

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ—UNIOESTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

---

PRISCILA KIEKOW

**O trabalho das assistentes sociais nos hospitais do sudoeste do Paraná  
no contexto pandêmico da Covid-19**

---

TOLEDO  
2023

PRISCILA KIEKOW

O trabalho das assistentes sociais nos hospitais do sudoeste do Paraná no  
contexto pandêmico da Covid-19

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado. Área de concentração em Serviço Social, Política Social e Trabalho Profissional.  
Orientadora: Profa. Dra. Marize Rauber Engelbrecht.

TOLEDO  
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste

Kiekow, Priscila

O trabalho das assistentes sociais nos hospitais do sudoeste do Paraná no contexto pandêmico da Covid-19 / Priscila Kiekow; orientadora Marize Rauber Engelbrecht. --Toledo, 2023.  
174 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Toledo) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2023.

1. Atribuições e competências profissionais . 2. Trabalho profissional. 3. SUS. 4. Covid-19. I. Rauber Engelbrecht, Marize , orient. II. Título.

PRISCILA KIEKOW

O trabalho das assistentes sociais nos hospitais do sudoeste do Paraná no  
contexto pandêmico da Covid-19

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Marize  
Rauber Engelbrecht  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Profa. Dra. Diuslene Rodrigues da Silva  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Profa. Dra. Silvana Maria Escorsim  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Toledo, 12 de dezembro de 2023.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus por ter tranquilizado meu espírito nos momentos difíceis da minha trajetória acadêmica, concedendo-me saúde, força e disposição para concluir esta etapa.

Agradeço à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, campus Toledo/PR, por proporcionar um ambiente criativo e amigável para os estudos. Sou grata a cada membro do corpo docente do curso de Pós-Graduação em Serviço Social e aos demais colaboradores dessa instituição que, de alguma forma, colaboraram para minha formação.

Expresso minha gratidão a todas as professoras e professores que contribuíram para minha trajetória acadêmica, especialmente a Marize Rauber Engelbrecht, responsável pela orientação da minha pesquisa. Seu comprometimento foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a todas as amigas e amigos, em especial: Adriana, Ana Beatriz, Alinne, Francieli, Jean, Jéssica, Maiara, Milena, Osvaldo, Paula, Neiva e Renata que nunca negaram uma palavra de apoio, força e cumplicidade ao longo dessa etapa em minha vida. Suas palavras de estímulo foram minha motivação constante.

Expresso minha gratidão à minha família, em especial à minha mãe, Miriam, e à minha irmã, Isabel, que me deram todo o incentivo, força e amor incondicional nas horas difíceis.

Aos amigos e colegas de turma que compartilharam comigo as alegrias e desafios desta jornada, Ana Laura, Leonardo, Daniele, Marley, Pedro, Roberta e Uilson, agradeço por cada momento de troca, aprendizado e apoio mútuo. Embora tenhamos nos unido por um feliz acaso do destino, construímos um vínculo genuíno de amizade, enfrentando as mesmas angústias e celebrando as conquistas juntos.

À psicóloga Paloma, meu agradecimento por sua valiosa contribuição e apoio emocional, fundamentais para o equilíbrio neste desafio.

Cada um de vocês desempenhou um papel fundamental nesta jornada, e minha gratidão é imensa. Este trabalho não seria possível sem o apoio e a colaboração de cada um de vocês. Obrigada por fazerem parte deste capítulo tão significativo da minha vida.

KIEKOW, Priscila. **O trabalho das assistentes sociais nos hospitais do sudoeste do Paraná no contexto pandêmico da Covid-19.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo-Paraná, 2023.

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a atuação das profissionais assistentes sociais que atuam na linha de frente do tratamento da Covid-19 da unidade hospitalar que integra a 8.<sup>a</sup> Regional de Saúde estado do Paraná. O contexto institucional dos hospitais públicos brasileiros, foi um dos locais de trabalho que mais precisou se remodelar com a chegada da Covid-19.

Dessa forma, em que, as dinâmicas e fluxos institucionais precisaram se redefinir de maneira rápida a partir da nova demanda, as equipes do Serviço Social do hospital público da região sudoeste do Paraná, se viram diante de uma situação emergencial e nesse sentido buscou-se compreender como ocorreu a reorganização da categoria. O objetivo da pesquisa é analisar o trabalho das assistentes sociais na linha de frente no enfrentamento da Covid-19, e no que tange aos objetivos específicos do presente estudo, têm-se os seguintes: a) evidenciar o desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 2016, com o governo Temer e sequencialmente com o governo Bolsonaro; b) analisar a condição das assistentes sociais enquanto trabalhadoras assalariadas; c) compreender o trabalho da/o assistente social dentro das unidades de urgência e emergência pertencentes às 7.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> Regionais de Saúde do Sudoeste do Paraná anterior à pandemia; e d) evidenciar as requisições postas às assistentes sociais das unidades hospitalares públicas das 7.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> Regionais de Saúde do sudoeste do Paraná, no contexto de pandemia da Covid-19. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa por meio da pesquisa empírica, mediante fontes e documentos fornecidos pelas unidades hospitalares, mediante autorização das instituições. Os sujeitos participantes desta pesquisa serão as profissionais assistentes sociais em exercício das unidades hospitalares das Regionais de Saúde do sudoeste do Paraná, tendo como critério estabelecido para participação no estudo: possuir registro ativo no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS/PR, estar com vínculo trabalhista ativo à unidade hospitalar pesquisada e atuar como técnico, informa-se que os cargos de chefia do Serviço Social nas respectivas unidades não farão parte dos sujeitos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semiestruturada com as/os profissionais que compõem o quadro técnico do setor de Serviço Social dentro das unidades hospitalares. O estudo contemplou o universo de 08 (oito) profissionais, dos quais houve a participação de 04 (quatro) profissionais. A pesquisadora utilizou a análise dos dados coletados como método para a análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram dois principais aspectos quanto ao trabalho das assistentes sociais, a ampliação da precarização dos contratos e condições de trabalho das assistentes sociais, ressaltando a importância de compreender sua condição como trabalhadoras assalariadas e seu papel crucial na política de saúde diante das demandas e atribuições no contexto pandêmico.

**Palavras-chave:** Atribuições e Competências Profissionais; Trabalho Profissional; SUS; Covid-19.

KIEKOW, Priscila. **The word of social workers in hospitals in southwestern Paraná in the context of the Covid-19.** The differences between student aid and student residence services. 2023. Dissertation (Master's in Social Work) - Center for Applied Social Sciences. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo-Paraná, 2023.

### **Abstract**

The object of this research is the work of professional social workers who work on the front line of Covid-19 treatment at the hospital unit that is part of the 8th Regional Health Department in the state of Paraná. The institutional context of Brazilian public hospitals was one of the workplaces that most needed to be remodeled with the arrival of Covid-19.

The object of this study is the work of the professional social workers who work on the front line of Covid-19 treatment at the hospital unit that is part of the 8th Regional Health Department in the state of Paraná. The institutional context of Brazilian public hospitals was one of the workplaces that most needed to be remodeled with the arrival of Covid-19.

In this way, where institutional dynamics and flows needed to be redefined quickly based on the new demand, the Social Work teams at the public hospital in the southwestern region of Paraná found themselves facing an emergency situation, and in this sense we sought to understand how the reorganization of the category occurred.

The aim of the research is to analyze the work of social workers on the front line in the fight against Covid-19, and the specific objectives of this study are as follows: a) to highlight the dismantling of the Unified Health System (SUS), starting in 2016, with the Temer government and sequentially with the Bolsonaro government; b) to analyze the condition of social workers as salaried workers; c) to understand the work of social workers in urgent and emergency care units belonging to the 7th and 8th Health Regional Offices in southwest Paraná prior to the pandemic; and d) to highlight the demands placed on social workers in public hospital units in the 7th and 8th Health Regional Offices in southwest Paraná, in the context of the Covid-19 pandemic. This is a study with a qualitative approach through empirical research, using sources and documents provided by the hospitals, with the authorization of the institutions.

The subjects of this study will be the professional social workers working in the hospital units of the Regional Health Departments in the southwest of Paraná. The criteria established for participation in the study are: having an active registration with the Regional Council of Social Work - CRESS/PR, having an active employment relationship with the hospital unit being researched and working as a technician. The data was collected through semi-structured interviews with the professionals who make up the technical staff of the Social Work sector in the hospital units. The study covered a universe of 08 (eight) professionals, of which 04 (four) participated. The researcher used content analysis as a method for analyzing the data collected.

The results showed two main aspects regarding the work of social workers: the increasing precariousness of contracts and working conditions for social workers, highlighting the importance of understanding their condition as salaried workers and their crucial role in health policy in the face of demands and attributions in the pandemic context.

**Keywords:** Professional Attributions and Competencies; Professional Work; SUS; Covid-19.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Região sudoeste do Paraná .....	98
Gráfico 1 — Recursos orçamentários para enfrentamento da pandemia do Coronavírus até junho de 2020 .....	60
Gráfico 2 - Execução orçamentária da ação 21C0 ‘Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus’ de 7 de abril a 30 de outubro, valor total em R\$ bilhões. ....	66
Gráfico 3 - Despesa liquidada na ação 21C0 por modalidades de aplicação selecionadas, de 7 de abril a 30 de outubro de 2020, em R\$ bilhões .....	67
Gráfico 4 - Repasse orçamentário recursos pandemia aos governos estaduais .....	68
Gráfico 5 - Repasse orçamentário recursos pandemia aos governos municipais.....	68
Gráfico 6 - Comparação de Casos Confirmados e Óbitos por Covid-19 entre as 7. <sup>a</sup> e 8. <sup>a</sup> Regionais de Saúde .....	99
Gráfico 7 - Gênero das/os assistentes sociais.....	113
Gráfico 8 - Tipo de instituição de ensino .....	115
Gráfico 9 - Formação continuada.....	117
Gráfico 10 - Situação trabalhista.....	120
Gráfico 11 - Carga horária.....	123
Gráfico 12 - Demandas postas pela instituição .....	128
Gráfico 13 - Participação na construção de novos protocolos/fluxos .....	133
Gráfico 14 - Participação de capacitações conjunto CFESS/CRESS .....	136
Gráfico 15 - Demandas cotidiano pandêmico .....	140
Gráfico 16 - Dificuldade na materialização do trabalho condições éticas e técnicas ..	144



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Recursos disponibilizados pelo Governo Federal para cada programa para enfrentamento a pandemia da Covid-19 no ano de 2020.....	60
Tabela 2 - Número dos Programas Sociais - Governo Bolsonaro.....	63
Tabela 3- Despesas executadas por órgão .....	63
Tabela 4 - Quatro modos do desmonte das políticas sociais .....	73
Tabela 5- Requisitos para contratação de Assistentes Sociais na Policlínica Pato Branco - PR.....	102
Tabela 6 - Requisitos para contratação de Assistentes Sociais no HRS Francisco Beltrão - PR .....	105
Tabela 7 - Áreas de especialização das profissionais.....	118

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSE-TANS	Associação dos Servidores e demais Trabalhadores
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
COE-nCoV	Centro de Operações e Emergências em Saúde Pública
COFI	Comissão de Orientação e Fiscalização
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro Especializado de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EAD	Ensino a Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Estado de Emergência Nacional
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNAI	Fundação Nacional dos Povos Indígenas
FUNEAS	Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Paraná
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS

HospSus	Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná
HRS	Hospital Regional do Sudoeste
IAA	Instituto do Açúcar e do Alcool
IBC	Instituto Brasileiro do Café
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciências e Tecnologia
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MP	Medida Provisória
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSs	Organizações Sociais de Saúde
PDRE	Plano Diretor do Aparelho do Estado
PDV	Partido Democrata Cristão
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFL	Partido da Frente Liberal
PFL	Partido da Frente Liberal
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PP	Partido Progressista
PPB	Partido do Povo Brasileiro
PPR	Partido Progressista Reformador
PRN	Partido da Reconstrução Nacional
PRTB	Partido Renovador Trabalhista Brasileiro
PSC	Partido Social Cristão
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro

RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2)
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIOP	Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal
SNI	Sistema Nacional de Informações
STF	Supremo Tribunal Federal
STM	Supremo Tribunal Militar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO A – Breve contextualização dos mandatos dos quatro (04) ministros da Saúde durante o governo Bolsonaro.....

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	17
1 DESMANTELAMENTO DA POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO .....	23
1.1 CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	24
1.2 PROTAGONISMO DO SETOR PRIVADO NO ÂMBITO DA SAÚDE: GOVERNO TEMER.....	48
1.3 GOVERNO BOLSONARO: A INTENSIFICAÇÃO DO DESMANTELAMENTO DO SUS E A EXPRESSÃO AGUDA DA NECROPOLÍTICA.....	54
2 EXERÍCIO PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE .....	76
2.1 PROCESSO DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS E AS CARACTERÍSTICAS À ÁREA DA SAÚDE.....	77
2.2 ATUAÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS.....	80
2.3 NOVAS NUANCES DE REQUISIÇÕES ÀS ASSISTENTES SOCIAIS EM CONTEXTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	83
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	91
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA .....	92
3.2 CARACTERÍSTICAS DO SUDOESTE DO PARANÁ .....	97
3.3 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DAS UNIDADES HOSPITALARES DA REGIÃO SUDOESTE DO PARANÁ.....	100
3.4 SERVIÇO SOCIAL INSTITUCIONAL: TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS ANTERIOR A PANDEMIA DA COVID-19.....	102
4 ANÁLISE DA ATUAÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA REGIÃO SUDOESTE DO PARANÁ NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19.....	108

4.1 SITUANDO A CONDIÇÃO DA 7.ª REGIONAL DE SAÚDE — PATO BRANCO - PR.....	109
4.2 APRESENTAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL.....	112
4.3 DESDOBRAMENTOS E DESAFIOS: OS VÍNCULOS TRABALHISTAS E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA PANDEMIA DA COVID-19.....	119
4.4 TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS ANTE A PANDEMIA DA COVID-19.....	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
REFERÊNCIAS.....	155
ANEXOS.....	165
ANEXO A – BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MANDATOS DOS QUATRO (04) MINISTROS DA SAÚDE DURANTE O GOVERNO BOLSONARO.....	165
APÊNDICES.....	170
APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO.....	170
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	172



## INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a China reportou formalmente para os representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS), casos de uma grave pneumonia de origem misteriosa e desconhecida na cidade de Wuhan, na província de Hubei. Para milhares de pessoas no mundo, uma data sem muita relevância, a não ser por delimitar o fim de um ciclo, caracterizado pelo último dia do ano de 2019. Entretanto, para os estudiosos da área da saúde representa o início oficial da cronologia do vírus do SARS-CoV-2, que causa a doença popularmente conhecida como covid-19 ou coronavírus. Para a população mundial significou um evento que muitos pensaram ser irrelevante, mas que marcou o início oficial da cronologia da doença, que poucas semanas depois seria declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), que caracteriza o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional.

