título

21. ed. CDD 362.11

1

JOUSIELE FERREIRA SIMPLÍCIO DE OLIVEIRA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TENDÊNCIAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL
EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19 NO HOSPITAL DE CLÍNICAS NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB**

Aprovado em: 26/ 09/ 2023

Mônica Barros da Nóbrega

Profª. Drª. Mônica Barros da Nóbrega – UEPB

Orientadora

Alessandra Ximenes da Silva

Profª. Drª. Alessandra Ximenes da Silva

Membro Titular Interno

Tereza Cristina Rubens da Costa

Profª. Drª. Tereza Cristina Costa

Membro Titular externo

CAMPINA GRANDE – PB
2023

AGRADECIMENTOS

Agradecer no nosso dicionário significa demonstrar gratidão; oferecer graças; reconhecer um bem feito por outra pessoa, por isso não posso finalizar esse mestrado sem reconhecer o bem feito que sempre recebi. A Deus por sua graça que sempre me mostrou ser possível alcançar sonhos, a Mariazinha mãe de Jesus, que tantas vezes intercedeu por mim, que em momentos de desânimo veio ao meu auxílio e colocou-me em seu colo.

Agradecer ao meu querido companheiro de vida Everson, por tanto suporte e apoio, e pela habilidade de acreditar em mim. Não tenho palavras para agradecê-lo, é gente de primeira grandeza. A Eloisa, meu pequeno amor lôro, espero de alguma forma ser um exemplo positivo para você, na direção de acreditar que só o estudo e o conhecimento que adquirimos através dele, nos leva a lugares que nunca imaginamos alcançar.

Agradecer a minha família, aos meus pais, irmãos, sobrinhos e amigos que assistiram a minha caminhada, vocês são valiosos para mim. Haaaaa quero dizer a vocês uma coisa.... A filha de Joaninha é Mestre !!!

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, em destaque a minha orientadora, professora Mônica Barros da Nóbrega – e as professoras que compõem a banca Alessandra Ximenes da Silva e Tereza Cristina Costa, obrigada pela generosidade com a qual compartilharam seus saberes e seus conhecimentos. Assim como não poderia deixar de agradecer a quem fez parte da minha graduação, à querida e generosa professora Maria do Socorro Pontes. Ainda estendo o agradecimento a todo o corpo docente do PPGSS, pelas disciplinas ministradas que foram a base para me auxiliar no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a Maria Helena pelo companheirismo e conhecimentos compartilhados, que tive a oportunidade de conhecer, mesmo em um momento em que o processo do mestrado tenha ocorrido em formato remoto devido a pandemia da Covid 19.

A todos e todas obrigada!

Quando eu não tinha o olhar lacrimoso
Que hoje eu trago e tenho
Quando adoçava o meu pranto e meu sono
No bagaço de cana do engenho
Quando eu ganhava esse mundo de meu
Deus,
Fazendo eu mesmo o meu
caminho.....

(Belchior)

RESUMO

A presente dissertação de mestrado tem como objeto de análise As Tendências do Exercício Profissional do/da Assistente Social em Tempos de Pandemia no Hospital de Clínicas no Município de Campina Grande-PB. A pesquisa que deu origem a referida dissertação teve como objetivo geral analisar as inflexões do exercício profissional do/da Assistente Social no Hospital de Clínicas no Município de Campina Grande/PB. Os objetivos específicos foram: apreender as configurações da Política de Saúde no Brasil, no atual contexto; identificar as condições e relações de trabalho enfrentadas pelos /pelas assistentes sociais em tempos de Pandemia da Covid 19; elencar as principais demandas colocadas a estas/estes profissionais; destacar os desafios postos para estes/estas profissionais no contexto atual. Metodologicamente se caracterizou como uma pesquisa do tipo analítica, documental e empírica, fundamentadas no método crítico dialético. Delimitamos como sujeitos da pesquisa, os/as Assistentes Sociais que trabalham no referido Hospital. No universo de treze (13) Assistentes Sociais, retiramos uma amostra simples que resultou em oito (08) Assistentes Sociais. No que se refere aos instrumentos de coleta de dados, optamos pelo uso da entrevista semiestruturada com base em um roteiro previamente elaborado, mediante autorização dos/as entrevistadas/as, de maneira presencial, a partir tanto das condições sanitárias quanto de acesso aos profissionais. A fim de procedermos na apreensão através de aproximações sucessivas, os dados coletados foram sistematizados, com respaldo nos dados qualitativos, quantitativos e nos referenciais teóricos escolhidos. A pesquisa foi submetida às normas recomendadas nas Resoluções nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Os resultados da nossa pesquisa revelaram como tendências profissionais do trabalho dos/as Assistentes Sociais uma prevalência na precarização das condições e relações de trabalho advindas das estratégias utilizadas para a inserção e ou contratação dos/das profissionais para o enfrentamento da pandemia. Observou-se ainda uma tendência de superjornada de trabalho, pois muitas/muitos delas/deles possuem outros vínculos empregatícios para complementar a renda, visto que os salários são baixos. Trabalham em regime de plantão e tiveram como desafios obterem dos gestores os equipamentos de proteção individual e atenderem velhas e novas demandas, repercutindo consideravelmente na sua relativa autonomia enquanto trabalhador/a da área de saúde, em conformidade com a Lei que regulamenta a profissão. Observou-se ainda como tendência o adoecimento profissional potencializado pelo período de pandemia, a falta de uma sala própria para os atendimentos individuais, o que comprometeu o sigilo profissional, clara tendência de flexibilização e precarização das relações de trabalho, o uso de tecnologias no trabalho dos/das Assistentes Sociais, a exemplo das chamadas de vídeo com a intenção de aliviar a solidão do usuário e possibilitar o contato com os familiares, dentre outras. Enfim, ficou bastante evidente a importância do Conjunto CFESS/CRESS, na articulação, orientação e recomendação às condições técnicas e éticas para o exercício profissional, no período pandêmico.

Palavras Chave: Serviço Social. Política de Saúde. Trabalho Profissional. Pandemia da covid 19.

ABSTRACT

The purpose of this master's thesis is to analyze the Trends in the Professional Practice of Social Workers in Times of Pandemic at the Hospital de Clínicas in the Municipality of Campina Grande-PB. The general objective of what we carried out and which gave rise to this work was to analyze the inflections of the Social Worker's professional practice in the socio-occupational space at the Hospital de Clínicas in the Municipality of Campina Grande/PB. Therefore, the specific objectives defined were: to understand the configurations of Health Policy in Brazil, in the current context; Identify the working conditions and relationships faced by social workers in times of the Covid 19 Pandemic; list the main demands placed on these professionals; highlight the challenges faced by these professionals in the current context. Methodologically, it was characterized as analytical, documentary and empirical research, based on the critical dialectical method. We defined the research subjects as social workers who work at the Hospital de Clínicas. In the universe of thirteen (13) social workers, we took a simple random sample that resulted in eight (08) social workers. With regard to data collection instruments, we chose to use semi-structured interviews based on a previously prepared script, with authorization from the interviewees, as well as semi-structured forms that were applied remotely and/or in person. , based both on sanitary conditions and access to professionals. In order to proceed with the apprehension through successive approximations, the data collected was systematized, supported by qualitative and quantitative data and the chosen theoretical references. The research was subject to the standards recommended in Resolutions No. 466/12 and N°. 510/2016 of the National Health Council, which regulates research involving human beings, and was approved. By the Research Ethics Committee of the State University of Paraíba-UEPB. The results suggest a prevalence of precarious working conditions and relationships arising from the strategies used to insert and/or hire professionals to face the pandemic. There is also a long working day, as many of them have other employment relationships to supplement their income, as salaries are low. They work on-call and faced challenges in obtaining personal protective equipment from managers and meeting old and new demands, having considerable repercussions on their relative autonomy as a healthcare worker, in accordance with the Law that regulates the profession. Professional illness was also observed, which was heightened by the pandemic period. Finally, the importance of the CFESS/CRESS Joint was quite evident, in articulating, guiding and recommending technical and ethical conditions for professional practice, during the pandemic period.

Keywords: Social servisse. Health Policy. Professional Work. Covid 19 pandemic.

LISTAS DE TABELAS E GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Perfil dos Assistentes Sociais por Gênero.....	90
GRÁFICO 2 - Perfil dos Assistentes Sociais por Faixa etária.....	91
GRÁFICO 3 - Perfil dos Assistentes Sociais Ano de Conclusão.....	93
GRÁFICO 4 - Perfil dos Assistentes Sociais por IES.....	95
QUADRO 1 - Formação Acadêmica dos Assistentes Sociais.....	96
QUADRO 2 - Experiência Profissional dos Assistentes Sociais.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
B.M - Banco Mundial
BNDES-Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPES-Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS- Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEBES-Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEME - Central de Medicamentos
CFESS- Conselho Federal em Serviço Social
CNPQ-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS- Conferência Nacional de Saúde
CNS- Conselho Nacional de Saúde
DATAPREV- Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DGSP- Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP- Departamento Nacional de Saúde Pública
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI- Equipamento Proteção Individual
FAS- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FGTS-Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
IAPs- Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
LBA- Legião Brasileira de Assistência
MARE- Ministério da Administração e Reforma do Estado
MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social
MRV- Movimento de Reforma Sanitária
OS- Organizações Sociais
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PIB- Produto Interno Bruto
PDRE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PPA- Plano de Pronta Ação

PPA- Plano Pluri Anual

PT- Partido Dos Trabalhadores

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUAS- Sistema Único de Assistência Social

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

TIC - Tecnologias da Informação e da Comunicação

TCU - Tribunal de Conta da União

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO: CRISE DO CAPITAL, CONTRARREFORMA DO ESTADO, E CRISE SANTARIA NO BRASIL.....	23
2.1 Crise do Capital e o surgimento do Neoliberalismo	23
2.2 Contrarreforma do Estado: a particularidade Brasileira	31
2.3.Crise Sanitária: pandemia da Covid-19 e suas repercussões no contexto brasileiro.....	39
3. POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE RECUPERAÇÃO HISTORICA, CONTRA REFORMA DO ESTADO E A PANDEMIA DA COVID-19	50
3.1 A Política de Saúde no Brasil do seu nascedouro até a década de 1980.....	50
3.2 A Política de Saúde no Brasil em tempos de contrarreforma do Estado.....	58
3.3 A Política de Saúde no Governo Bolsonaro: análise do contexto da pandemia da Covid- 19.....	63
4. O SERVIÇO SOCIAL NA POLITICA DE SAÚDE BRASILEIRA: TRAJETÓRIA HISTÓRICA.....	70
4.1. Contextualizando o serviço social na Política de Saúde	70
4.2 Serviço social e trabalho: breve síntese sobre a precarização das relações e condições de trabalho	74
5. TENDENCIAS MAIS SIGNIFICATIVAS DA ATUAÇÃO DO /DA ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL DE CLINICAS NO MUNICIPO DE CAMPINAGRANDE-PB.....	88
5.1 Perfil profissional dos/das Assistentes Sociais que trabalham no Hospital de Clinicas do Município de Campina Grande- PB.....	89
5.2 O Exercício profissional do/da Assistente Social na saúde: particularidades do Hospital De Clínicas no Município de Campina Grande- PB.....	101
6 CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS	114
REFERÊNCIAS.....	120
ANEXOS.....	134
APÊNDICE.....	135

1. INTRODUÇÃO

A década de 1980 foi marcada por uma série de mudanças no cenário político e social do Brasil, a exemplo dos movimentos sociais da época que reivindicavam a concepção da saúde ampliada, ou seja, a saúde como direito e cidadania, como responsabilidade do Estado, até a culminância da Constituição Federal de 1988. A partir de tal contexto ocorreram diversos avanços no âmbito das políticas públicas e de proteção social. Tais políticas foram institucionalizadas a partir da promulgação da referida Constituição Federal de 1988, considerada um marco no reconhecimento da cidadania e regulamentação de direitos sociais, inaugurando-se a partir daí o conceito de Seguridade Social, que compõe o tripé: saúde, previdência e assistência social.

Entretanto, é fato que apesar da regulamentação do direito à saúde, a partir da aprovação das leis 8080/1990 e 8142/1990, os diversos governos que se sucederam imprimiram um processo de contrarreforma na política de saúde, mediante a adoção do projeto neoliberal que iniciou um nítido processo de redução do Estado e, conseqüentemente de terceirização e privatização dos serviços de saúde, bem como sua focalização, esvaziando assim seu caráter legalmente universal.

Tanto no Brasil, quanto nos países capitalistas centrais, as alternativas adotadas pelo capital e pelos Estados, para o enfrentamento da crise estrutural deflagrada no último quartel do século passado apresentaram, então, um duplo desdobramento. Por um lado, o incremento da produção na esfera produtiva, alcançada por meio da revolução tecnológica e organizacional, que tem por consequência o aprofundamento deste modo de vida fundado no supérfluo e no descartável e, como tal, um aumento ainda maior e mais acelerado de destruição dos recursos naturais em nível planetário. E, por outro lado, para abrandar custos, uma das estratégias foi diminuir o contingente de trabalhadores, ou seja, reduzir o valor trabalho que, segundo Marx (1968) em última instância, determina o valor da mercadoria, suscitando com isso o desemprego em massa em níveis de degradação e barbárie social sem precedentes.

Conforme Harvey (2011), o capital tem seu próprio fluxo, sua própria lógica, a isso o autor chama de caráter sistêmico. Compreender essa engrenagem é essencial para entendermos as condições em que vivemos. A conjuntura de crise do capital desde os anos de 1970, tem provocado profundas mudanças societárias, fazendo com que a dinâmica contínua de contrarreforma se intensifique com a agudização da crise estrutural, especialmente após 2008. Nesse período quando ocorreu o estrangulamento da crise mundial, aprofundou na particularidade brasileira a resposta neoliberal através da redução da função social do Estado, ampliando o mercado econômico, legitimando e dando encaminhamento às privatizações, a focalização, e o ajuste fiscal se materializando em um Estado de desproteção social.

Nesta direção, o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, que passa por momentos distintos em cada governo mediante a intensidade da ofensiva neoliberal, encontra a partir do governo de Michel Temer a trama mais oportuna para aprofundar e sedimentar o caminho do ultraneoliberalismo no país. Assim, como afirma Netto (2001, p.45), diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da questão social e, por conseguinte, diferentes formas de enfrentamento destas, que vão desde a criminalização, o uso da força e da coerção, até o uso de estratégias de consenso, de reconhecimento de direitos de cidadania e a criação de políticas e programas sociais.

Ao lado da crise estrutural do capitalismo, a conjuntura brasileira se desenrola de modo singular, favorecendo a exacerbação da exploração da classe trabalhadora. A esse processo Antunes (2020) analisa que é visível os efeitos com relação ao trabalho, pois, se não pode ser eliminado, já que é a força capaz de valorizar o capital, sob o comando do capital financeiro, suas condições vêm sendo barbarizadas, por meio da terceirização de todas as posições laborais, a informalidade, o trabalho intermitente, o análogo à escravidão, a chamada “uberização”, enfim, um conjunto de formas que aprofundam a superexploração. Essas alterações nas formas de produção e gestão do trabalho alteraram as relações entre o Estado e a sociedade, atingindo o cerne da “questão social”, trazendo à tona novas expressões da mesma e, ao mesmo tempo, novas formas

de enfrentamento destas pelo Estado, redefinindo os rumos da política social na contemporaneidade.

Soares (2010) enfatiza que o atual desmonte da política de saúde e seus desdobramentos em termos de superprecarização, intensa privatização e desconstrução do ideário do direito público, têm impactado nas práticas sociais na área da saúde pública, incluindo as do /da Assistente Social, seja pela inserção de novos elementos de gestão, seja por velhas práticas não superadas, tais como, práticas curativas e individualistas, além daquelas prioritariamente assistenciais.

A configuração do mercado de trabalho dos/as Assistentes Sociais na saúde, bem como nas demais políticas que constituem espaços sócio- ocupacionais, não se encontra imune ou blindada aos interesses do capital. Nessa perspectiva, é possível observar, que o movimento de contrarreforma, fere os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS e impacta diretamente nas relações de trabalho dos/as Assistentes Sociais inseridos/as na saúde, aprofundando a precarização das condições de trabalho e fragilizando os vínculos profissionais. (SANTOS E SERPA, 2017) ainda nesse trilho, Berinhg (2008) aponta que o processo de contrarreforma incide diretamente sobre as políticas sociais e sobre o exercício profissional do/a assistente social. Nesse contexto de crise capitalista instaura-se um novo padrão de enfrentamento da questão social caracterizado pela focalização do atendimento, com forte incidência para a mercantilização das políticas de saúde, previdência social e educação, garantindo a manutenção do ganho do capital, além de legitimar a exploração da classe trabalhadora.

Nesta direção de acordo com Guerra (2010) o exercício profissional dos/as assistentes sociais tem no processo de flexibilização uma precarização do seu trabalho tanto no segmento da classe trabalhadora, quanto profissional que atua no âmbito das políticas e dos serviços. Logo, para a autora, existe uma precarização como trabalhador assalariado, vendedor da sua força de trabalho, esta precarização percorre desde as formas de contratação até as condições de trabalho, como a permanência de acúmulo de funções, atividades extras e jornadas ampliadas.

Nesse cenário de contrarreforma, de subtração de direitos e precarização das políticas públicas, no final do ano de 2019, na China em Wuhan, um vírus letal – O Sar-Cov-2, se espalhou para o restante do mundo, chegando ao Brasil nos

primeiros meses de 2020. Devido a sua magnitude em março do referido ano, o Ministério da saúde emitiu o Decreto nº188, no qual qualificou a situação como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, e desde então vive-se o alastramento do contágio, contabilizando mais de 700 mil óbitos (BRASIL,2023)

As medidas realizadas pelo Governo de Jair Bolsonaro foram aquém das esperadas, as duras críticas do presidente ao isolamento social, incitação ao retorno às atividades laborais e a minimização da doença tratando-a como uma “gripezinha” foram frequentes em suas falas. O alto índice de contaminação do vírus pelo país, contou com medidas de contenção descentralizadas, cabendo aos estados e municípios a criação de estratégias de enfrentamento ao vírus.

Boschetti; Behring (2021) analisaram que ao retardar e resistir a exercer sua responsabilidade pública e assegurar os recursos públicos e as medidas econômicas, sociais e sanitárias necessárias ao enfrentamento da pandemia e dos casos que se multiplicaram violentamente, o governo federal negacionista e ultraneoliberal favoreceu também a multiplicação e a agudização das desigualdades estruturais. Os mais atingidos pela pandemia foram a parcela mais pobre da classe trabalhadora.

Vale ressaltar que mesmo com posturas integracionistas o governo criou o Auxílio Emergencial, o qual foi empregado a partir da pressão da sociedade civil e dos partidos progressistas, mas que, além de ser insuficiente, foi mal estruturado pelo Ministério da Cidadania e pelo Governo Federal. No benefício, muitas pessoas ficaram desamparadas devido: a falta de informações acerca do mesmo; por não acesso a aparelhos que lhe permitissem requerer o auxílio; ou além de muitas terem sido impedidas por não possuírem Comprovante de Situação Cadastral (CPF), a pandemia expôs a fragilidade do sistema de proteção social brasileiro.

No entanto, os poucos recursos para a saúde e para o auxílio emergencial não foram suficientes comparados aos trilhões destinados aos bancos e empresários, conforme aprovado no chamado “orçamento de guerra” (EC nº 106/2020), que instituiu o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente da pandemia (Boschetti; Behring ,2021)

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde instituiu a ação estratégica O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde, com a publicação da Portaria nº 639 voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia. Entre os profissionais convocados os (as) assistentes sociais estavam em primeiro lugar na lista (Brasil, 2020).

É importante destacar a atuação dos/as Assistentes Sociais que estiveram na linha de frente da pandemia do COVID-19, no âmbito das políticas públicas, reforçando que neste cenário atípico devido ao vírus, com intensificação das demandas sociais, e precarização nos serviços, o Serviço Social tem um papel importante como profissão que possui um projeto ético político na direção da defesa intransigente dos direitos humanos. Nesse sentido em nota sobre o exercício profissional no contexto da pandemia, o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS alertou que:

O que garante a especificidade do trabalho profissional de assistentes sociais não é a ferramenta ou o instrumento que se utiliza no cotidiano. Mas a capacidade de produção de respostas profissionais qualificadas, que considerem, a partir de um conhecimento produzido, as determinações que incidem nas relações sociais e se apresentam na realidade vivida por diversos grupos nos diversos serviços em que há a presença do Serviço Social. (CFESS, 2020, não paginado)

Matos (2020)) aponta que os/as Assistentes Sociais que trabalhavam na área da saúde, no período pandêmico, vinham informando sobre reiteradas requisições de cunho burocrático- administrativos formuladas por gerentes e colegas de trabalho. Tais requisições, quando exemplificadas, gravitavam, em geral, em torno das seguintes questões: informações para familiares ou amigos/as sobre quadro clínico, informe sobre a transferência de unidade de saúde, comunicação de evasão de pessoas que estavam internadas, solicitação para que familiares comparecesse a unidade a fim de que fossem informados sobre óbito ou a própria comunicação de óbitos, reafirmando a permanência das velhas práticas presentes na atuação profissional, que em muitos casos foram aprofundadas nessa conjuntura da pandemia.

Nessa perspectiva, o autor ainda ressalta que mesmo diante desse contexto contraditório da pandemia, o Serviço Social, com seu projeto ético-político

profissional, exercendo sua relativa autonomia, foi capaz de propor as respostas mais qualificadas às demandas complexas da crise sanitária e das expressões da questão social, a partir de estratégias coletivas de reflexão sobre a realidade e os processos a eles relacionados.

A visto disso, consideramos esse estudo relevante, na medida em que poderá contribuir para a apreensão crítica dos desafios encontrados para o exercício profissional inseridos na saúde em um contexto de contrarreforma do Estado, de desfinanciamento, desmonte e precarização do SUS, adensado pela Pandemia da Covid 19. Assim analisar a inserção dos/as assistentes sociais inserido nesse espaço sócio ocupacional, como aponta Behring ; Boschetti (2018) constitui apreender uma realidade social de novos e velhos desafios impostos a esses/essas profissionais, em tempos de crise, de avanço do ideário conservador de destruição e retenção de direitos sociais, na perspectiva de buscarmos ultrapassar a superficialidade fenomênica do real e compreendermos as reais determinações das demandas que se apresentam no cotidiano profissional.

Logo, esta dissertação tem como objeto de estudo “As Tendências do Exercício Profissional do/da Assistente Social em Tempos de Pandemia No Hospital de Clínicas No Município de Campina Grande-PB. A motivação para pesquisar a temática do exercício profissional, não é recente, surgiu durante nossa aproximação com o cotidiano profissional do/da Assistente Social inserido na Política de Saúde durante nossa graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba, a partir de nossa inserção em campo de estágio obrigatório junto a unidade hospitalar de alta complexidade no Instituto Elpídio de Almeida (ISEA), resultando na construção do nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Tal experiência, nos possibilitou uma maior aproximação com o exercício profissional inserido no contexto da política de saúde, e com as implicações causadas pela contrarreforma do Estado no Brasil, que responde às necessidades do capitalismo contemporâneo, e vem se caracterizando como ofensiva ao conjunto dos direitos e políticas sociais desde a década de 1990 com a adoção do Neoliberalismo no País.

Outro aspecto que motivou nossa pesquisa foi por ser uma temática atual , relevante e de alto impacto para o exercício profissional, a conjuntura pandêmica

adensou as desigualdades sociais já existentes, impôs alterações significativas nos modos de vida e trabalho do conjunto de trabalhadores, não estando os/as assistentes sociais isentos/as disso, principalmente, por muitos estarem na linha de frente em ações de assistência, prevenção e controle da doença, em seus diversos espaços sócio ocupacionais.

A pesquisa foi desenvolvida a partir dos seguintes questionamentos: Quais as implicações que os/as Assistentes Sociais inseridos na política de saúde, vivenciaram em tempos de crise do capital, de contrarreforma do Estado, agravadas no contexto pandêmico provocado pelo novo Corona Vírus? A pandemia do covid-19 alterou o exercício profissional destes/destas profissionais? Assim a dissertação ora apresentada, intitulada **SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TENDÊNCIAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19 NO HOSPITAL DE CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.**

No que se refere aos objetivos desta pesquisa, destacamos como objetivo geral analisar as inflexões do exercício profissional do/da Assistente Social no espaço sócio ocupacional no Hospital de Clínicas no Município de Campina Grande/PB, na conjuntura de contrarreforma do Estado agravada pela pandemia da Covid 19. Atendendo ao nosso objetivo principal, definimos alguns objetivos específicos, dentre os quais: Apreender as configurações da Política de saúde no Brasil, no atual contexto; identificar as condições e relações de trabalho enfrentadas pelos /pelas assistentes sociais em tempos de Pandemia; elencar as principais demandas profissionais; destacar os desafios postos para estes profissionais no contexto atual.

Torna-se fundamental ressaltar que a política de desarticulação do enfrentamento da covid-19 por parte do governo Federal, forçaram Estados e municípios a realizarem suas próprias estratégias. Nessa perspectiva com vistas a garantir a atenção hospitalar aos casos graves da covid-19, no segundo semestre de 2020, o governo da Paraíba inaugura no Município de Campina Grande, o Hospital de Clínicas com o intuito inicialmente, para atendimento apenas de casos a pacientes diagnosticados com a Covid-19. Foram entregues 113 leitos, atendendo pacientes de Campina Grande e mais setenta (70) microrregiões do interior do Estado. Vale ressaltar que o governo da Paraíba lançou edital

simplificado para a contratação dos profissionais para atuar no enfrentamento à pandemia, entre eles assistentes sociais.

Pelo exposto escolhemos o Hospital de Clínicas como lócus empírico de nossa pesquisa, que conta com treze (13) profissionais de serviço social, sendo que um (01) profissional atua como coordenador do setor, e doze (12) atuam como assistentes sociais. Todos os profissionais foram inseridos no mercado de trabalho através de contratos temporários e emergenciais. Nessa conjuntura da crise sanitária preambular, analisamos como a ausência de política adequada incide sobre a política de saúde, a qual o/a assistente social está inserido/a em condições de precarização das condições e relações de trabalho. Dessa forma, o processo investigativo junto aos/as assistentes sociais ocorreram no período entre outubro a dezembro de 2022.

Assim, delimitamos como sujeitos da pesquisa, os/as profissionais que atuam como assistentes sociais no hospital de Clínicas. No universo de treze (13) assistentes sociais, foi excluído um (01) profissional, por atuar como coordenador do setor de serviço social, o qual atua apenas em serviços burocráticos. Nesse ínterim, nossa proposta era de incluir como sujeitos da pesquisa os doze (12) assistentes sociais, porém, após várias tentativas sem sucesso, esbarramos na falta de disponibilidade de alguns profissionais para participarem da investigação e/ ou a recusa de outros após várias tentativas de contato. Logo, nossa amostra foi do tipo simples, contando com a participação de oito (08) assistentes sociais que se dispuseram a participar. Richardson (2012, p. 147) comenta que a amostra é “como qualquer subconjunto do conjunto universal ou da população.

Metodologicamente a pesquisa foi do tipo de campo, documental e bibliográfica, ancoradas no método crítico dialético. Como destaca Marx (1968), durante nosso percurso metodológico recorreremos a postura analítica, que significa desvendar fundamentos, relações, limites e condicionamentos próprios desse conhecimento, a partir dos processos históricos reais, para que assim o sujeito pesquisador possa apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão entre elas.

Realizamos uma revisão bibliográfica de fontes que versam sobre nossa temática, a exemplos de livros completos e/ou capítulos específicos, revistas científicas, teses, dissertações, além de produções de artigos. Utilizamos obras de autores como Yamamoto (2007), Netto (2005), Guerra (2010), Matos (2020), Marx (1968), dentre outros. A pesquisa documental ocorreu nos principais documentos que tratam da Política de Saúde no Brasil (sites oficiais, Diário Oficial) como legislações específicas nacionais, e do Serviço Social a exemplo dos Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde (2010), Resoluções e pareceres Jurídicos emitidos pelo CFESS/CRESS (2020), Código de Ética e a Lei que Regulamenta a profissão 8662/93, que puderam ser observadas ao longo deste trabalho. Essa revisão foi necessária para desvelar o nosso objeto de pesquisa, contribuindo com elementos que nortearam a posterior análise de dados referente ao período de 2020 a 2022.

No tocante aos procedimentos utilizados em nossa pesquisa, como bem aponta Silveira e Córdova (2016) para que pudéssemos nos aproximar e entender que a realidade a ser investigada era parte de um processo permanente e inacabado. Utilizamos as categorias do método crítico dialético: totalidade, contradição e mediação; singularidade, universalidade e particularidade e como categorias analíticas o exercício profissional do/da assistente social, contrarreforma do Estado, crise capitalista, neoliberalismo e pandemia da Covid 19).

No que se refere aos instrumentos de coleta de dados, optamos pelo uso da entrevista do tipo semiestruturada com base em um roteiro previamente elaborado, que foram aplicados de maneira presencial, a partir tanto das condições sanitárias quanto de acesso aos/as profissionais (ver apêndice B), direcionado aos/as profissionais que trabalhavam no Hospital de Clínicas, porém sem a utilização da gravação. A escolha decorreu pelo fato de ser um instrumento que segue uma estruturação que contempla também questões abertas, possibilitando maior liberdade de expressão dos sujeitos entrevistados.

Vale enfatizar que a pesquisa seguiu os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466/12 e nº 510/2016 que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas científicas

envolvendo seres humanos, garantindo o sigilo e o anonimato dos sujeitos entrevistados.

Portanto, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, cujo parecer encontra-se apresentado no (anexo 1). Vale registrar, que foi realizado um prévio esclarecimento aos sujeitos participantes da amostra, acerca das finalidades da pesquisa, expressando autorização destes para o desenvolvimento da coleta e análise das informações fornecidas por eles, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver apêndice A).

Esperamos que os resultados da nossa pesquisa contribuam com estudos já existentes, fortalecendo e aprofundando das reflexões sobre o exercício profissional dos/as assistentes sociais inseridos na área da saúde pública e em outros espaços sócio ocupacionais, em tempos de pandemia, mas não só nele, e possa instigar outros pesquisadores a se debruçar também sobre a temática.

Destarte o trabalho em tela encontra-se exposto em 5 (cinco) capítulos, além das considerações finais e referência bibliográfica. Dessa forma o **Capítulo 1** introduzimos o nosso trabalho, apresentando os objetivos gerais e específicos que nortearam o nosso objeto de estudo. A partir do método crítico dialético e das suas categorias: a totalidade, mediações, historicidade e a contradição, tecemos os procedimentos teóricos-metodológicos utilizados para concretização desta dissertação. O **Capítulo 2** versa acerca da crise do capitalismo contemporâneo e suas estratégias de enfrentamento a esta crise, abrangendo o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e sua expressão nas políticas sociais, com destaque para Política de Saúde brasileira, e a crise sanitária com foco na pandemia do Covid 19.

O **Capítulo 3** aborda a recuperação histórica da política de saúde no Brasil, abrangendo a contrarreforma do Estado e a pandemia da Covid 19 na particularidade brasileira. O **Capítulo 4** recupera a trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, abrangendo a discussão da precarização das condições e relações de trabalho e o Serviço Social enquanto profissão inserida na Política de Saúde. No **capítulo 5** expomos a nossa aproximação ao nosso objeto de estudo, ou seja, os resultados e análises dos dados coletados contemplando TENDÊNCIAS MAIS

SIGNIFICATIVAS DA ATUAÇÃO DO /DA ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL DE CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.

Por fim apresentamos nossas aproximações sucessivas ao objeto de estudo e elencamos as referências utilizadas, os anexos e apêndices.

A seguir, abordaremos a crise do capitalismo contemporâneo e suas estratégias de enfrentamento a referida crise, contemplando o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e sua expressão nas políticas sociais, com destaque para Política de Saúde brasileira, e a crise sanitária, ressaltando a pandemia do Covid 19.

2. CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO: CRISE DO CAPITAL, CONTRARREFORMA DO ESTADO, E CRISE SANITÁRIA NO BRASIL

2.1 Crise do Capital e o surgimento do Neoliberalismo

O desenvolvimento das relações sociais capitalistas ocorre sob o prisma da mercantilização de todos os espectros da vida social, de modo que absolutamente todas as dimensões se tornam submissas à lógica do processo de produção e reprodução do capital em sua fase monopolista. O capitalismo como afirma Marx (1968), se funda numa contradição imanente, embasada na apropriação privada da riqueza socialmente produzida. Essa apropriação da mais-valia é parte sacrossanta ao tornar possível a ampliação da taxa de lucros.