Em razão da pandemia da SARS-CoV-2, o Brasil, por ser signatário do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), passou a atender às recomendações de organizar e colocar em prática planos de ação para conter a ameaça sanitária. Nessa perspectiva destaca-se a atuação das equipes da saúde pública brasileira, que buscam prestar atendimentos de qualidade diante da insuficiência até mesmo de equipamentos de proteção individual.

Enquanto o mundo havia celebrado o início de um novo ano, com muitas esperanças e expectativas de um bom ano pela frente, no dia 10 de janeiro de 2020 a primeira morte provocada pela nova doença foi registrada na China, no mesmo mês, os primeiros casos foram anunciados nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, o Centro de Operações e Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) é ativado para debater estratégias de enfrentamento do novo coronavírus. Em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde brasileiro declara Estado de Emergência Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo vírus, o monitoramento de casos suspeitos iniciou-se, registrando o primeiro caso em 26 de fevereiro no estado de São Paulo. Após a divulgação desse primeiro registro, no início de março, o número de casos confirmados subiu para oito, distribuídos pelos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, marcando a primeira transmissão interna do vírus no país. Ainda em

março, observou-se o surgimento de casos em Minas Gerais, Alagoas, Bahia, Distrito Federal e Rio Grande do Sul, resultando na rápida disseminação do vírus por todo o território brasileiro.

No mês de março, a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou a Covid-19 como pandemia, alertando para o aumento alarmante de casos e mortes. No Brasil, os primeiros decretos estaduais relacionados à Covid-19 são publicados, após a declaração da OMS. O Ministério da Saúde estabelece critérios de isolamento e quarentena, confirmando casos de transmissão comunitária nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Na segunda quinzena do mês, o número de infectados no país ultrapassa 300. E o primeiro óbito em decorrência da Covid-19 foi registrado.

Defronte o aumento em níveis alarmantes do número de casos no país e não conseguindo mais identificar a origem de contaminação, os estados brasileiros começam a registrar casos de transmissão comunitária, com essa nova forma de transmissão a ocorrência dos novos casos da doença não possui mais vínculo a um caso confirmado, em uma área definida. Ou seja, a partir dessa forma de transmissão, não é possível mais rastrear qual a origem da infecção.

Diante das novas restrições na circulação social, o Governo Federal determina a oferta exclusiva de serviços essenciais que não podem ser interrompidos durante a pandemia, incluindo atividades e fornecimento de insumos essenciais para a sobrevivência, saúde, abastecimento e segurança da população. A Medida Provisória n.º 906/20, que altera e regulamenta a Lei n.º 13.979/20, simplifica as regras para aquisição de equipamentos e serviços de saúde pela administração pública. Além disso, estabelece em todo o país quais serviços são considerados essenciais, portanto, não podem ser paralisados por medidas como a quarentena.

Os serviços considerados essenciais, entre eles cita-se os da área da saúde, que correspondem aos três níveis de atenção à saúde instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo: A) atenção primária, caracterizado pelas unidades básicas de saúde, são a porta de entrada do sistema para os níveis de maior complexidade. B) Atenção secundária que abrange os hospitais de modo geral, com a oferta de serviços ambulatoriais, com especialidades clínica e cirúrgicas. E C) atenção terciária que oferta serviços hospitalares de maior complexidade, de caráter regional, estadual ou nacional.

Ante esse cenário, alguns segmentos profissionais não tiveram como possibilidade a opção do *home office* ou do isolamento voluntário e precisaram continuar se expondo ao vírus. Apesar das limitações e restrições, esses serviços, conhecidos como essenciais,

continuaram funcionando diante dos fechamentos devido à pandemia. Com o aumento exponencial da demanda, é evidente que os serviços de saúde pública ganharam destaque e dentre as categorias de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, auxiliar de limpeza, cozeira, maqueiro, encontra-se também o assistente social.

O contexto institucional dos hospitais públicos brasileiros precisou se remodelar de maneira avassaladora com a chegada da Covid-19. As dinâmicas e fluxos institucionais, importantes para a garantia do bom funcionamento da unidade hospitalar e para a garantia dos direitos dos usuários da saúde, precisaram se redefinir de maneira muito rápida diante desta nova demanda que se apresentou. As equipes do Serviço Social dos hospitais públicos da região sudoeste do Paraná, tão logo se viram diante dessa situação e prontamente se colocaram na posição de enfrentamento, de racionalização do processo de trabalho, redefinição e alinhamento de suas atuações profissionais, com vistas a manter a frente desse exercício os valores da profissão em prol da luta pela garantia de direitos e oferta de serviços de qualidade.

Partindo-se dessas evidências, reitera-se a relevância de pesquisar o presente tema a partir de dois aspectos: contribuição teórica com a elaboração de estudo científico sobre os fundamentos do trabalho dos/as assistentes sociais na linha de frente da Covid-19 para além daqueles relacionados e restritos à saúde no seu aspecto medicamentoso, relevância prática visando instrumentalizar e fomentar o debate sobre a atuação profissional frente a uma situação de calamidade, ocasionada pela pandemia da Covid-19, para além das requisições institucionais e das demandas aos profissionais de um trabalho interdisciplinar e urgente.

Com a avassaladora chegada do vírus popularmente conhecido como coronavírus, o contexto institucional dos hospitais da região sudoeste do Paraná precisou se remodelar. E essa situação, jamais enfrentada pela categoria profissional do Serviço Social, exigiu capacidade técnica criativa para rapidamente repensar a estrutura de organização do serviço por meio de planos de trabalhos e protocolos institucionais para definir novas rotinas hospitalares do(a) assistente social.

A motivação da pesquisadora na escolha desta temática para desenvolvimento do estudo, se deu, devido ao fato da mesma, ter atuado na linha de frente da Covid-19 no ano de 2020. Ressalta-se, que a pesquisadora em um processo de recém-formada assumiu temporariamente o cargo de assistente social de um hospital, referência no tratamento da

Covid-19, e constatou que os primeiros estudos referentes ao assunto se restringiam apenas aos médicos e profissionais relacionados à saúde no aspecto medicamentoso.

Diante, disso, o foco central desta investigação recai sobre a atuação das assistentes sociais nos hospitais públicos de referência para o tratamento da Covid-19 na região sudoeste do Paraná.

Para isso, definiu-se como questão norteadora: quais atribuições e competências têm sido desempenhadas pelas/os assistentes sociais na linha de frente do tratamento da Covid-19 no período de 2020 — 2021 de 02 (dois) hospitais públicos, dos municípios de Francisco Beltrão e Pato Branco da região sudoeste do Paraná?

Considerando que as assistentes sociais vinculadas as unidades hospitalares buscaram se amparar nas normativas da profissão — Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão, Resoluções do CFESS — e os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, para a elaboração dos novos protocolos de atendimento com as atribuições e competências, observando as particularidades da realidade social em que estavam inseridos, reforçando a oferta de um serviço de qualidade.

A investigação visou analisar como ocorreu essa reorganização do trabalho da categoria profissional das/os assistentes sociais nas unidades hospitalares da região sudoeste do Paraná. O objetivo da pesquisa é analisar o trabalho das assistentes sociais na linha de frente no enfrentamento da Covid-19, e no que tange aos objetivos específicos do presente estudo, têm-se os seguintes: a) evidenciar o desmantelamento do SUS, a partir de 2016, com o governo Temer e sequencialmente com o governo Bolsonaro; b) analisar a condição das assistentes sociais enquanto trabalhadoras assalariadas; c) compreender o trabalho da/o assistente social dentro nas unidades de urgência e emergência pertencentes às 7.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> Regionais de Saúde do Sudoeste do Paraná anterior à pandemia; e d) evidenciar as requisições postas às assistentes sociais das unidades hospitalares públicas das 7.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> Regionais de Saúde do sudoeste do Paraná, no contexto de pandemia da Covid-19.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa por meio da pesquisa empírica, por meio de fontes e documentos fornecidos pelas unidades hospitalares, mediante autorização das instituições. Os sujeitos participantes desta pesquisa serão as profissionais assistentes sociais em exercício das unidades hospitalares das Regionais de Saúde do sudoeste do Paraná, tendo como critério estabelecido para participação no estudo: possuir registro ativo no Conselho Regional de Serviço Social — CRESS/PR, estar com vínculo trabalhista ativo à unidade hospitalar pesquisada e atuar como técnico,

informa-se que os cargos de chefia do Serviço Social nas respectivas unidades não farão parte dos sujeitos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semiestruturada com as/os profissionais que compõem o quadro técnico do setor de Serviço Social nas unidades hospitalares. O estudo contemplou o universo de 08 (oito) profissionais, dos quais houve a participação de 04 (quatro) profissionais. A pesquisadora utilizou a análise dos dados coletados como método para a análise de conteúdo.

Com a avassaladora chegada do vírus popularmente conhecido como coronavírus, o contexto institucional dos hospitais da região sudoeste do Paraná precisou se remodelar. E essa situação, jamais enfrentada pela categoria profissional do Serviço Social, exigiu capacidade técnica criativa para rapidamente repensar a estrutura de organização do serviço mediante planos de trabalhos e protocolos institucionais para definir novas rotinas hospitalares da/o assistente social.

Nesse sentido, em tempos de pandemia e enfrentamento à urgência de Saúde Pública provocada pelas altas taxas de transmissão da Covid-19, as unidades hospitalares da região sudoeste do Paraná são incorporadas à rede de atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos estabelecimentos de referência no atendimento, combate e enfrentamento do vírus. Sendo assim, a dinâmica e estrutura de operacionalização se modificam radical e rapidamente.

A atuação das assistentes sociais nos hospitais públicos da região Sudoeste do Paraná no enfrentamento da Covid-19, se caracteriza como tema de relevância incontestável, especialmente diante dos desafios complexos a partir do desmantelamento que o SUS vem sofrendo desde a sua origem e a emergência pública provocado pela pandemia. A inserção desses profissionais nos contextos hospitalares tornou-se imprescindível à medida que a crise de saúde pública se desenrolava, impactando profundamente as práticas, os procedimentos e a própria ação desempenhada por elas.

Para dar conta da pesquisa desta dissertação se estruturou ordenadamente quatro capítulos articulados entre si. No **primeiro capítulo** adentramos o intrincado cenário das políticas sociais no Brasil contemporâneo, destacando os tensionamentos entre as iniciativas de concretização dessas políticas e seus movimentos de desmantelamento, marcado por medidas de austeridade e uma agenda neoliberal. Além de evidenciar o avanço do setor privado na saúde e os impactos gerados ao Sistema Único de Saúde (SUS), buscando compreender a alocação dos recursos orçamentários durante a pandemia da Covid-19.

O **segundo capítulo** visa explorar as particularidades do trabalho do assistente social no âmbito da saúde, com o intuito de refletir sobre as nuances da atuação desse profissional no terceiro nível de atenção em saúde, que abrange as áreas de urgência e emergência, conforme delineado na estruturação do Sistema Único de Saúde. Destacando os desafios impostos à categoria, que busca, em seu cotidiano, colocar em prática os princípios fundamentais do SUS, mas que esbarra em contradições como a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e quantidade dos atendimentos, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa.

No **terceiro capítulo** se abordou o percurso metodológico empregado na condução da pesquisa, oferecendo uma visão minuciosa do contexto dos hospitais públicos na região sudoeste do Paraná. Apresenta-se o desenho da pesquisa, recursos metodológicos utilizados para a coleta e análise de dados, justificando a escolha dessa abordagem. Visando proporcionar uma compreensão aprofundada do cenário e do processo de pesquisa, destacando, adicionalmente, as características específicas do sudoeste do Paraná e dos municípios pesquisados. Além da contextualização histórica das unidades hospitalares na região sudoeste do Paraná.

O **quarto capítulo** tem como propósito abordar dois eixos de análise concernentes ao trabalho das assistentes sociais nos hospitais públicos de referência para o tratamento da Covid-19 no sudoeste do Paraná. O primeiro associado a condição de trabalhador assalariado, enquanto o segundo eixo está relacionado ao papel desses profissionais na política de saúde, considerando as demandas e atribuições requisitadas no contexto pandêmico.

E, por fim, a estrutura da dissertação se completa com as considerações finais.

## **1 DESMANTELAMENTO DA POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Neste capítulo, adentraremos o complexo panorama das políticas sociais no Brasil contemporâneo, evidenciando o contexto de tensionamentos entre as tentativas de efetivação das políticas e o seu desmantelamento. Esse capítulo se divide em quatro tópicos essenciais.

O primeiro aborda a caracterização das políticas sociais no Brasil, evidenciando suas origens históricas e o cenário controverso em que foram concebidas, indicando que se por um lado há a trajetória histórica da construção e expansão dos direitos sociais no país sendo consolidada através da Constituição Federal de 1988, por outro, desde sempre, o Brasil tem enfrentado desafios e retrocessos na implementação dessas políticas, por um movimento de desmonte e encolhimento do Estado no que se refere a efetivação de uma proteção social mínima, com medidas de austeridade, cortes orçamentários e uma agenda neoliberal que privilegia a lógica do mercado em detrimento dos direitos sociais.

O segundo tópico nos conduzirá ao período do governo de Michel Temer, destacando o papel do setor privado no sistema de saúde brasileiro. Discutiremos as políticas e reformas implementadas nesse período e suas implicações na prestação de serviços de saúde à população.

Em sequência, nos concentraremos na política oficial Governo Federal em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e seus efeitos sobre a saúde pública brasileira. Analisaremos a intensificação do desmantelamento do SUS, além de discutir o conceito de necropolítica e como se aplicou à administração do respectivo governo.

No último tópico descrevemos a gestão dos recursos orçamentários em meio à pandemia da Covid-19; buscando compreender como o governo Bolsonaro alocou esses recursos durante a crise de saúde e destacando os impactos dessa alocação nos serviços públicos.

## 1.1 CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

A partir das mudanças ocorridas na transição do feudalismo para o modo de produção capitalista é possível observar que o problema central não se caracterizava mais pela privação de condições tecnológicas e científicas para produzir o necessário na mesma proporção na qual a população crescia, o empecilho que se apresentava que a classe trabalhadora não possuía os meios materiais de acessar os bens e serviços produzidos, conforme destaca Netto (2001, p.42) “a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas”. Nesse sentido, as legislações no período de transição, tinham um caráter punitivo, restritivo e agiam na interseção da assistência social e do trabalho forçado.

O “abandono” dessas tímidas e repressivas medidas de proteção do auge da Revolução Industrial lança os pobres “a servidão da liberdade sem proteção”, no contexto de plena subsunção do trabalho ao capital, provocando o pauperismo como fenômeno mais agudo decorrente da chamada questão social. Foram as “lutas pela jornada normal de trabalho” (Marx, 1987) que provocaram o surgimento de novas regulamentações sociais e do trabalho pelo Estado. (Behring e Boschetti, 2008, p. 51)

Nessa perspectiva, passa a ser de responsabilidade do Estado regulamentar a relação capital/trabalho que será realizado por meio de políticas sociais, no entanto, a formatação de padrões de produção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento — em geral, setorializadas e fragmentadas — às expressões multifacetadas da “questão social” no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho, conforme apontam Behring e Boschetti (2008).

Fica evidente que o conjunto de problemas políticos, econômicos e sociais a partir do surgimento da classe operária, que impôs no mundo no curso da constituição da sociedade capitalista, denomina-se como “questão social”<sup>1</sup> e está fundamentalmente vinculada ao conflito entre capital e trabalho.

---

<sup>1</sup> O termo questão social tem sua origem por volta de 1830, por conta do fenômeno do pauperismo evidenciado pela primeira onda industrializante na Europa. No final do século XIX, passa a ser utilizado no vocabulário dos autores conservadores, por meio de sua crescente naturalização e a partir daí passou a não fazer parte do pensamento revolucionário. Contudo, é com as ideias de Marx que a questão social pode ser desmitificada e entendida como um desdobramento da própria ordem burguesa (Netto, 2001). É nesse sentido que Iamamoto considera a questão social como a “manifestação, no cotidiano da vida social, da



Devido à complexificação e o desdobramento de novos problemas políticos, econômicos e sociais, oriundos desta contradição, além de compreensão superficial de que as raízes da miséria social não estão fundadas na política, mas sim, fundamentam-se nas relações da economia política, em que em diversos debates, somos considerados cidadãos, mas, continuamos sendo trabalhadores a serviço do capital. Isso significa que, estamos imersos em uma cidadania burguesa que cria a ilusão de que a classe trabalhadora está progredindo na conquista de direitos sociais, quando na realidade, a partir de um olhar atento, é revelado que, testemunharemos um retrocesso com magnitude capaz de estremecer qualquer sensação de progresso adquirido pelos trabalhadores e se isso se expressa na agudização dos problemas políticos, econômicos e sociais, evidenciando que ao estar a serviço do capital a classe trabalhadora não tem possibilidades reais de progresso no que se refere às condições de produção e reprodução da vida social.

O Estado é a forma pela qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer os seus interesses comuns e se condensa toda a sociedade civil de uma época, segue-se que todas as instituições comuns que adquirem uma forma política são mediadas pelo Estado. (Marx, Engels, 2009, p.112)

O futuro das políticas sociais encontra-se em estado permanente de oscilação, na qual, em determinados períodos enfrentamos governos reacionários, que visam destruir as políticas sociais e quase retomar a relação feudal, em outras ocasiões nos deparamos com governos com viés conservador que se utilizam, conforme aponta Netto (2001), de intervenção política limitada, capaz de amenizar as contradições impostas pelo modo de produção capitalista através um ideário reformista, ou seja, para conservar os privilégios da burguesia. Dessa forma, é perceptível que o Estado desempenha três funções primordiais no modo de produção capitalista.

1-Criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante; 2- reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do Exército, da política, do sistema judiciário e penitenciário; 3- integrar as classes dominadas, garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em consequência que as classes exploradas aceitem sua própria exploração sem o exercício da repressão contra elas [...] (Mandel, 1982, p.333-334)

---

contradição entre proletariado e burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (Iamamoto e Carvalho, 1991, p. 77). Recentemente, Yamamoto, entre outros autores, vem sistematicamente alertando de que não existem várias questões sociais e sim diferentes expressões da questão social, já que esta é fruto da velha e persistente desigualdade gerada pelo capitalismo, contudo com facetas contemporâneas.

Netto e Braz (2006) destacam que o sistema capitalista tem passado por diversas transformações significativas, nenhuma das quais alterou sua estrutura fundamental, mas todas convergiram para moldar uma nova fase na história do capitalismo.

Ao longo de sua existência, o capitalismo moveu-se (move-se) e transformou-se (transforma-se); mobilidade e transformação estão sempre presentes nele: mobilidade e transformação constituem o capitalismo, graças ao rápido e intenso desenvolvimento das forças produtivas que é a sua marca. (Netto e Braz, 2006, p.171)

Ao buscar estabelecer uma periodização histórica do desenvolvimento capitalista, os autores (2006) afirmam que a partir da segunda metade do século XVIII, o capitalismo vincula-se diretamente a mudanças políticas e técnicas, consolidando-se na Europa Ocidental, em que o capital organiza sua produção através de grandes indústrias, é o estágio do capitalismo concorrencial, também chamado de liberal ou clássico. Nesse sentido, sobre a base da indústria moderna ocorrerá um processo de urbanização sem precedentes e o capitalismo concorrencial, conforme Netto e Braz (2006, p. 172) “criará o mercado mundial: os países mais avançados buscarão matérias brutas e primas nos rincões mais afastados do globo e inundarão todas as latitudes com as suas mercadorias produzidas em larga escala — estabelecem-se vínculos econômicos e culturais entre grupos humanos separados por milhares de quilômetros.” É neste estágio que:

[...] surgem as lutas de classes na sua modalidade moderna, ou seja, as lutas fundadas na contradição entre capital e trabalho. Tais lutas, antagonizando a burguesia e os trabalhadores (elementarmente, a burguesia e o proletariado) e que, a partir daí, estarão sempre presentes na ulterior evolução do capitalismo, adquirem inicialmente formas grosseiras, mas pouco a pouco, avançam para uma crescente politização que as torna mais conscientes[...] (Netto e Braz, 2006, p. 173.)

No intitulado capitalismo concorrencial, a atuação do Estado era de cunho repressivo através do uso de violência e brutalidade, demonstrando a força da burguesia no direcionamento no andamento do processo econômico e político, em que havia a carência de garantias aos trabalhadores, que se encontravam à mercê do patronato, uma vez que o Estado, nas mãos dos capitalistas (ou de seus representantes políticos), atendia apenas os interesses do capital.

O essencial das funções do Estado burguês restringe-se às tarefas repressivas: cabia-lhe assegurar o que podemos chamar de condições externas para a acumulação capitalista – a manutenção da propriedade privada e da “ordem pública” [...] Tratava-se do Estado reivindicado pela teoria liberal [...] ao assegurar as condições externas para a acumulação capitalista, o Estado intervinha no exclusivo interesse do capital (e era exatamente essa a exigência liberal. (Neto e Braz, p.173-174)

De acordo com Behring e Boschetti (2011), as ações do Estado liberal desempenharam um papel crucial na garantia dos direitos civis que resguardam a propriedade privada, suas intervenções nas lutas da classe trabalhadora tinham uma natureza predominantemente repressiva, embora tenham ocorrido algumas concessões, como o direito de voto e a possibilidade de organização sindical, preservando suas ações no campo da política, não influenciando a base material desta sociabilidade.

No que se refere a ampliação dos direitos políticos, essas ações representaram um forte impulso com o desenvolvimento das lutas da classe trabalhadora, refletindo no surgimento gradual de políticas sociais que passaram a responder às demandas da reprodução da classe trabalhadora. Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 64) “é no final do século XIX que o Estado passa a efetivar ações no âmbito social, objetivando responder amplamente e sistematizada as requisições da classe trabalhadora”.

Nesse sentido, o Estado se configura como uma instituição cuja função é mediar os conflitos oriundos da relação capital x trabalho, suas intervenções se intensificam no novo estágio do desenvolvimento do capitalismo, chamado de monopolista, buscando integrar a classe operária aos modos de produção capitalista, naturalizando as relações de exploração através da força e do consenso para enfraquecer qualquer tipo de ameaça ao processo de acumulação. (Ortiz, 2010).

A intensificação da concorrência e o rápido avanço das tecnologias obrigam o sistema de produção capitalista a adaptar sua estratégia de acumulação para que não haver barreiras.

Na segunda metade do século XIX, especialmente na sequência imediata da grande crise de 1873 [...] as tendências que já conhecemos, à concentração e à centralização, confluíram na criação dos modernos monopólios. [...] O aparecimento, em menos de trinta anos, de grupos capitalistas nacionais controlando ramos industriais inteiros, empregando enormes contingentes de trabalhadores e influenciando decisivamente nas economias nacionais alterou de modo extraordinário a dinâmica econômica. [...] o grande capital – a partir daí geralmente conhecido como capital monopolista –, firmemente estabelecido na produção industrial, se constituía como a coluna vertebral da economia capitalista [...] (Netto e Braz, 2006, p.177-178)

Evidencia-se um processo designado por Netto (1996) de “refuncionalização do Estado”, isso significa, que o Estado assume e/ou intensifica uma série de atribuições capazes de amparar as carências do capital na sua fase monopolista. A partir das reflexões de Netto (1996), algumas funções absorvidas pelo Estado, o caracterizam na fase no capitalismo monopolista, como, por exemplo: a de empreendedor, garantindo financiamento, bem como a construção da infraestrutura necessária para à entrada e a

instalação de indústrias ligadas aos grandes monopólios; a de conciliador e disciplinador da classe trabalhadora, que reside aqui a importância das instituições socioassistenciais e de seu aparato técnico-profissional, como é no caso da/o assistente social; a de legislador, garantindo leis e programas que visam assegurar a ordem e estabelecer um mercado de consumo; a de financiador de projetos de pesquisas e conhecimento técnico científico, para permanente inovação tecnológica e a formação de profissionais para as grandes empresas monopolistas; e como administrador das crises, controlando o câmbio e a inflação.

Uma característica inédita nessa “refuncionalização do Estado”, evidenciado por Netto (1996) refere-se como o Estado passa a se relacionar com a classe trabalhadora. Abstém-se da mera repressão para assegurar a ordem vigente, passando no estágio monopolista a atuar, não somente com estratégias repressivas, mas sobretudo, com controle ideológico, neste sentido,

As políticas sociais e as instituições irão cumprir objetivamente estas funções, garantindo alguma renda para a manutenção do consumo do trabalhador e de sua família, por outro lado, homogeneizando entre os trabalhadores o discurso do ideário burguês. (Ortiz, 2010, p.36)

No caso brasileiro, o processo de consolidação do sistema capitalista desenvolveu-se perpassando também por essas três fases. Na fase do capitalismo comercial (1500 – 1850), o Brasil era uma colônia de Portugal e a principal forma de acumulação de capital era através do comércio exterior com a exportação de produtos primários.

[...] o padrão de exportações primárias diversificou-se com a exploração da borracha na Amazônia e com o cultivo de cacau na Bahia, porém, o complexo exportador de café, que envolvia um setor agrário e industrial produtivo e o setor mercantil urbano, manteve-se dominante. (Bragueto, 2008, p. 03)

No Brasil, as bases fundamentais para o desenvolvimento do capital industrial têm suas raízes na economia cafeeira capitalista, ao:

a) gerar previamente, uma massa de capital monetário, concentrada nas mãos de determinada classe social, passível de se transformar em capital produtivo industrial; b) transformar a própria força de trabalho em mercadoria; e, finalmente; c) promover a criação de um mercado interno de proporções consideráveis. (Bragueto, 2008, p.07)

No entanto, outro fator decisivo está relacionado ao fato de que nas duas últimas décadas do século XIX, em paralelo com o processo de concentração dos principais mercados industriais e no contexto da Segunda Revolução Industrial, a indústria de bens de produção estava passando por uma significativa transformação tecnológica. Essa

transformação apontava para economias de escala substanciais, resultando em um considerável aumento nas dimensões da planta industrial mínima e nos investimentos iniciais necessários.

Desta forma, o período que se estende de 1888 a 1933 marca o momento de nascimento e consolidação do capital industrial no Brasil. Portanto, considerando que a Primeira Revolução Industrial maturou plenamente entre 1820 e 1830 na Inglaterra, levamos cerca de 100 anos para consolidar a implantação da Primeira Revolução Industrial no Brasil. No entanto, ainda se trata de uma economia com o predomínio do padrão agroexportador de acumulação, onde se configura uma divisão interna do trabalho na forma da tripartição monocultura-policultura-indústria. (Bragueto, 2008, p. 08)

A terceira e última fase do processo de consolidação burguesa no Brasil, segundo Fernandes (1987), consiste na adequação do mercado capitalista nacional às exigências do capitalismo monopolista.

Se caracteriza pela reorganização do mercado e do sistema de produção, através das operações comerciais, financeiras e industriais da “grande corporação” [...]. Embora as tendências para esta evolução sejam anteriores, ela só se acentua no fim da década de 50 e só adquire caráter estrutural posteriormente à “revolução de 1964”. (Fernandes, 1987, p. 225)

Esse processo desenvolveu-se marcado pela “modernização conservadora”<sup>2</sup>, instaurada a partir de 1930 a partir da ditadura varguista, destacam-se duas especificidades desse movimento, segundo Ortiz (2010) uma do ponto de vista interno, que se expressa pela articulação de tendências modernas com arcaicas; e a segunda, que se apresenta do ponto de vista externo, que se expressa na combinação da economia brasileira com as imperialistas.

O contexto mostra que a gênese das políticas sociais está intimamente ligada ao desenvolvimento capitalista, a partir das exigências próprias desse modo de produção e de seu desenvolvimento. Da mesma forma, que a ampliação ou subtração depende das necessidades impostas ao sistema capitalista através das crises e lutas sociais.

Algumas particularidades brasileiras mediam as relações entre classe trabalhadora, burguesia e Estado, além de atravessarem a operacionalidade dos serviços e das políticas sociais aqui desenvolvidas, o que conseqüentemente particularizam a ação e o direcionamento de determinadas profissões, como é o exemplo do Serviço Social.

---

<sup>2</sup> A “modernização conservadora articula o progresso no marco da ordem e atribui um ritmo lento às transformações operadas, de modo que o novo surja como um desdobramento do velho” (Martins, 1994: 30, apud Yamamoto, 2008, p. 130). “Ela permite explicar a incorporação e/ou criação de relações sociais arcaicas ou atrasadas nos setores de ponta na economia, que adquirem força nos anos recentes, como a peonagem, a escravidão por dívida, a clandestinidade nas relações de trabalho e sua precarização mediante a regressão dos direitos sociais e trabalhistas” (Martins, 1989, apud Yamamoto, 2008, p. 130).