Segundo Moura e Aranha (2021, p.23)

A tendência de acumulação progressiva capitalista atualmente assume contornos que aprofundam o caráter desigual e combinado do sistema em um cenário marcado por desequilíbrios econômicos globais, derivados das crises inerentes ao sistema, como as que vêm ocorrendo desde a década de 1970. Essa acumulação é tão vital ao capitalismo que, quando interrompida, provoca uma série de desdobramentos que atingem as formas de produção e reprodução social em seu conjunto.

Para as referidas autoras é neste âmbito que se movimenta o/a assistente social, detentor de uma formação generalista para responder às demandas oriundas do processo de reprodução das relações sociais, fortemente marcado pelas inúmeras expressões da questão social. Logo, o Serviço Social vem enfrentando na contemporaneidade velhos e inéditos desafios impostos pelo movimento da atual conjuntura de crise capitalista.

Mészáros (2008) explica que a lógica de dominação que rege o sistema capitalista não pode ter outro objetivo que não seja sua própria autorreprodução, à qual tudo, desde a natureza e todas as necessidades básicas e aspirações humanas, devem se subordinar de modo absoluto. A pesada engrenagem das relações capitalistas se movimenta com base na acumulação de capital e na ampliação das desigualdades sociais. Nesse sentido pode-se, segundo Mészáros (2009) afirmar que o movimento do capital sobre o conjunto das relações sociais encontra-se veementemente relacionado a seu impulso de caráter expansionista com vistas à inovação dos produtos e serviços enquanto medida de perpetuação do ciclo de reprodução ampliada.

Neste estudo nos orientamos pelo recorte histórico do século XX com as transformações societárias, demarcando como assinala Harvey (2005), a substituição do regime de acumulação fordista e o modo de regulamentação keynesiano para o regime de acumulação flexível e o modo de regulamentação neoliberal, implicando em grandes ataques aos direitos sociais, tendo em vista a queda da taxa de lucros que aprofunda a crise contemporânea do capital.

Cabe destacar que o processo histórico que ocorreu o fortalecimento do sistema de reprodução do capital concerne aos séculos XVII e XIX a partir da desestruturação feudal, que modificou o setor produtivo e as relações de trabalho, e, gradativamente construíram uma estrutura capitalista reconhecidamente forte, independente e irreformável. Para Pinassi (2014), ao analisar ser imprescindível o entendimento de que a possibilidade civilizatória do modo de produção capitalista entrou em processo de decadência a partir da estagnação marcante das taxas de lucro do capital, exatamente no período de transição dos anos 1960 para a década de 1970.

Antes de adentrarmos na década de 1970, ressaltamos a crise de 1929 que provocou a redução do comércio mundial e o aumento do desemprego. O Estado passou a assumir um destacado papel de regulação, dando origem ao Estado Social. Vê-se então o surgimento de estratégias como o New Deal e o Welfare State, ancoradas na intervenção do Estado, que aspiravam ao aquecimento do consumo e a revitalização da economia (SALVADOR, 2010)

De modo específico, o Estado exerceu um papel fundamental auxiliando no incorporamento das massas, a esse novo padrão capitalista de produção. Também provia políticas sociais garantindo aos trabalhadores o acesso a serviços públicos. Tais políticas sociais eram direcionadas para áreas que eram fundamentais para o consumo de massa e o crescimento da produção capitalista. Elas forneciam um complemento salarial aos trabalhadores para gastos com suas necessidades sociais básicas, como saúde, educação, habitação e outras.

Para Harvey (2005), o acúmulo de trabalhadores nas fábricas, trazia a ameaça de uma organização trabalhista mais forte e do aumento do poder da classe trabalhadora. Condensado a isto, tem-se o crescimento lento da economia e a queda da produtividade do trabalho, levando parte dos trabalhadores a se desinteressarem

pelo processo produtivo. Dessa forma os anos de ouro do capitalismo regulado, começaram a dar sinais de enfraquecimento, ainda no final dos anos 1960.

Diante das circunstâncias ocorreu o aumento da inflação, redução da produtividade e dos níveis de crescimento, aumentou-se o desemprego e diminuiu-se o mercado consumidor, havendo assim, queda nos investimentos. Harvey (2005), também chama a atenção nesse contexto, para o favorecimento da crise do fordismo, a crise do petróleo, assim como as altas taxas de juros americanas. O autor ainda aponta que o período de 1965 a 1973 tornou bem evidente a incapacidade do padrão fordista/keynesiano de conter as contradições intrínsecas ao capitalismo. Salvador (2010) analisa esse período como uma crise de valorização de capitais, nesse sentido destaca que:

Entre o final dos anos 1960 e o começo da década de 1970, o desenvolvimento fordista, as políticas keynesianas e o projeto de Estado Social, que vigorou nos países centrais, são postos em xeque, juntamente com os direitos derivados da relação salarial. A exploração sobre a força de trabalho com as novas técnicas produtivas elevou a extração da mais-valia relativa à égide do Welfare State, ainda que o Estado Social tenha assegurado avanço aos trabalhadores, como a redução do desemprego e a garantia de direitos sociais. A ofensiva do capital vai trazer sérios riscos à proteção social e às conquistas sociais do período após a Segunda Guerra. Anova fase de acumulação capitalista vai ser capitaneada pela esfera financeira, e no campo ideológico o velho liberalismo se veste com a “nova” roupagem, rebatizado de neoliberalismo (SALVADOR, 2010, p. 91-92)

É nessa decadência fordista/keynesiana que se constitui o fenômeno da grave crise orgânica que atingiu o sistema capitalista com maior intensidade a partir de 1970. Somam-se a esse declínio os baixos salários e as dificuldades da realização da mais-valia, produzida por conta justamente da má remuneração da classe trabalhadora. O capital monopolista não conseguiu deter a tendência à queda da taxa de lucros, devido à capacidade de acumulação do capital estar em decréscimo. Nesse contexto de crise, Antunes (2000) aponta como características

Forte redução das taxas de lucro, em virtude da elevação do preço da força de trabalho (custo salarial), conquista obtida no período do Welfare State; esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção; hipertrofia da esfera financeira; aumento da concentração de capitais (fusões e aquisições), o que tende a aumentar a pressão sobre a taxa de lucro; crise do Welfare State, em específico, crise fiscal do Estado; privatizações, desregulamentação e flexibilização dos processos produtivos e dos mercados. (ANTUNES, 2000, pg. 29-30)

Mendes e Carnut (2018) consideram que essas tendências seriam o declínio da taxa de lucro nas economias capitalistas, com destaque para a norte-americana,

em todo o pós-guerra. E como temos acompanhado, as respostas a essas tendências o capitalismo entrou no caminho da financeirização, com o capital portador de juros, especialmente o fictício, que tomou a liderança na dinâmica do capitalismo nessa conjuntura. Nesse sentido Liguori; Voza (2017, p. 163) apontam que

A década de 1970, um conjunto de mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais são engendradas em escala mundial, como resposta ao período de crise orgânica que se instaurava. Esta pode ser definida nos termos gramscianos como “fracasso da política da classe dirigente, organização da classe subalterna com as reivindicações ao processo exploratório, economia decrescente, afetando todo o tecido cultural e social da sociedade. (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 163)

É nesse contexto de crise do capital, que encontramos os principais fundamentos para compreender a substituição do keynesianismo e do fordismo por outra regulação social, a acumulação flexível e neoliberal, que restaurasse o processo de acumulação de capital. É necessário diante este cenário, em que se expressa a barbárie do capital, entender as determinações advindas da crise do capitalismo contemporâneo, já que neste marco histórico da mundialização do capital predominam a financeirização (CHESNAIS, 2005), a refuncionalização do Estado (HARVEY, 2014) e o assalto ao fundo público (SALVADOR, 2010), em tempos de acumulação por espoliação (HARVEY, 2014), entre outras consequências societária.

Não obstante, as repercussões da acumulação flexível aqui na realidade brasileira, vão se intensificar nos anos 1990 como resultado da inserção do país no mercado internacional globalizado. Para Antunes (2009), esse novo modo de produção enquanto possibilidade de saída da crise configura-se no mundo do trabalho como reestruturação produtiva. Dessa forma, o processo de expansão do capital em sua nova fase é capitaneado pela esfera financeira (CHESNAIS, 1996) cujo movimento, no campo ideológico, levou o liberalismo a revestir-se como neoliberalismo.

Para Mandel (1990), a partir de 1974 iniciou-se a crise clássica de superprodução, rompendo com a longa expansão do pós-guerra, transcorrendo-se até a atualidade, numa dinâmica que tem apontado consequências danosas para a humanidade, pois ela atinge a totalidade social e tem provocado transformações que visam, sobretudo, à restauração do capital. Essa tentativa de restauração tem projetado configurações inéditas na realidade social que se torna cada vez mais difícil para a classe trabalhadora e para o conjunto de suas conquistas progressivas que ainda resistem na estrutura do Estado de direitos sociais.

O referido autor (1990) destaca que a crise perpassa por todos os setores, resultando na queda da taxa média de lucros dos capitais, colocando em destaque a impossibilidade de venda com lucros suficientes, a acumulação e conseqüentemente os novos investimentos, ameaçando a reprodução do capital.

A recessão generalizada, inaugurada inicialmente nos setores automobilístico e na construção civil na década de 1970, experimentado pelo regime capitalista, possuiu, desde o princípio, uma função objetiva. É característico no capitalismo que as suas crises sejam detonadas a partir de setores específicos, todavia, não se resumem à mera crise do setor que a detona, tal como o setor automobilístico ou do petróleo, entre outros, estes setores não são o motivo da crise, mas sim, uma parte visível dela.

Nesta direção, cabe destacar que não existe capitalismo sem crise, são próprias deste sistema as crises cíclicas que, desde a segunda década do século XIX, vem experimentando regularmente (NETTO, 2012, p. 415). Dessa forma quando esta estrutura se vê ameaçada ocorre a imposição da lei do valor do capital, a ordem capitalista que proíbe a venda sem que haja a garantia do lucro médio dos capitais, nesse sentido Mendel (1990) comenta que

Contraditoriamente às crises pré-capitalistas (ou pós-capitalistas) que são quase todas de penúria física de subprodução de valores de uso, as crises capitalistas são crises de superprodução de valores de troca. Não é porque há poucos produtos que a vida econômica se desregula. É porque há a impossibilidade de venda de mercadorias a preços que garantam o lucro médio. (MANDEL, 1990, p. 210)

Pelo fato de ser contraditório por âmago, o sistema capitalista como indica Marx (2010) escancara sua característica particular: não há produção de mercadorias para suprir necessidades humanas, há produção de mercadorias cujos valores são orientados pelos interesses dos capitalistas e que, neste sistema, é inadmissível a redução dos lucros, a produção de mais-valia ou geração de excedente é a lei absoluta desse modo de produção.

Para Mézaros (2011) ocorre que hoje a própria dinâmica do capitalismo tem provocado uma disjunção entre a produção de mercadorias para o atendimento das necessidades sociais e a reprodução do capital, no fosso em constante alargamento criado pela crise estrutural do capitalismo, as contradições e antagonismos se agudizam no cenário atual. Algo que tem se expressado na realidade de forma cruel e irracional, considerando, por exemplo, a existência de um contingente de pessoas

que não conseguem acessar a uma simples refeição por dia ao mesmo tempo em que a riqueza socialmente produzida se concentra nas mãos de poucos.

Nesse sentido, em 2021/2022, uma pesquisa realizada pelo IBGE, evidenciou que 125,2 milhões de brasileiros/as não tinham certeza se teriam o que comer no futuro próximo, limitando a qualidade ou quantidade de alimentos para as refeições diárias um aumento de 7,2% em relação a 2020. Se compararmos com dados de 2018 (última estimativa nacional antes da pandemia de Covid-19), quando a insegurança alimentar atingia 36,7% dos lares brasileiros, o aumento chega a 60%. (IBGE,2022).

Frente ao acirramento desta subordinação, recrudescem-se fortemente as desigualdades entre as nações imperialistas e as dependentes, e as desigualdades entre as classes sociais, como destaca Mézaros (2011) essa continuidade exacerba-se a produção de mercadorias orientadas para a valorização do valor, materializando numa produção sem durabilidade, obsoleta e supérflua, que converge com o desperdício e a destrutividade, enfim, com a lógica da produção destrutiva em detrimento do atendimento das necessidades humanas e sociais.

As mudanças decorrentes das crises do capital se constituem em um fenômeno endógeno ao capitalismo, que, ao mesmo tempo, explicitam e sintetizam as suas contradições, mas também se apresentam como a solução momentânea dessas mesmas contradições. Dessa forma Harvey (2008) assevera que o neoliberalismo surge como resposta à crise, sendo necessário analisa-lo em seus diferentes âmbitos, pois a ofensiva neoliberal reorientou todos os espaços da produção e reprodução social, dessa forma o autor aponta que

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das pratica político-econômicas que propõe que o bem estar humano pode ser mais bem promovido libertando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. (HARVEY, 2008,pg. 12)

Nesta mesma perspectiva Filgueiras e Oliveira (2013, pg. 77) destacam que os alicerces desta política se fundamentam na crença da eficiência do livre mercado, e, portanto, na sua capacidade de autorregulação – apesar do reconhecimento de eventuais “imperfeições” dos mercados. Como parte constitutiva das contradições do processo de acumulação do capital, Carcanholo (2018) analisou que diante a crise do capital instaurada na década de 1970 o neoliberalismo se constituiu como uma resposta ao cenário de crise. Essa resposta segundo o autor seria

1. Reestruturação produtiva que, dentre outras coisas, promoveu a redução dos tempos de rotação do capital e, portanto, elevou a taxa anual ou periódica de mais-valia, conseqüentemente a taxa anual ou periódica de lucro. (MARX, 1988, vol. III, seção II); 2. Reformas estruturais nos mercados de trabalho que implicaram o aumento da taxa de mais-valia, tanto nos países centrais da acumulação mundial de capital quanto nos países periféricos; 3. Aumento da parcela do valor produzido pelo capitalismo periférico para a apropriação/acumulação nos países centrais, seja por mecanismos ligados à concorrência dentro e entre setores produtores de mercadorias, ou ainda por modalidades de remessa de recursos como serviço da dívida externa e transferência de lucros e dividendos, em função do investimento direto estrangeiro; 4. Expansão dos mercados, dada a intensificação dos processos de abertura comercial e liberalização financeira; 5. Mudança da lógica de apropriação/acumulação do capital (CARCANHOLO, 2018, p. 25)

De fato, os pilares que garantiam a sustentação do Estado de direitos sociais foram derruídos e prejudicados, iniciando-se um período difícil para a classe trabalhadora, cabendo-lhes uma grande parcela de resposta à restauração do capital, seja através do desemprego estrutural, da superexploração da força de trabalho ou do desmonte dos direitos sociais.

Essa tendência, de acordo com Mézaros (,2011) é uma realidade hoje a nível mundial, é a tendência geral do desenvolvimento do capital com a crescente equalização das taxas diferenciadas de exploração, implicando numa uniformização das taxas de exploração do trabalho e das taxas de lucros em todo o globo, daí o fato da ofensiva sobre os direitos sociais ser um fenômeno global, apesar de ser mais expressivo em países de capitalismo dependente.

O contexto pós década de 1970, desaguou em vários elementos, dentre eles, a elevação da dívida pública e o aumento da exploração do trabalho. É a destruição do trabalho protegido que ocupa uma centralidade na crise estrutural do capitalismo, expressando-se na destruição dos estatutos regulatórios e dos sistemas de proteção social do trabalho. Como aponta o autor outras formas de exploração do trabalho se expressam através do empreendedorismo, do trabalho voluntário e do trabalho atípico que remetem a novas formas de precarização da força de trabalho, num amplo processo de superexploração e auto exploração dos trabalhadores. (Idem, 2011).

Netto (2012), ao analisar esse contexto afirma que a acumulação flexível e o neoliberalismo se constituem como saídas da classe dominante frente a necessidade de restaurar as taxas de lucros do capital, reparando o processo de acumulação em níveis satisfatórios. A classe trabalhadora sofrerá todos os impactos da ofensiva do capital na tentativa de elevar a taxa de mais-valia, o que já é sinalizado pelo

aprofundamento das reformas neoliberais na previdência e nos campos trabalhista e sindical. Como decorrência desse fenômeno, emerge um conjunto de transformações societárias que “estão vinculadas às formidáveis mudanças do mundo do trabalho [...] desaparecimento do proletariado como classe [...] circuitos produtivos pela revolução científica e técnica em curso desde meados do século XX...” (NETTO, 2012, p. 416)

Ao tratarmos dos ciclos de crise do capital, é necessário listar a crise de 2008, que foi detonada pelo crescimento do mercado imobiliário inicialmente nos Estados Unidos da América - EUA, alastrando-se para o resto do mundo, nesse contexto as novas formas de valorização do capital foram centrais para os desdobramentos da crise, de forma que os créditos hipotecários desvalorizados pela explosão da crise tiveram um efeito que espreado “por todos os seus derivativos, uns em maior grau que outros, contaminaram rapidamente os mercados financeiros e todos os agentes que neles estão inseridos” (CARCANHOLO, 2011, p. 78)

Carcanholo (2010), ao analisá-la, aponta que ela tem origem em 2004, quando os EUA elevaram suas taxas de juros, encarecendo o refinanciamento dos débitos. Em meados de 2006, esse processo apresenta os seus primeiros sinais de esgotamento com a redução da taxa de crescimento do crédito ao consumo e o leve aumento da inadimplência. Com isso, a eclosão da crise do setor imobiliário foi uma questão de tempo, que desaguou em 2008. O autor ainda pontua que a crise se deu, com distintos graus de gravidade, sobre todos os países do mundo, atingindo de forma diferente cada um desses países de acordo com a sua inserção na dinâmica global da reprodução capitalista. O efeito da crise para as economias dependentes foi à imposição de um ajuste fiscal permanente (BEHRING, 2021)

Se o capitalismo forja e administra suas próprias crises o neoliberalismo seria, então, a expressão ideológica atual em que o capital obscurece o universo do trabalho, promovendo o caráter radical da alienação da classe trabalhadora. No cenário da política social, a crise do capital contemporâneo tem sido a mais nefasta possível. Vive-se numa era onde os direitos sociais, em larga medida, são desconsiderados pelo Estado, governo e pela burguesia. O desmonte da seguridade social a partir de 1990 são exemplos disso, e se proliferam até os dias atuais.

Dessa forma concordamos com Chesnais (1996), ao afirmar que estamos diante de um novo regime mundial de acumulação do capital, que tem alterado de maneira específica o funcionamento do capitalismo e impactado negativamente nas

condições e relações de trabalho dos trabalhadores assalariados e do setor informal, desaguando nas políticas sociais.

2.2 Contrarreforma do Estado: particularidade brasileira

Resgatando elementos abordados no item anterior, o neoliberalismo se constitui enquanto elemento como resposta da crise capitalista que vai permitir uma nova fase de acumulação de capital a partir da década de 1970. Na particularidade brasileira a resposta à crise por meio da agenda neoliberal, ocorreu especialmente nos anos 1990, conjugando amplas medidas de integração, desregulamentação e flexibilização.

Os países denominados emergentes de economia dependentes, frente a configuração imposta pela divisão internacional do trabalho, foram tragados por uma onda de privatizações e contrarreformas. O neoliberalismo pode ser entendido como sendo uma ofensiva, a qual pressupõe que o capital deve passar a desfrutar de acesso amplo a todos os setores inclusive aos serviços públicos, além da propriedade de ativos e controle das receitas tributárias estatais como canais privilegiados de recuperação da lucratividade.

Para Carcanholo (2010), esses países em busca de soluções para estabilizar suas economias, utilizaram-se de reformas estruturais liberalizantes (privatização, liberalização e abertura dos principais mercados) que foram responsáveis pela formação de um ambiente econômico competitivo que incentivavam os aumentos de produtividade e investimentos privados. O autor ainda comenta que:

A implementação das reformas neoliberais, como uma forma de elevar as taxas de mais-valia e incentivar a retomada da lucratividade do capital; a exacerbação da transferência de recursos da periferia para o centro, que permitem impulsionar a dinâmica de acumulação nos principais países capitalistas; a expansão dos mercados, como forma de garantir novos espaços de realização/valorização para o capital sobrando, manifesta, por exemplo, na pressão por aprofundamento da abertura e liberalização do comércio mundial; a aceleração da rotação do capital, tanto na esfera produtiva quanto na circulação de mercadorias, o que propicia o aumento das taxas de lucro (CARCANHOLO, 2010, p. 3)

Nesta lógica de estabilizar a economia, esta segue sempre a orientação para a acumulação do capital, numa racionalidade burguesa que agrega mecanismos e estratégias particulares no espaço das políticas sociais e em que o Estado utiliza de

instrumentos que conservam o conteúdo e a essência dessa racionalidade (SOARES, 2010).

Dessa forma é necessário compreender um pouco melhor a figura do Estado no sistema capitalista, antes de adensarmos na discussão do processo de contrarreforma na particularidade brasileira. Nesta direção recorreremos a Marx (2010) que em suas primeiras obras, abordou a contradição que ocorre no interior do Estado burguês, afirmando que “ele repousa sobre a contradição entre a vida pública e privada, sobre a contradição entre os interesses gerais e os interesses particulares” (MARX, 2010, p. 60). O Estado responde aos conflitos de classe, mas não de forma imparcial e pelo interesse geral. Responde no limite da classe que representa dentro do sistema da divisão social do trabalho e das relações que, a partir dela, se estabelecem.

Assim é essencial analisar o Estado, na sociabilidade capitalista exatamente a partir de sua dimensão histórica, pois no capitalismo monopolista correspondente entre o final do século XIX e início do século XX, que passa por muitas modificações que alteram sua estrutura econômica e social, o Estado nesse contexto assumiu um papel preponderante, no qual é funcional ao processo de acumulação. Neste cenário na perspectiva da teoria social crítica, Netto (2005, p.19) considera que o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica.

O autor (2005), ainda pontua que “o capital monopolista tem no redimensionamento do Estado o poder que precisa enquanto aliado, na busca de garantir a expansão e intensificação da acumulação, nesta fase monopolista as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as funções econômicas” (NETTO, 2005, p. 24-25).

Neste sentido, o Estado é chamado com a finalidade de favorecer a valorização do capital, socializando os prejuízos com toda a sociedade e coordenando a disputa intercapitalista pelas novas frentes de expansão, tornando-se um ente importante na recriação das bases da acumulação. Na análise de Mandel (1990), o Estado coloca-se como um instrumento de acumulação progressiva de capital. Suas principais funções são: criar e assegurar as condições gerais de produção; também desempenha a função integradora, recorrendo ao uso da ideologia dominante, e a

função repressora, em qual qualquer ameaça das classes dominadas ao processo de valorização.

Para Behring (2008, p. 4041), o Estado na disputa de classe, não assume papel de neutralidade, visto que

O Estado é, portanto, um mecanismo de dominação de classe tendo em vista a apropriação privada do produto social/excedente e/ou dominação de sua produção e distribuição em qualquer tempo, em que pese os trânsitos dos modos de produção – do feudalismo para o capitalismo, por exemplo – ou as formas de exercício do poder político e institucionais – da monarquia para a república ou do Estado Absoluto para o Estado Democrático de Direito (BEHRING, 2018, p. 40-41).

Ao analisar a função do Estado, Filgueiras e Oliveira, (2013, p.81) apontam que “a dívida pública foi parte ativa dessa estratégia de salvamento econômico, assim como seu endividamento, que se constitui em uma das condições de superação da crise, e, ao mesmo tempo, é resultado dessa superação”. Dessa forma, Behring; Cislighi; e Souza (2020) advogam que as aprovações das contrarreformas garantiram que recursos, inclusive do orçamento próprio da seguridade social, fossem desvinculados para a garantia dos compromissos com a dívida pública, e que mesmo com essas garantias a dívida pública continuou a crescer,

Para Soares (2010), a contrarreforma do Estado está fundada numa racionalidade burguesa que agrega mecanismos e estratégias particulares no espaço das políticas sociais e em que o Estado utiliza de instrumentos que conservam o conteúdo e a essência dessa racionalidade. No Brasil, as contradições do Estado capitalista ficam cada vez mais evidentes, como mencionada ao longo deste trabalho a partir da década de 1990, apesar do que foi garantido na Constituição de 1988, a expropriação de direitos acontece vigorosamente.

No tocante a particularidade da política de saúde, o setor privado sempre esteve presente, desde as primeiras ações que foram muito mais na lógica do seguro de saúde, organizadas a partir dos trabalhadores e suas respectivas empresas ou categorias, nesse sentido a referida autora ressalta que

Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças [...] (SOARES, 2010, p. 41).

Salvador (2010) comenta que não só a saúde, mas o tripé da seguridade social, vem sofrendo sucessivas manobras dos governos, alinhados com as orientações macroeconômicas do grande capital, que buscam se apropriar, por diversas formas e vezes, dos recursos do fundo público. Aliás, esta tem sido uma estratégia recorrente da acumulação capitalista para garantir as suas taxas de lucro, tendo a financeirização da economia como uma de suas principais manobras. Nesse sentido o citado autor destaca que

A financeirização da riqueza implica pressão sobre a política social, especialmente as instituições da seguridade social, pois aí está o nicho dos produtos financeiros. Com isso, as propostas neoliberais incluem a transferência da proteção social do âmbito do Estado para o mercado, a liberalização financeira passa pela privatização dos benefícios da seguridade social. (Salvador, 2010, p. 606)

Para Behring (2008), as orientações macroeconômicas que, no Brasil, foram seguidas rigorosamente a partir da década de 1990, tinham e têm como principal intenção fazer com que o Estado social brasileiro transfira para o mercado mecanismo maravilhoso e que deveria ser o responsável pela coordenação da economia. Nesse contexto Boschetti (2018) aponta que na América Latina no bojo da crise da dívida externa, o Consenso de Washington, o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) recomendaram que reformas de ajuste fiscal, diminuição dos gastos públicos, liberalização comercial, dentre outras medidas fossem tomadas em função tanto do combate à crise quanto à mundialização do capital, dessa forma ressalta que

Os processos privatizantes, diretos e indiretos, da previdência e saúde públicas, somados à supressão dos direitos do trabalho, se submetem ao imperativo da acumulação e, ao expropriar os direitos conquistados, suprimem dos trabalhadores a possibilidade de acessar parte da riqueza socialmente produzida, apropriada pelo Estado sob forma de fundo público constituído por impostos e tributos para financiar os serviços públicos. A supressão ou restrição de direitos existentes reduz a participação social do Estado na reprodução ampliada da força de trabalho [...] e, em novo contexto e condições históricas, deixa os trabalhadores "livres como pássaros", o que os impele a se submeter a não importa que tipo de trabalho ou atividade para assegurar sua subsistência e de sua família, ou seja, os lança ao jugo das relações de mercado sem proteção. (Boschetti ,2018, p. 136-137),

Recorremos a Behring e Boschetti (2011), quando analisam que a contrarreforma aqui no Brasil, marcou retrocesso nas conquistas demarcadas na Carta de 1988, ressaltando que

O Estado reformando-se, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1998 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada -, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”. O principal documento orientador dessa projeção foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995), amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira, então à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) (Behring e Boschetti ,2011, p. 148)

Na influência do Ministério da Administração, o Estado social-liberal tem o poder de legislar, de punir e de tributar, para assegurar a ordem interna, ou seja, garantir a propriedade e os contratos, e defender o país contra o inimigo externo, promovendo o desenvolvimento econômico e social. Contudo Behring (2008, p.173) analisa essa proposta enfatizando que

Para Bresser Pereira (1996), esse é um Estado social-liberal porque está comprometido com a defesa e a implementação dos direitos sociais definidos no século XIX, mas é também liberal porque acredita no mercado, porque se integra no processo de globalização em curso, com o qual a competição internacional ganhou uma amplitude e uma intensidade historicamente novas, porque é resultado de reformas orientadas para o mercado.

Não obstante, observa-se que o mecanismo ideológico exposto no molde de um Estado social-liberal para divulgar a reforma foi o maior sucesso dessas medidas foi a universalização do acesso aos serviços. Isto poderia supor que o governo priorizaria os investimentos na área social, mas o que se constatou foi o contrário. Na particularidade da saúde pública o principal paradoxo é que o SUS, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento.

Para Behring (2019a, p. 45), a primeira fase consistente do neoliberalismo no Brasil ocorreu durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, com ênfase na implementação do plano econômico de ajuste fiscal, sob o discurso de controlar a inflação e estabilizar a economia. A autora (2019), ainda advoga que o segundo momento do neoliberalismo no país foi marcado pela nova correlação e articulação de forças estabelecidas com a vinda do Presidente do Partido dos Trabalhadores (PT)

ao poder com Luiz Inácio da Silva e Dilma Rousseff, que apesar –de terem percepções diferentes no que diz respeito às políticas sociais, foi considerado uma variante do neoliberalismo, com propostas programáticas do neodesenvolvimentismo. Neste sentido, esses governos (2003-2010) na implementação de suas estratégias ditas “neodesenvolvimentista”, conservaram

As prerrogativas mais estruturais da agenda neoliberal ortodoxa e as benesses ao capital internacional (superávit primário, desregulamentação e abertura do mercado; manutenção dos juros mais altos do planeta; atração de Investimentos Estrangeiros Diretos, com altas remessas de juros e dividendos às sedes das empresas estrangeiras; “estrangeirização” do solo nacional etc.) e deram continuidade às contrarreformas da Seguridade Social (SILVA, ALMEIDA, ANDRADE,2017,p.62)

Entretanto, para Vasconcelos (2016, p. 64), o governo acabou cedendo ao modo conservador de fazer política com amplas coalizões indiferenciadas, sem questionar métodos escusos e convencionais em trocar de apoio político por acesso a recursos oriundos da corrupção no setor público, acabou se aliando a política e economicamente com o grande capital. Nesse sentido, Gonçalves (2011) vai dizer que o primeiro e segundo governo Lula implementou um “nacional- desenvolvimentismo às avessas”, advogando que nele apresenta

Uma desindustrialização, dessubstituição de importações; reprimarização das exportações; maior dependência tecnológica; maior desnacionalização; perda de competitividade internacional, crescente vulnerabilidade externa estrutural em função do aumento do passivo externo financeiro; maior concentração de capital; e crescente dominação financeira, que expressa a subordinação da política de desenvolvimento à política monetária focada no controle da inflação (GONÇALVES, 2011, p. 5)

É válido aqui recuperar, conforme já dito anteriormente, que no contexto de contrarreforma do Estado no tocante a saúde, uma das mudanças mais significativa no início do governo Lula foi o surgimento de um terceiro projeto na Política de Saúde denominado Projeto SUS Possível, onde era defendido uma flexibilização ou reatualização da reforma sanitária, porém terminou por favorecer a ampliação dos espaços do Projeto Privatista. A esse respeito, Bravo; Pelaez e Pinheiro (2018, p. 10) consideram que

[...] esse projeto do SUS possível é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da Política de Saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária [...] (Bavo, Pelaez e Pinheiro (,2018,p.10)

Ainda durante os governos do PT, Moura (2017) analisa a implementação de políticas sociais voltadas para os segmentos mais pauperizados da população, onde houve nítida redução das pobrezas extrema e absoluta. Esse processo assentou-se na queda do desemprego, na formalização do emprego, no aumento do salário mínimo e na expansão do crédito, especialmente o consignado a partir de 2004.

A crise estrutural do capital reverberou em tensionamentos que adensaram e potencializam a crise política no Brasil, o esgotamento do dinamismo econômico passou a ser inevitável neste período, com quedas drásticas nos indicadores sobre o Produto Interno Público -PIB, desaceleração do investimento agregado, retração da indústria, além de queda no consumo das famílias, o que provocou uma insatisfação imediata entre os trabalhadores, que anteriormente gozavam de relativo poder de compra. Dessa forma, em 2014 no final do primeiro mandato do Governo de Dilma Rousseff, o modelo neodesenvolvimentista começou a dar sinais de esgotamento, “diante dos reflexos tardios da crise de 2008 e das disputas entre frações internas da burguesia no Brasil” (SILVA, ALMEIDA, ANDRANDE, 2017, p. 63), o resultado foi que setores econômicos ligados ao grande capital nacional e internacional, que davam sustentação política ao governo do PT

[..]pressionaram por intenso ajuste fiscal com a finalidade de aumentar sua apropriação sobre o fundo público brasileiro e garantir maior margem à expansão capitalista. Esse processo, em associação às investigações por corrupção no governo e em seus aliados, culminou numa crise política e econômica sem precedentes, que desencadeou um golpe institucional, configurado no impeachment da presidente Dilma Rousseff, em abril 2016 (SOARES, 2017, p. 121-122).