[...] do ponto de vista político e ideológico [...]: A presença irrefutável da chamada ‘ideologia do favor’, como mediações das relações sociais, e principalmente daquelas existentes entre Estado e sociedade. Soma-se a ‘ideologia do favor’, o ecletismo teórico-político, no qual se observava a combinação de perspectivas teóricas com posturas políticas completamente diferentes; e uma forma peculiar de democracia e de autoritarismo que concilia cordialidade com violência. (Schwarz, 2005, p. 65)

O percurso sócio-histórico das políticas traçado na sociedade brasileira esteve apoiado em alguns aspectos, como, por exemplo: de um lado, ideologia do favor e clientelismo; e de outro, indisposição política da burguesia nacional, cumprimento da lei conforme os interesses particulares. Essas características, contudo, de acordo com Ortiz (2010), deixarão claro o restrito nível de abrangência das políticas sociais.

No capitalismo monopolista, a introdução e multiplicação de serviços e políticas sociais está diretamente relacionada à questão social. Embora essa questão seja anterior ao capitalismo monopolista, foi apenas nesse contexto que suas consequências puderam se tornar objeto de intervenção do Estado. Isso porque, no capitalismo concorrencial, as expressões da questão social ameaçavam a ordem burguesa, seja por mobilizar politicamente a classe trabalhadora, seja por colocar em risco sua integridade física e, conseqüentemente, a produção.

Seus expressões tornam-se objeto sistemático da intervenção do Estado pela via das políticas sociais e seus respectivos serviços, os quais, por sua vez, possuem inequívoca funcionalidade ao monopólio, tendo em vista que atuam como um dos mecanismos de contratendência ao subconsumo e, por conseguinte, à queda na taxa de lucros. (Ortiz, 2010, p. 97)

De acordo com Netto (1996), na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, existem três processos inerentes a transição que expressam a correlação de forças entre os protagonistas histórico-sociais da época, e que vão refletir na maneira como as refrações da questão social passaram a ser tratadas nesta fase do capitalismo. São eles: a ascensão da classe trabalhadora de “classe em si” para “classe para si”; o amadurecimento político da burguesia que assume efetivamente o papel de “agente social conservador”; e o crescimento dos chamados segmentos médios.<sup>3</sup> Nesse sentido, ponto de vista dos trabalhadores:

---

<sup>3</sup> Netto (1996, p.59) identifica o crescimento dos setores sociais médios como fruto do próprio processo de complexificação do capitalismo monopolista. Observa que se constitui num grupo absolutamente heterogêneo do ponto de vista ideológico e cultural, mas no qual se verifica a existência de substratos com claras tendências reformistas, os quais de certa forma participarão de um projeto mais amplo da burguesia enquanto classe social – o projeto reformista-conservador. “[...] Já não remetiam a estratos sociais típicos de etapas anteriores do desenvolvimento capitalista: ao contrário, começam a prefigurar grupos e agregados próprios ao novo estágio de desenvolvimento – e que viriam a florescer com o período ‘clássico’ do imperialismo: profissionais ‘liberais’, intelectuais, técnicos especializados etc.” Ou seja, profissionais como

[...] Ao ingressar a sociedade burguesa na idade do monopólio, o projeto político-social do proletariado euro-ocidental se encontra nitidamente perfilado: é um projeto anticapitalista, referenciado por uma prospecção socialista e uma prática sindical classista. Confrontando-se com este protagonista, as frações burguesas mais dinâmicas veem-se obrigadas a respostas que transcendem largamente o âmbito da pura coerção [...], é deste confronto que, enfim, resultarão os parâmetros da convivência democrática que se estabilizou em boa parte das sociedades capitalistas desenvolvidas: nelas, o princípio democrático confundiu-se com as demandas dos trabalhadores. (Netto, 1996, p. 55)

Entretanto, no caso brasileiro, observa-se a existência de um cenário um pouco diferente, as demandas dos trabalhadores não conseguiram se construir enquanto princípios de convivência democrática, Vieira (2004), destaca que uma das razões para este cenário fundamenta-se no fato de que, embora o processo organização sindical dos trabalhadores latino-americanos tenha se realizado de forma muito rápida, quando comparado aos trabalhadores europeus, em muitos casos, a agilidade não significou autonomia sindical, ao contrário: “[...] o corporativismo, que dá ao Estado a função de árbitro, tem consistido na verdadeira alma do sindicalismo empresarial e trabalhista na América Latina [...]”. (Vieira, 2004, p. 96).

Se por um lado, o enfrentamento das expressões da questão social passa a ser realizado formalmente, fase do capitalismo monopolista, no âmbito da esfera pública-estatal, isso não impossibilita que o tratamento destas por seus técnicos institucionais se dê de forma individual, parcial e fragmentada, responsabilizando principalmente o próprio trabalhador.

Eis por que o redimensionamento do Estado burguês no capitalismo monopolista em face da ‘questão social’ simultaneamente corta e recupera o ideário liberal – corta-o, intervindo através das políticas sociais; recuperando, debitando a continuidade das suas sequelas aos indivíduos por elas afetados. (Netto, 1996, p. 32)

O tratamento das refrações da questão social na fase do capitalismo monopolista é através de políticas sociais conduzidas pelo Estado, e representam:

[...] um resultado da relação e do complexo desenvolvimento das forças produtivas e das forças sociais. Elas são o resultado da luta de classes e ao mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais. Esta contradição é dissimulada pelas ideologias humanistas, progressistas ou liberais, que apresentam estas medidas como instrumentos de igualdade social, de melhoramento do bem-estar, de igualdade de oportunidades. (Faleiros, 1991, p. 41)

---

os assistentes sociais, muitos integrantes da classe média, participavam da construção deste projeto reformista-conservador. A forma de participação e suas finalidades serão nosso tema de análise no próximo capítulo.

A pressão pela ampliação da cidadania social, ao serem incorporadas por intermédio de políticas assistenciais, sofrem um processo de falsificação e burocratização na qual as instituições sociais e assistenciais se tornam instrumentos de controle social e político dos setores dominados e manutenção do sistema de produção.

A constituição do conjunto de serviços e políticas sociais e de um aparato institucional socioassistencial para operacioná-los, sobretudo na década de 40, se inscreveu nesse empreendimento do Estado brasileiro, que aliando à tradição conservadora nacional oriunda do período colonial e imperial, passou a enfrentar as expressões da “questão social” a partir das referências de um projeto de cunho reformista-conservador. (Ortiz, 2007, p. 122)

E assim, o governo Vargas teve em vista conciliar os diversos interesses das classes sociais, convergindo-os aos objetivos do projeto reformista-conservador, que assume no Brasil, e nesta conjuntura política em particular, forte influência positivista. Ao “[...] Estado a função de mediar e, nos casos extremos, arbitrar os conflitos entre operários e patrões.” (Bosi, 1996, p. 294). Observa-se, desta forma, que a influência positivista sobre o tratamento das questões que envolvem capital e trabalho, tomou com o governo Vargas um papel particular, cuja expressão máxima foi viabilizada na criação do Ministério do Trabalho e na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A combinação entre progressismo por um lado, e autoritarismo por outro, presente na CLT, na verdade, constituiu toda a gestão varguista, na qual segundo Bosi (1996, p.295): “a lei, aberta aos direitos do operário, enquanto trabalhador, fechou-se aos seus direitos, enquanto cidadão.”

A inserção do Serviço Social brasileiro na divisão social e técnica do trabalho foi moldada a partir desse contexto e ocorreu simultaneamente às formas históricas e particularmente tradicionais de enfrentamento da questão social, como a ajuda e a benevolência etc. É exatamente diante desse cenário, que o assistente social foi requisitado a atuar, reproduzindo determinados valores próprios da burguesia em meio a um Estado que não prima pela consolidação efetiva dos direitos, mas por uma espécie de proteção, devendo garantir o mínimo aos que mais precisam. Neste caso, caberá às instituições definir determinados critérios de elegibilidade que garantam que apenas os mais vulneráveis terão acesso aos bens e serviços concedidos.

[...]foram as formas de tratamento das expressões da “questão social” empreendidas a partir dos pilares desse projeto, que geraram as condições objetivas para a emergência e institucionalização da profissão, que por sua vez estabeleceu e apresentou suas respostas socioprofissionais também balizadas por ele. (Ortiz, 2007, p. 122)



Esse profissional, portanto, responderá no âmbito das políticas sociais a uma determinada particularidade daquelas – a necessidade do atendimento imediato aos usuários. Assim, não será requisitado em princípio para formular ou gerir as políticas, mas, sobretudo, para executá-las. Ou seja, a profissão assume um lugar muito particular na divisão social e técnica do trabalho — a “execução terminal da política social” (Netto, 1996). É exatamente este lugar, ou melhor dizendo, este tipo de requisição feita ao sujeito profissional, que irá forjar um determinado perfil profissional, capaz de responder aos propósitos do projeto reformista-conservador brasileiro.

Nesse contexto, a autoimagem da profissão é engendrada a partir do caráter imediatista contida no cotidiano do assistente social, passando a falsa ideia de que o conhecimento teórico pouco adianta para sua intervenção, perpetuando a visão do empregador, que afinal de contas, não o contratou para pensar, mas sim para agir. Dessa forma, ao reproduzindo a mesma perspectiva, observou-se a busca do próprio profissional em busca de modelos de intervenção previamente testados.

A teoria, reduzida a um método de intervenção e caucionada pela experiência, ao extrapolar o âmbito do pensamento, converte-se numa prática burocratizada. O método, por sua vez, constitui-se num conjunto de procedimentos a serem adotados nas diferentes etapas tradicionalmente consagradas pela profissão como estudo, diagnóstico, intervenção e avaliação. Agora, a repetição das ações, sancionada pela experiência e ancorada na teoria, permite a instituição de modelos de atuação profissional. (Guerra, 1995, p. 172)

O caminho para que o Serviço Social adquira a instrumentalidade na divisão do trabalho, como uma profissão formalmente reconhecida atualmente, perpassou, principalmente, por dilemas e ambiguidades no que diz respeito entre a razão de ser da profissão e os verdadeiros interesses e objetivos de seus sujeitos profissionais. A trajetória sócio-histórica da profissão demonstra a existência:

[...] na consciência dos agentes profissionais de uma profunda ambiguidade: a ação – que é desencadeada, subjetivamente como recusa aos ‘excessos de diferenciação social’, como forma de atenuar ou até mesmo de eliminar as injustiças sociais ou como missão a serviço do ‘homem’- transubstancia-se objetivamente numa prática que reforça os fundamentos da ordem alienadora, que produz e reproduz as desigualdades sociais. Em outros termos: os efeitos da ação profissional aparecem como uma negação dos propósitos humanistas que a orientam. Torna-se palpável a defasagem entre propósitos e resultados da ação [...]. (Iamamoto, 1992, p. 28)

Embora a maioria dos agentes profissionais pioneiros não tenha tido uma compreensão crítica completa sobre a dimensão política de sua intervenção, muitos conseguiam identificar, no ambiente institucional do cotidiano, conforme destacada Ortiz

(2007, p. 205.) “as limitações de suas ações, eles percebiam que suas intervenções estavam distantes de alcançar os objetivos de justiça e bem-estar que se propunham.”.

Além disso, à medida que a profissão, inscrita na divisão social e técnica do trabalho, necessita ampliar suas bases de recrutamento, observa-se que não apenas moças oriundas dos segmentos médios começam a procurar a profissão, mas as “filhas da classe trabalhadora” passam a fazer o mesmo. Portanto, Ortiz (2007, p.206) afirma que ao compartilhar das mesmas circunstâncias objetivas e subjetivas da classe trabalhadora, estando fragilizados e insatisfeitos “com as restrições da prática profissional e fazendo parte de um novo contexto sócio-histórico — a década de 1960 —, os assistentes sociais se encontravam em um solo propício, tanto em termos materiais quanto espirituais, para a construção de uma nova imagem social para a profissão.”.

Percebe-se, adicionalmente, que essa representação, ao surgir, baseou-se na incorporação da profissão na divisão social e técnica do trabalho, simultaneamente, em que foi moldada pelas especificidades do capitalismo brasileiro. Além disso, ela foi replicada pelos profissionais a partir de sua maneira de agir, pensar e reagir às demandas impostas pela própria estrutura de divisão do trabalho.

Vê-se uma determinada e exclusiva maneira de se representar a profissão, a qual foi em certa medida ratificada por seus profissionais, tendo em vista sua vinculação tanto no plano da formação quanto no do exercício profissional, com princípios conservadores e justificadores da ordem social burguesa. Ou seja, a imagem social e a autoimagem da profissão se conectavam por traços particulares, porém sedimentados sobre o mesmo amálgama: o histórico conservadorismo brasileiro e sua maneira sui generis de enfrentamento das expressões da “questão social”. (Ortiz, 2007, p. 208)

No entanto, a partir de meados dos anos 1960, esta conexão entre a imagem socialmente vigente e a autoimagem de seus profissionais começa a se abalar. As décadas posteriores, sobretudo os anos 80 e 90, delineiam um amplo processo de negação das “marcas de origem” da profissão, principalmente entre sua vanguarda e entidades. Ou seja, novos traços passavam a compor a autoimagem profissional, assentada agora em um determinado perfil profissional — voltado aos interesses majoritários da população brasileira, os quais, segundo nossa trajetória histórica, foram subsumidos pelos “pactos de elites” e pelas “revoluções pelo alto”, como destaca Ortiz (2007, p. 209)

A partir do fenômeno denominado de “Renovação do Serviço Social”, descrito por Netto (1991), como o evento mais importante onde a profissão sofreria transformações significativas, pois inúmeros desdobramentos seriam evidenciados, tanto

no que diz respeito à prática profissional e à educação, como também à organização política da própria categoria.