Diante desse contexto de desarranjo político, a elite empresarial do país pressionou para que implementasse contrarreformas mais robustas que imprimissem ainda mais a lógica neoliberal nesse cenário de acirramento da crise capitalista. Dessa forma, no âmago do governo afluíram as divergências, tendo em vista a coalizão partidária com forças reacionárias, o que implicou na construção, de dentro para fora, no golpe jurídico parlamentar contra a Presidenta eleita Dilma Rousseff, como já dito anteriormente. Nesse sentido, Demier (2017, p. 15) assevera que

A queda do segundo governo Dilma constará exatamente como o que foi: um golpe. Muitos argumentos, de ordem política, técnica, jurídica, etc., poderiam ser esgrimidos para justificar tal assertiva, mas para justificar o óbvio basta

apenas ressaltar a obviedade que lhe vértebra: o sufrágio universal de 54,5 milhões de brasileiros e brasileiras foi cassado por um Congresso composto por pusilânimes prepostos burgueses, em sua quase totalidade corruptos, lumpens e biltres.

Portanto, eleito de forma ilegítima, assume em abril de 2016, seu vice-presidente Michel Temer, Behring (2019)) caracteriza a posse de Temer como o terceiro momento do neoliberalismo no Brasil. Em seu governo impetra tensões significativas para o processo em andamento de contrarreformas, no qual evidenciamos a saúde, na qual uma das medidas mais importantes e de grande impacto para essa área, foi o encaminhamento e sanção da Emenda Constitucional/EC 95/2016 que estabelecia um teto de gastos sociais, congelando recursos federais, já insuficientes, por vinte (20) anos. Na saúde ficou estabelecido que o congelamento se daria a partir de 2017 com base nos 15% da receita corrente líquida de 2017, só acrescido pelo valor do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) a cada ano.

Em meio ao cenário de crise econômica e política em que o Brasil se encontrava, o BM entregou um estudo para priorizar o alvo desses cortes, denominado como relatório – Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil – sob a égide de desenhar e implementar um ajuste que colocasse as contas fiscais do país de volta em uma trajetória sustentável, ao mesmo tempo em que protegi os pobres (BANCO MUNDIAL, 2017), encomendado pelo ex-ministro da Fazenda do governo Dilma Rousseff (PT), Joaquim Levy, e apresentado aos ministros do governo de Michel Temer (MDB), Henrique Meirelles (Fazenda) e Dyogo Oliveira (Planejamento), em novembro de 2017. O objetivo era exatamente realizar uma análise aprofundada dos gastos do governo e trazer alternativas para redução do déficit fiscal.

O relatório destacou diversas recomendações para vários setores da administração pública e para as políticas sociais, inclusive a da saúde. Em relação a este setor, a projeção era que houvesse uma perda de mais de 400 bilhões até 2036, segundo apontam alguns estudos (MENDONÇA, et al., 2018), ou seja, além de aprofundar o subfinanciamento já estabelecido para as políticas sociais, essa redução estabelecia um rigoroso desfinanciamento.

Nesta direção a partir do Governo Temer tem-se uma expressiva aceleração e intensificação das políticas que colaboram com o desmonte do Estado brasileiro, além

do relatório do BM, o então governo propôs documentos como Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social. Portanto, a tendência geral desse movimento de contrarreformas do Estado no Brasil, de natureza destrutiva e regressiva, foi a redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias de enfrentamento aos efeitos mais perversos da crise.

Nessa ceara cabe citar, como síntese, em um estudo realizado pelas autoras Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) algumas das principais propostas apresentadas nestes documentos, que trazem impactos para a saúde, a ressaltar que:

1) A Agenda Brasil, por exemplo, prevê o impedimento de pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais, sob a justificativa de se evitar a judicialização da saúde; “maior desvinculação de Receitas da União; e introdução do co-pagamento no SUS, de acordo com a renda do cidadão (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 13).

2) No que se refere ao documento Uma Ponte para o Futuro, são colocadas questões centrais como a necessidade de maior ajuste fiscal para ampliar o crescimento econômico; [...]nova Reforma da Previdência, que amplie a idade mínima para aposentadoria; viabilizar a participação mais efetiva do setor privado, executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 13).

3) Travessia Social propõe conter a inflação e realizar o ajuste fiscal, o que exigirá cortes nos gastos sociais; a retomada do crescimento, que possibilitará a inserção das pessoas no mercado de trabalho; transferir para o setor privado tudo o que for possível; focalização das ações nos 40% mais pobres da população pobre. [...] com relação à Saúde e ao SUS, coloca como questões importantes: a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 13).

Se por um lado a partir do governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro, no governo Bolsonaro tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, adensadas pela pandemia da Covid 19 como discutiremos a seguir.

2.3. Crise Sanitária: pandemia do Covid-19 e suas repercussões no contexto brasileiro

A pandemia por Covid-19 representou um dos maiores desafios sanitários em escala mundial desse século, o insuficiente conhecimento científico sobre o novo Corona vírus, sua alta velocidade de disseminação, e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis geraram incertezas quanto à escolha das melhores

estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo.

No Brasil, os desafios que se apresentaram foram ainda maiores, pois pouco se sabia sobre as características de transmissão da Covid-19 num contexto de grande desigualdade social e demográfica, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água, em situação de aglomeração e com alta prevalência de doenças crônicas. (SANTOS,2020)

A crise sanitária nesse período recente, se fundiu com a crise econômica do capitalismo sobre acumulação e superprodução desde os anos 1970, e mesmo depois do crash 2007-2008, não se presenciou a produção de uma verdadeira saída da crise. Desde março de 2020, quando a OMS decretou a pandemia do Covid 19, acelerou-se a compreensão que o neoliberalismo em seus mecanismos mais perversos, confirmava o controle do capitalismo totalitário sobre a vida.

A continuidade das políticas neoliberais, cada vez mais extremadas em virtude da crise sanitária, não afastou a possibilidade de que muitos pereceram por falta de condições materiais de vida. Assistimos uma forte recessão econômica e um contexto muito peculiar da pandemia do novo Corona vírus, que expressou, na verdade, a profunda desigualdade social existente no mundo, e mais especificamente, no Brasil. Esta realidade, em sua maior potência, indicou que apesar de a contaminação parecer atacar a todos/as, de fato, nada teve de democrática, na medida em que, foi a classe trabalhadora que vivenciou as piores condições de vida, trabalho, moradia, alimentação, saneamento, acesso à saúde e negação de outros direitos sociais, potencializando a possibilidade do contágio (CASTILHO; LEMOS ,2021).

No Brasil, temos uma dificuldade em relação à realização de qualquer previsão acerca dos impactos sociais e econômicos da pandemia: a agenda reacionária e a irresponsabilidade política do presidente Jair Bolsonaro que assumiu o governo em 2018, geraram crises consecutivas, ameaças golpistas, um desdém e uma inépcia inacreditável em relação ao combate ao novo corona vírus, sua difusão descontrolada pelo território nacional e um descaso pelos mortos.

Segundo Franco (2023, p.3),

Mesmo quem sobreviveu às estatísticas fatais atravessou e saiu da pandemia ileso, os efeitos continuarão a se fazer sentir por algumas gerações e trarão na lembrança os danos irreparáveis que com altíssimos custos sociais, humanitários, econômicos e políticos deixados pelo vírus. São

reflexos do negacionismo de um governante que rejeitou a ciência e as instituições; apostou em remédios ineficazes e qualificou a pandemia como uma gripezinha quando deveria conduzir o país que governava, protegendo a população, ao invés de deixá-la exposta à covid.

Para a autora acima referida, a pandemia, segundo os relatos dos entrevistados pela repórter Lisen Morosine deram a dimensão do sofrimento e, sobretudo, das dificuldades que passaram, não somente impôs o distanciamento social, mas o sofrimento e as dificuldades que sentiram, bem como o sofrimento diante das despedidas que não foram possíveis de acontecer mesmo na iminência da morte do ente amado, e dos rituais funerários solitários.

A estratégia do enfrentamento da pandemia, pelo presidente já estava posta, no pronunciamento realizado em março de 2020, quando afirmou caso fosse contaminado pelo vírus, não passaria de uma “gripezinha”. Todo seu argumento feito em seus primeiros pronunciamentos quando eclodiu a pandemia já demonstrava um governo negacionista. Os temas presentes no pronunciamento oficial, seriam repetidos inúmeras vezes desde então, produzindo uma abordagem centrada na minimização da pandemia, na desqualificação das medidas de contenção, na naturalização da morte e na suposição de uma espécie de teoria da conspiração.

Bravo e Pelaez (2020), em um estudo sobre as primeiras ações do governo Bolsonaro, antes mesmo, do período pandêmico, já apontavam proposição no tocante a saúde, em que o governo compartilhava esforços da área pública com o setor privado, ressaltando que

A política de saúde esteve presente, ainda, em proposta do Ministro da Economia, Paulo Guedes, com a criação de um voucher para saúde e educação, O voucher funcionaria como um “vale saúde”, a ser entregue pelos usuários para empresas privadas, em troca da prestação de serviços básicos nessas áreas. Desse modo, o Estado ficaria desobrigado de ter a estrutura pública para os tipos de atendimentos comprados no setor privado. [...] Uma das premissas do Banco Mundial é de que há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público, como se não houvesse necessidade de maior financiamento ou de revogação da EC 95. Defende a cobertura universal de saúde, em substituição ao termo universalidade como princípio do SUS, e deixa nítida, a cada recomendação, a concepção de cobertura universal como um pacote básico de serviços e estratégia de focalização, afastando a perspectiva da atenção básica ampla de acesso universal. No que concerne à proposta de “reforma da saúde”, afirmou que o documento do Banco Mundial é um guia para o governo avançar no setor. (BRAVO;PELAEZ, 2020, pg. 202-203)

Com a chegada da pandemia da Covid 19 em 2020, que apesar de ter sido um fenômeno mundial, foi heterogêneo com particularidades nos diferentes países, encontrou no cenário brasileiro um prisma de toda uma desestrutura da Política de Saúde, atacada pela aprovação da Emenda Constitucional no 95/2016, vivendo-se um contexto de grave instabilidade política e a ausência de respostas unificadas e favoráveis a vida por parte do poder público, sobretudo do (des)governo federal, que seguiu em ampla desarticulação com os estados e municípios, escancarando um projeto perverso de necropolítica, sustentado pelo ultraneoliberalismo. Nos termos de Mbembe (2016), necropolítica opera com o extermínio da população, não se tratando de ações desconexas, ou pontuais, trata-se, sim

Da expressão máxima, do poder e da capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Exercitar a soberania é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder. (MBEMBE, 2016, p. 123).

Behring, Cislighi e Souza (2020), nesse contexto afirmaram, que mesmo com as inflexões da pandemia, não houve recuo na agenda ultraneoliberal, que combinada à crise sanitária, apresentou resultados catastróficos, assumindo um perfil de genocídio em massa e que atingiu, sobretudo, a classe trabalhadora em seus setores mais empobrecidos, a partir de um discurso que submeteu a defesa da vida à economia. O Brasil já contabilizava mais de 700 mil óbitos causadas pela covid-19 (BRASIL,2023), e a atitude negacionista em relação à ciência, a pressão de empresários e as ações na contramão do razoável por parte do governo federal conduziu o país a condições trágicas, tanto sanitárias quanto econômicas. Nesse sentido Behring (2020) comenta que

A gestão de Bolsonaro diante do cenário da pandemia do COVID-19 foi marcada por fortes conflitos no âmbito político e pela inabilidade no que diz respeito às medidas de contenção da curva de contágio do vírus. Ocorre que “enquanto em todo mundo as estratégias de distanciamento, isolamento e de quarentena têm sido utilizadas para combater um vírus para o qual ainda não há vacinas”, o chefe do Estado brasileiro, agarrando-se a ideia da hidroxiquina, “arvora-se ao exercício ilegal da medicina receitando medicamentos para os quais não há comprovação de eficácia” (BEHRING, 2020, p. 1).

A pandemia, por sua vez, exigia distanciamento e isolamento social como medida indispensável para a prevenção do contágio, impactando negativamente uma

economia já combalida, conforme mencionou Antunes (2020,p.14) que nos convida a refletir como ficar em isolamento social os desempregados, “os informais, os trabalhadores intermitentes, os uberizados, os subutilizados, os terceirizados, isto é, aos que não tinham direitos sociais, aos que recebiam salários somente quando executavam algum trabalho”. Nem renda, nem previdência, nem convênio de saúde, como será possível driblar essa situação catastrófica, que tendia a se intensificar se o capital pandêmico continuasse a dominar o mundo, segundo seus interesses.

Ocorre que na particularidade brasileira, os mais vulneráveis entre os vulneráveis foram afetados de forma mais perversa pela crise sanitária, para Carvalho et al. (2021), a Covid-19 foi apenas mais um risco, em meio a fome, violência, condições precárias de moradia, falta de saneamento, que emergiu para somar. Os autores ainda comentam que

A infecção por SARS-CoV-2 afeta as pessoas com certa igualdade de condições, porém a diferença reside nas medidas de prevenção. As medidas de prevenção recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são: isolamento social, uso de máscaras e higienização das mãos. Como higienizar as mãos em locais onde não há água potável nem saneamento básico? Como fazer isolamento social nas moradias em que vivem três ou quatro famílias, com 10 a 12 pessoas coabitando um espaço de 50 m²? O “baixo nível de escolaridade associado à pobreza extrema tem impacto direto no descumprimento às instruções de saúde pública”. Com isso, a vulnerabilidade e a pobreza de questão estrutural passaram a ser perversas. (CARVALHO et al.,2021, não paginado)

Apesar de o país ter um Programa Nacional de Imunização (PIN) exitoso, com uma trajetória consolidada em controles de doenças, a exemplo do imunopreventivo do H1N1, nos anos 2009 e 2010, não foram suficientes para impedir que a vacina, no contexto da pandemia de Covid-19, fosse transformada em arena de disputa política nacional. Contando com centros de pesquisa universitários e de produção de vacinas reconhecidos mundialmente, como o Instituto Butantan e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Brasil teve reduzida sua capacidade produtiva de insumos farmacêuticos. Fatores ligados à política de abertura comercial e ao baixo investimento em ciência e tecnologia provocaram redução da produção nacional de insumos de 55% em 1980 para 5% em 2020 (FLEURY; FAVA, 2022).

A falta de uma estrutura política de contenção para a crise sanitária, demonstrou não se tratar apenas de negligência, mas sim de uma intencionalidade de instalação do medo e do caos, tudo isso como parte de sua estratégia necropolítica, neofascista

e ultraneoliberal. Além das disputas simbólicas, a política também é feita de ações e inações. Para Fleury; Fava, 2022, n/p)

Nos meses de julho, setembro e outubro de 2020, o Instituto Butantan enviou ao MS ofícios com a oferta de milhões de vacinas que poderiam ser entregues até o final do ano se a compra fosse efetivada. A ausência de respostas por parte do Ministério levou o Butantan a buscar outras estratégias de venda, reunindo-se com parlamentares, governadores, prefeitos, juízes e membros do Tribunal de Contas da União (FLEURY; FAVA, 2022, n/p)

Pela iminência da produção das primeiras doses produzidas pelo Butantan, o MS finalmente anunciou a compra de 100 milhões de doses em 07 de janeiro de 2021, assim um ano após da pandemia no Brasil, em 17 de janeiro foi iniciada a campanha de vacinação contra a Covid 19. Vale resgatar que tão somente a primeira campanha oficial registrada pela MS ao combate da doença foi deflagrada em maio de 2021.

Contraditoriamente a aceitação e com postura de minimização do Vírus Covid-19, o presidente, insistia em não aceitar o quantitativo de óbitos causado pelo vírus. Não obstante, outra contradição marcante neste governo, apesar de ser consenso entre especialistas sobre a eficácia da vacina, o presidente disseminou a ideia da eficácia, lançando mão de *fake News* sobre o tema como aponta o CNS (2021), pois no momento em que o país começava a vivenciar a queda consistente do número de mortes e internações por Covid-19, prova incontestável dos efeitos protetivos da ampla vacinação, Bolsonaro retomou sua usual prática de atacar à ciência. Numa encenação, o presidente estabeleceu uma correlação falsa entre a conclusão do esquema vacinal, com a administração da 2ª dose, com o desenvolvimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, a Aids.

Vale mencionar, que aquele governo, simplesmente, negligenciou a gestão da crise sanitária e tentou salvar a própria pele diante da crise política que nunca deixou de vivenciar. Depois da onda de manifestações fascistas no início da pandemia que reivindicava intervenção militar, do movimento negacionista que questionava a existência do novo corona vírus e propunha a abertura indiscriminada do comércio, pondo em risco a vida dos trabalhadores. Nesse sentido, Correia; Santos e Sores (2021) comentam que em função do seu projeto de extrema direita colocou o lucro acima da vida, banalizando as inúmeras mortes.

A política genocida que foi adotada pelo governo, não considerava as evidências científicas, ocultava dados, naturalizava as mortes e provoca a

flexibilização das medidas recomendadas pela ciência e pela OMS em nome do mercado. Além de viverem neste tempo histórico, período extremamente inseguro, com a perda real de seus trabalhos temporários e informais, por conta do necessário distanciamento social, a população viveu também o profundo descaso e descomprometimento do governo em fazer políticas públicas. Como nos explica Antunes (2009), o desafio foi fenomenal, tendo em vista que uma das marcas do capitalismo globalizado e liberal foi sendo seguido pela equipe econômica do governo Bolsonaro e a crescente informalização do trabalho.

Souza (2021) apresenta dados que mostram o financiamento público de saúde em alguns países, a exemplo do país rico como o Japão que chegou a gastar cerca de 63,7% do PIB em ações relacionadas à pandemia. Na América Latina em países de economia dependentes, mostrou que o Brasil gastou 11,2% do PIB, ficando atrás, de países como Chile e Peru. O que ficou evidente a fragilização do financiamento público da saúde, com medidas neoliberais, resultando no desmonte do sistema de saúde que defende a universalidade em alguns países, e como isso impactou no combate ao novo corona vírus. Nesse ponto vale destacar que

A excepcionalidade da pandemia forçou a aprovação de despesas extraordinárias com saúde no orçamento da União, com dotação extra de R\$ 63,7 bilhões, somando um total de R\$ 198 bilhões autorizados para o ano de 2020. Porém, mesmo que os cenários social e sanitário apontassem para a necessidade de manter recursos para saúde, o orçamento de 2021 aprovado foi reduzido para R\$ 144,8 bilhões, levando a um contínuo de número de mortes, seja por Covid-19, seja por outras causas cujos cuidados foram represados no primeiro ano da pandemia. (MELLO; ALBUQUERQUE e SANTOS, 2022, n/p)

De fato, medidas governamentais realizadas no início da pandemia foram aquém das que seriam necessárias para mitigar os impactos econômicos, o Auxílio Emergencial lançado em abril de 2020 para atenuar as consequências negativas para a economia provocadas pela pandemia, repassou cerca de R\$ 359 bilhões de 2020 a 2021 com valores de 600 a 1200 reais. Vale ressaltar, que este se tornou um calvário sem fim para a classe trabalhadora que se via obrigada a enfrentar filas quilométricas nas agências da Caixa Econômica Federal para garantir o acesso ao benefício. A famosa frase “em análise” recebida para quem solicitava o referido auxílio, parecia punição de um governo eugenista e perverso que, conscientemente, agia para prover as piores condições para as massas de trabalhadoras/es em tempos obscuros.

Além do Auxílio Emergencial, a crise exigiu do Estado a realização de políticas setoriais, como forma de enfrenta-la, por meio da Medida Provisória nº 936 de 2020 o governo brasileiro criou o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, apostando na redução da jornada de trabalho e, proporcionalmente, do salário, mediante acordo individual escrito ou através de negociação coletiva e com duração máxima de 90 dias (COSTA, 2020).

Contudo, o que se evidenciou foi a fragilidade das relações trabalhistas, exponenciando a precarização do trabalho formal, além da medida de não contemplar os trabalhadores informais. Vale referir a aprovação pelo Congresso e Senado do congelamento de salários até dezembro de 2021 dos servidores públicos municipais, estaduais e federais, evidenciando quem de fato iria pagar a conta desta crise sanitária e econômica produzida pelo capital: os trabalhadores (CASTILHO; LEMOS, 2021).

Apesar de resistente, o governo Bolsonaro diante da pressão do Congresso liberou um aporte extraordinário de R\$ 2,5 bilhões para fortalecer as atividades do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o foco central desta medida foi possibilitar que municípios com maior ocorrência de corona vírus tivessem condições de prover Benefícios Eventuais à população. A Medida Provisória no 953/20 previu ações de enfrentamento, no campo da saúde pública, ao Corona vírus no contexto do SUAS, atendendo tantos usuários/os cadastrados/as, quanto àqueles/as que se encontravam sem as mínimas condições de prover seus sustentos (BRASIL, 2020)

A EC 106 que Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia, embora tenha suspenso os requisitos fiscais da Lei de Diretrizes Orçamentárias, da Lei de Responsabilidade Fiscal e da Regra de Ouro, com o propósito de manter inalteradas as regras fiscais, após o decreto de calamidade pública, continuou vigente após a pandemia, a exemplo, o congelamento do piso determinado pela Emenda Constitucional 95, que retirou R\$ 22,5 bilhões do SUS entre 2018 e 2020.

Ocké-Reis (2020), nesse sentido pontua que

De modo que, para enfrentar o novo coronavírus, a partir da introdução do decreto de calamidade pública e da EC 106, o governo flexibilizou temporariamente o regime fiscal contracionista, financiando os gastos por meio de endividamento, agora permitido pela suspensão da regra de ouro, e pelo uso dos recursos desvinculados da Conta Única do Tesouro. Apesar da ampliação da dotação autorizada do orçamento, vale assinalar a lentidão do governo na execução dos recursos da pandemia, em especial, na área de saúde, pois, até início de setembro de 2020, apenas cerca de 70% dos valores haviam sido pagos. (OCKÉ-REIS,2020, p. 5-6).

Vislumbra-se que a lista de perdas em investimento nas políticas públicas foi extensa, e que não foram apenas cifras, sob os números, houve milhões de pessoas com necessidades não atendidas, algumas delas no limiar da vida e da morte neste país de imensas desigualdades de classe, gênero raça, etnia etc., e de heterogeneidade estrutural e regional. Portanto, para além do contexto pandêmico, há que pensar na letalidade intrínseca à condução da economia política brasileira movida pela lógica da austeridade ultraneoliberal para as maiorias; e pelo privilegio e remuneração compulsória e farta para uma parcela ínfima, sanguessuga do fundo público.

Face a ausência e inercia das ações, ainda no primeiro momento da Pandemia, surge o movimento de entidades representativas da sociedade civil que se reuniram e deram início ao movimento denominado Frente pela Vida, que teve a sua primeira manifestação pública no ato político “Marcha pela Vida”, realizado no dia 9 de junho de 2020 que contou com a adesão de mais de 400 entidades e movimentos sociais. Contando com entidades a saber a CEBES, Associação Brasileira (Rede Unida), CNS), ABRASCO entre outros, elaborou o “Plano nacional de enfrentamento à pandemia da COVID-19”, apresentado e entregue ao MS em julho de 2020.

Em 2020, ouvia-se que essa situação seria por um tempo determinado, e que em curto ou médio prazo a situação seria controlada e as rotinas seriam retomadas, expectativa que também não foi concretizada. A aposta do governo federal na imunidade coletiva (imunização de rebanho) disseminando que a infecção em massa pelo vírus levaria ao enfraquecimento deste, com a relativização—quando não a negação – da importância das medidas não farmacológicas, somada à demora na aquisição de vacinas suficientes, resultou em uma imunização lenta e permitiu tanto o avanço da pandemia no território brasileiro como o surgimento e a disseminação de novas variantes do vírus, incluindo duas cepas “brasileiras”, a Gamma e a Zeta .

A pandemia desnudou as várias tensões constitutivas do nosso processo civilizatório, construído ao longo dos últimos séculos e centrado na produção de vidas descartáveis no contexto do capitalismo vigente. Expôs com crueza o jogo do necropoder e da necropolítica como biopolíticas contemporâneas, que valorizam capitalistamente as vidas que deveriam e as que não deviam ser preservadas.

Nesse ínterim, cabe ressaltar que alguns Estados brasileiros, se posicionaram de forma oposta ao Presidente da República, reconhecendo a natureza crítica da pandemia e seus riscos para a população brasileira, o que polarizou as relações federativas. Este posicionamento, alinhado às recomendações da OMS, fizeram os governadores fazerem uso de decretos estaduais como ferramenta de enfrentamento à pandemia da covid-19.

Seria incumbência do Ministério da Saúde atuar como uma coordenação central unificando as ações e direcionando os recursos para medidas eficazes entre os estados – algo que não aconteceu. Nem mesmo a ação conjunta entre estados e municípios liderados pelo ente central da federação foi pactuada para enfrentar a pandemia. A centralidade dos governadores instalou-se, e ações fragmentadas aconteciam entre os municípios como se não houvesse um SUS que pudesse prever a ação entre os três âmbitos da federação.

Cabe registrar que a ausência de políticas nacionais unificadas, fizeram com que alguns governadores realizassem parcerias com o setor privado, essa cooperação ocorreu por meio da administração indireta e terceirizada da gestão dos serviços de saúde pública e grandes hospitais privados, algo que já acontecia anteriormente em todo o país.

Nitahara (2020) destaca nesse sentido, que o primeiro hospital de campanha criado no Rio de Janeiro, foi gerido pela iniciativa privada da Rede D'Or. E outro hospital de campanha carioca foi gerido pela OSS denominada Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS), alvo de muitas investigações por improbidade administrativa ou corrupção pela gestão de vários outros serviços de saúde de forma irregular. Para a autora, a transferência direta de recursos financeiros para organizações sociais ou a compra de leitos em hospitais privados foi uma das alternativas encontradas por alguns governadores em todo o país durante o cenário pandêmico.

Na particularidade do Estado da Paraíba, o primeiro decreto emitido foi o de nº 40.122, de 13 de março de 2020, que decretou Situação de Emergência no Estado ante ao contexto de decretação de Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional pelo Ministério da Saúde e a declaração da condição de pandemia de infecção humana pelo Corona vírus (COVID-19) definida pela OMS.

Nesse contexto, o Estado da Paraíba criou alguns hospitais de campanha em algumas cidades, a exemplo do Município de Santa Rita, onde foi montado no estacionamento do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, uma estrutura contando com 100 leitos. Da mesma forma foi criado no município de Campina Grande, para assegurar mais leitos hospitalares.

Diante do exposto, não restam dúvidas que a forma como a crise sanitária na particularidade brasileira foi enfrentada no Brasil, além do negacionismo, com a falta de investimentos em recursos financeiros efetivos para o seu enfrentamento.

No capítulo que segue faremos uma recuperação histórica da política de saúde no Brasil, contemplando a contrarreforma do Estado e a pandemia da Covid 19 na particularidade do solo brasileiro.

3. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE RECUPERAÇÃO HISTÓRICA, CONTRA REFORMA DO ESTADO E A PANDEMIA DA COVID

3.1 A Política de Saúde no Brasil do seu nascedouro até a década de 1980

Na trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil iremos identificar um contexto de profundas modificações sociais, políticas e econômicas que associadas a outros fatores internos e externos se intensificaram e exigiram do Estado uma tomada de posição, particularmente durante o século XX. Nesse cenário a saúde enquanto assistência médica se transformou paulatinamente em direito à saúde, evidenciando inúmeros conflitos e interesses presentes na constituição desse setor.

O início da assistência à saúde dos trabalhadores no Brasil se deu com a intervenção estatal, mais efetivamente na década de 1920. Isso porque no Brasil, até a década de 1980, o direito à assistência em saúde era destinado somente aos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, o que contemplava apenas a parcela de contribuintes para a previdência social. A maioria da população era privada do acesso às ações de saúde, de modo que dependia da assistência prestada por instituições filantrópicas, que não supriam a demanda.

As primeiras décadas do século XX foram marcadas por um enorme crescimento econômico no país devido a seu desenvolvimento agrícola na produção cafeeira, no entanto, evidencia-se também um período de crise sócio-econômica e sanitária, várias epidemias com destaque para a febre amarela, ameaçavam a economia agroexportadora. O Estado começou a intervir na área da saúde, nesse contexto em 1903, como forma de conter esta situação, nomeando o médico sanitário Oswaldo Cruz ao cargo de chefe da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), - órgão este destinado a melhorar as condições sanitárias das cidades – objetivando a organização da assistência à saúde pública.

Aliado a epidemia da febre amarela, outras epidemias a exemplo da varíola e peste bubônica, as quais foram desencadeadas por falta de saneamento básico e condições precárias de moradia, nesse contexto Oswaldo Cruz, lançou a campanha contra a febre amarela. A campanha da vacina, como ficou conhecida, encontrou forte resistência da população, tendo em vista seu caráter violento e autoritário impulsionado pela força policial, gerando protestos entre as autoridades e a população, e essa recusa em ser vacinado acontecia principalmente pela falta de

informação, pois grande parte das pessoas não conheciam o que era uma vacina e temiam pelos seus efeitos.

Com o falecimento de Oswaldo Cruz, o médico Carlos Chagas assumiu o Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP, instalando programas sanitários como forma de prevenção das doenças. Carlos Chagas criou diversos serviços especializados de saúde – higiene infantil, combate às endemias rurais, à tuberculose, à hanseníase e às doenças venéreas. O DNSP passou então a exercer ações normativas e executivas das atividades relacionadas à saúde pública no Brasil. Bravo (2001) assinala que

A saúde pública na década de 1920 vai adquirindo um novo relevo de expansão dos seus serviços para todo o país. A reforma Carlos Chagas de 1923 objetivou ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma estratégia de união, de aumento do poder nacional no interior da crise política em curso (BRAVO, 2001, p. 22).

No mesmo contexto foi criado o primeiro embrião do que hoje conhecemos como previdência social, que vai absorver a assistência médica aos trabalhadores como uma de suas atribuições, decorrentes de contribuições com as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. As primeiras CAPs surgiram dentro das empresas ferroviárias e, posteriormente, foram ampliadas aos portuários, marítimos e outras categorias, iniciando o sistema previdenciário no Brasil, como resposta das empresas e do governo às reivindicações operárias.

Nesse sentido Martins (2002) destaca que A Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões- CAPS para os empregados das empresas ferroviárias. Após a promulgação dessa lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social. A expansão da indústria ocorreu nas condições precárias de trabalho, crescendo os riscos e os problemas de saúde dos trabalhadores desse setor, que não possuíam moradia e saneamento adequado. Dessa maneira, aos problemas de saúde da população foram acrescentados outros, decorrentes da inserção no processo produtivo industrial e das condições deficientes no modo de viver.

O processo de industrialização e urbanização no Brasil, resultaram em mudanças que a sociedade conheceu a partir da década de 1930. Os acontecimentos sociais, econômicos, culturais e políticos dessa década também proporcionaram o

aparecimento das políticas sociais brasileiras, como as da saúde, cujas plataformas advinham da década anterior. Com o crescimento da urbanização, cresceram também as mazelas que caracterizaram a questão social naquele tempo. Nesse sentido, era imprescindível que o Estado trouxesse respostas políticas, especificamente para a situação precária na questão da saúde, higiene e habitação da população e da classe trabalhadora, que sofria com as condições insalubres de trabalho.

Nesse contexto foi criado durante o Governo de Getúlio Vargas o Ministério da Educação e Saúde, promoveu-se uma reforma administrativa e constitucional, com a atribuição de coordenar as ações de saúde pública. O Estado, como administrador das relações entre capital e trabalho, instituiu o salário-mínimo, que possibilitou o acúmulo de capital suficiente ao investimento na infraestrutura, demandada pela industrialização. A política de saúde, nesse período, estava organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados dos anos 1960, centralizando-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e o subsetor de medicina previdenciária apenas entra em cena em 1966.