No âmbito das suas natureza e funcionalidade constitutivas, alteraram-se muitas demandas práticas a ele colocadas e a sua inserção nas estruturas organizacional-institucionais [donde, pois, a alteração das condições do seu exercício profissional]; a reprodução da categoria profissional – a formação dos seus quadros técnicos – viu-se profundamente redimensionada [bem como os padrões da sua organização como categoria]; e seus referenciais teórico-culturais e ideológicos sofreram giros sensíveis [assim como as suas autorrepresentações]. (Netto, 1991, p. 115)

De acordo com Netto (1991), a ditadura “reforçou e validou” o chamado Serviço Social “tradicional”<sup>4</sup>, ao buscar concomitantemente conter qualquer grupo profissional com tendências mais contestadoras e garantir a continuidade daqueles estratos profissionais que serviam ao sistema, a ditadura promoveu a profissão de duas maneiras essenciais, como observado pelo autor: por um lado, expandindo as oportunidades de emprego ao nível nacional, um processo totalmente alinhado com a reconfiguração do Estado na era monopolista, de outro, consolidando sua formação profissional através da incorporação do curso de Serviço Social no nível universitário. Nesse sentido, quanto ao aprofundamento e reorganização do espaço sócio-ocupacional, no período do pós-64 há uma particularidade:

A criação de um mercado nacional de trabalho para os assistentes sociais tem seus mecanismos originais deflagrados em meados dos anos quarenta [...], no bojo do ‘desenvolvimento das grandes instituições sociais’ implementadas no ocaso do Estado Novo [...]. Nos anos cinquenta e na entrada dos sessenta, esse mercado se expande, e não pode haver dúvidas acerca da conexão desta expansão com o andamento da já vista industrialização pesada. Trata-se, porém, de um mercado de trabalho emergente e ainda em processo de consolidação [...]. É esse mercado de trabalho que o desenvolvimento capitalista operado sob o comando do grande capital e do Estado autocrático burguês a ele funcional redimensiona e consolida nacionalmente. (Netto, 1991, p. 120)

É perceptível que o Estado não apenas ampliou o rol de instituições empregadoras nas variadas políticas sociais setoriais, mas também reformulou a forma de implementá-

---

<sup>4</sup> Conforme Netto (1981, p.59), “Serviço Social ‘clássico’ denota o exercício profissional tal como foi postulado pelos agentes profissionais que se dedicaram a um mínimo de sistematização, constituindo de fato as fontes do Serviço Social [Mary Richmond é o exemplo mais crítico]. Por Serviço Social ‘tradicional’ devem entender-se a prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada que os agentes realizavam a realizam efetivamente na América Latina. Evidentemente, há um nexos essencial entre ambos: parametras uma ética liberal-burguesa e sua teleologia consiste na correção – numa ótica claramente funcionalista – de resultantes psicossociais considerados negativos ou indesejáveis, sobre o substrato de uma concepção [aberta ou velada] idealista e/ou mecanicista da dinâmica social, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida como um dado factual ineliminável.

las, originando várias “especializações” internamente<sup>5</sup>. Isso teve repercussões diretas e indiretas sobre a maneira como o assistente social conduzia suas intervenções cotidianas.

Conseqüentemente, à medida que o mercado de trabalho para os assistentes sociais, ganhava força e se adaptava, esse desenvolvimento impôs à profissão e aos seus profissionais um “novo conjunto de requisitos” para a prática profissional. Ou seja, o mercado de trabalho passa a requerer um novo perfil profissional, capaz de lidar eficazmente com as demandas cotidianas.

A convivência deste novo corpo docente com o meio acadêmico, dedicado ao aprimoramento intelectual, permitirá, num lapso de tempo consideravelmente curto, o acúmulo de determinada massa crítica capaz de dinamizar o debate profissional, bem como sua própria Renovação em direções diferentes – majoritariamente, na manutenção da herança conservadora, travestindo a de nova roupagem, entretanto para além do confessionalismo; e em princípio, minoritariamente, na intenção de ruptura efetiva com o histórico conservadorismo. (Ortiz, 2007, p.214)

Além de instaurar o pluralismo na profissão, o que se tornará mais evidente com a aproximação posterior do Serviço Social com a tradição marxista, a Renovação representou, de acordo com Netto (1991), um avanço significativo ao reconhecer o estatuto teórico como um reconhecimento do assistente social como intelectual. Essa evolução marca um contraste com a restrição teórica e com a ideologia política anterior que legitimavam a profissão, tanto em termos de sua prática quanto de sua imagem pública.

Portanto, é a coexistência da continuidade e da ruptura com o Serviço Social “tradicional” que possibilita, por um lado, o surgimento de correntes de modernização e renovação do Serviço Social, conforme destacado por Netto (1991). Essas correntes, embora critiquem os princípios do chamado Serviço Social “tradicional”, buscam reposicionar o conservadorismo histórico que permeou a profissão desde suas primeiras formas. Por outro lado, vemos pela primeira vez na história dessa profissão o surgimento de uma abordagem profissional voltada de fato para romper com as tradições. Essa abordagem, denominada por Netto (1991) como “intenção de ruptura”, mesmo que tenha recebido tardiamente as influências do Movimento de Reconceituação, se propõe a construir uma nova agenda para a profissão que seja fundamentalmente contrária aos preceitos tradicionais do Serviço Social e capaz de enfrentá-los e superá-los.

---

<sup>5</sup> Como, por exemplo, no interior da previdência, observou-se a existência de uma série de serviços especializados, como a concessão de benefícios, o atendimento aos acidentados de trabalho, a reabilitação profissional.

Há um consenso entre os autores brasileiros mais críticos, como Netto (1991), Iamamoto (1999) e Barroco (2001), de que o Movimento de Reconceituação surgiu em meio à turbulência sociocultural decorrente da crise do Serviço Social “tradicional” e, por consequência, da Renovação do Serviço Social.

[...] a Reconceituação questionava o papel dos assistentes sociais no processo de superação da condição de subdesenvolvimento dos países latinoamericanos em um cenário no qual os projetos desenvolvimentistas nacionais de corte democrático-liberal davam claros sinais de ineficácia e incompatibilidade com os reais interesses e necessidades da população [como no caso das práticas comunitárias tratadas anteriormente]. Questionavam, portanto, a condição e a posição dos países latino-americanos no contexto de dominação burguesa, está fundamentada no grande monopólio internacional. (Ortiz, 2007, p.220.)

Nesse sentido, a reconceituação foi, indubitavelmente, um fenômeno organicamente vinculado à conjuntura da sua época marcada mundialmente por uma crise sem precedentes da ordem capitalista em sua fase monopólica.

Conforme observado por Netto (2005), em meio a todo esse cenário, emergiu uma “ampla coalizão” de diversos segmentos da categoria profissional latino-americana em torno da crítica ao Serviço Social tradicional. Nesse sentido, a Reconceituação foi, sobretudo, um conglomerado cuja diversidade foi uma de suas características fundamentais.

Esta frente renovadora compunha-se, basicamente, de dois grandes segmentos: um deles apostava numa espécie de *aggiornamento* do Serviço Social, capaz de modernizá-lo a ponto de torná-lo compatível com as demandas macrossocietárias, vinculando-o aos projetos desenvolvimentistas de planejamento social; outro, constituído por setores mais jovens e radicalizados, jogava numa inteira ruptura com o passado profissional, de modo a sintonizar a profissão com os projetos de ultrapassagem das estruturas sociais de exploração e dominação. [...] Em pouco tempo, já por volta de 1971-1972, a grande união se fratura, dividindo-se claramente os seus protagonistas: de um lado, os reformistas democratas, basicamente desenvolvimentistas; de outro, os radical-democratas, para os quais o desenvolvimento supunha a superação de exploração-dominação nativa e imperialista. (Netto, 2005, p. 75)

É importante destacar que a aproximação do Serviço Social com a tradição marxista começou a ocorrer nos anos 60 e envolveu certos grupos na categoria profissional, particularmente os professores, e em algumas regiões do mundo, como América do Norte, Europa Ocidental e América Latina. De acordo com Netto (2005, p.96) tal relação se efetiva a partir da combinação de três processos: “a crise do Serviço Social tradicional; a pressão exercida pelos movimentos revolucionários e a rebelião estudantil” cujos eventos conjunturais punham a possibilidade da revolução socialista na ordem do dia. Pode-se constatar também na mesma obra de Netto (p. 88) “[...] o visível

deslocamento de setores da Igreja Católica [...] para posições contestatórias ao conservadorismo e à ditadura.”.

Não se pode negar também que, embora com um peso diferenciado, o ingresso do Serviço Social no rol de cursos de nível superior e, portanto, no meio acadêmico, tenha coincidido com a incorporação do marxismo pelos segmentos mais críticos das ciências sociais, permitindo, desse modo, a aproximação do Serviço Social com a tradição marxista também por esse veio. (Ortiz, 2007, p. 223)

Além disso, a Reconceituação criou as condições propícias para o surgimento das bases sobre as quais o Serviço Social pôde desenvolver capacidades intelectuais e políticas, possibilitando uma nova relação com as Ciências Sociais. Isso significou uma transição de uma posição de mero receptor de conhecimento para um papel mais ativo.

O movimento de Reconceituação reivindicou, também, a promoção do pluralismo entre os assistentes sociais, o que permitiu o surgimento de debates em torno das diversas visões de mundo, concepções sobre a natureza humana e entendimentos da profissão. A prevalência de um projeto profissional sobre outro, um enraizado nas tradições do Serviço Social tradicional e o outro fundamentado na sua ruptura, foi determinada pela disputa política e ideológica entre eles, em vez da defesa de uma suposta homogeneidade entre os profissionais da área.

No contexto brasileiro, não se pode ignorar que o projeto profissional predominante no país é, atualmente, também herdeiro desse movimento, mais especificamente de uma das correntes que moldaram a Reconceituação latino-americana.

Além disso, a Reconceituação introduz uma nova visão da profissão ao rejeitar a ideia de que a prática profissional se limite a tarefas puramente executivas, burocráticas, subalternas e paliativas, que servem principalmente aos interesses da ordem burguesa. Em vez disso, ela desvela a dimensão política da intervenção profissional, contribuirá mais tarde e decisivamente para a renovação da autoimagem profissional, assentada na defesa dos direitos.

É inegável que a profissão ingressou na década de 80 de uma maneira radicalmente distinta em comparação com toda a sua trajetória sócio-histórica desde as suas origens. É perceptível que, com o declínio da ditadura e o subsequente florescimento da democracia, o Serviço Social brasileiro, especialmente suas correntes progressistas e organizações, cujo compromisso social já estava firmemente ligado aos interesses da classe trabalhadora, passou a buscar uma nova base de legitimidade. Isso ia além das formas tradicionais e historicamente conquistadas, como a relação com o Estado.

A promulgação da República Federativa do Brasil, em 1988, oportunizou uma reorganização e reestruturação com concepções e orientações inovadoras<sup>6</sup>, que tinham como horizonte a instituição de um amplo sistema de proteção social. No que diz respeito ao atendimento das históricas reivindicações da classe trabalhadora, a concepção de Seguridade Social<sup>7</sup> representa um dos avanços mais significativos<sup>8</sup>, retratando a promessa e esperança de afirmação e extensão de direitos sociais no Brasil.

No entanto, a implementação desse novo modelo foi dificultado pelos desafios impostos no cenário internacional e pela conjuntura interna da economia brasileira e a efetivação das garantias de direitos orientadas pela seguridade social não se concretizou por completo, ficando inconclusa e se configurando em um sistema híbrido que combina direitos vinculados e advindos do trabalho, como a previdência social, com direitos do tipo universal, como a saúde e com função universalizante na política de assistência social.

Esses fatores têm sido afetados drasticamente com os avanços do ideário neoliberal no Brasil que após a promulgação da Constituição Federal de 1988, impuseram um ajuste fiscal brutal impactando sobremaneira nos direitos até então adquiridos pelos/as trabalhadores/as, causando um pavoroso panorama de deterioração social por meio do crescimento e intensificação da pobreza e extrema pobreza (Soares, 2001).

É importante destacar que desde sua a redemocratização, o Brasil, ora vivenciou períodos mais intensos e ora mais brandos em tempos de consolidação do neoliberalismo. Dentre os momentos mais acentuados, é válido a menção de que os presidentes que estiveram à frente da aplicação do ideário neoliberal, pode-se evidenciar os governos de Fernando Collor de Mello (1990 – 1992) pelo Partido da Reconstrução Nacional (PRN) e Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2003).

---

<sup>6</sup> Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Disponível em: [Constituição \(planalto.gov.br\)](http://Constituicao.planalto.gov.br) Acesso set. 2021.

<sup>7</sup> Faz-se necessário destacar que a defesa da Seguridade faz parte da agenda do Conjunto CFESS/CRESS, balizada no projeto ético-político profissional do Serviço Social, nesse sentido representando o conjunto dos/as assistentes sociais brasileiros/as no XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, realizado em Alagoas, 2000, o conceito de Seguridade Social defendido pela categoria profissional e exposto através da Carta de Maceió, reconhece o avanço da implementação da Seguridade Social na redemocratização da sociedade brasileira, no entanto, o documento vai além: defendendo um sistema que abrange todos os direitos delineados no artigo 6º da Constituição Federal (saúde, educação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social), visando assim moldar uma abrangente estrutura de proteção, mais alinhada às necessidades gerais da população brasileira. Disponível em: [encontronacional\\_cartas\\_maceio.pdf](http://encontronacional_cartas_maceio.pdf) ([cfess.org.br](http://cfess.org.br)) Acesso set. 2021.

<sup>8</sup> Nessa direção, destaca-se como significativo a universalização e a concepção de direito social e dever do Estado.

Como primeira medida econômica adotada pelo governo Collor foi o lançamento do Plano Collor, cujo objetivo declarado era eliminar a inflação. Embora a inflação tenha inicialmente diminuído, logo voltou a aumentar, levando o governo a introduzir o Plano Collor II, que incluía o congelamento de preços e salários. Entretanto, novamente a medida não obteve sucesso.

Collor assumiu a presidência no momento em que o neoliberalismo parecia ter triunfado no cenário mundial e adotou o seu figurino. Começou extinguindo 24 órgãos e empresas estatais, entre os quais o Instituto Brasileiro do Café (IBC), o Instituto do Açúcar e do Alcool (IAA), a Siderbrás, a Portobrás. Realizou leilões de carros oficiais, colocou imóveis residenciais da União à venda, afastou funcionários públicos, colocando-os em disponibilidade, e pôs em prática um programa de privatização de empresas estatais. Não teve tempo de concluir o seu trabalho. No meio de seu mandato, as denúncias de corrupção acabaram por afastá-lo do poder. (Koshiba e Pereira, 1996, p. 372-373)

Após um amplo movimento social, devido ao insucesso do Plano Collor<sup>9</sup> e das denúncias de corrupção, Collor sofreu um *impeachment*, em 1992 e seu vice Itamar Franco, do Partido Democrático Brasileiro, assumiu a presidência do Brasil e continuou na aplicação dos preceitos neoliberais.