De acordo com Bravo (2001) as principais alternativas adotadas para a saúde pública de 1930 a 1940 foram:

Ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; criação do serviço de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); e a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAVO,200, ,p.22-23)

Assim, Aguiar (2011) ressalta que no início da década de 1940 foram decretadas as leis trabalhistas, instituindo uma relação contratual entre capital e trabalho. Também se deu a vinculação dos sindicatos ao Estado, exigindo-se pagamento de contribuição sindical por parte dos empregados sindicalizados. Nota-se nesse período que o padrão previdenciário que norteou os anos 1930 a 1945 no Brasil que substituiu as CAPS, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPS, pretendeu estender os seus benefícios para um maior número de categorias de

assalariados urbanos, e não proceder uma cobertura mais ampla, entrando em cena a orientação contencionista.

Por meio da I e II Conferência Nacional de Saúde - CNS realizadas entre 1941 e 1950 começaram a ser discutidos os problemas sanitários em que foram debatidas temáticas referentes às legislações sobre higiene e segurança no trabalho, bem como a prestação da assistência médico-sanitária e preventiva para trabalhadores, Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2002). Nesse período, também foram criados em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que anos mais tarde assumiram a coordenação de saúde pública quando criado o Ministério da Saúde.

Com o retorno do processo de redemocratização do país, após o golpe civil militar, no qual foi deposto o presidente Getúlio Vargas, Eurico Gaspar Dutra ao assumir o governo, criou o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). Nesta seara O historiador Fausto (1996) assinala que o Plano SALTE inseriu a formulação indicativa para o setor privado e o consentimento de linhas especiais de crédito, criando o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, atual Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), como normatizador e regulador desse processo.

Assim, o Brasil chega à década de 1950 com o atendimento hospitalar de natureza privada com fins lucrativos que pressionava o financiamento através do Estado. Entretanto, nessa conjuntura a assistência à saúde até 1964 era fornecida basicamente pelos serviços dos IAPS, com o regime ditatorial essa realidade foi modificada.

AGUIAR (2011) destaca que o presidente Getúlio Vargas, que em 1951 havia sido destituído do cargo, retorna ao poder por meio de eleições indiretas, consolidando o populismo pela prática de contato direto com as massas populares. Ainda em seu governo, foi criado o Ministério da Saúde, desvinculado da área da educação.

Ainda nesta década, durante governo de Juscelino Kubitschek, por meio da Coligação Nacional Desenvolvimentista, foi promovida transformações econômicas com apoio do capital internacional onde foi colocado em ação o Plano de Metas, que previa a construção da nova capital federal, Brasília. No que diz respeito à saúde pública, esse Plano resultou em tímidas conquistas. Da parte dos IAPs, encorajou-se

o modelo de assistência médica curativa aos seus associados, na perspectiva de manutenção do trabalhador saudável para a produção. No que diz respeito à saúde pública, esse Plano resultou em tímidas conquistas.

Jacobi (2010) infere sobre o papel da previdência social nos serviços de saúde, e sua opção pela compra dos serviços privados – seja sob a forma de credenciamento ou sob a forma de convênios – associada a um decrescente gasto do orçamento da União com o setor, em contraposição, a rede pública de serviços que passou a sofrer um acentuado processo de sucateamento, fruto da sua não prioridade no interior das políticas de saúde, e destas no interior das diretrizes políticas gerais do país. Neste período, conforme Bravo (2001) a situação da população nos anos entre 1945 a 1964, apesar dos gastos com a saúde serem mais favoráveis, não conseguiram eliminar o quadro de doenças infecciosas, parasitárias, e as elevadas taxas de mortalidade infantil bem como a mortalidade em geral.

Com o início da ditadura Civil militar, foi adotado para a sociedade brasileira um modelo de desenvolvimento econômico, social e político diferenciado, o setor de saúde pública teve que assumir as características capitalistas com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. Assim, nesse período a saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após os anos de 1966. O Estado utilizou para sua intervenção, nas refrações da questão social, o binômio repressão assistencial, burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizando as tensões sociais objetivando conseguir legitimidade para o regime.

A assistência médica previdenciária era prestada, particularmente, pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos, transcorrendo-se, a partir de então, a contratação dos serviços privados de saúde. Desse modo, o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social – INPS passou a ser o grande cliente dos serviços privados de saúde, incentivando-se um modelo de organização da prática médica pela objetivação do lucro (BRAVO, 2011).

Com a separação em 1974 do sistema previdenciário do Ministério do trabalho, passou a se constituir Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Conjuntamente com a instituição do MPAS foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, cujos recursos eram reservados ao financiamento da construção de novos hospitais. Esse Ministério criou o Plano de Pronta Ação – PPA.

Esse Plano consistiu-se em uma medida para a viabilização da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde (BAPTISTA,2007, p. 44).

Assim, Nunes et. al (2011) descreve a integração do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS – instituído em 1977, com os seguintes órgãos: INPS , voltado para o pagamento de benefícios aos segurados; INAMPS , com a atribuição de prestação de assistência médica individual e curativa, por meio dos serviços privados, contratados e associados aos trabalhadores urbanos e rurais; Legião Brasileira de Assistência – LBA; DATAPREV;– CEME.

Moreira (2009) aponta como importante fato deste contexto, a promulgação do texto produzido na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, Alma-Ata/URSS 1978, que tinha o propósito de dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse em quantidade e qualidade os serviços primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura da saúde a toda população até o ano 2000. Logo em seguida, Com a realização do 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde em 1979, pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, editou-se o documento histórico do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, no qual abordava a questão democrática na área da saúde. O CEBES passou a constituir um dos intelectuais coletivos da Reforma sanitária, passando a difundir uma nova cultura, com os princípios de “ democratização do setor saúde e Reforma Sanitária que tem como marco a unificação dos serviços de saúde públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários ” (ESCOREL,1998, p.).

De acordo com Bravo (2011, p.), ao longo das dez medidas recomendadas pelo documento, a terceira medida tratava sobre a criação de “um Sistema Único de Saúde”; a quarta, do dever do Estado “pela administração desse sistema”; a quinta, a “incumbência ao SUS da ação de planificar e executar uma política nacional de saúde”; e a sexta, “de criar mecanismos eficazes de financiamento do sistema de maneira a não sobrecarregar a população com a criação de novos impostos para subsidiar esse novo sistema”. A discussão-alvo foi a visão pública da saúde versus a privada, delimitando o papel de cada instância.

Portanto, a Política de Saúde brasileira sempre foi marcada pelo predomínio de interesses de grupos particulares seguindo o modelo médico assistencial-privatista. Escorel (1998) considera que a hegemonia desse modelo na assistência à saúde foi

amplamente questionada na década de 1970 através do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro. O MRS passou a propor uma reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade e a concretizar, em diferentes momentos históricos, ações que expressassem a concepção de saúde como direito de todos/as e dever do Estado, logo, constrói com apoio das massas, um novo projeto de saúde, de Estado e de sociedade para o país.

Nesse período, Aguiar (2011) reforça que as conquistas por meio do MRS, contou com a contribuição de alguns parlamentares, movimentos de saúde, trabalhadores da saúde, acadêmicos, e a ABRASCO. Com as entidades desses diversos segmentos organizados registrou-se uma politização crescente na divulgação de conhecimentos, com críticas e experiências modernizadoras no campo da saúde e orientações de articulação da sociedade para as transformações na área sanitária.

O projeto de Reforma Sanitária, cujo esboço e conteúdo firmaram-se, paulatinamente, ao longo do tempo, indicava as transformações da relação entre Estado e a população, com notória defesa da participação social de maneira institucionalizada nos caminhos da política de saúde e pela construção da cidadania.

Mendes (1995, p. 42), assim define a Reforma Sanitária:

Como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade [...] criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema

A década de 1980 é caracterizada no contexto da sociedade brasileira por um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentando ao mesmo tempo uma conjuntura de crise interna e externa, permeada pela dificuldade na formulação de políticas econômicas, pelo aprofundamento da dívida externa, pela disparidade na distribuição de renda e pela explosão de juros e taxas inflacionárias (BORLINI, 2010).

Esse período foi palco também, de intensas mobilizações populares, em protesto contra a suspensão dos direitos civis e do aprofundamento da desigualdade econômica e social posta pelo estado autoritário e antidemocrático vigente. As mobilizações trouxeram à tona novos sujeitos políticos, destacando dentre as bandeiras de luta, a garantia do acesso aos direitos sociais, promoção da cidadania e

da emancipação humana, a politização da questão saúde, assim como a ampliação dos espaços de atuação coletiva democrática e de controle social.

Segundo Bravo (2009), a saúde nesse contexto, deixou de ser interesse apenas dos técnicos, ocorrendo uma politização do setor. Dos sujeitos que entraram em cena, destacam-se aqueles que constituíram o MRS: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades; os partidos políticos de oposição, os movimentos sociais em articulação com a sociedade civil, tendo o CEBES como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde. Vale enfatizar que o MRS contava com o apoio não só dos profissionais de saúde, mas também da sociedade civil. No que se refere particularmente a saúde, é importante destacar que a partir de tal contexto a saúde passou a ser reconhecida como direito social garantida pelo Estado, assumindo um conceito amplo, em contraposição a perspectiva de saúde como simples ausência de doenças, passando a ser compreendida como resultado de condições dignas de vida, acesso universal e igualitário aos serviços de prevenção, promoção e recuperação de saúde, em todos os níveis de atenção no setor e garantido a todos os brasileiros.

Cabe destaque que, o MRS teve importante participação na 8^o Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na cidade de Brasília no Distrito Federal, que contou com mais de quatro mil pessoas, dentre elas, delegados, profissionais de saúde, entidades como sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros. Um evento marcante e que tinha como principal objetivo debater o direito à saúde pública e de qualidade. “A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p.96).

Assim, a partir da realização da referida Conferência, apesar da grande pressão do setor privado e de representações políticas conservadoras, foi possível formular um documento no qual se privilegiou grande parte das reivindicações formuladas pelos movimentos sociais e entidades da saúde. O relatório final elaborado na Conferência inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição Federal 1988 e, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é decorrente de um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros que resultou na universalização do direito à saúde como dever do Estado Brasileiro, se contrapondo a dinâmica de oferta de serviços do setor baseado na acumulação do capital, prática vigente ao longo dos anos no Brasil (MINAYO, 2001 *apud* LEITE, 2007).

Contudo Gerschman e Viana (2005), nos apontam que na contracorrente dessas conquistas a Reforma Sanitária e seus princípios cresceram e se desenvolveram no Brasil na contramão da conjuntura histórico-política internacional tencionando a fase da formulação e a implementação da política de reforma da saúde no Brasil.

BRAVO e MATOS (2006) refletem que há uma disputa das proposições de saúde enquanto direito social e o SUS questionados pela ideologia conservadora, ao tempo em que as propostas de normatizações visavam consolidar a contrarreforma na saúde. Por isso, a Lei Orgânica da Saúde é o compilado de duas leis, a 8080/90 e a 8142/90, portanto, dois projetos em disputa, nesse período, vivenciados no setor da saúde: o privatista e o de reforma sanitária.

3.2 A Saúde no Brasil em tempos de contrarreforma do Estado

O contexto da divisão internacional do trabalho, os processos de globalização e mundialização da economia provocaram profundas transformações processadas no modo de produção capitalista em nível mundial. No Brasil, sobretudo na década de 1990, estas transformações apresentaram um forte conteúdo conservador, oriundo das opções político-econômicas pelo desenvolvimento gerador de pobreza e miséria.

Para compreendermos a década de 1990 e as particularidades brasileira com a introdução do ideário neoliberal nas políticas públicas, recorremos a Brettas (2020, p.158), que ressalta o neoliberalismo como tendo sido implantando por diversas regiões do mundo, ao longo dos anos 1970 e 1980, “fazendo uso de uma dialética de combinação entre coerção e consenso, ora com peso maior em um, ora em outro – a depender da correlação de forças de cada país.

Para Castelo (2016), a década de 70 é caracterizada por uma crise orgânica do modo de produção capitalista, e o ideário neoliberal surgiu como resposta para a continuidade da expansão capitalista no mundo. Nesse sentido, corroborando deste pensamento Harvey (2008, p. 22) considera que

As práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas [...] A desregulação, a privatização e a retirada do Estado de muitas áreas do bem-estar social têm sido muitíssimo comuns (HARVEY, 2008, p. 12).

Brettas (2020) enfatiza que o avanço do neoliberalismo em direção às economias dependentes ocorreu por meio da incorporação das grandes burguesias destes países e pela imposição, por parte dos organismos multilaterais, de políticas de estabilização econômica que conduzissem às alterações necessárias. A autora afirma ainda que o neoliberalismo se consolidou no Brasil “a partir do amplo processo de privatizações, da reorganização da produção com vistas a ampliar as bases de extração de mais-valia e da financeirização calcada na dívida pública”.

Entretanto, foi a partir dos anos 1990 que no Brasil ocorreu uma redução do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, ocasionando o desmonte dos direitos sociais que foram garantidos na constituição Federal de 1988. O Estado transferiu seu papel de regulador para o setor privado, deixando a saúde vinculada ao mercado, significando um retrocesso para a efetivação do SUS.

Na década de 1990, o ideário neoliberal que se materializou através da contrarreforma do Estado, vem desestruturando a proposta de universalidade presente na Constituição Federal 1988, defendendo uma política focalizada, mínima para o social e máxima para o capital. Em tal contexto, o Estado adquire outra conformação, passando a programar políticas de desregulamentação da economia, privatização e terceirização dos serviços públicos.

O cenário desta década supracitada se apresenta com forte redirecionamento do Estado influenciado pela lógica neoliberal, que emprega o discurso que o Estado é ineficiente, tornando a saúde em mercadoria rentável ao desenvolvimento do capital. A partir de tal conjuntura, o SUS enfrenta um contexto desfavorável para sua efetivação visto que o neoliberalismo avança na perspectiva de redução da autonomia do Estado, se verificando um embate entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária.

Segundo Bravo (2009), a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, sucateamento da saúde

e educação. O modelo Neoliberal ganha mais força ao longo do governo de Fernando Henrique Cardoso-FHC (1995-2002), e se materializa através da criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), tendo como titular Luiz Carlos Bresser Pereira, que de imediato instituiu o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), com uma série de medidas contrarreformistas, no mundo do trabalho e nas políticas sociais, que foram de encontro paradoxalmente aos ganhos da Constituição Federal de 1988.

Como parte do PDRE, foram criadas as Organizações Sociais (OS"s) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP"s), a esse respeito Behring (2008), caracteriza como uma produção de serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, estabelecendo-se parcerias com a sociedade para o financiamento e controle social de sua execução. O Estado reduz a prestação direta de serviços, mantendo-se como regulador e provedor. De acordo com Vasconcelos, Silveira e Xavier (2017), é a partir dos anos de 1990 que o Banco Mundial ganha cada vez mais influência na política de saúde do país, com maior ou menor intensidade a depender do Governo.

Com as eleições presidenciais de 2002, e a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva para a presidência da república, a expectativa era de uma retomada do projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS. Entretanto, as alianças que garantiram a sua chegada ao poder, os seus vínculos com o grande capital nacional e internacional, começaram a se explicitar já no seu primeiro mandato com a continuidade das medidas contrarreformistas.

No primeiro e segundo governo Lula é possível identificar, particularmente no campo da saúde, medidas de continuidade do projeto privatista, e, paradoxalmente, medidas de inovação, a exemplo da escolha de profissionais comprometidos com a luta da Reforma Sanitária, para ocupar cargos no Ministério da Saúde. Contraditoriamente ocorreu a permanência de ações de focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social (BRAVO, 2009). Portanto,

Segundo dados da PNAD/IBGE de 2003, evidencia-se que a participação do SUS é tanto maior quanto menor é o nível de renda da população e vice-versa, ou seja, quanto maior a renda, maior também é a participação dos planos e seguros privados. [...] Além da mercantilização dos serviços de saúde, a área da saúde também contribui decisivamente para a realização e acumulação do capital através da compra sistemática e continua de novos

equipamentos e medicamentos de proliferação de seguros e planos de saúde. (Porto et al, 2006, apud Soares,2020, p.79)

Assim, é possível afirmar que o projeto privatista e a flexibilização do SUS histórico, ganharam espaço durante os governos do PT, nos quais tiveram à frente Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Vanna Rousseff, pelo período de 14 anos (2003-2015), nesse sentido, com base em SILVA (2017) é no governo de Dilma Rousseff que foi criada a Lei nº 13097/2015, a qual abre espaço para o capital estrangeiro para a saúde, ademais importante citar que nos governos petistas a partir de 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), foi autorizada a gerenciar os Hospitais Universitários, vinculada ao Ministério da Educação.

Nesse sentido, no tocante ao governo Dilma Rousseff, Reis; Paim (2018) citam algumas medidas realizadas ainda no início do seu governo

Em 2011, foi estabelecida uma nova orientação política da atenção básica (a Portaria no 2.488/2011), com destaque para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), flexibilizando determinadas normas com relação à organização e gestão do trabalho, especialmente no que diz respeito ao profissional médico. [...] Ainda em 2011, foi instituída a Lei no 12.527/2011, a chamada Lei do Acesso à Informação, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. Foram criados mecanismos que possibilitam o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades, sem necessidade de apresentar um motivo. (p.104)

Nota -se que os referidos governos petistas, deram continuidade ao processo contrarreformista, com uma política de conciliação de classes, que rebateu claramente na Política de Saúde, através da refuncionalização dos princípios do SUS, surgindo assim, conforme destaca Soares (2010), um novo projeto na saúde denominado “SUS possível, ” como forma de flexibilizar as ideias defendidas pela Reforma Sanitária.

Manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas, culminaram com o pedido de impeachment, e que em seguida resultou na cassação do mandato da presidente Dilma Rousseff. Em seu lugar assumiu, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira, dando continuidade rigorosamente ao processo de contrarreformas.

Com Temer no poder, o Brasil vivenciou de acordo com Cislighi (2021), o período de inflexão, ou nova fase do neoliberalismo, agudizada em profundidade, velocidade e violência em relação ao período anterior - agora Ultraneoliberal-. Para Demier (2019), ao assumir sua forma ultra, como adjetivo, o neoliberalismo entra em

nova rodada de aprofundamento de seus pressupostos apoiado em formas exponenciais de bonapartismo nos regimes democráticos liberais e seus governos. O autor ainda enfatiza que essa fase expressa

[...] um pé na barbárie, de onde, tal como num devaneio onírico, é possível passar em revista, celeremente, todos os estágios pretéritos da nossa formação social que agora parecem se encontrar e se fundir no nosso tempo presente. Em vez de luz tem tiroteio no fim do túnel, e chegamos ao final dele (DEMIER, 2019, p.132).

Apesar do curto tempo do governo Temer, agudizou-se o processo de destruição dos direitos sociais e, aqui em particular na área da saúde, o esmagamento do financiamento do SUS que pareceu ganhar um ritmo mais frequente. Intensificou-se neste governo a lógica da política econômica restritiva a uma potência, jamais perseguida nos últimos 30 anos. Constituiu como peça fundamental o documento “Uma Ponte para o Futuro”, apontada pela (FNCP, 2017) como forte arma que orientou a avalanche neoliberal para a perda de direitos sociais.

Nessa perspectiva, seguindo orientação do Documento uma “Ponte para o Futuro”, foi introduzida a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, na qual o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado num processo de desfinanciamento, configurando um quadro de aniquilamento, “a conta-gotas” das tentativas de construção de nosso sistema universal. Nesse sentido recorreremos a Mendes e Carnut (2020) que comentam

A EC 95 foi promulgada pelo governo Temer com o objetivo de limitar a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos, mas não o fez para as despesas financeiras, mantendo o alto patamar de pagamento dos juros da dívida por parte do governo brasileiro. Para a saúde, essa mudança da regra do piso federal significou congelar o parâmetro de aplicação mínima no valor monetário correspondente a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2017, atualizado anualmente tão somente pela variação do IPCA/IBGE, até 2036 (MENDES E CARNUT, 2020,p. 26)

Assim, o SUS passou a enfrentar, ao lado de seu subfinanciamento de 30 anos, um processo crescente e contínuo de desfinanciamento, a partir de 2017, em decorrência de um ajuste fiscal que asfixiou direitos fundamentais à saúde, evidenciando a intervenção da forma jurídica (regime político) do Estado, sob uma

intervenção pública que buscou cumprir o papel exigido pelo capital em crise, (MENDES; CARNUT, 2020).

Ainda podemos destacar como desenho ideário ultraneoliberal, durante este governo, a aprovação da Reforma da Previdência através da EC 103/19, que abarcou mudanças em alguns casos limitações, inerentes à concessão dos benefícios. Dentre as alterações relevantes na aposentadoria especial esteve a definição de idade mínima para adquirir direito ao benefício, bem como o aumento o tempo de contribuição para em média 40 anos e equiparou trabalhadores homens e mulheres, assim como desconstitucionalizou a previdência social. A respeito da referida EC citamos Behring, et al,(2020)

A emenda aprofundou de modo dramático as dificuldades para a apresentação, ainda que tenha recuado em relação a proposta original em alguns pontos, pela pressão social contra sua perversidade. Em síntese, as mudanças, aprovadas ampliaram o tempo mínimo de contribuição para 40 anos, para que o valor do benefício corresponda a 100% da média dos salários na ativa. (p.117)

Borges e Matos (2020) apontam que pelo processo eleitoral em 2018, o rumo político levou à opção extremada e totalitária, com a chegada de Jair Bolsonaro ao poder, com suas propostas muito mais aviltantes, tendo conseguido emplacar as reformas previdenciária e trabalhista em seu primeiro ano de governo. A eleição de Bolsonaro, portanto, evidenciou o potencial das forças conservadoras e de manifestações neofascistas, com articulação de milícias, assassinatos políticos, prisões arbitrárias, discursos de ódio, ações antidemocráticas, demonstração de autoritarismo na relação com o conhecimento, com a cultura, com as artes e no plano econômico, a consolidação do ultraliberalismo.

3.3 A saúde no Governo Bolsonaro: análise do contexto da pandemia Covid- 19

Eleito pelo sufrágio de 2018, Jair Bolsonaro chegou ao poder acentuando e dando continuidade ao projeto de desconstrução de direito, já impresso no governo ilegítimo do Michel Temer, colocando o SUS subordinado à lógica do mercado, em um modelo privatista. “Pode-se considerar como três características básicas desse governo: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia [...]” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 195).

Vale enfatizar que o avanço da contrarreforma na Política de Saúde, vem se refletindo na assistencialização e ênfase nas ações emergenciais, precarização, mercantilização e privatização, tecnificação, ampliação restrita, promoção da saúde restrita, marginalização dos espaços de controle social (SOARES, 2010), engendrando a denominada superprecarização da Política de Saúde, tendo em vista elevar em níveis jamais vistos o subfinanciamento com a aprovação da EC 95/2016.

O embate entre esses projetos tem provocado barreiras para a efetivação dos princípios do SUS, trazendo rebatimentos nas práticas profissionais, no cotidiano das instituições, e nas demandas que são postas no cotidiano da prática dos/das assistentes sociais. Na atual fase da contrarreforma, conforme destaca Soares (2017, p. 06), “o desmonte da política de saúde e seus desdobramentos em termos de superprecarização, intensa privatização e desconstrução do ideário do direito público vêm colocando ao Serviço Social, na saúde, velhos e novos desafios”.

A citada autora destaca que, no espaço da saúde pública, cada vez mais crescem as demandas relacionadas à seletividade das práticas institucionais, relacionadas também ao estímulo à colaboração do usuário no que se refere, inclusive, à operação dele para a desoneração do sistema. Portanto, “na cultura institucional presente nos mais diversos serviço de saúde estimula-se cada vez mais uma racionalidade que justifica toda a violação ou restrição do direito à saúde em nome da crise do Estado brasileiro e da necessidade do ajuste fiscal” idem (p.6).

Vale ressaltar que vivenciamos no governo de Bolsonaro o esvaziamento das políticas públicas, com a resistência de investimento não só na área da saúde, mas também na assistência e na educação que sofreram os impactos, comprovados a partir do Plano Plurianual (PPA) que trouxe claramente suas prioridades. A alocação de recursos do PPA colocou a economia em primeiro lugar, destinando cerca de 66 % do recurso financeiro para o período de 2020 a 2023, enquanto que em segundo lugar o setor social recebeu 26% do recurso destinado para o mesmo período. (INESC,2019).

A narrativa do Plano não se estruturou em torno dos direitos, base na Constituição Federal de 1988, a tônica foi a eficiência e a criação de um ambiente propício aos negócios. Conforme Behring *et al* (2020, p. 110) o PPA, apresentou

A descontinuidade metodológica e a falta de compromisso com as diretrizes nele propostas, vem esvaziando seu conteúdo político e técnico desde 2012, e a torna uma peça orçamentária frágil diante das demais, mas que merece

ser retomada de acordo com seu objetivo central previsto na constituição, já que norteia as demais peças. Pois, apesar desses limites, é possível vislumbrar as prioridades governamentais no documento. (p.110)

Soares (2019, p.125) ressalta ainda que ocorreu importante impacto desse processo nos diversos espaços sociais, com forte influência da cultura neoconservadora, inclusive no âmbito da saúde:

[...] a política de saúde foi o campo onde mais avançamos em termos de conquistas legais e políticas, com o movimento sanitário e o próprio projeto de reforma sanitária. No entanto, (contraditoriamente), [...] os serviços de saúde, dada a sua trajetória de hegemonia do controle médico e do pensamento conservador, se presta facilmente para práticas pragmáticas que retificam a responsabilização dos sujeitos. Assim, a ascensão cada vez maior do conservadorismo na saúde tende a requisitar que os assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre as mudanças comportamentais.

Em meio ao contexto de caos, no ano de 2020 eclode mundialmente a pandemia com um vírus letal- covid 19, recrudescendo ainda mais a crise econômica e social, tendo em vista as crescentes necessidades da população num contexto de crise sanitária. A alternativa neoliberal estava posta, e ela incluía não só as contrarreformas do Estado, como também, e mesmo principalmente, a negação da ciência, a rejeição às vacinas, a desconfiança do formato esférico da Terra, o fim da cultura, o desprezo pelo pensamento (DEMIER,2020).

Nesse contexto, ainda presenciamos a contradição entre o então Ministro da Saúde Henrique Mandetta que tentava seguir mesmo que minimamente as primeiras orientações da OMS, contra a postura negacionista do presidente Bolsonaro que além de não acreditar no vírus, insistia no uso de cloroquina, sem comprovações científicas.

O Brasil viveu a pandemia um espetáculo de abandono por parte do governo federal de suas responsabilidades. No lugar de unir o país para enfrentar, à altura, a inédita situação de crise sanitária, o governo optou pelo acirramento de conflitos entre os entes federados, entre segmentos da sociedade, enfatizando um discurso de discórdia e negacionismo (SOUTO;TRAVASSOS, 2020). A estratégia de comunicação contribuiu, assim, para disseminar confusão e impedir a tomada de decisões de proteção da vida e da saúde da população a nível nacional.

A rápida expansão da pandemia da Covid-19, na particularidade brasileira, aflorou demandas crescentes e emergentes que incidiram sobre a inabilidade da

capacidade do país em coordenar políticas públicas integradas e em tempo oportuno. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um modelo de federalismo cooperativo e integrado que busca criar bases institucionais para articular de maneira funcional a atuação da União, dos estados e dos municípios na construção de estratégias, em especial, em conjunturas críticas (Souza,2021)

No entanto, durante o período pandêmico como aponta Fleury (2020) esse padrão cooperativo e integrado, com papel expressivo de um coordenador nacional, foi confrontado e esvaziado pelo estilo de condução governamental do Presidente Bolsonaro, que favoreceu o conflito e o confronto, com tendências a levar ao limite não só os mecanismos de coordenação federativa do SUS, mas também todo o arcabouço político-institucional da federação brasileira.

Mais do que isto, para a autora o então governo, desde seu início, opôs-se firmemente ao espírito da CF/88, desafiando o modelo do federalismo cooperativo basilar na Carta Magna, no enfrentamento da pandemia da Covid-19, o Brasil adotou a descoordenação como opção política, fato que explica a passagem de quatro ministros da saúde, com a marca da militarização do Ministério da Saúde.

A postura do governo federal, estimulou a descoordenação de ações e o envio de mensagens contraditórias relativas às ações de controle do contágio, ao mesmo tempo que recomendava ações e medicamentos sem eficácia comprovada cientificamente para prevenir ou tratar a infecção. Nessa direção é válido resgatar, mesmo que brevemente, a importância relativa à gestão das políticas de saúde mantidas na lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde –, a qual dispõe acerca das condições para promoção, proteção da saúde, organização e funcionamento dos serviços. Ela também elenca os objetivos do SUS, quais são suas competências, assim como as funções da União, dos estados e dos municípios no processo de desenvolvimento das políticas de saúde.

Nesse ínterim, Abrucio et al. (2020) sinaliza no concernente à adoção de medidas não farmacológicas para enfrentar a pandemia, o Supremo Tribunal Federal STF - reforçou que os estados e os municípios têm competência concorrente para atuar em questões sanitárias e podem estabelecer medidas restritivas para combater a pandemia sem aval do governo federal.

o STF ainda por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 672, reiterou a gravidade da emergência causada pela

pandemia da Covid-19, objetivando a efetivação da proteção à saúde e à vida, com a adoção de todas as medidas possíveis e tecnicamente sustentáveis para a efetivação das atividades do SUS, reforçando que os entes federados possuem direitos originários de soberania constitucionalmente iguais ao governo nacional, demonstrando a necessária ampliação da cooperação entre os três poderes como instrumento essencial e viabilizador dos mecanismos constitucionais que ancoram o equilíbrio institucional e a manutenção da harmonia e independência entre os poderes essenciais ao combate da pandemia da Covid-19.

Desde o início da pandemia da Covid-19 o país estava sem uma política para o seu enfrentamento. Mais do que isto, ainda que o número de pessoas infectadas e de mortes foi altíssimo, o presidente da república repetiu as mesmas falas inconsequentes quando do início da pandemia. Acusou a mídia de ter superdimensionado a Covid-19; relativizou sua letalidade; não efetivou uma política de distanciamento social (ao contrário, promoveu aglomerações); não incentivou o uso de máscaras e vetou seu uso obrigatório nas repartições públicas; defendeu a utilização de medicação que já tinha sido comprovado sua ineficácia atestada internacionalmente; não estimulou os estudos sobre a vacina e, quando produziram algumas, continuou com uma posição de negação para o programa de vacinação. Enfim, “de forma assustadora, todas as orientações das autoridades da saúde pública foram e são negadas pela presidência da república”. (MATOS,2021, p.32)

Mesmo contrariando a ciência, o Brasil aderiu ao Plano Covax Facility, com a liberação de 2,5 bilhões do Governo federal para integrar o programa global de vacinas, em desenvolvimento. Diante da esperança, ainda que tardia, de frear a contaminação pelo vírus. Assim, tivemos o adiamento do recebimento das vacinas que estavam previstas para chegarem ainda no fim de 2020. Contudo foi apenas em 2021 que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou a vacinação no Brasil ainda que tardia em relação a nível mundial. Por fim, com a chegada da vacinação e ampliação para as demais faixas etárias, tivemos uma grande queda na taxa de mortalidade, além da diminuição dos sintomas mais graves da doença e ocupação dos leitos hospitalares, entretanto o país contabilizou mais de 700 mil óbitos (BRASIL,2022).

Bravo e Pelaez (2020), fazendo um balanço das medidas contrarreformista na Política de Saúde, implementadas pelo governo Bolsonaro, destacam que o Ministério

da Saúde passou por mudanças na sua estrutura, sendo criadas duas Secretarias: a de Atenção Primária à Saúde e a da Tecnologia da Informação, além da extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Secretaria de Atenção à Saúde foi reformulada, priorizando a especialização e a criação de um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados, estabelecendo a contratualização com o setor privado.

Para Behring (2021) é certo que temos mais destruição e morte: a letalidade. Em plena pandemia ainda descontrolada no país no ano de 2021, os cortes de gastos nas políticas públicas se aprofundam. A saúde perdeu cerca de 2 bilhões de reais, sendo que a pesquisa de três programas da Fundação Oswaldo Cruz -FIOCRUZ, por exemplo, e que tem sido decisiva no combate à Covid-19 e produção de vacinas, perdeu cerca de 10 milhões de reais. A referida autora, retrata que o Tribunal de contas da União -TCU vem sinalizando um curso de paralisação do Estado brasileiro, frente à asfixia do orçamento em 2021 e com tendência de continuidade em 2022. O orçamento federal de 2021 foi sancionado com um corte de quase 30 bilhões de reais nos gastos discricionários – de manutenção e investimentos nas políticas públicas.