Em 1993, o governo de Itamar Franco (1992 a 1994) indicou para o Ministério da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, que em 1994 lançou o Plano Real, cuja centralidade calcava-se em reforma monetária fundada nas medidas de ajuste fiscal, tendo como carro chefe a criação de uma nova moeda: o real.

Em resposta ao sucesso do plano em promover aparente estabilização da moeda — porém a custos perversos para o país —, o Partido da Frente Liberal (PFL) lançou Fernando Henrique Cardoso para a presidência nas eleições de 1994, e neste mesmo ano ele assume a direção do país, mantendo-se nela por dois governos consecutivos. (Koshiba e Pereira, 1996). As primeiras medidas do governo FHC difundiram-se em campanhas em torno de reformas filiadas ao Consenso de Washington (1989), onde foram implementadas as medidas de ajuste estrutural, (Duriguetto, 2007).

Dessa forma, na década de 1990, “assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal” (Bravo, 2008, p.99). Este

---

<sup>9</sup> O Plano Collor buscou estabilizar a moeda, mas questionou a segurança jurídica ao congelar preços e confiscar ativos financeiros. O governo reduziu despesas, desorganizando a administração pública, e tentou fragilizar organizações operárias. O Plano teve resultados limitados no combate à inflação, gerando desequilíbrios econômicos e recessão. A venda de estatais iniciou o processo de redefinição do papel do Estado. Apesar de tentativas, como o Plano Collor II, a inflação persistiu, levando ao impeachment de Collor em 1992 e marcando o fim do primeiro tempo do neoliberalismo no Brasil. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/blogs/blog-na-rede/neoliberalismo-em-tres-tempos-no-brasil-7265/> Acesso set. 2022.



redirecionamento do Estado foi marcado pelo que os neoliberais chamam de “reforma”. Os problemas sociais e econômicos do país foram creditados aos problemas no âmbito do Estado, desta forma o Estado deveria sofrer “reformas”, que estavam orientadas para o mercado (Behring e Boschetti, 2008). No entanto, a reforma do Estado não é operada no sentido de ampliação dos direitos sociais, mas fundada em prevalecer interesses patrimonialistas que marcam a sociedade brasileira, além da assunção de medidas de ajuste estrutural. Dessa forma, com base na literatura, tais reformas operadas na sociedade capitalista são, na verdade uma contrarreforma do Estado (ibidem, 2008), devido ao fato de ocorrer o desmonte dos direitos conquistados.

O documento que orientou essa contrarreforma no governo FHC foi o Plano Diretor do Aparelho do Estado (PDRE/MARE<sup>10</sup>, 1995). Este plano, sob a orientação do Ministro de Administração e Reforma do Estado Luis Carlos Bresser Pereira, preconizou um Estado, que transferisse as funções que antes eram suas para a esfera do público não-estatal<sup>11</sup>, assim ele foi o regulador e o provedor dos serviços (PDRE/MARE, 1995). A saúde foi situada como área não exclusiva do Estado podendo, portanto, seus serviços serem prestados pelas organizações sociais.

Bravo (2008) aponta ainda dentro deste plano que o Estado proposto pela política neoliberal é um Estado Gerencial, com ênfase na descentralização, na eficiência, no controle de resultados, na redução dos custos e na produtividade. A reforma administrativa do Estado está assentada, então, em uma contrarreforma, ao possuir como finalidade uma ordem centrada no mercado e na crítica às estruturas e políticas de

---

<sup>10</sup> Somente com a eleição de Fernando Henrique Cardoso o neoliberalismo foi retomado, estabelecendo entre os anos de 1995 a 2002, o segundo e mais longo tempo da aplicação do receituário neoliberal adotado no Brasil. Com a estabilização monetária proporcionada pelo Plano Real em 1994, o Estado passou por significativas transformações, incluindo privatizações, avanço da terceirização no governo, liberalização comercial e financeira, além de reformas trabalhista e previdenciária, consolidando o que é conhecido como o segundo tempo da aplicação do neoliberalismo no país. O Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) desempenhou um papel fundamental na reformulação conceitual do Estado, buscando a melhoria da atuação burocrática e a separação das atividades de regulação das de execução, transferindo esta última principalmente para as Organizações Sociais. Apesar disso, a descentralização vertical dos serviços sociais, um aspecto complexo das reformas, não recebeu muita atenção no projeto oficial, mesmo sendo relevante para as esferas locais e para objetivos como ampliação da efetividade, universalização e democratização dos serviços públicos sociais. O texto também destaca o paradoxo das tentativas do governo federal de descentralização, ao mesmo tempo em que busca reduzir os recursos disponíveis para as esferas subnacionais. A reforma concentra-se no fortalecimento das funções de regulação e coordenação do Estado, promovendo uma reconstrução da administração pública com base em princípios "modernos" e "racionais", superando o modelo burocrático em favor de uma abordagem gerencial orientada pelos valores da eficácia e qualidade, visando o controle dos resultados.

<sup>11</sup> Entende-se por entidade público-estatal as organizações sociais que absorvem os serviços que anteriormente à “reforma” eram implementadas pelo Estado e é a partir dessas organizações que surge o chamado “terceiro setor.” (Duriguetto, 2007)

universalização de direitos. Um dos aspectos da reforma foi a onda de privatizações que cobriu o país.

[...] alguns argumentos centrais estiveram presentes como justificativa dos processos de privatização: atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado. (Behring e Boschetti, 2008, p. 152-153)

Observou-se uma significativa diminuição da responsabilidade nas políticas sociais, o que tornou evidente a tríade do neoliberalismo em relação a essas políticas: focalização, privatização e descentralização.

A descentralização é concebida como um modo de argumentar a eficiência e a eficácia do gasto, já que aproxima problemas e gestão. Argumenta-se ainda que, com a descentralização, aumentam as possibilidades de interação no nível local dos recursos públicos e dos não-governamentais, para o financiamento das atividades sociais [...] A focalização, por sua vez, significa o direcionamento do gasto social a programas, e a públicos-alvo específicos seletivamente escolhidos pela sua maior necessidade e urgência [...] Finalmente, a privatização é „[...] entendida como deslocar a produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo[...] (Draibe, 1993, p. 92)

Entretanto, o repasse de recursos previsto pela descentralização não é assegurado e a privatização das políticas dicotomiza os cidadãos entre os que podem e os que não podem pagar. Logicamente, que os que podem pagar tem acesso a serviços de boa qualidade, enquanto os que não podem pagar ficam a cargo de serviços oferecidos de baixíssima qualidade.

[...] uma outra forma de privatização é a que propõe o deslocamento da produção e/ou da distribuição de bens e serviços para o setor privado não lucrativo composto por associações de filantropia e organizações comunitárias, ou as novas formas de organizações não-governamentais. (Draibe, 1993, p. 97)

Um elemento da descentralização da política de saúde no Brasil está relacionado à queda na qualidade dos atendimentos e à falta de recursos adequados para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso ocorre devido à insuficiência de repasses financeiros por parte do governo federal para a sua plena implementação. Portanto, a descentralização ocorre principalmente pela transferência de responsabilidades, sem a devida garantia de recursos necessários.

[...] o que se tem é um “processo de descentralização destrutiva” por desenvolver, por um lado, “o desmonte de políticas sociais existentes – sobretudo aquelas de âmbito nacional – sem deixar nada em substituição” e por outro lado, por delegar “aos municípios as competências sem os recursos correspondentes e /ou necessários” [...] (Duriguetto, 2008, p. 178-179)

Em síntese, do ponto de vista econômico efetivou-se um modelo de desenvolvimento que tinha como um dos pilares a redução da intervenção do Estado, visando reforçar a estrutura privada, nacional e internacional, que colocava o mercado no centro das estratégias e alijava a classe que vive do trabalho dos processos decisórios e participativos bem como dos frutos do desenvolvimento. Nesse sentido, a efetivação da política social no Brasil sofre os constrangimentos e determinações de uma política econômica e social de corte liberal e regressiva, reduzindo as possibilidades de efetivação de políticas de cunho universalistas e de espaços públicos democráticos nessa área.

Outra limitação referente ao modelo de financiamento do Estado brasileiro está relacionada à “utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superavit primário das contas públicas.” (Bravo, 2008, p. 105).

Salvador (2010) destaca que a utilização da Desvinculação das Receitas da União (DRU) desempenha um papel significativo na geração do superavit primário. Conseqüentemente, por meio da DRU, uma parte dos recursos destinados à área social, incluindo a saúde, é direcionada para quitar a dívida pública.

Assim, o repasse de recursos para o SUS permaneceu instável gerando

[...] um movimento nacional conhecido como “Movimento SOS SUS”, em torno da vinculação de recursos para o setor. Contando com a resistência da área econômica do governo, a proposta só se constitui norma legal com a aprovação da Emenda Constitucional nº.29/2000, que garantia recursos mínimos para o financiamento do SUS, sob a forma de vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis de governo [...] (Menicucci, 2007, p. 80)

Contudo, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) é a universalização dos serviços de saúde. Dessa maneira, ao se proclamar o direito à saúde como universal, era necessário implementar um modelo de financiamento diferenciado, que garantisse um aumento significativo nos recursos alocados, visando atender a todas as demandas de maneira qualificada.

Nesse sentido, o conceito de “universalização” passa a ser influenciado pelas políticas de ajuste fiscal, resultando em respostas parciais às demandas por meio de parcerias entre setores públicos e privados. Nesse sentido a saúde,

[...] fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. (Bravo, 2008, p. 100)

Assim, atribui-se à sociedade civil uma função que, na realidade, é responsabilidade do Estado, modificando, portanto, a dinâmica entre eles em um cenário

de “reforma” do Estado e externalização dos serviços e recursos humanos. Esse processo de externalização evidencia a precarização do emprego, a contratação por meio de contratos, a ausência de concursos públicos e outros desafios, como destacado por Bravo (2008).

Em 2003, Luiz Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores — PT) assumiu o governo, iniciando seu primeiro mandato que se estendeu de 2003 a 2006, seguido por um segundo mandato consecutivo de 2007 a 2011, sua vitória deu-se ao forte apoio dos movimentos sociais e de setores progressistas das camadas médias, além de contar com o apoio de parte do funcionalismo público. A mudança de representante político significou tempos de grandes esperanças na sociedade brasileira. A possibilidade de um projeto alternativo ao projeto de neoliberal, trazido por um partido forjado nas lutas políticas dos trabalhadores, com clara identificação com setores populares e histórico de militância política de esquerda, conseguia ascender eleitoralmente ao cargo mais alto do país. Entretanto, o que se verifica é que o governo Lula, além de manter a orientação econômica do governo Fernando Henrique Cardoso, a aprofundou<sup>12</sup>.

No governo de Luiz Inácio Lula da Silva, as políticas sociais estavam intimamente ligadas à estratégia econômica (Bravo, 2008). Nesse cenário, o Estado concentrava seus esforços nas camadas mais carentes da população — aqueles que viviam abaixo da linha de pobreza —, enquanto os demais eram incentivados a buscar serviços privados, como educação e saúde (Druck e Filgueiras, 2007).

No âmbito da Saúde, o governo abordou tanto o fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária quanto do projeto privatista na saúde (Bravo, 2008). Contudo, essa não foi uma prioridade explícita do governo, que, na prática, favoreceu um projeto em detrimento do outro de maneira desigual. Um extenso processo de privatização da política de saúde ocorreu, materializado por meio das fundações estatais de direito privado.

No primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (2003 – 2006), observa-se um aumento da visibilidade do projeto de Reforma Sanitária. Isso se deve, na maioria, às Conferências e aos Conselhos de Saúde, bem como à criação das Secretarias de Atenção à Saúde e de Gestão Participativa (Bravo, 2008). Apesar dos espaços abertos para a proposição e da criação de instâncias institucionais para promover os princípios do movimento, persistiram desafios relacionados ao financiamento do Sistema Único de Saúde, à focalização da política de saúde (evidenciada pela criação do Programa Saúde

---

<sup>12</sup> Tal expectativa já começa a se frustrar ainda em período pré-eleitoral, com a Carta aos Brasileiros onde Luiz Inácio Lula da Silva expõe que os contratos nacionais e internacionais seriam respeitados.

da Família) e à privatização. O Estado continuou a adotar uma abordagem gerencial nesse contexto.

Em 2004, o governo introduziu a Política Nacional de Humanização, conhecida como “Humaniza SUS”. Essa política encara a humanização como uma oferta de atendimento de alta qualidade, buscando melhorar os ambientes de cuidado aos pacientes, por conseguinte, as condições de trabalho (PNH, 2004). Uma de suas prioridades é a redução das filas e do tempo de espera, com diretrizes específicas para os serviços de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimentos, assistência pré-hospitalar, a Política tinha como principais premissas:

1-Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência. 2-Comprometer-se com a referência e a contrarreferência, aumentando a resolução da urgência e a emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários. 3-Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (Política Nacional de Humanização, Brasil, 2004).

Durante o segundo mandato do governo Lula (2007 – 2010), surgiram as Fundações Estatais, que operam sob a regulamentação do direito privado e empregam a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para contratação, impactando negativamente os trabalhadores e, como resultado, afeta a área da saúde com a introdução da proposta de criação dessas fundações de direito privado (Bravo e Menezes, 2010, p. 59).

Embora a proposta tenha sido amplamente rejeitada durante a 13.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde em 2007, ela acabou sendo aprovada pela Assembleia Legislativa e apresentada ao Congresso Nacional em 2009. Essa proposta,

[...] descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que o Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos 70. Substitui-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro [...] (Bravo e Menezes, 2010, p. 60)

Além disso, firma-se uma importante estratégia da contrarreforma na saúde, a refuncionalização dos princípios do SUS.

Os princípios do SUS não são negados explicitamente, tendo em vista as possibilidades de resistência. Os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados, adquirem conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária, incorporando elementos da nova racionalidade hegemônica [...] (Soares, 2010, p. 56).

Sendo assim, o que se observa nos dois mandatos do governo Lula, que era para ser abordado como uma modernização da reforma sanitária, buscando a introdução de

novos modelos de gestão e ampliando ainda mais a presença do setor privado na saúde, tanto dentro quanto fora do SUS, se configura na perpetuação da estratégia partilhada entre os governos da não exposição direta da contrarreforma<sup>13</sup> na saúde, que não ocorreu a partir de um “movimento explícito e amplo, muito pelo contrário, para burlar as possíveis resistências vêm se constituindo de modo fragmentado, experimental e se espraiando paulatina e continuamente no interior do sistema”. (Soares, 2010, p. 56).