O citado governo também intensificou o processo de superexploração da força de trabalho e transformou os direitos cada vez mais em mercadoria. Behring (2019) denomina este dado de realidade de processo de devastação que teve no fascismo a expressão da crise do capitalismo decadente, o que corrobora com Poggi (2019), quando considera o fascismo enquanto filho da crise. Mattos (2019) chama a atenção para a questão ideológica do fascismo que se coloca como uma (ante) política renovadora que canaliza um furor destrutivo.

Poggi (2019) ressalta se Temer foi responsável por aprofundar as políticas de ajuste fiscal, Bolsonaro não apenas foi a garantia da continuidade desse recrudescimento, mas lhe acopla ações fascistas legitimadas por sua investidura presidencial, causando uma verdadeira tragédia, e ainda aplaudida por vários segmentos.

É importante analisar toda inflexão das correlações de forças de cada particularidade do Estado no contexto do capitalismo dependente, no próximo capítulo discutiremos, essa intencionalidade sentida pelo serviço social inserido na política de saúde, através de sua trajetória enquanto profissão e trabalho.

No capítulo seguinte faremos uma recuperação da trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, contemplando a discussão da precarização das condições e relações de trabalho e o Serviço Social enquanto profissão inserida na Política de Saúde.

4. O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: TRAJETÓRIA HISTÓRICA

4.1 contextualizando o Serviço Social na Política de Saúde

O Serviço Social, ao longo da sua história, vivenciou diversas fases, desde o surgimento das suas protoformas intimamente ligado à ideologia da Igreja Católica. Iamamoto (2007) destaca que a família era parte fundamental da intervenção das pioneiras, a qual era moralista e se focava no melhoramento da vida social de famílias, com o objetivo de mantê-las conforme o conceito moral cristão.

Iamamoto e Carvalho (2007) ainda apontam que nascida no auge do desenvolvimento do capitalismo a partir de 1930, o Serviço Social expressa a intenção do Estado em manter sob seu controle e domínio as reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho. As Ações profissionais nesse momento eram

Voltada essencialmente para a organização da assistência, para a educação popular e para a pesquisa social. Seu público preferencial – e quase exclusivo – se constituirá de famílias operárias, especialmente as mulheres e crianças. As visitas domiciliares, os encaminhamentos [...] a distribuição de auxílios materiais e a formação moral e doméstica através de círculos e cursos, serão as atividades mais frequentemente desenvolvidas pelos primeiros assistentes sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 196-197).

Na década de 1940, com a criação das grandes instituições e a implementação de políticas sociais para enfrentar as expressões da questão social o Serviço Social se profissionaliza, pois foi chamado para executar as referidas políticas, embora ainda ancorado na doutrina social da Igreja Católica e, em seguida, no positivismo.

De acordo com Yazbek (2016), a prática profissional do/da assistente social se dá de forma polarizada entre os interesses de classes e suas relações permeadas de contradições, antagonismos e conflitos, seja para o processo de reprodução dos interesses de preservação do capital, seja para as respostas às necessidades de sobrevivência dos trabalhadores.

Desse modo, a prática profissional possui dimensões objetiva no sentido dos determinantes sócio históricos em diversas conjunturas e, dimensão subjetiva que se refere ao modo que o/a profissional incorpora, em sua consciência, o significado e a direção social do seu trabalho.

Nesse sentido, a concepção da dimensão profissional, é favorecida quando há identificação do seu significado social, o qual só pode ser desvelado pela análise da inserção do profissional na sociedade capitalista, pela análise da produção e reprodução das relações sociais e das respostas engendradas pela sociedade e pelo Estado frente a questão social e suas manifestações e não pela análise da profissão, suas demandas, tarefas e atribuições em si mesmas (YAZBEK, 2016)

Com isso a referida autora relata que a institucionalização e legitimação do Serviço Social se expressa como um dos recursos lançados pelo Estado burguês com suporte da Igreja Católica para o enfrentamento e regulação da questão social, a qual, associada às suas diversas expressões, é a “matéria-prima” e a razão de constituição do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho e na construção de sua identidade.

No tocante a saúde, Bravo (2006) resgata que a inserção do Serviço Social nesta área inicia com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, denominado Serviço Social Médico. Fazem parte da ação profissional neste campo, a racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, influenciados pelos assistentes sociais norte-americanos.

O contexto histórico da saúde no período de 1945 a 1964, não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. Neste âmbito o/a Assistente Social “consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da Política de Saúde” (BRAVO e MATOS ,2007 p.199). Os/as referidos/as autores/as ainda imputam a expansão do Serviço Social na década de 40 ao fato de que em 1948 a OMS ampliou o conceito da saúde, o qual requisitou a atuação de vários profissionais, inclusive de assistentes sociais, por haver enfoque ao trabalho em equipe multidisciplinar.

Castro (2014) , ao resgatar o Serviço Social num contexto de rupturas e de luta por direito social, remete à luta pela Reforma Sanitária, como é conhecido o movimento surgido na década de 1970, em pleno regime militar, e que engloba um conjunto de ideias e propostas acerca das transformações necessárias à saúde no Brasil. A aproximação da profissão com o MRS possibilitou várias mudanças, no

campo teórico e metodológico, que irão desaguar na construção do seu Projeto Ético e Político. No entanto, ainda estava voltado ao seu próprio processo interno de revisão, no qual se deparava com o questionamento e negação do Serviço Social tradicional.

A esse processo de Renovação Bravo e Matos (2006, p. 34) evidenciam que

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela Reforma Sanitária. Na nossa análise esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde.

A importante década de 1980 apresentou para a profissão o início de um amadurecimento que culminou nas consonâncias posteriormente estabelecidas no plano acadêmico, e no das entidades representativas da categoria, tendo como base as interlocuções com a teoria e metodologia marxistas. Contudo, Bravo (2006) assinala que algumas mudanças ocorridas, como a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentadas nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 a 1989, foram consideradas insuficientes, pois o Serviço Social adentra a década de 1990 com alterações não significativas da prática institucional e prosseguiu desarticulado do MRS.

Corroborando desta análise, Netto (2001) aponta que houve ainda uma lacuna que se instalou, e que naquela década dividiu o plano teórico-prático profissional devido ao fato de a maioria dos/das profissionais adeptos da vertente marxista estar eminentemente inserida nas universidades, a nova base teórico-metodológica aderida oficialmente pela profissão não se refletiu ou não se fez efetiva no plano dos serviços, a intervenção profissional não foi objeto primordial de discussão, mesmo que esta década tenha representado a maioridade intelectual da profissão.

Na análise de Teixeira (2001) , a política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Para BRAVO (2007) no final da década de 80, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do PR, cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da

atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar a direção no setor a partir de 1988.

Nesta direção, foi a partir da década de 1990 que se instalou nas políticas sociais, aqui discutido em particular a política de saúde, dois projetos distintos: o privatista e o da Reforma Sanitária, conforme já citados anteriormente, ambos refletiram na atuação do/da assistente social, tendo o governo de Fernando Collor de Mello como primeiro presidente a tentar implementá-lo, nesse contexto marcado pelo êxito ideológico do projeto neoliberal. Bravo; Matos (2006, p.90 e 91) destacam que as estratégias eram

Defesa de um Estado mínimo para as questões do social, a promoção de uma reestruturação do mundo do trabalho, em que a precarização e a drástica redução das conquistas sociais e trabalhistas são propostas em nome de uma adaptação inexorável aos novos ditames mundiais. O discurso predominante passa a ser o de que a globalização é um fato incontestável, que atinge a todos, sendo necessário um conjunto de esforços nessa realidade. [...] tendemos a pensar diferente: o projeto neoliberal, as estratégias de globalização e a reestruturação produtiva não são mais que uma fase tática de sobrevivência e de manutenção do capitalismo, frente a sua crise estrutural.

Assim, o Serviço Social na década de 1990 avançou na área da saúde, e no seu trabalho institucional. Ele continua enquanto categoria, porém desarticulado do MRS. A nova configuração da Política de Saúde numa perspectiva neoliberal impactou o trabalho do/da Assistente Social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Para Bravo e Matos (2007), o trabalho do/da Assistente Social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.

Vale destacar que ainda que a Constituição Federal de 1988 garanta direitos sociais, o Estado privilegiou o projeto privatista, que é antagônico ao defendido pelo MRS e ao Projeto Ético-Político do Serviço Social. Como destaca Souza e Costa (2010) no pós-constituente, a saúde passou a integrar o capítulo da Seguridade Social, bem como criada a Lei Orgânica de Saúde (LOS), assinada pelo presidente Fernando Collor de Melo, que contraditoriamente, vetou os artigos de partição popular e transferência de recursos, da Lei 8080/90. Porém, por meio da mobilização da

população no mesmo ano foi aprovada a Lei 8142/90 que veio complementar a lei anterior garantindo a participação popular na gestão do SUS.

Embora houvesse uma esperança de mudança política, o início dos anos 2000, com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva , não houve grandes modificações nesse âmbito, embora houvesse flexibilidade com as propostas do MRS. Percebe-se que durante seus dois mandatos, os projetos societários estiveram mais ligados à aproximação com os projetos privatistas, nesse ponto Bravo (2001) ressalta que algumas propostas foram encaminhadas no sentido de realmente enfatizar a Reforma Sanitária, porém, não houve apoio dos políticos e vontade para financiar e oportunizá-las. No tocante ao Serviço Social, com possibilidades de mais estratégias nos anos de 2000, buscou-se mais intervenção e conhecimento na área da saúde, possibilitadas por intermédio das três dimensões da profissão: Acadêmica, Política e o Trabalho Profissional.

Dando ênfase a esse novo governo, segundo CFESS (2009) em meados de 2002, havia a expectativa de construção de um Brasil novo, com redução das desigualdades sociais por meio de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos, esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista. Na saúde, a pretensão era de retorno do PRS. Entretanto, esta expectativa não se concretizou e a Política de Saúde continuou prioritariamente focalizada.

As considerações realizadas referentes ao ideário neoliberal, puderam ser constatadas durante nossa pesquisa de Campo realizada no Hospital de Clínicas, no município de Campina Grande -PB. A cruel face do projeto neoliberal frente a precarização das políticas públicas e das condições e relações de trabalho dos/das profissionais inseridos/das na área da saúde, pois não recuou nem mesmo durante a maior crise sanitária mundial – Covid 19- , tema que discutiremos na próxima seção.

4.2 Serviço social e trabalho: breve síntese sobre a precarização das relações e condições de trabalho.

Ao analisar a inserção do/da Assistente Social no mercado de trabalho, lamamoto (2007, p. 98) comenta que o trabalho destes/destas profissionais está situado

Predominantemente no campo político-ideológico: o profissional é requerido para exercer funções de controle social e de reprodução da ideologia dominante junto aos segmentos subalternos, sendo seu campo de trabalho atravessado por tensões e interesses de classes.

Importante citar Iamamoto (2009), ao analisar que apesar de oficialmente ser regulamentada como profissão liberal, a inserção do/a Assistente Social no mercado de trabalho ocorre predominantemente, através do assalariamento. Dessa maneira, seu trabalho possui valor de uso e valor de troca, estando inserido, portanto, nos dilemas da alienação e determinações sociais que marcam a coletividade dos trabalhadores, e inscrito nas tensões entre o direcionamento que se deseja imprimir ao trabalho concreto e os constrangimentos do assalariamento.

Tanto as dimensões subjetivas quanto objetivas condicionam o trabalho dos assistentes sociais, apresentando-se como limites e possibilidades ao exercício profissional, que vai desde a intencionalidade que direciona suas ações, até as condições objetivas de trabalho às quais estão sujeitos. As atividades desenvolvidas pelos profissionais estão condicionadas às demandas institucionais, e as condições de trabalho advindas da instituição muitas vezes determinam a forma de intervenção profissional, tendo em vista que seu trabalho não se desenvolve de forma autônoma, (IAMAMOTO,2007).

As precárias formas que perpassam o cotidiano do trabalho do/da Assistente Social encontram-se indissociáveis dos dilemas vivenciados pelos demais trabalhadores/trabalhadoras, com ausência de estabilidade nos vínculos, a falta de condições materiais e instalações físicas adequadas, além da quase inexistência de formação permanente que repercutem na própria consciência do trabalhador/trabalhadora, provocando competição entre eles/elas, fragilizando assim a organização política da categoria profissional, que sofre com o retrocesso aos direitos conquistados nesse contexto de reordenamento do capital.

O processo de precarização do trabalho está relacionado com as determinações gerais do modo de produção capitalista, que em um contexto de crise instaurada desde a década de 1970 promoveu uma série de transformações no mundo do trabalho, fazendo com que o capitalismo passasse por um reordenamento no intuito de recuperar os antigos níveis de produtividade e reorganizar os mercados, com o objetivo de preservação das antigas taxas de lucro, através da reorganização da produção com a utilização de novas tecnologias, modalidades de gestão e

consumo da força de trabalho, dinamizando a economia e realizando uma verdadeira flexibilização das relações de trabalho.

A particularidade brasileira dos anos de 1990, é marcada por uma profunda crise do projeto político de esquerda em nível mundial e nacional e a crescente falta de perspectiva societária e política, agravada mediante um conjunto de medidas fundadas no neoliberalismo: contrarreforma do Estado e sucateamento dos serviços públicos. Como desdobramento deste processo observam-se imensos desafios no âmbito do trabalho profissional, na perspectiva neoliberal de restrição e focalização das políticas sociais, pois é notável a desestruturação da Seguridade Social, por meio do sucateamento e privatização da saúde e previdência pública. Iamamoto (2011), ainda acrescenta o aumento da seletividade no âmbito das políticas sociais, a diminuição dos recursos, dos salários, a imposição de critérios cada vez mais restritivos nas possibilidades de a população ter acesso aos direitos sociais.

Ainda conforme a supracitada autora (2009), a possibilidade de imprimir direção social ao trabalho profissional é decorrente da relativa autonomia que o/a Assistente Social possui (respaldada pela legislação profissional), cuja concretização depende da correlação de forças econômicas, políticas e culturais, dos diferenciados espaços ocupacionais.

Nesse sentido, Soares (2010) compreende em relação ao trabalho profissional desenvolvido pelas/os assistentes sociais, que sua configuração está relacionada às demandas institucionais, às demandas dos usuários dos serviços, assim como à relativa autonomia profissional, sendo norteado pelos projetos profissionais e societários abraçado pelas/os profissionais.

O ideário neoliberal em suas estratégias de manutenção do poder vigente, acaba culpabilizando o indivíduo, reduzindo aos usuários o acesso às políticas sociais, seja de educação, de saúde, assistência, previdência ou qualquer outra, a blocos fragmentados e emergenciais que ora é atendida pelo Estado, mas em sua maioria pela sociedade civil, ou seja, o terceiro setor e empresariado, respondendo apenas às camadas isoladas e extremamente precarizadas como vem ocorrendo com a assistência social. O desemprego está associado a um processo de transformações econômicas impulsionadas pelo modelo econômico capitalista, a esse fato Iamamoto (2011, p. 117) sinaliza que

(..) afetando o conjunto dos trabalhadores, dentre os quais, os assistentes sociais. O cenário dominante no mercado de trabalho nos anos 1990 aponta, pois, para: a redução do emprego do trabalho vivo na produção, a racionalização da contratação; a desverticalização das empresas com o crescimento da terceirização, o que tende a ampliar o trabalho temporário e por tarefa, destituído de direitos. Enfim, cresce o desemprego e a precarização das relações de trabalho.

Nesse contexto, é importante analisar como desafio para a profissão, que consiste no impasse de como efetuar o trabalho profissional nesta dinâmica flexionada pelas manobras neoliberais sem abrir mão dos princípios éticos e políticos que norteiam a profissão. Nota-se que a restauração econômica do capitalismo buscou garantir as bases para a sua sustentação, através da superexploração da força de trabalho. Para Iamamoto (2009, p. 15), a mundialização do capital tem profundas repercussões na órbita das políticas públicas, em suas conhecidas diretrizes de focalização, descentralização e desfinanciamento. Esse processo acarretou prejuízos de forma regressiva ao conjunto dos direitos adquiridos ao longo do tempo pelas lutas sociais.

Nesta direção, Guerra (2010) enfatiza que o trabalho profissional dos/as Assistentes Sociais tem no processo de flexibilização uma precarização do seu trabalho, tanto como segmento de classe trabalhadora, quanto profissional que atua no âmbito das políticas públicas. A autora ainda pontua que existe uma precarização do e no trabalho profissional como trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho.

Raichellis (2011, p. 431), também destaca como expressão da precarização do trabalho o aumento da fragilidade sindical, destacando os efeitos políticos da terceirização, que “produz discriminação, pulverização e competição entre os próprios trabalhadores, enfraquecendo a representação política da classe trabalhadora”. Neste sentido, a fragilidade na organização coletiva dos trabalhadores também é uma expressão das condições precárias a que estão submetidos/das.

Nesse sentido é necessário destacar a reforma trabalhista e previdenciária que fragilizou ainda mais a situação dos vínculos e condições trabalhistas dos/das profissionais além das condições salariais. Antunes (2009, p.10), já afirmava há alguns anos o avanço de “uma nova era de devastação, uma espécie de fase ainda mais destrutiva da barbárie neoliberal e financeira que almeja a completa corrosão dos direitos do trabalho em escala global”. Não cabe neste trabalho adentrarmos numa

discussão mais minuciosa como o tema exige, contudo, vale ressaltar que todo esse contexto de reformas, faz parte da lógica do capital aliada ao ideário neoliberal de regressão de direitos conquistados pelos trabalhadores. Nesse contexto Silva; schmidt (2013, p.7) enfatizam que

O alvo dos ataques são, sem sombra de dúvida, os direitos conquistados pela classe trabalhadora, especialmente aqueles que mantêm ainda elementos universais e redistributivos, como é o caso da Aposentadoria Rural, e da política de assistência social, como é o caso do Benefício de Prestação Continuada BPC. Nos dois casos, o centro do ataque é o valor dos benefícios, sendo proposta a sua desvinculação do valor do salário mínimo (SILVA; SCHMIDT , 2013, p. 7).

Carvalho (2017) chama atenção nesse cenário de reformas, denominando-as como um conjunto das reformas desregulamenta as relações de trabalho no país, dilapidando o arcabouço da Consolidação das Leis Trabalhista, de 1943, como bem mostra a Lei no 13.467, de 2017, na qual trata a venda da mercadoria força de trabalho não mais como uma relação entre pessoas, mas entre coisas, subtraindo a perspectiva historicamente construída pelas lutas da classe trabalhadora de que essa mercadoria é distinta, pois está imersa em relações desiguais. A referida Lei mudou as regras relativas a remuneração, plano de carreira e jornada de trabalho, facilitou as formas de demissão, sem necessidade de negociação com o sindicato, por acordo com 80% do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e sem direito ao seguro-desemprego. A norma foi aprovada para flexibilizar o mercado de trabalho e “simplificar” as relações entre trabalhadores e empregadores.

Referenciando a área da saúde no ano de 2020 como campo majoritário de atuação dos Assistentes Sociais, em contexto de crise capitalista e sanitária, resgatamos Boschetti (2018) , que acredita que vivemos em um tempo atípico e histórico, a expropriação dos direitos sociais, fruto das contrarreformas sistemáticas no campo trabalhista e nas políticas setoriais, em particular, da seguridade social, além de impor modos de vida cada vez mais degradantes à classe trabalhadora, ainda à condena a aceitar condicionalidades e regulamentos, na maioria das vezes, humilhantes.

Diante da complexidade instaurada em 2020 decorrente da pandemia do Covid-19, em meio a condições de trabalho precárias e, muitas vezes, como trabalhador (a) preconizado (a), com vínculos temporários, assistentes sociais foram convocados para atuar, junto com os (as) demais trabalhadores (as) da saúde, na linha de frente

no enfrentamento a pandemia. Muitas vezes tiveram que lidar, inclusive, com demandas não condizentes com suas atribuições profissionais. Todavia, contraditoriamente, exercitaram sua relativa autonomia profissional com capacidade propositiva, a partir dos fundamentos do projeto ético-político profissional, na resistência em defesa da vida e dos direitos de todos (as). (CORREIA; SANTOS; SOARES,2021)

Com o advento deste novo contexto, foram necessárias uma série de mudanças, entre elas a reorganização do trabalho em diferentes setores e profissões no âmbito público ou privado. Em razão da indicação sanitária de isolamento social, algumas modificações na dinâmica do trabalho e medidas de segurança foram realizadas, como, exemplo de definição das atividades e profissões tidas como essenciais para se manterem no atendimento presencial.

Essas mudanças, ocorridas no mundo do trabalho contaram com a utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação - TICs, a partir do Teletrabalho. O fato é que esse novo formato de trabalho foi sentido pelos profissionais de Serviço Social em diferentes espaços sócio ocupacionais. Entretanto para alguns, profissionais inseridos na política de saúde, não coube essa modalidade remota por serem considerados trabalhadores de saúde, com atuação essencial, cabendo aos profissionais que apresentavam comorbidades serem afastados de suas atividades laborais, devido a contaminação do vírus.

De acordo com Correia; Santos; Soares (2021) no primeiro momento, grandes números de Assistentes Sociais tiveram que lidar com importantes tensionamentos: dificuldades de acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) e a demarcação de suas atribuições e competências profissionais, sem ferir a Lei de Regulamentação da profissão em vigência, dentre outras. Principalmente na fase inicial do enfrentamento da pandemia, houve escassez na disponibilidade de EPI em diversos serviços, e a tendência foi de imprimir uma extrema racionalização que negava o uso de EPIs para profissionais que não estivessem em contato direto com usuários que desenvolveram a covid-19.

Cabe enfatizar que essa orientação de preferência na distribuição de EPI ocorreu pela vigilância sanitária. Contudo, Assistentes Sociais, mesmo que não estivessem atendendo diretamente usuários/as com covid-19, estavam, muitas vezes, atendendo seus familiares, lembrando que eles/elas são considerados/as

profissionais da Saúde. Ademais, no contexto pandêmico, particularmente em se tratando do Sars-CoV-2, a circulação do vírus se deu em diversos espaços no interior e no entorno das unidades de saúde, como foi identificado em algumas pesquisas realizadas.

Ainda no tocante aos EPIS, a categoria profissional dos/das Assistentes Sociais se organizaram reivindicando o preenchimento das lacunas no provimento de EPI, nesse sentido o CFESS emitiu um Parecer Jurídico Nº 05/2020 abordando ausência de Equipamentos de Proteção Individual –EPI para Assistentes Sociais com medidas jurídicas cabíveis. Assim o CFESS (2020) a partir desse Parecer abordou:

A constatação de lacunas no provimento de EPI aos/às assistentes sociais na maioria dos estados brasileiros fez com que o CFESS solicitasse estudo sobre as possibilidades de medidas jurídicas para tratar dessa questão. [...]. No caso do Brasil, inicialmente foi reconhecido estado de emergência e, posteriormente, estado de calamidade pública, cujos contornos, apesar de específicos à pandemia, devem, necessariamente, estar em consonância com os parâmetros constitucionais estabelecidos e, inclusive, no que se refere à proteção da saúde do/ trabalhador/a. (CFESS, não paginado)

Cabe destacar que diante a pandemia o cenário de trabalho dos/as Assistentes Sociais foi evidenciado, porém grande parte das dificuldades vivenciadas pelos/as profissionais não decorre da pandemia, mas da constituição das políticas públicas que foram desmanteladas, desfinanciadas ou subfinanciadas por orientação da Emenda Constitucional no 95/2016. O sucateamento dos espaços de trabalho, as dificuldades de recursos materiais e humanos já existiam antes mesmo da pandemia e vinham sendo administrados pelos profissionais. Na pandemia tudo isto foi aprofundado.

A configuração deste escopo, ainda registra que algumas requisições indevidas foram postas aos/às profissionais, a exemplos de informações para familiares ou amigos sobre o quadro clínico do usuário internado, informação sobre óbito, entre outras. A esse respeito o CFESS apressou-se em emitir a Orientação Normativa nº 03/2020, na qual enfatiza que a comunicação de óbito e o repasse de informações de aspectos clínicos não são atribuição privativas dos/das Assistentes Sociais. Tais requisições são expressões de uma série de requisições equivocadas, para qual a categoria profissional já tem acúmulo e argumentos amparados nas resoluções do Conjunto CFESS- CRESS para esse enfrentamento. Daí a importância da articulação entre o trabalho e a formação acadêmico- profissional, da organização política da categoria e da qualificação para a intervenção profissional.

No que concerne às requisições postas aos/as profissionais de Serviço Social Matos (2020, p.3) reafirma que:

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, articulado a uma prática educativa.

O fato é que o Conjunto CFESS-CRESS não poderá determinar quais são os serviços essenciais ou as ações que deverão ser desenvolvidas pelos/as profissionais, mas pode exercer o papel de orientação e fiscalização. Contudo, também é nosso direito, enquanto trabalhadores/as, ter condições dignas para nosso exercício profissional. São direitos dos/as Assistentes Sociais, conforme artigo 7º da Lei 8662/93 de Regulamentação da Profissão, dispor de condições de trabalho condignas seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade da prestação do serviço aos usuários.

Salienta-se que o (a) Assistente Social, enquanto trabalhador assalariado, também sofre os mesmos anseios, cobranças e processos de degradação do mundo do trabalho contemporâneo e, neste novo contexto de trabalho, demais limites se apresentaram. Foi o caso da não autorização por parte do CFESS no que concerne às avaliações sociais, estudos sociais e pareceres sociais para fins de benefícios de modo virtual.

Nesse momento de excepcionalidade, compreendemos que algumas atividades podem ser realizadas nas modalidades teletrabalho, videoconferência e on-line, para que nossas atividades não sofram descontinuidades. Contudo, entendemos que avaliação social para concessão de benefícios sociais, bem como estudo social e parecer social, não devem entrar no rol dos procedimentos que podem ser executados à distância. Isso porque a avaliação resultante dessas atividades depende da análise de elementos e circunstâncias concretas da realidade social, que não podem ser inferidos por meio da análise documental, dependendo também de outros procedimentos técnicos que devem ser operacionalizados (CFESS, 2020a)

Importante também pensarmos no pós pandemia, retomar a discussão, opinar e decidir coletivamente sobre essas tecnologias no trabalho do Serviço Social se faz urgente, uma vez que, no sistema capitalista, tais mudanças tecnológicas tendem a se manterem ou se acentuarem, Pois notoriamente os horários de trabalhos são excedidos na falsa perspectiva que não estamos no “local de trabalho”, extrapolando limites para o exercício laboral, podendo haver potencialidades para o empregador a

exemplos da diminuição dos custos financeiros. Tornando, portanto, campo fértil para pesquisa, discussão e debates a ser aprofundados quais não cabem neste trabalho, mas que se torna vultoso para a categoria. Ainda no que tange ao atendimento remoto o CFESS infere que

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, conforme acima mencionado, 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. Destacamos ainda que, em relação ao atendimento por videoconferência/remoto/online, diferentemente do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que já possui regulamentação para essa modalidade de atendimento (Resolução CFP 11/2018), o CFESS não a regulamentou, tendo em vista que temos ponderações acerca da qualidade do serviço prestado dessa forma (CFESS, 2020)

Portanto, nessa conjuntura pandêmica fez-se necessário discutimos na área da saúde, os entraves e implicações do cotidiano enfrentado pelos/pelas Assistentes Sociais. Importante destacar que durante o Pleno do CFESS 2021 foi debatido a conjuntura e os desafios para a profissão no cenário atual, onde contou com a participação da Professora Iamamoto (CFESS, 2021, s/p) que trouxe a “responsabilidade das universidades e entidades nacionais em fomentar o pensamento crítico na formação e no trabalho de Assistentes Sociais, para enfrentar esses tempos difíceis, de obscurantismo e negação da ciência”. Como ela mesmo “afirmou, nosso desafio é cultivar nossa competência crítica, para além das necessidades do mercado e do capital”, sendo politicamente sensíveis aos interesses e necessidades da classe trabalhadora, da qual somos parte; para isso, é fundamental articular razão crítica e história.

Foi nessa conjuntura descrita marcada pela tensão provocada por novas e antigas demandas e desafios, que os/as Assistentes Sociais, não apenas os inseridos na área da saúde, se movimentaram cotidianamente. Vale lembrar que estes/estas profissionais, na qualidade de trabalhadores/as assalariados/as estão sujeitos/as aos processos de alienação inerentes às relações de trabalho capitalistas, situação que requer uma leitura que contemple a perspectiva da totalidade na apreensão do conjunto da vida social.

Cabe mencionar que, embora não tenha surgido como um ramo do saber no quadro da divisão do trabalho entre as ciências, com o processo de amadurecimento

teórico e político vivenciado nos últimos decênios a partir da tessitura do Projeto Ético Político- PEP, o Serviço Social deixou de se constituir em um mero destinatário das reflexões tecidas pelos/pelas cientistas sociais e passou a produzir conhecimentos teóricos, o que resultou numa nova relação dos/das Assistentes Sociais com as ciências humanas e sociais (NETTO, 2001).

Mota (2005) comenta que o Serviço Social brasileiro, nos últimos anos, se constituiu enquanto uma área de produção de conhecimentos, apoiada por agências públicas de fomento à pesquisa, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Nesta mesma perspectiva a referida autora advoga que enquanto profissão, o Serviço Social brasileiro tem produzido conhecimentos a partir do seu trabalho e em relação mais direta com ele; já enquanto área de produção de conhecimento, sua existência tem relação com a conformação da pós-graduação na área, cuja produção teórica nem sempre tem relação direta com o trabalho profissional, embora se debruce sobre questões fundamentais para entender a realidade social. Nesse amparo, a produção teórica do Serviço Social no país, hoje, não diz respeito diretamente apenas ao “fazer” profissional, mas abrange os elementos implicados no mesmo, como as relações sociais, a questão social, as políticas sociais etc. Dessa forma

O perfil do(a) assistente social já não seria (conforme os projetos conservadores que marcaram a história da profissão) um(a) técnico(a) treinado(a) para intervir com eficácia, mas “um intelectual que, habilitado para operar numa área particular, compreende o sentido social da operação e a significância da área no conjunto da problemática social” (NETTO, 2001, p.126)

A partir da ótica de (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.234) as ações profissionais se constituem nos “(...) fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos em ato”. Conforme discorre Santos (2006), a dimensão técnico-operativa, bem como as outras duas: ao se definir os meios para se alcançar a finalidade posta, é fundamental que se tenha clareza do pôr teleológico, dos valores que o impregnam e daqueles que norteiam a direção teórica adotada. Assim, a dimensão técnica operativa não pode ser tratada de maneira descolada das dimensões teórico-metodológica, ético-política e investigativa e a escolha do “como fazer” deve ser realizada a partir das demandas postas ao Serviço Social; do resultado da análise da realidade; da intencionalidade do profissional e da direção social impressa pelos/pela profissional.

Nesta ceara Souza *apud* Carvalho e lamamoto (2005) considera que essas três dimensões de competências nunca podem ser desenvolvidas separadamente – caso contrário cairemos nas armadilhas da fragmentação e da despolitização, tão presentes no passado histórico do Serviço Social.

Cabe salientar mais uma vez, que a década de 1980 para o Serviço Social marcou um processo de ruptura com sua origem conservadora, levando a profissão a um amadurecimento devido a aproximação com o pensamento marxista. A relação que foi se estabelecendo entre o Serviço Social e a defesa do direito social, aqui discutindo a saúde pública, foi sendo reafirmada a partir da luta pela Reforma Sanitária ainda na década de 1970, conforme comentado anteriormente.

Com o SUS veio alicerçada a concepção ampliada de saúde, nesse sentido de acordo com Merhy, (2004), ao reconhecer a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência nos processos de saúde-doença, altera-se o objeto do conhecimento e a sua forma de abordagem. Dessa forma, ampliou-se uma nova posição pela evidência de que fatores socioeconômicos, culturais e ambientais são determinantes das condições de vida e saúde da população, ou seja, passou-se a falar em determinação social do processo saúde-doença, por se reconhecer que as necessidades de saúde não residiam unicamente em não estar doente.

Dessa forma, verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação. De fato, na medida em que a precariedade social se amplia, ampliam-se também as mazelas relacionadas na área da saúde.