Uma das mudanças mais significativas do governo Lula (2002 – 2006) foi a composição de um terceiro projeto no âmbito da saúde, denominado de SUS Possível<sup>14</sup>, que, mediante o contexto, defendia a flexibilização ou reatualização da Reforma Sanitária, e termina por favorecer a “ampliação dos espaços do Projeto Privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois Projetos [...] se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica” (Soares, 2010, p. 52-53).

É necessário destacar o Projeto de Lei Complementar 92/2007, que versa sobre o estabelecimento das Fundações Estatais de Direito Privado juntamente com o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, que foram considerados marcos na contrarreforma no âmbito da Saúde durante estes governos.

Durante o primeiro mandato do governo Dilma Rousseff (PT — 2011 — 2014, que assumiu o governo Federal após a gestão de Lula) o foco foi a redução dos gastos públicos e a manutenção do subfinanciamento, com expansão e fortalecimento do setor privado. Houve crescimento dos planos e seguros privados, incorporação de tecnologias de alto custo, financeirização do setor e continuidade da captura do SUS pelo setor privado.

---

<sup>13</sup> A lógica neoliberal imposta como a única saída para crise econômica citada anteriormente é fortalecida e inicializada uma prática de privatização nas políticas sociais, em especial na Saúde. “O capitalismo contemporâneo, sob um novo estilo de acumulação, a financeirização, tem requisitado a atuação do fundo público, em favor do interesse do capital, e as contrarreformas têm sido o instrumento utilizado para viabilizar essas transferências. Os novos modelos de gestão têm se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos, na área da saúde, para atender aos interesses privados. (Santos, 2015, p. 100)”. Dessa forma as entidades privadas no fundo público significam um nítido e claro processo de privatização da gestão. O Estado nessa lógica terceiriza seus serviços a iniciativa privada com o objetivo de dinamizar a gestão das unidades públicas, que para seus defensores é burocrática, ineficiente e mais cara. Somado a tudo isso propaga-se a incapacidade dos serviços públicos para a oferta de saúde pública, universal e gratuita, com a promessa de eficiência, modernização e melhoria de acesso e qualidade dos serviços a serem prestados pela iniciativa privada (Junqueira, 2007).

<sup>14</sup> Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), “[...] 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 [...]”. (Ibidem, 2018, p. 10).

Em 2011, foi estabelecida uma nova orientação política da atenção básica (a Portaria n.º 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.

A lógica da focalização nas políticas de saúde foi mantida, com expansão de serviços de saúde em atenção primária. Com a Lei Complementar n.º 141/2012 (LC-141), permaneceram os percentuais mínimos do orçamento para a saúde nos estados (12%) e nos municípios (15%) e foi mantida a fórmula de cálculo da participação da União centrada na variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal, ou seja, manteve o mecanismo de financiamento do SUS estabelecido 12 anos antes para o nível federal por meio da Emenda Constitucional n.º 29 (EC-29). Houve também a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)<sup>15</sup>, em 2011, para operar na esfera dos hospitais universitários federais.

Cabe ressaltar que, na segunda metade do primeiro governo Dilma, ficaram evidentes diversos ataques ao SUS, sobretudo partindo do Congresso Nacional, entre eles:

1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP n.º 627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde. (Reis e Paim, 2018, p.106-107)

A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 451/14, apresentada pelo deputado federal Eduardo Cunha (Partido do Movimento Democrático Brasileiro — PMDB), tinha como objetivo alterar o artigo 7.º da Constituição e propunha a inclusão de um plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador como parte do vínculo empregatício, para todos os trabalhadores, com exceção dos domésticos. Essa proposta representaria um retrocesso em relação ao conceito de saúde como um direito de cidadania, conforme estabelecido na Constituição de 1988, entrando em conflito com o capítulo que trata da seguridade social.

---

<sup>15</sup> É notório que neste Governo do PT, implementou ações no âmbito da Saúde, principalmente em relação a estas “novas” nuances de privatização na esfera da gestão, direcionando as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Fundações Estatais de Direitos Privados (FDEPs) como a “melhor” alternativa para a gestão da Saúde.

Em meio à instabilidade política, as ruas se tornaram novamente o cenário de manifestações tanto a favor quanto contra a presidente Dilma em 2015. Nesse contexto, o Congresso Nacional ganhou um papel de destaque, com confrontos entre os representantes do Executivo e do Legislativo, ocorrendo durante uma crise econômica e política. A perda da base de apoio parlamentar da presidente levou à abertura do processo de *impeachment*, seguido pela cassação do presidente da Câmara dos Deputados por quebra de decoro parlamentar. Em 12 de maio de 2016, o Senado Federal aprovou o pedido de afastamento da presidente Dilma. A situação do Brasil, marcada pelo ajuste fiscal, aplicação dos preceitos neoliberais e dificuldades do governo em responder adequadamente aos acontecimentos, apontava para uma mudança na correlação de forças, com impactos negativos nas políticas de saúde.

## 1.2 PROTAGONISMO DO SETOR PRIVADO NO ÂMBITO DA SAÚDE: GOVERNO TEMER

No Brasil, a Saúde é reconhecida como um direito universal garantido pelo Estado, conforme estabelecido no capítulo “Da Ordem Social” da Constituição Federal de 1988. Essa garantia é fundamentada na concepção de Seguridade Social<sup>16</sup>. No entanto, desde a sua origem, o Sistema Único de Saúde (SUS) — é atravessado por diversas forças, contextos e fenômenos que dificultam sua consolidação, a intrincada disputa entre os interesses do capital e os interesses do trabalho no campo da saúde, possui raízes históricas e estruturais profundas que remete a dois projetos: Projeto de Reforma Sanitária, com a defesa do caráter universal e público-estatal da saúde e o Projeto Privatista que concebe a saúde como mercadoria e fonte de lucro, com ataques constantes, principalmente no que diz respeito à universalização e dever do Estado.

A tensão entre estas duas propostas conduzem a uma incessante tentativa de consolidação e desmantelamento do SUS. Esses entraves dificultam, por exemplo, a implementação de determinados princípios e diretrizes do Sistema previstos no artigo 7.<sup>a</sup>

---

<sup>16</sup> [...] objeto de sucessivos ataques por parte dos setores mais conservadores da burguesia nacional e internacional, foi caminhando para o que Vianna (1998) denominou de *americanização perversa*, na medida em que, o modelo estatal foi se aprimorando cada vez mais numa espécie de atendimento de péssima qualidade voltado ao mais pobres. (Castilho; Lemos, 2021, p.274)



da Lei Orgânica de Saúde<sup>17</sup> (LOS — Lei n.º 8.080), bem como no artigo 198 da Carta Constitucional, respectivamente. Em que cita:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade. (Brasil, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, art. 7º)

Concorda-se com a análise realizada por Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) ao afirmarem que o processo de contrarreforma no SUS é um fenômeno constante no Brasil desde os anos 1990, atravessando os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), passando pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, posteriormente ao governo de Michel Temer e de Jair Bolsonaro. No entanto, mesmo sendo um processo contínuo, cada governo imprimiu suas próprias nuances.

Em 2016, o Brasil testemunhou as manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram na concretização do *impeachment* de Dilma Rousseff da Presidência da República, esse fato desnudou as fragilidades da democracia na tentativa de superação da crise enfrentada pelo sistema capitalista. Em seu lugar, assume de maneira ilegítima Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. Os documentos que delineiam as ações a serem adotadas pelo governo recém-iniciado (“Ponte para o Futuro” e “Travessia Social”) indicam a aceleração e intensificação de medidas que contribuem para o desmantelamento do Estado brasileiro, caracterizando uma nova fase de contrarreformas estruturais que impactam os direitos dos trabalhadores.

A nomeação do deputado federal Ricardo Barros para o Ministério da Saúde no período de 2016 – 2018, lança luz sobre a abordagem que este governo pretendia adotar para a saúde: estreitar laços entre o governo e o setor privado, uma vez que o Ministro não apresentava nenhuma vinculação à área da saúde, exceto sua relação com o setor privado, no qual o maior doador individual da sua campanha para deputado federal foi o

---

<sup>17</sup> Trata das ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal.

presidente do Grupo Aliança<sup>18</sup>. Em seus discursos<sup>19</sup> como Ministro é revelado de maneira transparente a intenção de fortalecer parceria com o setor privado, a partir de “contato permanente com setores e entidades privadas da saúde, como se fossem efetivamente conselhos consultivos orientadores da gestão da política” (Soares, 2018, p.27), inclusive com investimento estrangeiro, com o intuito de reduzir os gastos com a saúde pública estatal, contribuindo com o desmantelamento do SUS, num claro retrocesso das políticas sociais.

Desde suas declarações iniciais, o Ministro da Saúde Ricardo Barros expôs de forma direta à mídia a urgência de reavaliar a extensão do SUS. Essa abordagem estratégica deixa claro o tom sobre a orientação das mudanças propostas durante o governo Temer, e, ao mesmo tempo, “do momento do Estado brasileiro e seus vínculos com o capital nacional e internacional”, (Soares, 2018, p.26).

Sendo assim, a primeira medida deste governo, buscando avançar no cumprimento da agenda das contrarreformas, consiste na criação da Emenda Constitucional 95/2016<sup>20</sup>, que estabelece um Novo Regime Fiscal no âmbito do Orçamento da Seguridade Social da União, prevendo que por um período de vinte anos, as despesas primárias do orçamento público fiquem restritas ao índice de variação inflacionária, indicando uma asfixia financeira de todas as políticas sociais.

[...] tudo isso para que o Estado brasileiro continue a destinar mais de 40% de suas receitas para o pagamento de juros da dívida, alimentando o sistema financeiro internacional, além de manter elevados os subsídios estatais ao setor privado via terceirização e entrega dos equipamentos públicos de saúde para Organizações Sociais. Ou seja, atravessamos uma brutal reforma regressiva e antidemocrática do Estado, aprofundando de forma acelerada um processo de penalização dos pobres e trabalhadores que se estabeleceu desde os anos 1990, para que o capital possa se apropriar de todo o fundo público, até mesmo dos poucos recursos destinados à reprodução da força de trabalho no Brasil. (Ferraz, Bernardes, 2018, p. 5)

<sup>18</sup> Empresa que comercializa planos de assistência médica e odontológica. (Frente Nacional Contra a Privatização de Saúde, 2016) Disponível em: [Nota Política da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde \(intersindicalcentral.com.br\)](http://intersindicalcentral.com.br) Acesso set. 2022.

<sup>19</sup> Em audiência pública na Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara, o ministro Ricardo Barros admitiu que há um quadro de "subfinanciamento" do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, mas que, por ser "ministro do governo e não ministro do SUS, o governo tem uma política estabelecida, tem limitações orçamentárias e tem prioridades", não lutará por mais verba; "Eu não me posicionarei, como ministro da Saúde, contra as posições do governo", afirmou. Em seguida, o ministro defendeu a criação de planos de saúde populares, de “menor cobertura e menor custo”, que poderiam oferecer apenas consultas e exames. “Se nós colocássemos 2º milhões de vidas no plano popular de saúde a R\$ 80,00 por mês nós estamos colocando R\$ 20 bilhões (sic) no financiamento da saúde. O plano de saúde é um contrato, não é obrigatório nem impositivo. Eu não vejo como isso pode prejudicar o sistema. Quanto mais pessoas estiverem dispostas a colocar recursos na saúde melhor para a saúde”. Entretanto, a criação de planos de saúde populares, entrariam diretamente em conflito com o conceito de saúde universal do SUS. Disponível em: [Ministro da Saúde se recusa a lutar por mais verbas para o SUS - Brasil 247](http://planalto.gov.br) Acesso set. 2022.

<sup>20</sup>Ver: BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Brasília (DF), 2016a. Disponível em: [Emenda Constitucional nº 95 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br) Acesso set. 2022.

No que diz respeito ao financiamento, o congelamento de despesas da PEC 95/2016, pode ser considerada a medida mais radical adotada pelo governo, cujas implicações para área da saúde são de grande magnitude. O estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) através da Nota Técnica 28, destaca questões seríssimas relacionadas ao orçamento.

Uma dessas questões é a perda de recursos federais destinados ao SUS estimada em R\$ 654 bilhões de reais nesse período de 20 anos, em um cenário conservador (crescimento médio do PIB de 2% ao ano). Ao utilizar uma estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja: ao comparar a regra da PEC com a atual, quanto mais a economia brasileira crescer nesse período, maior a perda de recursos para a Saúde. Os pesquisadores do IPEA ainda chamam a atenção para o fato de que a população de idosos no Brasil deve dobrar entre 2016 e 2036, de 24,9 milhões para 48,9 milhões (12,1% a 21,5% do total). O impacto dessa mudança do perfil demográfico para o SUS é evidente: idosos adoecem mais e procuram mais os serviços de saúde, demandando também mais estrutura e insumos. (Bravo, Pelaez e Pinheiro, 2018, p. 15)

Trilhando a busca incessante do processo de reestruturação conservadora, entre 2015 e 2016, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), com a colaboração e organização da fundação Ulysses Guimarães, foram divulgados: “Uma Ponte Para o Futuro” e “A Travessia Social”, e o “Agenda Brasil”, que estava em andamento desde 2006, estes foram retomados em agosto de 2015, por meio da liderança do senado.

Tais documentos apresentaram as seguintes propostas: “Agenda Brasil” (2006) as propostas contidas neste documento, com impacto significativo sobre a Política de Saúde incluem uma maior desvinculação da Receita da União e a restrição do financiamento de tratamentos experimentais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018). Isso é justificado sob o argumento de que tais medidas visam evitar a judicialização dos serviços de saúde.

No documento intitulado “Uma Ponte para o Futuro” (2015), é traçado um retrato tumultuado da “profunda recessão brasileira”. Esse diagnóstico aponta para a necessidade de reformas estruturais e um reforço no ajuste fiscal como meios de solução. O programa “destina-se a preservar a economia brasileira e tornar viável o seu desenvolvimento, devolvendo ao Estado a capacidade de executar políticas sociais que combatam efetivamente a pobreza e criem oportunidades para todos. [...]” (Fundação Ulysses Guimarães, 2015, p. 02). O documento também expõe a visão de que a questão no Brasil não se trata do tamanho do Estado, mas sim da necessidade de um Estado eficiente e

atualizado, que colabore com o setor privado na expansão dos mercados internacionais e na implementação de uma estratégia de desenvolvimento focada na iniciativa privada: “[...] para ser funcional, ele deve distribuir os incentivos corretos para a iniciativa privada e administrar de modo racional e equilibrado os conflitos distributivos que proliferam no interior de qualquer sociedade” (Fundação Ulysses Guimarães, 2015, p. 04). Além disso, o documento destaca assuntos relacionados à reforma da previdência sob o governo Temer.