Vale mencionar no arcabouço da implementação e organização da saúde, a Lei Orgânica da Saúde como previsto no artigo 15, inciso IX diz respeito às profissões em saúde, e versa que o SUS deve assumir a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento de políticas de formação dos profissionais inseridos na área. Em um sentido abrangente do conceito saúde, conforme citado em momento precedente, recorreremos e concordamos com Carvalho e Ceccim (2009, p. 157) quando apontam “que há profissões em saúde com núcleos de competências ligados à assistência e outras às práticas de promoção à saúde”.

Tomando por base estas reflexões, o Serviço Social, merece destaque a Resolução n. 287, de 1997, do Conselho Nacional de Saúde-CNS, que determinou o conjunto das profissões em saúde e nele incluso o Serviço Social. Nesta perspectiva de ações a serem desenvolvidas, o CFESS (2010, p.43) lançou os Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde (2010, p. 43) nos quais recomenda que os/as Assistentes Sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

Ademais as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social inserido na área da saúde é apontada pelos parâmetros:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;

- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (CFESS, 2010, p. 44-45)

O documento do CFESS (2010) ainda versa que esses parâmetros não são exclusivos da atuação na área da saúde apesar de referenciá-los, as atribuições e competências dos profissionais, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional em vigência e na Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, devendo ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

É partindo da construção de seu PEP enquanto categoria que o trabalho do Assistente Social junto à área de saúde deve ser compreendido, nesse contexto há toda uma atuação conjunta com outros profissionais envolvidos na saúde. O diálogo e a interação multidisciplinar são condições para que se efetivem tais intervenções. Nesse sentido Pinheiro (2010, p. 8) registra que

Baseado nos Parâmetros de atuação dos assistentes sociais na Política de Saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010) a nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Assim, amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

O trabalho em equipe também necessita de reflexão, nesse ambiente. Iamamoto (2007) aponta que cada profissional envolvido na equipe multidisciplinar apresenta sua característica distinta. Cabendo aos/as Assistentes Sociais as observações e interpretações das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS,2010).

Observa-se ainda que a atuação dos/das Assistentes Sociais reclama ainda de uma leitura crítica da realidade aliada à defesa intransigente dos direitos dos cidadãos,

para que não exerça atividades que não são pertinentes ao seu cotidiano. Dessa forma o referido parâmetro de atuação aponta que não fazem parte de suas ações:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)³², medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. (CFESS, 2010, p. 47)

Nesse sentido, Yamamoto (2007) destaca o Código de ética Profissional de 1993 como um horizonte para o Trabalho profissional, sendo seus princípios essenciais para enfrentar os desafios postos. Vale mencionar no que se refere aos direitos e deveres dos/das Assistentes Sociais, em seus artigos 2º e 3º que estabelece, entre outros: a garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, com o livre exercício das atividades inerentes à profissão, participando da elaboração e gerenciamento das políticas sociais, com liberdade na realização de estudos e pesquisas.

É importante situar que diante da conjuntura decorrente da pandemia da Covid-19 iniciada em 2020, o conjunto CFESS/CRESS orienta o redesenho das estratégias de trabalho dos/das Assistentes Sociais de forma necessária e fundamental para garantir, de maneira cautelosa, sobretudo, o contato direto com os usuários das políticas públicas, para viabilizar o acesso à informação, orientação e conhecimentos aos usuários (CRESS, 2020).

A inédita crise sanitária, amparada pela crise do capital tornou um contexto que adensou também a necessidade de nos debruçarmos sobre velhas questões no Serviço Social brasileiro, das quais se destacam aquelas que se referem às nossas especificidades, competências e compromissos éticos, pois muitos são os desafios

encontrados pelos/pelas profissionais em tempos pandêmico, ora pela desestruturação da política pública que enfrenta ataques contrarreformista, de desconstrução de direitos, ora pelo contágio do próprio vírus.

Para esta análise da atuação dos assistentes sociais traçaremos um horizonte nas próximas discussões, ou seja, expomos a nossa aproximação ao nosso objeto de estudo, portanto, aos resultados e análises dos dados coletados.

5.TENDÊNCIAS MAIS SIGNIFICATIVAS DA ATUAÇÃO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL DE CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE -PB

No Hospital de Clínicas do município de Campina Grande- PB realizamos a nossa pesquisa que deu origem a esta dissertação. Este capítulo tem por finalidade expor os resultados obtido, especialmente as principais tendências do trabalho profissional do/da Assistente Social em tempos da crise capitalista, bem como da pandemia do Covid 19, que imprimiu aos/as profissionais inseridos no mercado de trabalho a resistência ao desmonte dos direitos sociais, sobretudo no momento em que aparece mais evidente. No primeiro momento abordaremos o perfil profissional, em seguida demonstraremos a atuação profissional na particularidade do Hospital de Clínicas, suas possibilidades e desafios.

5.1 Perfil profissional dos/das Assistentes Sociais que trabalham no Hospital de Clínicas no Município de Campina Grande - PB

Em 2020 quando eclodiu a pandemia, as implicações do Covid 19 impactaram o processo coletivo de atuação das/os profissionais de Serviço Social inseridos/as na saúde, mas não só nela, exigindo, mais do que nunca, que suas ações fossem repensadas e reorganizadas. Foi exatamente nesse contexto de agudizamento da crise do capital, da pandemia e de contrarreforma do Estado com suas inflexões sobre o cotidiano do trabalho dos/as Assistentes Sociais, que se pretende expor os dados da pesquisa que foi realizada no município de Campina Grande - PB, tendo como recorte o Hospital de Clínicas.

Nesse contexto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Campina Grande é o segundo maior município do Estado da Paraíba, com população 419.379 (IBGE,2022) situado entre o alto sertão e a zona litorânea, a 136 km da capital do Estado.

Mediante o desenvolvimento desta pesquisa foi possível identificar de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2022) a existência atualmente no referido município, as seguintes unidades hospitalares de alta complexidade, pertencentes ao setor público (Federal, Estadual ou Municipal):o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes; Hospital de Clínicas, o Hospital Universitário Alcides Vieira Carneiro (HUAC); o Hospital Municipal da Criança e do Adolescente Dr. Bezerra de Carvalho; o Instituto de Saúde

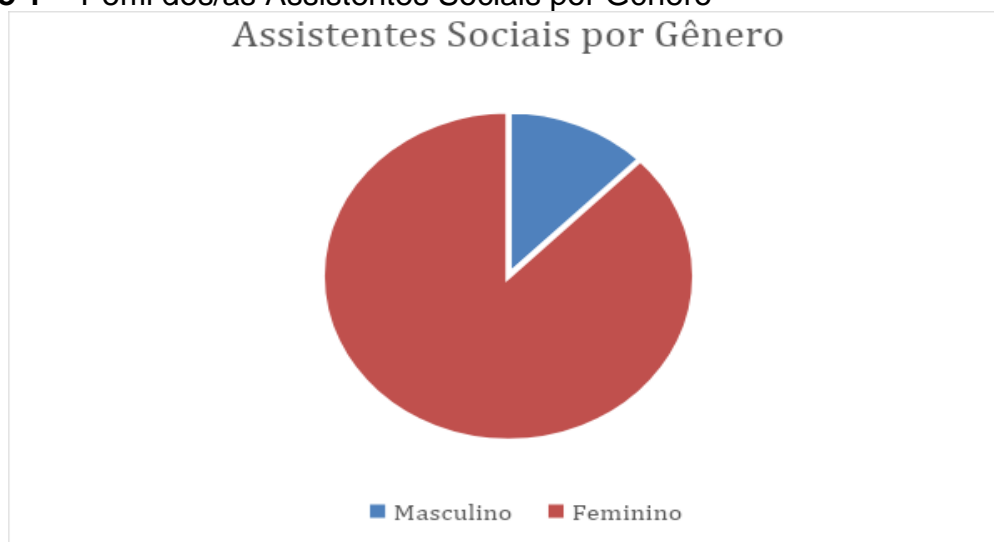
Elpídio de Almeida (ISEA); o Hospital Municipal Pedro I, além das unidades de Pronto Atendimento Dr. Maia (UPA) Alto Brando e a Unidade de Pronto Atendimento Dr. Adhemar Maia (UPA) Dinamerica, que atendem a média complexidade, compondo uma rede organizada em conjunto com atenção Básica e a atenção Hospitalar.

Mesmo antes da pandemia da Covid-19 a OMS já definia hospitais de campanha como uma das principais estratégias de controle de emergência de saúde em nível mundial, uma vez que auxiliavam no suprimento das demandas de leito no sistema de saúde, e deveriam ser estruturados conforme recomendação nacional de cada país. Entretanto, no Brasil por não haver uma política unificada, cada Estado e município, criaram suas estratégias de enfrentamento durante o período pandêmico.

Logo, a escolha de realizar nossa pesquisa no Hospital de Clínicas ocorreu pelo fato de sua criação inicial teve o intuito de enfrentar a pandemia, atendendo unicamente casos da Covid 19, com inauguração em junho de 2020, contendo 113 leitos. O hospital atendia Campina Grande-PB e mais setenta municípios integrantes da segunda macrorregião de Saúde do Estado.

O hospital conta com um corpo de profissionais do Serviço Social que somam 13 (treze) profissionais sendo um coordenador que se envolve com questões burocráticas e 12 (doze) Assistentes Sociais. Deste quantitativo, foram entrevistados 08 (oito) profissionais. A análise dos dados demonstrou o predomínio do gênero feminino, tendência confirmada desde suas protoformas. O Serviço Social teve como base os princípios da doutrina social da Igreja, que imprimiram-lhe um espírito de apostolado, configurando-a como uma ação a ser exercida por mulheres. Esse predomínio pode ser observado no gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Perfil dos/as Assistentes Sociais por Gênero



Fonte: Pesquisa junto aos Assistentes Sociais no período de outubro a dezembro de 2022.

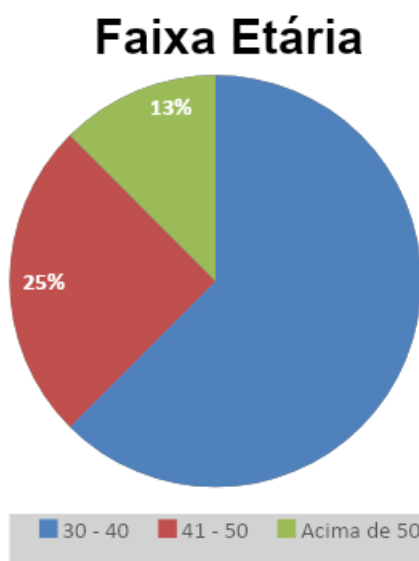
A predominância de mulheres na profissão do Serviço Social em suas origens, está diretamente ligada às características enraizadas e culturalmente legitimadas ao âmbito feminino, recorremos a Iamamoto; Carvalho (2007) quando apontam que

[..] A idealização sobre a vocação natural da mulher para as tarefas educativas e caridosas, essa intervenção assumia, aos olhos dessas ativistas, a consciência do posto que cabe à mulher na preservação da ordem moral e social e o dever de tornarem-se aptas para agir de acordo com suas convicções e suas responsabilidades. Incapazes de romper com essas representações, apostolado social permite àquelas mulheres, a partir da reificação daquelas qualidades, uma participação ativa no empreendimento político e ideológico de sua classe, e da defesa facultada um sentimento de superioridade e tutela em relação ao proletariado, que legitima a intervenção (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p.172).

Iamamoto (2012), ainda destaca que os traços de subalternidade que a profissão carrega historicamente é fruto deste traço, ou seja, por ser tida como uma profissão tipicamente feminina, são inferiorizadas, com menores salários, se comparadas a outras profissões com prevalência da presença masculina.

No tocante a faixa etária, os dados coletados revelaram que 62% dos/das Assistentes Sociais encontram-se com idades entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) anos, 25 % estão na faixa etária compreendida entre 41 (quarenta e um) e 50 (cinquenta), e apenas 13 % insere-se acima de 50 (cinquenta) anos. De fato, o que prevalece é a faixa etária de 30 a 40 (quarenta) anos, como demonstra o gráfico:

Gráfico 2 - Perfil dos/as Assistentes Sociais por faixa etária



Fonte: Pesquisa junto aos Assistentes Sociais no período de outubro a dezembro de 2022.

Com relação a predominância de 63 % dos entrevistados estarem na faixa etária entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) anos, podemos inferir que estes/estas assistentes sociais não fazem parte do grupo que apresentavam maior incidência em fatores de risco, como decretado pelo OMS. Idosos e aqueles com condições médicas preexistentes eram os dois grupos que apontavam maior risco de complicações graves por COVID-19.

Devemos enfatizar que o Corona vírus infecta pessoas de todas as idades, porém, o enfrentamento da pandemia, portanto, deve ser feito considerando-a um fenômeno total. Uma questão fundamental, além dos mecanismos fisiológico, a determinação social do processo saúde doença, que ajuda a explicar, por um lado, o potencial de disseminação e, por outro, a capacidade do sistema de saúde, que é um dos fatores determinantes para a gravidade da doença e seu potencial de letalidade. Para WERNECK; CARVALHO (2020), no Brasil adiciona-se o fato de que há um contexto de forte desigualdade social, com extratos da população vivendo em situação precária, em função tanto da dificuldade de acesso a saneamento básico quanto das condições de habitação e aglomeração.

Ainda no tocante a faixa etária, quando cruzamos os dados com uma pesquisa realizada pelo CFESS (2005) que tinha o objetivo de elaborar um perfil do profissional d/da Assistente Social a partir de uma visão analítico histórica de conhecer os sujeitos concretos que realizam o trabalho profissional e suas relações de trabalho, foi encontrado o mesmo perfil de faixa etária dos/das Assistentes sociais no qual 65% estavam entre 30 e 40 (trinta e quarenta) anos.

Observa que um novo padrão tecnológico vem transformando as relações de trabalho na última década, também no aspecto da gestão do tempo, a jornada de trabalho passou a ser flexível e sua supervisão é basicamente orquestrada por meios digitais. Nesse cenário, essa relação ganhou novos contornos em meio à pandemia da Covid-19, com a adoção do distanciamento social, o fechamento de alguns setores da economia, a fim de permitir que os indivíduos ficassem em suas casas. Em alguns desses, adotou-se a estratégia do Teletrabalho, sobretudo da casa do trabalhador, o que comumente tem sido chamado de home office.

Observa-se também o processo de desconstrução da legislação do trabalho no Brasil, com a implantação da Reforma Trabalhista, conforme já sinalizado, através da

Lei Federal nº 13.467/2017, que materializou a flexibilização e a desregulamentação da legislação protetiva do trabalho no país é um exemplo desse processo. Em fases diferentes, construiu-se leis protetivas das relações de trabalho e depois as desconstruiu, sendo necessário constatar que a atual contrarreforma acompanha uma tendência mundial de regressividade social pela retirada substancial dos direitos dos trabalhadores em geral, da mesma forma que para os profissionais de Serviço Social.

No que se refere ao tempo de formação profissional podemos observar que a maioria dos entrevistados tiveram sua formação no período que compreende os anos entre 2003 a 2010 equivalentes a 50%, já o período correspondente entre 2011 a 2015 representa 38% dos entrevistados/das, restando 12% que apresentaram ter sua formação profissional na década de 1980.

Gráfico 3 - Ano de conclusão dos/as Assistentes Sociais



Fonte: Pesquisa junto aos Assistentes Sociais no período de outubro a dezembro de 2022.

Pelos dados, podemos inferir que uma parcela, mesmo que mínima, vivenciou um importante marco histórico inaugurado entre a década de 1980 e 1990 quando as conquistas para o Serviço Social foram deflagradas nesse contexto, demarcando nos anos 1980 uma etapa de amadurecimento da produção teórica profissional, sendo a Universidade a grande protagonista deste processo. Já os anos 1990 representaram avanços quanto à consolidação do projeto ético-político da categoria. O processo de tentativa de rompimento com o conservadorismo gerou no interior da profissão uma cultura que reconheceu a pluralidade teórico-metodológicas, no entanto, fortaleceu a orientação marxista como direção hegemônica para o projeto ético-político

profissional. Esta orientação colocou como valor central os princípios de democracia, liberdade, justiça social e dignidade humana, definidos e explicitados no Código de Ética Profissional de 1993, marco significativo para a profissão nos anos 90 (BRASIL, 1997).

Entretanto, uma parte expressiva desses profissionais foi formado/das nos anos 2000, vivenciando enquanto profissionais os marcos da reestruturação de acumulação do capitalismo mundializado e o avanço do neoliberalismo instaurado aqui no Brasil na década de 1990. Para Mota (1995), essa década foi constitutiva a “cultura da crise” da hegemonia das classes dominantes sob a batuta do Consenso de Washington e das diretrizes emanadas pelo FMI e o BM no que se refere à privatização das empresas produtivas estatais e dos serviços públicos, como os de telecomunicações e distribuição de energia, além das reformas previdenciária e trabalhista, abrindo as portas do país ao capital internacional, como já referido anteriormente.

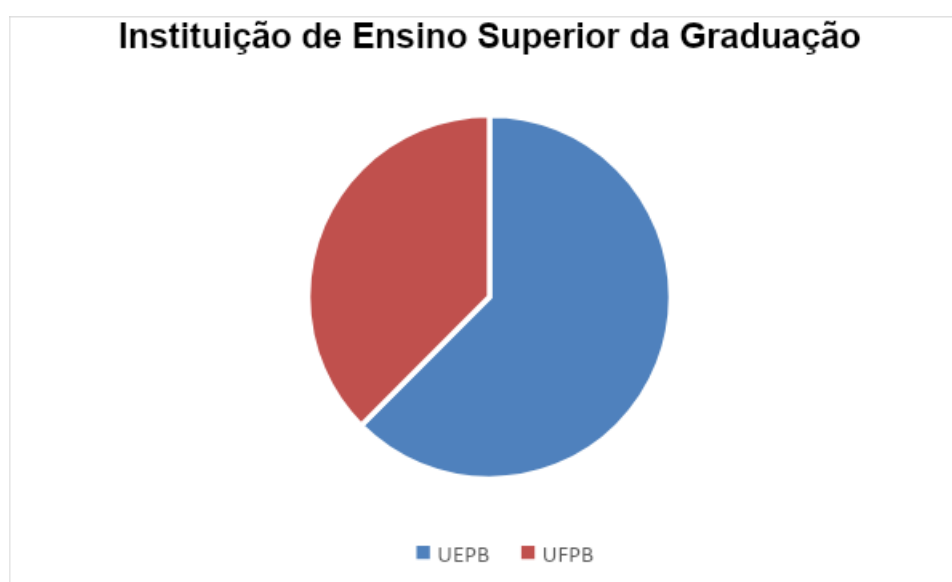
Não podemos deixar de ressaltar que nos anos 2000 tem o marco político da presença do Partido dos Trabalhadores (PT) no poder, a postura política dessa ocasião não opera rupturas com o projeto neoliberal, diferente disso, incorporando novas mediações, sendo reconhecido como um governo de conciliações. Claro que não podemos apagar o peso das políticas de redução da pobreza implementadas neste cenário.

No entanto, corroborando com Silveira JR (2016) sob a direção do PT, que teve como um dos principais meios de legitimação popular e anteparo para as alianças com a burguesia a bandeira da redução da pobreza e da miséria no Brasil, por meio da criação de políticas sociais, especialmente a de assistência social, não foi alterado as condições necessárias ao crescimento e à acumulação do capital privado. A assistência social, em especial o programa Bolsa Família, foi um dos suportes ideológicos do consenso das classes subalternas.

Não obstante, observamos que a lógica do capital mundializado recoloca em outro patamar as desigualdades sociais, com o movimento de precarização e desregulamentação do mercado de trabalho gerando novos impasses e desafios aos/as Assistentes Sociais, ocasionando nos contratos terceirizados, precarizados e parciais, acarretando a redução de postos de trabalho.

No tocante às instituições que foram formados/as os/as profissionais, na sua totalidade apontou ter sido pública e presencial. Dos/as entrevistados/as 62 % tiveram sua formação na Universidade Estadual da Paraíba -EPB, nesse sentido Fonseca, Nóbrega e Silveira (2014) relatam que a UEPB foi criada na década de 1980 no município de Campina Grande – PB, a partir da Universidade Regional do Nordeste (URNE). Esta percorreu um processo de Estadualização e através da Lei 4977/87 foi outorgada a UEBP. Outra parte dos/das entrevistados/as que correspondem a 38% tiveram sua formação na Universidade Federal da Paraíba-UFPB, conforme contemplamos no gráfico que segue:

Gráfico 4 - IES dos/as Assistentes Sociais



Fonte: Pesquisa junto aos Assistentes Sociais no período de outubro a dezembro de 2022.

Apesar da formação presencial ter sido unânime entre os entrevistados da nossa pesquisa, Pereira; Ferreira e Souza (2014) sinaliza que dados comprovam que, no Brasil, mais de 54,7% das vagas para cursos de Serviço Social são ofertadas nas modalidades à distância, enquanto apenas 45,3% são na modalidade presencial. Outro dado importante é que dos cursos à distância ou presencial autorizados a funcionar entre 2003 e 2009, 91,7% foram de natureza privada. Em razão deste fato o conjunto CFESS/CRESS vem dando ênfase ao debate do ensino a distância dado sua questionável qualidade em virtude do descumprimento das Diretrizes Curriculares

de 1996 e as condições fundamentais para que o/a estudante possa ter uma educação de qualidade (CFESS *et al.* 2011).

A respeito do nível de formação profissional, 88% dos entrevistados possui Pós-graduação em nível de Especialização (em áreas afins), concomitante a Especialização, 50% possui Mestrado em Serviço Social, e 12 % não possui curso de pós-graduação, como demonstrado na tabela abaixo:

QUADRO 1.

FORMAÇÃO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS		
Pós-Graduação	Quantidade	%
Especialização	7	88%
Mestrado e Especialização	4	50%
Não possui Pós-graduação	1	12%

Fonte: Pesquisa junto aos Assistentes Sociais no período de outubro a dezembro de 2022.

Nos chamou a atenção o fato que os/as Assistentes Sociais entrevistados/as demonstrarem um nível elevado de formação – em especial no tocante ao Mestrado – nessa direção concordamos com Iamamoto (2007) ao reforçar que há um marco na consolidação do PEP com a ampliação dos cursos de pós-graduação e da pesquisa na área, a investigação é central tanto na formação como na prática profissional. É a pesquisa que permite o conhecimento da realidade onde se atua, fazendo parte das funções precípuas da universidade, que não pode se limitar a ser mera transmissora de conhecimentos e formadora de força de trabalho especializada.

Logo, é o arcabouço teórico-metodológico que possibilita o/a profissional analisar acerca de determinadas situações que são colocadas em seu cotidiano são fundamentais, assim a fundamentação e a instrumentalidade são os componentes que permitem a compreensão do cotidiano da vida dos usuários (ABEPSS, 1996).

Identificamos no tocante às experiências profissionais que 75% dos/das entrevistados/as atuaram na área da saúde e assistência social, dessa amostra, 25% informaram que já exerceram a docência no ensino superior privado, e 25% afirmaram que sua atuação anterior havia ocorrido apenas na área da educação, como apresenta a tabela abaixo:

Quadro 2.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS		
Área de Atuação	Quantidade	%
Assistência Social e Saúde	6	75%
Educação	2	25%
Docência do Ensino Superior	2	25%

Fonte: Pesquisa junto aos Assistentes Sociais no período de outubro a dezembro de 2022.

Observamos que esses profissionais possuem experiências na Assistência Social e na Saúde, dois importantes campos de atuação do/ das Assistentes Sociais. Esse movimento de transição de trabalho nas 02 (duas) políticas não deixa de refletir os espaços de trabalho abertos à categoria. Neste sentido, a Política Nacional de Assistência Social - PNAS tem demandado profissionais, dentre eles Assistente Social, garantindo ao Serviço Social espaço na composição das equipes de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de média e alta complexidade para o funcionamento dos serviços.

Além dessas 02 (duas) áreas predominantes, também observamos alguns com inserção na educação, logo podemos inferir que os dados mostram que os/as profissionais, dada sua formação, se inserem nas mais diversas áreas relacionadas à execução de políticas públicas e também naquelas em que a atividade que desenvolvem é privativa do Serviço Social. Vale salientar que estas inserções também configuram jornadas de trabalho exaustivas, visto que para obter uma renda suficiente para sua manutenção básica se faz necessário buscar vários vínculos de trabalho, o que veremos mais adiante.

Iamamoto (2007) advoga que o setor público historicamente tem sido o maior empregador de Assistentes Sociais, e a administração direta é a que mais emprega, especialmente a instância estadual, seguida da municipal. Dessa forma, no âmbito municipal, os/as Assistentes Sociais avançam em novas funções no setor. Participam do processo de gestão da saúde, atuam nos Conselhos de Saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política, distanciando-se das tradicionais ações rotineiras e burocratizadas, restritas à execução de ações subsidiárias ao saber médico. Assim os/as assistentes sociais se inserem no processo de trabalho em saúde, como agentes de interação entre os níveis do SUS com as demais políticas

sociais, tendo como principal objetivo assegurar a integralidade e a intersetorialidade das ações.

Para Bravo *et al.* (2007), a partir dos anos 1990, com a implementação da gestão descentralizada da saúde, há uma ampliação da contratação de profissionais do Serviço Social concentrando um grande número de profissionais na área. Nesse sentido o conjunto CFESS/CRESS (2022) apresentou um Relatório Final da Pesquisa Nacional do Perfil Profissional de Assistentes Sociais na fase 1, onde disponibilizou os dados em que no ano de 2019 havia 176.524 Assistentes Sociais brasileiras/os com inscrição ativa, essa pesquisa é de grande valia para o acesso a um conjunto de informações importantes para se compreender quem são as/os Assistentes Sociais brasileiras/os.

Quando questionamos a respeito do regime de trabalho, os dados são eloquentes na demonstração que participaram de uma seleção simplificada, estando submetidos/as a essa forma de contratação utilizada pelos órgãos do Poder Executivo Municipal e ou estadual para realização de contratação temporária, que visa atender à necessidade provisória e excepcional. Esse quadro demonstra as relações precárias de trabalho em um dos principais campos de atuação dos/as Assistentes Sociais e em uma das políticas sociais que mais cresceu no âmbito da Seguridade Social.

O processo seletivo simplificado ao qual os entrevistados/as participaram, teve as inscrições abertas no mês de maio de 2020, em caráter de emergência, para prestação de serviço no combate à corona vírus (COVID-19), com o objetivo de suplementar e/ou complementar as ações desenvolvidas no Estado. O processo seletivo inicialmente tinha a validade de 90 (noventa) dias, podendo ser prorrogado por igual período ou enquanto permanecesse as medidas de prevenção de combate ao Corona vírus, oferecia vagas para profissionais de nível superior, técnico, da área de saúde e ainda de profissionais de nível médio e fundamental II. Para Assistentes Sociais inicialmente foram ofertadas 8 (oito) vagas, entretanto, foram convocados/as 12 (doze) profissionais.

De acordo com os/as entrevistados/as, o contrato de trabalho vem sendo prorrogado a cada 90 (noventa) dias, gerando insegurança, como podemos verificar na fala seguinte

[..] Devido a precarização houve o medo de perdemos o emprego, quando iniciou a queda dos casos de covid, uma vez que alguns de nós tínhamos apenas o vínculo do HC. Ainda houve o início da vacinação. (A.S. nº 04)

A fala a cima traduz a realidade vivenciada pela classe trabalhadora, aqui no recorte do/da trabalhador/da de Serviço Social no atual contexto que demonstra um poderoso mecanismo de reorganização do trabalho nessa fase do capitalismo hegemônico pelas finanças, que combina flexibilização, terceirização e informalidade do trabalho (ANTUNES, 2009). Vale ressaltar que a pandemia do novo Corona vírus não é responsável pela emergência da crise contemporânea, mas certamente exacerbou os traços mais perversos de uma crise social de grandes proporções, tornando mais tangíveis e mais visíveis os processos que já estavam em desenvolvimento.

Diante deste cenário de precarização do trabalho, o governo do Estado da Paraíba, diante a queda do número de infectados por covid 19, em 2022 voltou a atender com o Programa Opera Paraíba, realizando cirurgias eletivas, que haviam sido lançados em outras regiões do Estado em 2019, mas devido a pandemia estava suspenso os atendimentos. Com o retorno do referido Programa, o Hospital de Clínicas no município de Campina Grande, passou a realizar as cirurgias eletivas, dessa forma os profissionais que atuavam no referido hospital vêm tendo seu contrato de trabalho renovado ao final de cada 90 (noventa) dias.

De acordo com os dados coletados durante a pesquisa, o que ficou evidenciado foram as formas de contratação que reafirmou o baixo percentual de trabalhadoras/es contratadas/os em regime estatutário próprio dos servidores do Estado. Esse cenário encontrou-se em sintonia com a lógica de ampliar ao máximo a mercantilização da força de trabalho, flexibilizando relações, vínculos e direitos oriundos do trabalho. Nesse contexto, corroboramos quando Dardot e Laval (2008) salientam que o neoliberalismo não busca reduzir a intervenção do Estado, mas sim impor a sua transformação para trazer a lógica privatista para dentro da ação pública, submetendo-a às regras da concorrência, redução de custos e punção do fundo público para fins privados, mudança orientada pela racionalidade instrumental ao invés da razão pública. E na realidade brasileira a partir do governo Temer – Ultraneoliberal.

Tudo isso acrescido da contrarreforma administrativa, em tramitação na Câmara Federal, por meio da PEC 32/2020, que previa, entre outros retrocessos, o fim do regime jurídico único dos servidores, a extinção da estabilidade, a possibilidade

de redução da jornada e de salários, a declaração de desnecessidade ou obsolescência do cargo, entre outras medidas destrutivas do aparelho do Estado.

No que tange a carga horária, os entrevistados trabalhavam em regime de plantão e afirmaram trabalhar 30 horas semanais no hospital de Clínicas. Entretanto, verificamos que 65 % dos Assistentes Sociais entrevistados exerciam atividades concomitantemente em outra Instituição, deste percentual que possuíam 2 (dois) vínculos empregatícios, 75% atuava na Assistência Social, 12,5% atuavam na Saúde e 12,5 % trabalhavam na Educação, 35% dos entrevistados afirmaram ter apenas o vínculo empregatício do hospital de Clínicas.

No que foi possível observar nas aproximações aos dados, foi que havia um quantitativo expressivo de profissionais atuando na jornada ampliada do trabalho , seja pela questão salarial – a qual veremos a seguir, seja pela metamorfoses no “mundo” do trabalho, como vimos analisando, que incide no mercado de trabalho do Serviço Social e no exercício profissional dos/das Assistentes Sociais e demais profissionais, em uma contextualização de degradação do trabalho e precarização das condições em que ele é exercido (ANTUNES, 2020)

Mesmo que a precariedade do trabalho seja um requisito inerente ao capitalismo, sua processualidade foi se transformando historicamente, assumindo na contemporaneidade traços de um movimento permanente de perdas, regressão social, ofensiva contra os trabalhadores, superexploração da força de trabalho em âmbito mundial.

No que diz respeito a faixa salarial foi possível analisar que prevalece aquela entre 2 (dois) salários-mínimos. Devemos ressaltar que os profissionais entrevistados/as, os quais possuem mais de um vínculo de trabalho, só fizeram referência ao quantitativo que recebiam pelo vínculo empregatício referente ao hospital de Clínicas.

Cabe precisar aqui neste contexto, que à organização política do Serviço Social representada pelas entidades como Conjunto CFESS/CRESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social -ABEPSS e Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social - ENESSO, protagonizou e protagoniza hoje a articulação que possibilitou a construção e defesa dos princípios e diretrizes que sustentam nosso Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares, em sintonia com o Projeto Ético-Político Profissional, e assegurou

importantes conquistas no âmbito dos direitos e condições de trabalho aos Assistentes Sociais.(boschetti,2011)

A luta por trabalho com direitos tem sido um dos principais desafios assumidos pelo Conjunto CFESS/CRESS, e mesmo em contexto de crise do capital, a força das lutas coletivas asseguraram algumas importantes conquistas aos/as Assistentes Sociais brasileiros nos últimos anos, a jornada semanal de 30 (trinta) horas sem redução salarial é um dos exemplos importantes, desta luta. Nesta arena de lutas e conquistas, o/a Assistente Social ainda não conquistou o piso salarial, contudo o Projeto de Lei nº 1827/2019, que dispõe sobre o piso salarial da/o Assistente Social para uma jornada de 30 horas, teve parecer favorável em maio de 2023, na Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família (CPASF) da Câmara dos Deputados, mas ainda temos um caminho a percorrer.

Veremos no próximo tópico as Principais tendências do exercício do Assistente Social no Hospital de Clínicas no município de Campina Grande-PB.

5.2 O Exercício profissional do/da Assistente Social na saúde: particularidades do Hospital De Clínicas no Município de Campina Grande- PB

Neste item, procuramos nos aproximar do exercício profissional dos/das Assistentes Sociais no Hospital de Clínicas no município de Campina Grande- PB, destacando as principais tendências dessa atuação. Narvai (2020) aponta que os efeitos no cotidiano do contexto pandêmico, foram sentidos de forma geral, inclusive no trabalho social. Contudo, de acordo com Souza (2021), esse cenário reafirmou a determinação social da saúde de que, só podemos compreender e intervir a partir das relações sociais capitalistas. A partir dos sujeitos da pesquisa, suas percepções e relações estabelecidas com o objeto de estudo proposto, pretendemos contribuir para o debate no interior da profissão, como o exercício profissional dos/as Assistentes Sociais brasileiros, aqui no recorte do Hospital de Clínicas, foi afetado durante a pandemia da COVID-19.

O que observamos, inicialmente, visto o nível de formação dos/as Assistentes Sociais inseridos no hospital de Clínicas, foi a questão da oportunidade no mercado de trabalho, visto que o processo de inserção ocorreu através de processo seletivo simplificado - outrora já explanado. Nesta ceara afinado com Alves (2010) a precarização do trabalho foi uma estratégia utilizada que ganhou relevo desde a crise estrutural do capital, gerando muitas vezes a falsa sensação de diminuição do

desemprego, mas por meio de empregos temporários, sem estabilidade e sem segurança jurídica.

Foi neste cenário de grande complexidade que o Serviço Social foi convocado a atuar na linha de frente do corona vírus, através da portaria no 639 de 31 de março de 2020 que dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde.

Nesse sentido cabe ressaltar que a precarização do trabalho se situa no bojo das recentes transformações do capitalismo, embora não possa ser tomada como fenômeno novo, apenas potencializado no contexto pandêmico. Nesse sentido, Guerra (2010, 719) resalta que

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

Em vista disso, concordamos com a autora que em um contexto marcado pela erosão do trabalho regulamentado, amplia-se as relações de trabalho e adoecimento, muito presente nesse cenário de pandemia, repercutindo na saúde física e mental dos profissionais, conforme evidenciamos nas falas seguintes:

Uma carga emocional gigante em relação as perdas dos familiares, o receio de enfrentar um vírus letal, um medo e também angustia tanto de contrair o vírus ou repassar para nossos familiares. (A.S. 04)

Abordagem familiar diante de tantos óbitos se torna difícil, uns dias, mais difíceis que outros, ainda temos que realizar encaminhamento quando os familiares não possuem meios para o sepultamento. (A.S. 05)

O ritmo do trabalho, o acúmulo de tarefa os vínculos de trabalho temporário, baixos salários, somando em lidar com a morte e o público em vulnerabilidade. (A.S. 06)

Para Teixeira (2020), problemas como o cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais, não afetaram da mesma maneira as diversas categorias, sendo necessário atentar para as especificidades de cada uma, de modo a evitar a redução da capacidade de trabalho e da qualidade da atenção prestada aos pacientes (TEIXEIRA, p.2, 2020).

A pandemia ocasionou a morte de milhares de pessoas no mundo todo, e ainda possui muitos elementos desconhecidos, isso é um fato que impacta trabalhadores de todas as áreas, que neste cenário pandêmico tiveram que atuar na linha de frente. A estratégia conhecida para enfrentamento ao contágio impôs o desafio de pensar quais seriam as atividades que poderiam ser interrompidas ou prestadas sem a presença física de trabalhadores/as, considerando a necessidade do isolamento social, e quais as consideradas essenciais à sociedade.

Inicialmente uma situação onde todos imaginavam ser temporária, que levaria um menor tempo para se resolver, foi prolongada, seja pela ausência de políticas para enfrentá-la, como assistimos no Brasil, seja porque, frente às medidas de relaxamento do distanciamento social, outros países vêm enfrentando novas ondas de contágio. A ânsia pelo fim do isolamento social, abertura de comércios e serviços e retorno das atividades presenciais, sem evidências de retração do contágio, adoecimento e letalidade do Corona vírus, exemplifica o quanto a exploração do trabalho é necessária para a valorização do capital.

Uma crise sanitária de magnitude nunca vista, que se somou à crise do capital, que já vinha sendo vivenciada mundialmente, catalisou e escancarou as desigualdades estruturais, assim como as dificuldades de atendimento à população com o recorrente desmonte e desfinanciamento das políticas sociais pelo projeto ultraneoliberal.

Para o Serviço Social a definição das necessidades de saúde ultrapassou o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas, a ampliação da miséria e da degradação social (NOGUEIRA E MIOTO ,2006, p. 12-13). Nesse contexto, a nova configuração da política de saúde impactou consideravelmente no trabalho do/da Assistente Social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais. Ampliou-se o trabalho precarizado e os profissionais foram chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora estava submetida.

Inquestionavelmente a pandemia, revelou que os mais atingidos foram a parcela mais pobre da classe trabalhadora, sem condições adequadas de saneamento e meios de prevenção, com dificuldades de acesso ao SUS saturado. O

governo federal negacionista, ultraneoliberal favoreceu também a multiplicação e a agudização das desigualdades estruturais.

De fato, durante a pandemia o processo de privatização e desfinanciamento do SUS continuou sendo ampliado, entretanto alguns hospitais foram reorganizados, e outros criados como hospitais de campanhas buscando meios para prover as condições necessárias para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Nesse sentido um aspecto destacado na pesquisa diz respeito as condições de trabalho dos/das Assistentes Sociais no Hospital de clínicas que originalmente foi criado como hospital de campanha. Alguns dos entrevistados relataram ser favoráveis as condições de trabalho no tocante aos recursos materiais, entretanto, comentaram que não possuíam sala própria, o que se configura como uma tendência, o que dificultou o sigilo profissional, como evidenciamos nas falas seguintes:

Neste serviço considero que as condições são favoráveis para realização do nosso fazer profissional, porém sinto falta do espaço físico apenas para o serviço social, não há sigilo no atendimento. (A.S. 07)

As condições de trabalho são boas, no entanto no que tange o espaço físico limita um pouco a questão do atendimento sigiloso aos usuários /família do sus. A sala é multiprofissional, o serviço social não possui sala própria. (A.S 03)

Existem boas condições de trabalho, embora necessite de melhorias em relação ao ambiente da sala, pois é equipe multidisciplinar e muitas vezes ha uma aglomeração de profissionais. (A.S. 05)

Nesse sentido, não podemos deixar de considerar a Resolução do CFESS nº 493/2006 que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a Assistente Social, que estabelece a obrigatoriedade de espaço físico adequado para atendimento ao usuário, visando a garantir o sigilo profissional. A resolução ainda dispõe como deverá ser o local de atendimento, previsto em seu art. 2º onde pontua que:

Art. 2 – O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas: a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado. (CFESS,2006)

O Código de Ética de 1993 deverá também ser considerado os art 2º, 7º e o art 15º em especial, que tratam do sigilo profissional perante os usuários, da inviolabilidade do local de trabalho, e da necessidade do profissional dispor de condições de trabalho adequadas, sejam elas realizadas no âmbito público ou privado, a entender que o:

Art. 2º Constituem direitos do/a assistente social: d- inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;

Art. 7º Constituem direitos do/a assistente social: a- dispor de condições dignas de trabalho, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional;

Art.15º Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional.

Mesmo diante do aparato legal supramencionado, o que evidenciamos na pesquisa é que a prática profissional no tocante ao espaço reservado ao serviço social, se distancia do seu aporte legal. Alguns entrevistados relataram não haver privacidade no atendimento ao usuário.

O/a Assistente Social dentro do hospital de Clínicas trabalha com uma equipe multidisciplinar, por se tratar de outras áreas, mesmo que tenham o sigilo profissional circunscrito em seus códigos, não estão sujeitos às mesmas obrigações, apresentam objetivos diferentes e, ainda, lógicas e prioridades distintas das do Serviço Social. Não obstante o/a Assistente Social atua em circuitos em que as informações devem ser compartilhadas e, ao mesmo tempo, em que a confidencialidade é, legalmente, autorizada.

Neste sentido, em relação ao trabalho multidisciplinar o documento Parâmetros para atuação do assistente social na saúde, chama a atenção para o fato do profissional por vezes ser um profissional polivalente, a problemática está da tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no uso de referências que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.

Neste contexto, identificamos no decorrer da pesquisa através de algumas falas, que essa imposição de um profissional polivalente, que também se configura

como uma tendência, imposta ao serviço social se faz presente, como podemos observar nos relatos abaixo:

[..] ha imposição do “espírito de solidariedade” profissional, onde todos devem fazer tudo para ajudar, porém a pandemia nos trouxe a importância do trabalho multiprofissional e da intervenção interprofissional. (A.S. 01)

[..] a idealização que na pandemia todos devem ajudar, independente da função, não podemos reproduzir vícios institucionais enraizados. (A.S. 02)

Neste ambiente, em outra ocasião já mencionada lamamoto, (2007) aponta para o exercício da sempre relativa autonomia profissional, se torna um esforço contínuo que evidencia os limites e as possibilidades da intervenção. Se do ponto de vista da inserção do profissional nos processos e relações de trabalho temos o estabelecimento da relação de controle e subordinação, a natureza da relativa autonomia técnica e teórico-política do profissional requer outras mediações, afora a das relações de trabalho.

A condição de trabalhador assalariado - seja nas instituições públicas ou nos espaços empresariais e privados “sem fins lucrativos”, faz com que os/as profissionais não disponham nem tenham controle sobre todas as condições e os meios de trabalho postos à sua disposição no espaço institucional. Nesse sentido, lamamoto (2009) destaca que são os empregadores que definem os recursos financeiros, materiais e humanos essenciais a realização do trabalho concreto realizado pelo/pela Assistente Social, enfim, são as instituições empregadoras que têm o poder de definir as demandas e as condições em que deve ser exercida a atividade profissional: o contrato de trabalho, a jornada, o salário, a intensidade, as metas de produtividade etc.

Entretanto, para além das dimensões objetivas que conferem materialidade ao fazer profissional, é preciso considerar também as dimensões subjetivas, ou seja, identificar o modo pelo qual o profissional incorpora na sua consciência o significado do seu trabalho, as representações que faz da profissão, as justificativas que elabora para legitimar a sua atividade - que orientam a direção social que imprime ao seu exercício profissional (Raichelis, 2010, p. 752).

Outro ponto observado durante a pesquisa com relação as condições de trabalho referem-se ao quantitativo de profissionais, mesmo que apresente um quantitativo expressivo totalizando 12 (doze) assistentes sociais, quando distribuídos

por plantões resultam em 2 (dois) profissionais. O que evidenciamos em um contexto de enxugamento de gastos sociais pelo Estado, vemos uma clara tendência de flexibilização e precarização das relações de trabalho, numa proposta de reduzir custos e ampliar a lucratividade. Como já referenciado em outra secção o Hospital de Clínicas atende Campina Grande e mais setenta (70) regiões, ademais, no momento do pico da pandemia houve um aprofundamento da plantonização da organização do trabalho profissional - inclusive utilizada como estratégia de menor exposição e risco do(a) trabalhador(a) (MATOS, 2021).

Nesse sentido as falas seguintes, refere-se às demandas atendidas pelos profissionais

As demandas são muitas, isto inclui o atendimento social beira leito, atendimento de acolhimento e orientações (A.S 02)
Atendimento família/visitantes, orientações por óbito, alta social, emissão de relatório social. (A.S. 03)

Algumas demandas foram mais urgentes, orientações e apoio aos direitos sociais dos familiares, encaminhamento de demandas sanitárias aos municípios para suporte dos pacientes, acolhimento familiar. (A.S. 04)

Ainda nesta direção, apontaremos outras falas sobre as demandas realizadas

Atendimento aos familiares, orientações relativas aos direitos sociais, encaminhamento para a rede de assistência social, emissão de parecer e laudo. Acompanhamento de alta assistida e visita presencial aos pacientes internos na uti, orientações referentes ao fluxo do hospital e serviços prestados pelo SUS, quanto a gratuidade, além do desenvolvimento de projetos do setor como Lembranças que Curam. Dentre outras (A.S 02)

Acolhimento, orientação junto aos pacientes, emissão de relatório social para outros equipamentos, encaminhamentos, execução de projetos buscando viabilizar o direito do usuário. (A.S 05)

Acolhimento aos usuários, orientação sobre direitos sociais, encaminhamento para outros serviços públicos e privados, de forma intersetorial, conscientização sobre os direitos sociais. (A.S. 07)

Logo, perante as falas sintetizamos que existe uma predominância sobre o campo do direito social, para tanto ao atuar nesta perceptiva explicita a dimensão política da profissão e o reconhecimento de sujeitos de direitos daqueles com os quais atua, tendo por fim último a sua emancipação social. Fortalecer o trabalho dos/das Assistentes Sociais na saúde, na direção do Projetos de Reforma Sanitária na perspectiva do direito, deverá ocorrer a luz do Código de Ética da profissão de 1993, no qual apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos/das Assistentes Sociais na saúde e em todas as outras áreas de atuação.

Dessa forma, no âmbito desse marco legal e normativo, torna-se indispensável ressaltar a importância dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, que reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia. Tais Parâmetros foram elaborados a partir de ampla participação da categoria profissional e promulgados pelo CFESS, com o objetivo de referenciar a intervenção dos/das profissionais na área da saúde (CFESS, 2010).

Através das falas, também evidenciamos que os principais instrumentos e técnicas utilizados pelos/pelas assistentes sociais entrevistados foram relatório e encaminhamento. Nesse aspecto o profissional deverá levar em consideração suas condições subjetivas e objetivas, tendo como norte o PEP. A instrumentalidade pode ser considerada uma propriedade adquirida pela profissão, a partir do momento que seus objetivos são concretizados. Os instrumentos são essenciais no exercício profissional, já que eles norteiam a ação profissional, contudo o agir profissional não se restringe apenas aos instrumentos, mas sim na capacidade que o profissional tem para utilizá-lo.

No contexto de pandemia algumas novidades no trabalho profissional se fizeram presentes, dentre eles o atendimento virtual, uma outra tendência como foi possível evidenciar na fala a baixo

[..]Realização de videochamada para os familiares dos pacientes internos, acesso a informações dos pacientes em relação ao quadro clínico[..] (A.S. 08)

Nesse sentido, cabe, registrar que o conjunto CFESS/CRESS demandou orientações, onde em caso de atendimentos por vídeo conferência, estes devem ter caráter absolutamente excepcional, considerando a particularidade da pandemia da Covid-19. O CFESS não a regulamentou, tendo em vista que tem ponderações acerca da qualidade do serviço prestado nessa modalidade (CFESS, 2020).

Quando questionamos a respeito dos desafios vivenciados em seu exercício profissional, os/as Assistentes Sociais relataram além do medo do contexto pandêmico desconhecido, as velhas práticas impostas ao Serviço Social foram proferidas, como podemos observar nas falas a seguir

[..] vícios institucionais enraizados e impostos ao serviço social como: comunicação de óbito, preenchimento de declaração de óbito, repassar

informação de quadro clínico, romper com a construção equivocada do serviço social como balcão de informações ou guarda volumes, romper com a projeção que o serviço social tudo resolve e tudo sabe. (A.S. 01)

[..] “tudo” queriam que o serviço social fizesse, sem que fosse competência do mesmo, a exemplo ficar com pertences de paciente para ser entregue aos familiares. O serviço social teve que mais uma vez se posicionar e mostrar para os demais profissionais da equipe reconhecer o papel profissional do serviço social no hospital de clínicas. (A.S 03)

Abordagem familiar diante de tantos óbitos, num embate diário com a equipe médica para romper praticas que não condiz com nossas atribuições, como comunicação de óbito. (A.S 05)

[..]. Outro desafio é termos que informarmos sobre o óbito. (A.S 08)

O ineditismo do novo corona vírus adensou também a necessidade de nos debruçarmos sobre velhas questões para o Serviço Social brasileiro, das quais se destacam aquelas que se referem às nossas especificidades, competências e compromissos éticos. Como indica Bravo; Matos (2006), os profissionais de Serviço Social têm por objetivo em à saúde identificar os aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais que atravessam o processo saúde doença, buscando para os seus enfrentamentos uma prática educativa emancipatória e a mobilização, quando existentes, dos recursos institucionais e comunitários.

Essa citação dos autores nos ajuda a reconhecer que as questões indicadas nas falas a respeito de informação de óbito, guarda volumes, informe sobre quadro clínico de pacientes, não estão previstos na formação profissional de assistentes sociais, não sendo, portanto, de sua competência profissional. Por trás dessas insistentes requisições está a compreensão de parte dos gestores da saúde de que a população seja apenas um receptáculo de informação, não sendo necessário o intercâmbio de ideias; expressando uma antiga reprodução de que saúde é matéria apenas para os profissionais de saúde. Entretanto, saúde é direito e a comunicação é parte da materialização desse direito, devendo ser prestada – a depender do conteúdo da informação – por profissionais competentes para tal.

Para tanto, por entendermos que a informação é um direito, e que os/as Assistentes Sociais, atuam com o compromisso para a complementação do direito constitucional à saúde, conforme proposto pelo movimento sanitário, a comunicação a ser estabelecida deverá ser realizada por aqueles, que na divisão daquele trabalho, dominam em profundidade as informações que serão abordadas na referida comunicação.

Não existe receita pronta para o atendimento as demandas que perpassam a atuação profissional, contudo nesse sentido das velhas práticas de informação, Matos (2020), em um ensaio realizado sobre essas (des) informação, aponta para direcionamentos em que ao ter contato com requisições de informações necessárias para a população usuária que atendemos, além de orientá-la sobre onde acessar tais informações, podemos socializar tal requisição aos empregadores e outros/outras colegas de trabalho, tanto indicando como um problema e/ou apresentando alguma proposição.

Ainda cabe destacar que a comunicação também tem uma função muito importante para o Serviço Social, tanto que está inscrito no Código de Ética profissional de 1993 o compromisso de socialização das informações. Isso decorre porque uma característica importante da profissão, que se trata, inclusive de um componente intrínseco do seu trabalho profissional, é a dimensão educativa. Compreender essas estratégias visa a dar continuidade ao trabalho do Serviço Social, e ter uma funcionalidade no contexto da intervenção profissional.

Nesta direção, o conjunto CFESS-CRESS disponibilizou a partir das demandas da categoria no contexto de Pandemia normativas com o objetivo de contribuir com a atuação profissional. Em março de 2020, é emitido pelo CFESS, por meio do boletim CFESS Manifesta “Os Impactos do Corona vírus no Trabalho do/a Assistente Social”, em que inicialmente trata da conjuntura e dos impactos no trabalho profissional. A orientação normativa nº 3/2020 é publicada, dispondo sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por Assistentes Sociais, onde consta que

1. É garantido às famílias o direito de serem devidamente informadas sobre o óbito de seus entes e sobre as causas que resultaram no falecimento.
2. A comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social.
3. A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes.
4. O/A assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, visando o melhor atendimento ao/usuário/a dos serviços de saúde, preservando a qualidade dos atendimentos prestados, não estando obrigado/a a realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente.

5. Ao/À assistente social não cabe informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos, direitos estes que devem ser garantidos e assumidos por profissionais que tenham competência para tal.

6. Da mesma forma, não cabe ao /à assistente social a divulgação de boletins médicos, nem tampouco o atendimento prévio de pacientes, visando realizar a triagem das suas condições clínicas para acesso aos serviços de saúde.

7. As determinações institucionais que estejam em desacordo com a legislação profissional (lei de regulamentação, código de ética e resoluções devem ser informadas aos Conselhos Regionais de Serviço Social (Cress) em suas jurisdições (CFESS, Orientação Normativa n.3/2020).

Durante as falas, também foi possível evidenciar, que na arena dos desafios enfrentados pelos/as Assistentes Sociais está relacionado a suas competências e atribuições previstas em lei. O documento Manejo de corpos no contexto do novo Corona vírus covid-19, elaborado pelo Ministério da Saúde, onde recomendou que o Serviço Social realizasse a comunicação de óbito a familiares, durante a pandemia foi um exemplo, recorreremos a almeida (2020) que ressalta

[..] atribuições e competências realizadas em qualquer espaço socio-ocupacional são orientadas e norteadas pelos princípios, direitos e deveres inscritos no Código de Ética Profissional de 1993, na Lei de regulamentação da Profissão, bem como nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996). Estes instrumentos afirmam a concepção do PEP profissional hegemônico no Serviço Social brasileiro.

Competência, nos moldes aqui tratados, não é mérito individual, e sim resultado de um projeto que se constrói coletivamente nos serviços, que se retroalimenta da produção intelectual da profissão e da sua organização político-profissional. Assim, a responsabilidade não pode repousar exclusivamente em profissionais nos diferentes serviços do país. A universidade, por meio da extensão, da pesquisa e do conhecimento que daí gera, tem um papel fundamental. As entidades da categoria, como a ABEPSS e o Conjunto CFESS-CRESS, também contribuem para a qualificação da formação e na luta pelas garantias das condições éticas e técnicas do trabalho profissional.

Ainda cabe o adendo que a elaboração de documentos que se constituem em subsídios para o trabalho profissional, como os parâmetros de atuação na política de saúde, e na de assistência social, bem como os subsídios para atuação na área da

educação, e para o trabalho no sociojurídico, partem de uma concepção ampla de Serviço Social, não reduzem a intervenção profissional ao trato direto com usuários(as) - ainda que seja essa a maior frente de trabalho e não menos importante - e, por isso, apontam competências profissionais na esfera da gestão dos serviços e na formulação da política. Esses documentos avançam no delineamento das competências profissionais, de forma objetiva e com clara direção ético-política e teórico-metodológicas.

Não obstante, posicionam-se contrariamente a um conjunto de solicitações equivocadas, dirigidas a profissionais de Serviço Social e muitas vezes restritivas de sua autonomia técnica. Durante muito tempo, foi lugar-comum dizer que Assistentes Sociais sabiam dizer o que não era sua competência e atribuições, mas não sabiam informar quais eram. Entendemos que a reafirmação desse tipo de frase hoje é um equívoco, pois a produção do conhecimento e, especialmente, os documentos aqui citados, a exemplo da Lei de regulamentação da profissão de 1993, sem esquematismos e reducionismos, se constituem em referências sobre o que compete e quais são as atribuições dos/das Assistentes Sociais.

Ademais, foi por meio da articulação coletiva no interior das equipes, com outros grupos de Assistentes Sociais, articulação com o conjunto CFESS/CRESS que se tornou possível ampliar as discussões e qualificar a fundamentação dos tensionamentos necessários, reafirmando-se a demarcação do campo de atribuições do Serviço Social e sua contribuição ao enfrentamento da pandemia no âmbito da política de saúde.

Sem embargo no bojo de tantas e tão complexas contradições, Assistentes Sociais exercitaram a relativa autonomia profissional nos termos de Iamamoto (2007), incluindo e ultrapassando as relações de trabalho e subordinação, avançando em direção à consciência individual e à coletiva, apropriando-se do conhecimento aprofundado sobre a realidade, reconhecendo e negando a demanda de mero repassador/a de informação clínica e de comunicação de óbito, de perfil tecnicista; Os/as Assistentes sociais contribuíram com capacidade propositiva e estratégias coerentes com suas atribuições e competências profissionais afim de romper com o conservadorismo da profissão.

De fato, a organização e representação, das categorias específicas e, sobretudo, do conjunto da classe trabalhadora, ainda que elas tenham seus limites

de atuação, constitui importante dimensão do complexo do trabalho, tendo relação com o maior ou menor avanço da precarização, tão presente no período pandêmico.

6. CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS

O marco histórico da Constituição de 1988 é consequência de uma história nacional de lutas políticas pela garantia de direitos. Fundado na universalidade e na integralidade. O SUS é parte do acúmulo de batalhas pela redemocratização e por políticas sociais inclusivas que se inscreveram na promulgação do texto constitucional. A partir daí a saúde foi considerada direito de todos e dever do Estado. Assumiu-se a necessidade de formular, implementar e fiscalizar políticas e redes de serviços que orientassem e operacionalizassem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos brasileiros.

Entretanto, no mesmo instante que assistimos e lutamos pelo fortalecimento e pela expansão sistema público de saúde, durante a década de 1990, como afirma Correia (2005), o BM iniciou a formulação de suas orientações para a política de saúde brasileira recebendo o apoio dos governos neoliberais Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso.

Nesse trilha, constatamos a partir da perspectiva neoliberal, que as fortes inflexões desse modelo, direcionam o apoio ao processo de contrarreforma do Estado que toma uma dimensão maior a partir da década de 1990, continua nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), intensifica-se no governo ilegítimo de Temer e é acirrado na conjuntura contemporânea, com o desgoverno Bolsonaro, que fez uso de decretos, leis, medidas provisórias e ou resoluções para instaurar cada vez mais a direção da ofensiva neoliberal – o ultraneoliberalismo, em sua fase mais perversa.

Nesse contexto de ataques às políticas sociais, evidenciamos a implementação da política de saúde ser alvo de estratégias de contenção de gastos, de contingenciamento e, finalmente, de congelamento dos valores pelos próximos 20 (vinte anos) através da Emenda Constitucional no 95/2016, sob o discurso de crise econômica, de equilíbrio das contas públicas e de austeridade. O SUS foi considerado como despesa a ser racionalizada, negando-o, inclusive, como área produtiva de grande impacto na economia brasileira.

Nesse ambiente no qual a saúde pública já estava combalida, em 2020 a pandemia da COVID-19 pelo novo Corona vírus tem se apresentado como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século. O insuficiente conhecimento científico sobre a doença, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, geraram incertezas sobre

quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo.

No Brasil, os desafios foram ainda maiores, além de pouco conhecimento sobre as características de transmissão da COVID-19 em um contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água potável e em situação de aglomeração, contamos com o desgoverno do então presidente Jair Bolsonaro.

Corroboramos com a análise de Calil (2020), quando ressaltou que durante a pandemia na realidade brasileira coexistiram dois discursos de enfrentamento a covid 19: O primeiro era representado pelo presidente Bolsonaro e por setores que o apoiavam, que direcionava o enfrentamento a uma perspectiva negacionista minimizando a gravidade da situação. A outra confrontação a pandemia realizada por Mandetta o então ministro de saúde e seus técnicos da pasta, que observavam a magnitude dos problemas sanitários que se desenhavam, ainda que sem descontinuar a política de base do presidente.

Essa disputa, mesmo que conciliadora, possibilitou que o Brasil respondesse aos alertas da OMS, como o exemplo da Portaria nº 188/2020 emitida pela Presidência da República ainda em março de 2020, declarando Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional. Entretanto, durante um pronunciamento do presidente, no qual subestimou e desaprovou as medidas de distanciamento social defendidas pelo Ministério da Saúde, ficou explícita que a resposta brasileira à disseminação da doença seria construída com base em critérios econômicos e políticos, desconsiderando as das/dos científicos e epidemiológicos. (SOUZA,2021).

Não podemos deixar de resgatar que as práticas políticas do governo Bolsonaro se relacionaram à pauta econômica de retirada de direitos dos trabalhadores, intensificando a superexploração da força de trabalho e a utilização do fundo público. Ao longo da nossa pesquisa constatamos a enxurrada de reformas ultraneoliberais, que não recuou nem mesmo em um cenário de pandemia. Ao mesmo tempo que observamos investimento no resgate do capital, com o discurso de defender os empregos, e nesse viés o governo Bolsonaro instituiu medidas de ajuda econômica à banqueiros e empresários e de flexibilização das relações trabalhistas. Nessa perspectiva as Medidas Provisórias nº 935/20 e nº 936/20 regulamentaram a redução de salários e carga horária dos trabalhadores (BRASIL,2020c).

Cabe registrar, que em 5 de maio de 2023, o presidente da OMS anunciou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), declarada pela organização em 30 de janeiro de 2020. Três anos depois, o presidente da organização apontou que, com a queda nas hospitalizações e óbitos e avanço da vacinação, os países poderiam colocar a covid-19 no mesmo patamar de outras doenças infecciosas. (Morosini,2023, s/p)

No entanto, a crise gerada pela pandemia da COVID-19, ainda no seu período inicial, demonstrou que a dificuldade de coordenação nacional e a falta de uma liderança que indicasse um caminho coerente de controle da disseminação da doença no país, levou Estados e municípios a adotarem medidas de mitigação de forma isolada e sem plano nacional. Como recurso para ampliação da capacidade de atendimento de pessoas diagnosticadas com Covid-19 ocorreram as construções dos hospitais de campanha, de caráter temporário e sem planejamento (SOARES *et. al.* 2020), dentre estes o Hospital de Clínicas de Campina Grande -PB.

Nesse sentido, no tocante ao Serviço Social ponderamos que as transformações societárias em curso, enquanto resultado do processo de mundialização do capital, do aprofundamento da crise estrutural, da crise sanitária e da ofensiva ultraneoliberal vem impondo novas e velhas determinações, demandas e requisições para o Trabalho profissional do/da Assistente Social. Neste trilho, ao longo de sua história, cabe resgatar a área da saúde, como um dos principais espaço-sócios ocupacionais do Serviço Social. Nesta direção;

. Correia; Santos e Soares (2021) destacaram um significativo aumento das contratações de Assistentes Sociais no período da pandemia. Esse aumento, no entanto, vem sendo marcado pela precarização dos vínculos e condições de trabalho, pela estratégia de plantonização e por constantes ataques às competências e atribuições profissionais.

Em vista disso, na realidade do trabalho profissional dos/as Assistentes Sociais que atuam no hospital de Clínicas no município de Campina Grande-PB, o *lócus* da pesquisa, foi possível observar a crescente tendência de precarização das condições e relações de trabalho, bem como a superexploração da força de trabalho advindas das estratégias utilizadas para a inserção e ou contração dos/das profissionais para o enfrentamento do período pandêmico. No contexto atual a versão fundamentalista do ultraneoliberalismo, como observou Antunes (2020) o trabalho, sofre as mais diversas

formas de desregulamentação, informalidade, flexibilização, intensificação, provocando sofrimentos e adoecimentos, e fragilizando as resistências e lutas coletivas.

Logo, essas tendências são expressas desde o quantitativo de profissionais, onde são 2 (dois) profissionais por plantão, em um hospital que atende a população de Campina Grande e algumas outras regiões do Estado, como supramencionado outrora, pelos baixos salários, pela imposição de um profissional polivalente, na dupla jornada de trabalho, no excesso de demanda, no adoecimento profissional potencializado pelo período de pandemia, no desempenho de demandas que não são suas atribuições e ou competências, repercutindo significadamente, na sua relativa autonomia enquanto trabalhador da área de saúde.

Ainda nosso estudo constatou, o uso das tecnologias no trabalho dos/as Assistentes Sociais, o que se constitui em outra tendência, que atuam no Hospital de Clínicas. Com a adoção dos cuidados necessários para evitar a propagação da Covid-19, não havia visita presencial de familiares aos usuários internados, a vídeo chamada, outra tendência, foi a forma de garantir a aproximação entre a família e os usuários, com vista a redução dos riscos decorrentes do contato interpessoal direto.

Entretanto, observamos como afirma Valentim; Paz (2022), que a utilização dessas ferramentas produzem efeitos contraditórios, posto que possibilita, em determinadas situações, a continuidade dos atendimentos nos serviços públicos, de forma a garantir o distanciamento social necessário, ao mesmo tempo que potencializa tendências de precarização do trabalho, como o aumento da produtividade e do tecnicismo via padronização de tarefas, além de não garantir o atendimento das necessidades das populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica, desprovidas dos meios digitais.

O contexto imponderável como se caracteriza o de uma pandemia, exigiu das/dos Assistentes Sociais competência teórico-política para apreender a situação de crise humanitária e sua relação com a sociabilidade capitalista e intervir nesta realidade, segundo os fundamentos do Serviço Social. Logo, ao refletir sobre a formação acadêmica dos/as Assistentes Sociais, evidenciamos um nível elevado na formação e experiência profissional, entretanto esses se veem inseridos no mercado de trabalho com o dilema de intervir de forma eficaz, em um contexto pandêmico, ao mesmo tempo em que está entremeado em uma teia da precarização dos vínculos

trabalhistas, que sofre com o avanço das políticas ultraneoliberais, com a supressão das políticas sociais e conseqüentemente de seus direitos fundamentais enquanto classe trabalhadora.

Ficou claro no nosso trabalho a importância do Conjunto CFESS/CRESS, as recomendações e orientações técnicas emitidas que configuram seu importante protagonismo junto à categoria profissional e à sociedade brasileira, visto que reafirmaram competências, propuseram estratégias técnicas e políticas de atuação, considerando as dimensões ética, política e técnica do Trabalho profissional do/a Assistente Social. Consideramos ainda a agilidade das respostas e sua direção, que não se afastou dos princípios do projeto profissional, demarcando igualmente a importância do papel não somente técnico, burocrático do conjunto CFESS/CRESS, mas a relevância de seu papel político.

Nesse ínterim, ainda cabe registrar de uma forma geral, que as orientações emitidas pelo conjunto CFESS/CRESS, sinalizaram tanto a preocupação referente à segurança e proteção dos/das profissionais, na mesma medida que indicou o compromisso com o atendimento à população usuária, visto que todos propuseram ações que viabilizassem o atendimento aos/aos usuários/as, os/as quais estão amplamente expostos e vulneráveis à pandemia da COVID-19.

Nesta arena, é importante salientar, que alguns/algumas profissionais do Serviço Social que atuaram no enfrentamento ao Covid-19 na área da saúde, sofreram, inicialmente, com a ausência de fornecimento ou de fornecimento insuficiente de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Essa realidade no contexto da pandemia, ficou escancarada em algumas regiões do país, fazendo com que o conjunto CFESS/CRESS articulasse medidas jurídicas cabíveis para reverter a situação. Cabe o adendo que durante a pesquisa junto aos/as Assistentes Sociais, não evidenciamos relatos acerca da falta de EPIs, contudo, o fato de não ter sido expressada não significa que não existiu, essa realidade no hospital de Clínicas no município de Campina Grande - PB.

Enfim, cabe ressaltar que o estudo ora apresentado não se esgota neste trabalho. É importante compreender que as inflexões que a crise do capital, a contrarreforma do Estado adensadas pela crise sanitária brasileira impôs à saúde pública grandes desafios, reverberando no trabalho profissional do/a Assistente Social

inseridos/as nela, resultando no agudização da precarização das condições e relações do trabalho, dentre tantos outros.

Em tempos tão difíceis de recrudescimento do conservadorismo, cabe registrar a importante presença do conjunto CFESS /CRESS na articulação, orientação e recomendação às condições técnicas e éticas para o trabalho profissional em período de pandemia, mas não só nela. Por fim espera-se que este estudo possa instigar outras reflexões, assim, somar forças à discussão sobre esta a partir de uma perspectiva crítica.

Portanto podemos ressaltar como as principais tendências por nos identificadas foram os/as Assistentes Sociais não possuírem sala própria para os atendimentos individuais, o que compromete o sigilo profissional, clara tendência de flexibilização e precarização das relações de trabalho, o uso de tecnologias no trabalho dos/das Assistentes Sociais, a exemplo das chamadas de vídeo com a intenção de aliviar a solidão do usuário e possibilitar o contato com os familiares, dentre outras.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**: com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária de 08 de novembro de 1996. Rio de Janeiro:1996.

ABRUCIO, Fernando Luiz. et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, jul./ago. 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rap/a/bpdbc9zSGCKZK55L3ChjVqJ/> acessado em julho 2023 .

AGUIAR, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011

_____. (1995) **Adeus ao Trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo : Cortez; Campinas, SP : Editora da Universidade Estadual de Campinas.

ALMEIDA, N. L. T. Grupo de Trabalho do conjunto CFESS/CRESS Serviço Social na Educação . Subsídios para a atuação do assistente social na política de educação.2010-2012. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_SUBSIDIOS-AS-EDUCACAO.pdf acessado em julho 2023.

ALVES, Giovanni. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo editorial 2010.

ANTUNES, Ricardo. (org.) **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0** . São Paulo: Boitempo , 2020.

_____. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARCARY, Valério. Bolsonaro é ou não um fascista? In: CISLAGHI, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe. (Orgs.) **O neofascismo no poder** (Ano I): Análises críticas sobre o governo Bolsonaro. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.p. 47-68.

ARAÚJO, I. M. de .Da pratica medica a práxis médica : possibilidades pela estratégia da família. Tese de Doutorado da UFPB, João Pessoa, 2007.

BANCO MUNDIAL (BM). **Um Ajuste Justo**: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil. Brasília: Grupo Banco Mundial, 2017.

BAPTISTA, Tatiana Varas. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BEHRING, Elaine. Orçamento no Governo Bolsonaro: entre a letalidade e o clientelismo. **Esquerda online**, 11 maio 2021. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2021/05/11/orcamento-no-governo-bolsonaro-entre-a-letalidade-e-o-clientelismo-/> . Acessado 19 de Ago. 2021

_____.; CISLAGHI, Juliana Fiúza; SOUZA, Giselle. **Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social**. In BRAVO. Maria Inês Souza, MATOS. Maurílio Castro de, FREIRE. Silene de Moraes (org). Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020, p. 103-121.

_____. Devastação e Urgência. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza, DEMIER, Felipe (Orgs.). **O neofascismo no poder (ano I)**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

_____. Ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. In.: SALVADOR, Evilasio; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Loudes de (orgs.). Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2019.

_____. Devastação e Urgência. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza, DEMIER, Felipe (Orgs.). **O neofascismo no poder (ano I)**. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

_____. **Estado no capitalismo**: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: BOSCHETTI, I; BEHRING, E.; LIMA, R. L. (Orgs.). Marxismo, política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2018.

_____. BOSCHETTI, Ivanete. Serviço Social e política: 80 anos de uma relação visceral. In: **Serviço Social no Brasil**: história de resistência e de rupturas com o conservadorismo. São Paulo. Cortez. 2016, p.119-140

_____. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª ed. São Paulo. Cortez, 2008.

BORGES. M. E. S.; MATOS. M. C. **As duas facetas da mesma moeda: Ultra neoconservadorismo e ultra neoliberalismo no Brasil da atualidade**. In: BRAVO. M. I. (org.) et al. Políticas Sociais e Ultra neoliberalismo. Uberlândia, Navegando Publicações 2020. Cap. 3, p. 71-88.

BORLINI, L. M. **Há pedras no meio do caminho do SUS**: - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. In: Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321-333, dez. 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7697> Acesso em: 15 jul. 2022

BOSCHETTI, Ivanete. BEHRING, Elaine. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 66-83. jan. /abr. 2021. Acessado ago. 2023. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Wbf86mT4vwX6HvnSyRy3kkD/?format=pdf&lang=pt>

_____. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

_____. Condições de trabalho e a luta dos (as) assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas. Artigos, **Serv. Soc. Soc.** (107), Set 2011.

BRASIL. Conferências Nacionais de Saúde. Brasil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus Portal do Covid-19, 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br> Acesso em: 16 ago .2023.

_____. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. **Dispõe sobre a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 abr. 2020a. Seção 1, p. 76. disponível em » <https://www.conasems.org.br/nota-orientacoes-sobre-acao-estrategica-o-brasil-counta-comigo/>.

_____. Portaria nº **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 936, DE 1º DE ABRIL DE 2020**. Institui o Programa Emergencial do emprego e da renda e dispõe sobre a lei trabalhista. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm. Acessado em julho 2023.

_____. Lei 12.317 de 26 de agosto. Acrescenta dispositivo a Lei 8662/1993. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm>

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética do Assistente Social. Lei 662/93 da regulamentação da profissão. Brasília: CFESS, 1997.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. de A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, jan-jun. 2020. Disponível em: Disponível em: <file:///C:/Users/anacy/Downloads/64233.pdf>. Acesso em 14 ago. 2022.

_____; PELAEZ, Elaine Juguer; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na Política de Saúde do governo Temer. **Argumentum**,v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____.; Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al. **Saúde e Serviço Social**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRETTAS, Tatiana. **A financeirização e as políticas sociais no Brasil neoliberal. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil.**- Rio de Janeiro: Consequência, 2020, p.158.

CALIL, Gilberto Grassi. Brasil: o negacionismo da pandemia como estratégia de fascistização. *Materialismo Storico*, v. IX, n. 2, 2020. Disponível em: <https://journals.uniurb.it/index.php/materialismostorico/article/view/2470> Acesso em: 16 jul 2023.

CAMPOS, L. **A crise da ideologia keynesiana.** 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

Carcanholo, R. **Crise Econômica Atual e seus impactos para a organização da classe trabalhadora.** Revista Aurora, ano IV, número 6 – Agosto de 2018. ISSN: 1982-8004.

_____. (Org.). **Capital: essência e aparência.** São Paulo: Expressão Popular, 2011. v. 1.

_____; NAKATANI, P. Capitalismo especulativo e alternativas para América latina. In: GOMES, H. (ORG.) **Especulação e lucro fictícios.** 1 ed. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. Inserção externa e vulnerabilidade da economia brasileira no governo Lula. In: MAGALHÃES, J. P. A. et al. **Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico.** Ed. Garamond, 2010.

CARVALHO, André Roncaglia de ; SOUZA, Luciana Rosa de; GONÇALVES, Solange Ledi ; ALMEIDA, Eloíza Regina Ferreira de . Et al. Vulnerabilidade social e crise sanitária no Brasil. *ESPAÇO TEMÁTICO: POLÍTICA, ECONOMIA E SAÚDE . Cad. Saúde Pública* 37 (9), Set 2021, disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071721> .acessado em jan. 2023.

CARVALHO, Sandro Sachett. **Uma visão geral sobre a reforma trabalhista.** Política em foco. Mercado de Trabalho, n. 63, out. 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8130/1/bmt_63_vis%C3%A3o.pdf Acesso em: 12 jan. 2023.»
http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8130/1/bmt_63_vis%C3%A3o.pdf.

CASTELO, Rodrigo. O canto da sereia: social-liberalismo, neodesenvolvimentismo e Supremacia burguesa no capitalismo dependente brasileiro. In: MACÁRIO, Epitácio; VALE, Erlenias Sobral do; RODRIGUES, Natan Junior (Orgs.). *Neodesenvolvimentismo, trabalho e questão social.* Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. *Rev. katálysis* 24 (2) , May-Aug 2021. ON LINE. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/?form%20at=pdf&lang=pt#> Acessado em dezembro 2022

CASTRO, Manoel Henrique. História do Serviço Social na América Latina. Tradução de José Paulo Netto. 5 ed. São Paulo. Cortez. 2014.

CESAR, Monica de Jesus. O Serviço Social nas empresas frente às tecnologias da Informação e comunicação. **Rev. Katál**. Florianópolis, v.25 n.1, p. 104-113, jan./abr.2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/8BDjmRLfSRnGJSG3fWhsbQK/abstract/?lang=pt> Acesso em: 01 jan. 2023

CHESNAIS, François. Doze teses sobre a mundialização do capital. In: FERREIRA, Carla; SCHERER, André Forti (Orgs.). **O Brasil frente à ditadura do capital financeiro**: reflexões e alternativas. Lajeado: UNIVATES, 2005.

_____. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Humanidades e Inovação**. v.8, n.35. Palmas. Fev. 2021. ISSN: 2358-8322. Publicado: 2021-06-23. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5338>. Acesso em: 05 jul. 2023.

Conselho Federal de Serviço Social, CFESS. **PERFIL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO BRASIL: FORMAÇÃO, CONDIÇÕES DE TRABALHO E EXERCÍCIO Profissional**. BRASÍLIA (DF) 2022. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>. Acessado em 05 maio 2023.

_____, CFESS. É preciso retomar a práxis da resistência. Disponível em <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1796>. 2021. Acessado em 01 fev. 2022.

_____. CFESS. **Parecer jurídico Nº 05/2020-E**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Cfess-ParecerJuridico05-2020-E-EPI.pdf>

Acessado em 10 de fev. 2023

_____. (Org) **Pleno On-Line Especial Com a professora Marilda Iamamoto** [março 2020]. Disponível em <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1796>. Acessado Abril 2023.

_____. CFESS Manifesta: Os impactos do coronavírus no trabalho do(a) assistente social. Brasília, DF: CFESS, Março, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf> Acesso em: 27 jan. 2023.

_____. divulga nota sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679> Acesso em: 10 maio 2023.

_____. et al. (Orgs.). *Abaixo a censura*: sobre a incompatibilidade entre graduação à distância e Serviço Social. Brasília, 2011.

_____.CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília. 2010. Disponível em:http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 12 fev. 2023

_____ (org.). **Assistentes Sociais no Brasil** – elementos para o estudo do perfil profissional. Colaboradores Rosa Predes [et al.]. Brasília: CFESS, 2005. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/perfilas_edicao2006.pdf. Acesso em 24 de novembro de 2023.

_____. CFESS. **Resolução nº 493/2006**. Brasília: CFESS,2006.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br> Acesso em 15 out. 2022.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Ativistas, artistas, parlamentares, empresários, usuários, gestores e trabalhadores da saúde cobram a vacina de Covid-19 em grande ato nacional. 16 dez. 2021. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1551-ativista> . Acesso em: 19 de jan.2023.

CORREIA. Maria Valeria Costa. SANTOS. Viviane Medeiros dos. SOARES. Raquel Cavalcante. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social e Sociedade**.140.Jan-Abr.2021.

CORREIA, Maria Valéria Costa. O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: Mecanismo de Controle Social Frente às Condicionais dos Organismos Financeiros Internacionais. 2005. **Tese** (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife,2005, 343f.

COSTA, Simone da Silva. Pandemia e desemprego no Brasil. **Rev. de Adm. Pública**.54 (4) Jul-Ago 2020 . Disponível em <https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt/?lang=pt&format=html> a cessado em jan. 2023.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. **Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS?** Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2023 abr./jun.;12(2):09-12<https://doi.org/10.17566/ciads.v12i2.1036>

DARDOT, Pierre e LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo** – ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2008.

DEMIER, Felipe. **Burguesia e Pandemia têm notas de conjuntura sobre o Neofascismo e Ultraneoliberalismo no Brasil de Bolsonaro**. In: BRAVO. Maria Inês (org.) et al. Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo. Uberlândia, 2020.Cap 4, p89-102.

_____.**Depois do golpe: a democracia blindada no Brasil**. 1 ed. Rio Janeiro: Mauad X, 2017.

ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FAUSTO, Boris. História do Brasil. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento Econômico, 1996.

FILGUEIRAS, L. A. M. História do Plano real. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

FLEURY, Sônia. FAVA, Virgínia Maria Dalfior. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira . **Saúde Debate** [on line] . 46 set , 2022 . Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E117> acesso em fev. 2023.

_____. **Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEE; 2020. [Acesso em 05 jul 2023]. Disponível em:

» <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1179>

FNCPS, Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde. Nota da FNCPS. Rio de Janeiro: **FNCPS**, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/JkSfj6>>. Acesso em: 12/10/2022.

FONSECA, Cleomar Campos da; NÓBREGA, Mônica Barros da. SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio. A formação acadêmica em Serviço Social no município de Campina Grande: gênese e movimento sócio histórico. In **O curso de Serviço Social da UEPB** : elementos para uma análise histórico e teórico metodológico . Adriana Freire Pereira Ferriz; Lucia Maria Patriota; Sandra Amélia Sampaio Silveira(orgs) . Campina Grande: EDUEPB, 2014.

FRANCO, Justa Helena. A dor que não acabou. in : **Revista Radis**. Rio de Janeiro. Fiocruz. nº 249. Junho 2023, p.03.

(GUIMARÃES; SOUZA; PINHEIRO, 2018, p. 28) n/t p,13

GERSCHMAN, Silva; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e Desigualdades Regionais em tempos de Hegemonia Liberal. In: LIMA, N.T.; GERCHMAN, S.;

EDLER, F.C. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GUIMARÃES, Karoline Claudino. SOUZA, Márcia de Paula. PINHEIRO, Sílvia. Uberização: a precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Revista Serviço Social em Debate**: Belo Horizonte. Vol. 1, Nº 2, p. 53-68, 2018. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/download/3923/2551> Acesso em: 23/05/2020.

GUERRA, Yolanda. A formação profissional frente aos desafios da intervenção das atuais configurações do ensino público. In: Serviço social e Sociedade, no104. São Paulo. Cortez: 2010. p. 715-736.

GONÇALVES, R. **O Governo Lula e o nacional-desenvolvimentismo às avessas**. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, São Paulo, n. 31, p. 5-

30, 2011. Disponível em:

http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/260220162201_Texto3ReinaIdoseminario.pdf Acesso em: 20 dez. 2022.

HARVEY, David. **O novo imperialismo**. 8.ed. Trad. de Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2014.

_____. **O Neoliberalismo: história e implicações**. Tradução de Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. Edições Loyola, São Paulo, 2008.

_____. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2005.

Houaiss, Antônio. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em Tempo de capital Fetiche**. Capital financeiro , trabalho e questão social. 7 ed. São Paulo. Cortez.2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Estado, Classe trabalhadora e Política social no Brasil. In: BOSCHETTI et. al (orgs). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo. Cortez.2009.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados: população município Campina Grande.2022**.Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html> Acesso em junho 2023.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **A geografia da fome persiste**. Rio de Janeiro: 2022. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101886.pdf> Acessado em agosto. 2023

INESC, Instituto Brasileiro de Estudos Socioeconômicos. 2019.O PPA do Governo Bolsonaro: 4 anos de miséria. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/o-ppa-do-governo-bolsonaro-4-anos-de-miseria/> acessado em 13/06/22.

JACOBI, Pedro Roberto et al. A saúde como direito e como serviço. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

LIGUORI, G. Senso comum. In: LIGUORI, G.; VOZA, P. (org.). **Dicionário gramsciano (1926-1937)** São Paulo: Boitempo, 2017. p. 722-724.

MANDEL, E. **A crise do capital: os fatos e sua interpretação marxista**. São Paulo: Ensaio, 1990

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo: Atlas, 2002.

MARX, Karl. **Glosas Críticas Marginais ao artigo “O rei da Prússia e a reforma social” de um prussiano**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARX, K. O capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. L. I e II, v. I e II.

MATOS, Maurílio Castro de. O neofascismo da Política de Saúde **no governo Bolsonaro em tempos perigosos da Pandemia da Covid 19**. Revista Humanidades e Inovação v.8, n.35. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5340> .Acesso do em maio 2023

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia da corona vírus (Covid-19) e o trabalho de Assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro: Cress, 6 abr. 2020. Disponível em: [»A pandemia do Coronavírus \(COVID-19\) e o trabalho de assistentes sociais na saúde Maurílio Castro de Matos Considerações](#) . acessado em jul.2023

MATOS, Maurílio. **(Des) informação nos serviços de saúde em tempos da pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de assistentes sociais**. Rio de Janeiro, 11 ago. 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TJPr4svDJJamlocu1SOSvWF1jv5u7eYo/view> Acesso em: 17 jul. 2023.
» <https://drive.google.com/file/d/1TJPr4svDJJamlocu1SOSvWF1jv5u7eYo/view>

MATTOS, Marcelo Badaró. **Governo Bolsonaro: neofascismo e autocracia burguesa no Brasil**. São Paulo: Usina, 2020.

MATTOS, Marcelo Badaró. Mais que uma analogia: análises clássicas sobre o fascismo histórico e o Brasil de Bolsonaro. In: CISLAGH, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe. **O neofascismo no poder** (ano I). Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, Estado de exceção, política da morte. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 123-151, 2016. Disponível em: <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf> Acesso em: 3 maio. 2023.»
<https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>

MELLÓ, Livia Milena Barbosa de Deus e; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SANTOS, Romário Correia dos. **Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19**. [On Line] Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9bxKNJ5bzkDBfNpJ4Xc3ggf/?lang=pt> . acessado abril 2023.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MENDES, E. J. (org) et all. **Distrito sanitário**: o processo social de assistência das práticas sanitárias do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de [et al.]. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães [et al.]. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_ato_de_cuidar__a_alma_dos_servicos_de_saude/59 . Acesso em 15 Nov.2022.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital 2**. ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p. 273-303.

MOROSINI, Liseane. Crime e reparação :Familiars de vítimas da covid-19 buscam a responsabilização pelos crimes cometidos na pandemia. **Radis**. on line. junho 2023.disponível em <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/covid-19/crime-e-reparacao/> Acessado em set.2023.s/p.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1995.

NARVAI, P. C. **COVID-19 no Brasil: incúria, medo, ceticismo e resistência popular**. Margem Esquerda, São Paulo: Boitempo, n. 35, p. 125-130, nov. 2020.

NETTO, J. P. **Crise do capital e consequências societárias**. Serviço Social e Sociedade, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2005

NITAHARA, Akemi. Hospitais de campanha no Rio na próxima semana. Agência Brasil. **Seção Saúde**, Rio de Janeiro, 19 de maio 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/iabas-diz-que-entrega-hospitais-de-campanha-no-rio-na-proxima-semana> .Acesso em: 10 set 2023.

NUNES, Edison et al. A saúde como direito e como serviço. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O SUS sobrevive aos tempos de pandemia?. **Saúde e debate** 44. Dez, 2020. [on line] Disponível em

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qMDMfvLGMP8m4d7Q9vKRbp/?lang=pt> acesso em fev. 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório de situação da doença por grupo de risco coronavírus** (COVID-19). https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10 acessado em junho/2023.

PARAÍBA. Decreto N° 40.122, de 13 de março de 2020. Decretou Situação de Emergência no Estado ante ao contexto do Coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial do Estado da Paraíba, N°17.076** João Pessoa – Sábado, 14 de março de 2020. Disponível em <https://corregedoria.tjpb.jus.br/wp-content/uploads/2020/04/Decreto-PB-40.122-Declara-situa%C3%A7%C3%A3o-de-emerg%C3%Aancia-na-PB-COVID-19.pdf> . Acessado em jun.2023.

_____. EDITAL N.º 002/2020/ SEAD/SES/ESPEP. Dispõe sobre Processo Seletivo Simplificado. **Diário Oficial do Estado da Paraíba, N° 17.131** João Pessoa – Quarta Feira, 03 Jun. 2020. Disponível em <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doe/janeiro/junho/diario-oficial-03-06-2020.pdf> . Acessado Jun. 2023.

PEREIRA, Larissa Dahmer; FERREIRA, Andreza Telles dos Santos; SOUZA, Andrea Cristina Viana de. **Análise Comparativa entre a expansão dos cursos de Serviço Social EAD e Presenciais**. In: Revista Temporalis, ano 14, n. 27. Brasília (DF): ABEPS, jan./jun. p. 181-202, 2014.

POGGI, Tatiana. Fascismo à brasileira. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza, DEMIER, Felipe (Orgs.). **O neofascismo no poder** (ano I). Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, 104, p.750-772, out/dez. 2010.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). Divulgação em Saúde Para Debate, Rio de Janeiro, v. 58, n. 58, p. 101-114, jul. 2018.

RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. Ed. 14. Reimpr. São Paulo, Atlas, 2012.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo, Cortez, 2010.

SAMPAIO, Jr. Plínio de Arruda. Desenvolvimentismo e Neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Serviço Social e Sociedade**, n. 112, p. 672-688, out. /dez. 2012.

SANTOS JV, Fachin P. **Como se dará a evolução de Covid-19 na população que vive em condições precárias?** . On-Line [Internet] 2020 .acessado em 8 jul. 2023 Disponível em <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597542-como-se-dara-a-evolucao-de-covid-19-na-populacao-que-vive-em-condicoes-precarias-entrevista-especial-com-guilherme-werneck-2>

SANTOS, Maria Aparecida nunes dos; SERPA, Moema Amélia. A particularidade do Trabalho dos Assistente Social na Saúde no Contexto de Contrarreforma. IN: SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros da.; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SANTOS, C.M. **Os instrumentos e técnicas**: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFRJ: Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos. In: SILVA, Alessandra Ximenes da.; NÓBREGA, Mônica Barros da.; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.p.23-54.

SILVA, M. A. S. e; SCHMIDT, J. A. Gestão da Previdência Social: em um contexto de improbidade e evasão fiscal. In: **XIV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)**, 2013, Águas de Lindóia, Anais... São Paulo, 2013.

SILVA, S. S. de S.; ALMEIDA, L. M. de.; ANDRADE, S. S. Neoliberalismos e contrarreformas das políticas sociais. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.p.53-74.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. Unidade 2 - a pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016. p. 31-42. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> >. Acesso em: 26 maio 2023
» <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>

SILVEIRA JR., A. *A assistência social e as ideologias do social-liberalismo: tendências político-pedagógicas para a formação dos trabalhadores do Suas*. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

SOARES, Raquel Cavalcante *et al.* Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 140, p. 118-133, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.241>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/abstract/?lang=pt>
Acesso em: 12 fev. 2022.

_____. A Contrarreforma na Política da Saúde e o Serviço Social: Impactos, desafios e Estratégias em Tempos de Neoliberalismo Ortodoxo. In: **7º Encontro Internacional de Política Social 14º Encontro Nacional de Política Social**, Vitória, ES, 3 a 6 de junho de 2019.

_____. TENDÊNCIAS DA CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: privatização e supercapitalização. In: SILVA, X. A. da.; NÓBREGA, M. B. da.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e**

serviço social: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.p.119-136.

_____. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. **Tese** (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010.

SOUTO, Lucia Regina Florentino; TRAVASSOS, Claudia. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. [ON LINE] **Saúde e Debate**. Jul-set. 2020. disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8FcvjvqYGXdt444qNJpp7Q/?lang=pt> acessado em abril 2023.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Rev. Katálysis** [online]. Florianópolis. v.17, n. 2, p. 227-234. jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf> Acesso em: 2 fev. 2023.

SOUZA, Diego de Oliveira. O Estado neoliberal face à COVID-19: o financiamento de políticas sociais. **Temporalis** [online]. Brasília. v. 21, n.41, p. 190-204, jan/jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n41p190-204> . Acesso em: 09 nov. 2022.

SOUSA, A.A.S. de. Pós-modernidade: fim da modernidade ou mistificação da realidade contemporânea? **Temporalis** n. 10, Modernidade e Pós-modernidade, Brasília, ABEPSS, 2005. Disponível em < <http://www.cpihts.com/PDF03/Adrianyce%20Angélica.pdf>>. Acesso em 13-set-2022.

TEIXEIRA, Carmem Fontes de Souza, et. al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciênc. **Saúde coletiva** .25 (9) • Set 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/> Acessado em jun. 2023.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: _____. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SILVEIRA, Sandra Amelia Sampaio; XAVIER, Alexandra Bonifacio. Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família em foco. In: SILVA, Alessandra Ximenes da ;NÓBREGA, Mônica Barros da.; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde.** Campina Grande: EDUEPB, 2017.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma Psiquiátrica**, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.

VALENTIM, Erika Cordeiro do Rêgo Barros; PAZ, Fernanda Alves Ribeiro. Serviço Social e TICs: a prática profissional no contexto da Covid-19. **Rev. katálysis** 25 (1) • Jan-Apr 2022. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/rk/a/qvpsbNHvqTBwN3MDHFChDZm>. , acessado em 26 jul 2023.

YAZBEC, Maria Carmelita. Serviço Social no Brasil: História de Resistência e de rupturas com o conservadorismo. In: SILVA, Maria Liduina de oliveira e. in: **Serviço Social no Brasil: História de Resistência e de rupturas com o conservadorismo**. São Paulo. Cortez, 2016 p.15-23.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2020.

ANEXO I – PARECER DO COMITE DE ÉTICA

12/09/2023, 16:21

Plataforma Brasil

Portal do Governo Brasileiro |



JOSIELE FERREIRA SIMPLICIO DE OLIVEIRA - Pesquisador | V3.8.2

Cadastros

Cadastrado há 30min 44

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TENDÊNCIAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB
Pesquisador Responsável: JOSIELE FERREIRA SIMPLICIO DE OLIVEIRA
Área Temática:
Versão: 1
CNAE: 81506022; 3.0006.5187
Submetido em: 15/08/2022
Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1986897

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- [-] Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - [-] Pendência Documental (PO) - Versão 1
 - [-] Documentos do Projeto
 - [-] Comprovante de Recepção - Submissão
 - [-] Declaração de Instituição e Infraestrutura
 - [-] Declaração de Pesquisadores - Submissão
 - [-] Declaração de concordância - Submissão
 - [-] Folha de Rosto - Submissão 2
 - [-] Informações Básicas do Projeto - Subm
 - [-] Projeto Detalhado / Brochura Investiga
 - [-] TCLE / Termos de Assentimento / Justif
 - [-] Apreciação 2 - Universidade Estadual da P
 - [-] Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

LISTA DE APECIAÇÕES DO PROJETO

Apreciação :	Pesquisador Responsável :	Versão :	Submissão :	Modificação :	Situação :	Exclusiva do Centro Coord. :	Ações
PO	JOSIELE FERREIRA SIMPLICIO DE OLIVEIRA	1	15/08/2022	09/09/2022	Aprovado	Não	

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	08/09/2022 08:58:49	Parecer liberado	1	Coordenador	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	PESQUISADOR	
PO	08/09/2022 11:05:03	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	
PO	08/09/2022 12:13:01	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	
PO	16/08/2022 17:30:32	Aceitação da Elaboração da Relatoria	1	Membro do CEP	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	
PO	16/08/2022 05:48:04	Confirmação de indicação de Relatoria	1	Coordenador	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	
PO	16/08/2022 06:14:45	Indicação de Relatoria	1	Secretária	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	
PO	16/08/2022 08:13:47	Aceitação do PP	1	Secretária	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	
PO	15/08/2022 19:27:54	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	
PO	11/08/2022 10:19:32	Rejeição do PP	1	Secretária	Universidade Estadual da Paraíba - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa / UEPB - PRPGP	PESQUISADOR	Parecer pesquisador gostei/sem de sol... que/br.uepb.edu.br


<https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TENDÊNCIAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19 NO HOSPITAL DE CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB**, sob a responsabilidade do pesquisador discente Jousiele Ferreira Simplicio de Oliveira e do orientador docente Monica Barros da Nobrega, de forma totalmente voluntária. Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem:

A pesquisa tem como objetivo geral analisar as tendências do exercício profissional dos/das Assistentes Sociais em tempos de desmontes das políticas sociais e do novo Corona Vírus no Hospital de Clinicas no Município de Campina Grande/PB.

A pesquisa só acontecerá mediante autorização do voluntario em responder uma entrevista semiestruturada com roteiro previamente estabelecido, e não haverá nenhum risco ou desconforto.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma sigilosa, contudo, quando necessário, poderá revelar os resultados ao médico, familiar ou individuo, cumprindo as exigências das Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

O voluntario poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização desta pesquisa, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido a confidencialidade dos resultados obtidos nesta pesquisa, assegurando a privacidade dos participantes.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários desta pesquisa, e não haverá qualquer procedimento que incorra em danos físicos ou financeiros, assim não haverá necessidade de indenização por parte da equipe da pesquisa e ou instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe da pesquisa no número: (83) 99117-3670 falar com Jousiele Ferreira Simplicio de Oliveira. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

Ao final da pesquisa quando for do interesse do participante voluntario, poderá ter acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador. Vale ressaltar que este documento será impresso em duas vias, ficando uma via com o pesquisador, e outra com o participante voluntario.

Assim, uma vez lido e entendido tais esclarecimentos, e estar de pleno acordo com a pesquisa: **SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TENDÊNCIAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19 NO HOSPITAL DE CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE- PB.** Eu

Autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B- ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS ASSISTENTES SOCIAIS QUE TRABALHAM NO ESPAÇO DO HOSPITAL DE CLINICAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

Entrevista nº ____

Data; ____/____/____

1. Faixa etária
 - () 21 a 30 () 31 a 40 () 41 a 50 () acima de 50

0. Sexo

0. Instituição que concluiu o curso de Serviço Social:
 - () Publico () Privado
 - () A distância () Presencial
 - Nome da Instituição _____

0. Possui pós-Graduação, especifique área
 - () Especialização: especifique _____
 - () Mestrado _____
 - () Doutorado _____

0. Teve alguma experiência profissional, antes deste emprego atual como Assistente Social?
 - () Sim () Não
 - Especifique _____

0. Qual a carga horaria semanal?

0. Qual faixa salarial
 - () de 1 a 2 salários mínimos
 - () de 2 a três salários mínimos
 - () acima de 3 salários mínimos

0. Trabalha em outra instituição
 - () Sim () Não
 - Qual _____

9. Quantos Assistentes Sociais trabalham com você

10. Falar sobre as condições de trabalho

11. Quais as requisições e demandas requisitadas no cotidiano profissional

12. Falar sobre os desafios que a política de saúde em contexto de pandemia impõe a atuação profissionais do/a Assistente Social