O “Travessia Social” (2016) segue uma estrutura similar ao anterior, começando com uma análise mais detalhada da crise no Brasil. Este documento conta com um item nomeado como “O desafio da saúde”, onde há um destaque para a importância do SUS, evidenciando determinados avanços no sentido da assistência à saúde, entretanto, o documento também expõe as “debilidades” do SUS, delineando oito (08) pontos de ação com um enfoque no gerencialismo. Nesse contexto a má gestão é apresentada como o principal obstáculo do SUS, por isso, o documento propõe a concentração de focalização na parcela que não pode custear planos privados de saúde (desencadeando nos chamados planos de saúde acessíveis) e incentivar a ampliação da cobertura dos planos privados, isso aponta para uma aceleração e intensificação das contrarreformas.

As principais alterações em programas do Ministério da Saúde e iniciativas governamentais que contribuíram para desestruturação do SUS no Governo Temer, tiveram início com a formulação dos chamados “planos de saúde acessíveis”, sendo formalizada no Ofício n.º 60 em 2017 da Secretária de Atenção à Saúde, com o propósito de enfrentar a diminuição de aderentes aos planos de saúde, sugerindo assim, planos que poderiam abranger todas as camadas sociais. A proposta é dividida em três categorias: Plano Simplificado, Plano Ambulatorial+Hospitalar e Plano em Regime Misto de Pagamento.

No que diz respeito à avaliação e crítica dos Planos de Saúde Acessíveis, diversas entidades expressaram posicionamentos contrários. O Conselho Nacional de Saúde, em 10 de março de 2017, emitiu uma Moção de Repúdio à proposta, destacando que esta subverte o papel do Estado e representa um grave retrocesso, a moção também ressalta que a proposta impõe muitas restrições de cobertura, violando o princípio da integralidade da assistência, e diminui a competência regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS (ASSE-TANS), em assembleia realizada em 5 de setembro de 2017, aprovou um posicionamento contrário

aos Planos de Saúde Acessíveis. A entidade enfatizou que as características desses planos limitam as coberturas garantidas pela Lei 9.656<sup>21</sup> e sua regulamentação, contrariando o princípio da integralidade da atenção em cada segmento atualmente existente. A ASSETANS considera que fatores acima de 30% são considerados restritores severos ao acesso aos serviços, uma vez que a proposta prevê um copagamento de 50% para acessar esses serviços. Além disso, ressaltou que os serviços oferecidos pelos Planos de Saúde Acessíveis serão parcelados, de baixa qualidade, e transferirão para o sistema público os procedimentos de alto custo.

Diante de todos esses retrocessos, o Governo Temer deixou mais explícita sua conexão com o setor privado por meio do documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde” idealizado pelo Instituto Coalizão Brasil<sup>22</sup> e divulgado em 2017 e tinha como meta a construção de um novo sistema saúde para o Brasil. A proposta apresentada sugeria para os setores público e privado a criação de uma rede integrada de cuidados contínuos, com a gestão dos serviços a cargo do setor privado. Além disso, foi apresentado um “diagnóstico” do SUS destacando diversas deficiências no sistema, principalmente relacionadas à gestão. Em resposta a essas deficiências, foram propostas iniciativas a serem priorizadas, onde o setor privado era indicado como uma solução para a correção das falhas apontadas.

Os organismos internacionais Fundo Monetário Internacional — FMI, Banco Mundial — BM e Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento — BIRD definem as regras das políticas sociais no mundo, inteiro reorientando e priorizando a distribuição de recursos públicos para o capital financeiro em detrimento das necessidades da população. A concepção do novo modelo se alinha com a abordagem proposta pelo Banco Mundial para a Cobertura Universal de Saúde (CUS)<sup>23</sup>, prevendo a supressão do sistema de saúde universal e gratuito em favor de um sistema híbrido estatal-privado. Essa proposta também contempla o fortalecimento do envolvimento das

---

<sup>21</sup> Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm) Acesso out. 2022.

<sup>22</sup> Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), o grupo Coalizão Saúde surge em 2014, lançado na Faculdade de Medicina da USP, reunindo parte significativa da “cadeia produtiva da saúde”. Porém, é em 2016 que se amplia o número de associados, totalizando 24 entidades articuladoras do capital da saúde, com uma composição que varia entre indústrias, indústria farmacêutica, entidades e operadoras de planos de saúde, associação de hospitais privados, confederação dos hospitais e entidades filantrópicas. O grupo tem como suas pautas principais a solução para os sistemas de saúde públicos através das parcerias público-privadas e as OSs como novo modelo de gestão, o que amplia a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na definição das políticas de saúde.

<sup>23</sup> Discussão disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagens/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital-0> Acesso out. 2022.

Organizações Sociais (OSs) na gestão, representando um ataque direto aos princípios da universalidade e gratuidade do SUS, enquanto simultaneamente reforça a ideia de que a saúde possa ser capitalizada para lucro.

### 1.3 GOVERNO BOLSONARO: A INTENSIFICAÇÃO DO DESMANTELAMENTO DO SUS E A EXPRESSÃO AGUDA DA NECROPOLÍTICA

Faz-se necessário destacar que ascensão do nome do Jair Messias Bolsonaro, até então deputado federal, foi lançado para concorrer às eleições de governo Federal, que saiu vitorioso para a gestão governamental de 2018 — 2022. Seu nome foi arquitetado e orquestrado pela extrema direita brasileira, recebendo apoio de lideranças políticas, incluindo o ex-presidente Michel Temer<sup>24</sup>, que declarou seu apoio a Bolsonaro nas eleições de 2018.

Jair Bolsonaro ingressou na política após passar por um julgamento no final da década de 1980<sup>25</sup>, conduzido pelo Supremo Tribunal Militar, o que resultou em seu afastamento das Forças Armadas. Como oficial do Exército, já havia sido sancionado com prisão devido a infrações disciplinares e hierárquicas, que ocorreram após conceder uma entrevista à revista *Veja* na qual expressava insatisfação com os baixos salários dos militares. Em decorrência disso, uma sindicância foi instaurada na Escola de Aperfeiçoamento de Militares. Com vários desdobramentos, incluindo o parecer do

---

<sup>24</sup> O maior interesse do ex-presidente Michel Temer era dar sequência da reforma da previdência, cuja tramitação estava parada no Congresso Nacional e não havia sido implantada no exercício de seu governo. Temer afirmou que ainda não tratou da reforma da Previdência, cuja tramitação está parada no Congresso Nacional, com Bolsonaro. Porém, disse que, "evidentemente, no instante em que começarmos a conversar, eu oferecerei a ideia de eventualmente podermos ainda fazer tramitar" por estar pronta para votação. "Se isto ocorrer, acho que ainda é possível realizá-la neste ano. A estrada estará inteiramente asfaltada para o próximo governo", disse Temer.

Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/eleicoes/2018/noticias/2018/10/28/temer-discurso-bolsonaro-eleito.htm> Acesso jan. 2023.

<sup>25</sup> "Um ano depois, Bolsonaro voltou a ser acusado por planejar a famosa "Operação Beco sem Saída". Tratava-se de um plano para explodir bombas em instalações militares descoberto pela revista *Veja*. O plano era parte das reivindicações contra o governo por salários e melhores condições. O primeiro presidente após a ditadura militar, José Sarney, enfrentava a resistência dos capitães do exército que estavam insatisfeitos com os aumentos concedidos pelo governo e planejavam explodir bombas em várias unidades militares. Segundo a reportagem da revista, o plano também era uma estratégia para desestabilizar o Ministro do Exército, o general Leônidas Pires, e expô-lo junto ao presidente como um general sem poder de comando sob a tropa". Petrarca, 2021, p. 351.

Conselho de Justificação do Exército que o considerava culpado, o processo contra o capitão chegou ao Supremo Tribunal Militar (STM)<sup>26</sup>.

Por fim, Jair Bolsonaro foi absolvido, mas colocado na reserva com a patente de capitão. Foi a partir deste episódio que ele iniciou sua carreira na vida política. No mesmo ano de sua absolvição, candidatou-se a vereador no Rio de Janeiro pelo Partido Democrata Cristão (PDC) e foi eleito. Como vereador, deu destaque às questões militares, permanecendo no cargo por apenas dois anos antes de concorrer ao cargo de deputado federal, também pelo PDC. Em seguida, foi eleito para seis mandatos consecutivos por oito partidos diferentes. Suas principais bandeiras incluíam o apoio à carreira e às causas militares, bem como posteriormente o apoio aos policiais militares e agentes da segurança pública, incluindo policiais civis e federais. Suas propostas abrangiam áreas como a comercialização e registro de armas de fogo, direitos especiais para militares e isenção de penalidades para condutores de veículos em serviço de segurança pública, entre outras.

Como deputado federal ao longo desses 27 anos, Bolsonaro mudou de partido 08 (oito) vezes<sup>27</sup>. Durante esse período, não assumiu a presidência de nenhuma comissão nem liderou bancadas parlamentares significativas. Ele foi frequentemente associado ao “baixo clero” do Congresso, composto por parlamentares com pouca visibilidade e participação política.

[...] o qual corresponde a um grupo de congressistas, conforme apresentado no tópico anterior, com pouca projeção e participação e que disputam dentro do “centrão” algum tipo de benefício. Uma das principais características dos parlamentares do “baixo clero” é o fisiologismo, relação de poder político baseado na troca de favores e atendimento a interesses privados e imediatistas. (Petarca, 2021, p. 353)

Em janeiro de 2018, o pré-candidato à presidência da República tomou a decisão de deixar o Partido Social Cristão (PSC) Após extensas negociações com diversos partidos, optou por se filiar ao Partido Social Liberal (PSL), uma vez que foi o único partido disposto a discutir a alocação de cargos internos em sua estrutura. Nesse contexto, Bolsonaro formou uma chapa presidencial com o General Mourão filiado ao Partido Renovador Trabalhista Brasileiro (PRTB), como seu vice, e lançou sua campanha eleitoral sob a coligação "Brasil acima de tudo, Deus acima de todos".<sup>28</sup> Carregando um modus operandi próprio de

<sup>26</sup> Em sua defesa, ele convocou, entre outros, o general da reserva Newton Cruz, ex-chefe da agência central do Sistema Nacional de Informações (SNI) durante a ditadura militar, por quem Bolsonaro tinha uma forte admiração. O general, que tinha um passado polêmico e era conhecido como "linha dura", já havia sido acusado de participar do "Atentado do Riocentro" organizado em 30 de abril de 1981, por dois militares insatisfeitos com a abertura democrática e realizado no Centro de Convenções do Rio-centro, no dia e local em questão ocorria um show em homenagem ao dia do trabalho.

<sup>27</sup> Dentre os partidos estão: PDC (1988-1993); PPR (1993-1995); PPB (1995-2003); PTB (2003-2005); PFL (2005); PP (2005-2016); PSC (2018-2019); PSL (2018-2019).

<sup>28</sup> De um lado, temos os partidos que representam a composição da candidatura. O PSL e o PRTB são dois exemplos de partidos pequenos, com pouca expressão na câmara legislativa e um número reduzido de deputados eleitos. O primeiro está associado a uma abordagem de caráter liberal, enquanto o segundo adota uma linha conservadora, especialmente em relação a questões morais e sociais. Essas características foram

um parlamentar do “baixo clero”, como intensa troca de partido, atuação coadjuvante, posição subalterna dentro do superbloco, motivado por interesses particulares e voltando-se, exclusivamente, para sua base eleitoral, Bolsonaro passa a se movimentar no campo político aliando a direita e a extrema direita. (Petarca, 2021, p. 354)

As principais coalizões construídas por Bolsonaro foram, principalmente, com os seguintes setores: a burguesia financeira<sup>29</sup>, frações da alta burguesia comercial e industrial<sup>30</sup>, o agronegócio<sup>31</sup>, lideranças de alto escalão das Forças Armadas<sup>32</sup> e três grupos sociais influentes: os apoiadores da Operação Lava Jato, os seguidores da influência do ideólogo Olavo de Carvalho e a bancada evangélica<sup>33</sup>. Petarca (2021, p. 355), desta que cada um destes grupos articula atores específicos que muitas vezes “transitam entre esses setores, formando, nestas condições, uma rede, contribuindo, em certa medida, para fortalecer suas posições e criar uma homogeneidade entre os setores que sustentaram a aliança”.

Apesar de medíocre, Jair Messias Bolsonaro tem uma trajetória de mais de 30 anos atuando como parlamentar, no Congresso Nacional ficou conhecido diante da ausência de liderança nos partidos políticos e que, pertenceu, nunca assumiu cargos no governo federal ou posição de destaque na Câmara dos Deputados.

No contexto brasileiro, as políticas ultraconservadoras e ultraneoliberais<sup>34</sup> ganharam impulso significativo durante o mandato de Jair Messias Bolsonaro (2018 –

---

utilizadas para atrair uma variedade de aliados e apresentar a candidatura como uma plataforma que é "liberal na economia, conservadora nos costumes. (Petarca, 2021, 354).

<sup>29</sup> Representada por grandes grupos de corretoras de investimentos, a burguesia financeira de um lado, com parte do setor de comunicação (revistas e veículos) e, de outro defensores de ideias negacionistas, que funcionam como mecanismos de legitimação do mercado financeiro e de produção e circulação de uma agenda ultraliberal. (Petarca, 2021, p.356).

<sup>30</sup> Outro grupo importante a declarar apoio à candidatura de Bolsonaro foi uma parcela significativa da burguesia comercial. Organizada através de grandes lojas varejistas, este setor é considerado o mais radical, manifestando os apoios mais fervorosos em prol do presidente. No que tange à burguesia industrial, os principais setores estão associados à indústria da construção civil, aço, automobilístico e siderurgia. (Petarca, 2021, p.357).

<sup>31</sup> Considerado um dos principais setores da econômica brasileira, concentra 20% do PIB nacional e envolve a industrialização da pecuária e da agricultura. Composto de grandes produtores e proprietários rurais o setor, após a redemocratização do País na década de 1980, passou a se organizar politicamente para ocupar vagas na Câmara e no Senado. (Petarca, 2021, p.358).

<sup>32</sup> Sobre tudo na figura do Exército Brasileiro e diversas de suas lideranças. A aliança começa já na composição da candidatura que traz como vice o General Hamilton Mourão. Apesar da intensa participação, vale salientar que não é a corporação militar – enquanto instituição – que aderiu à campanha, mas um conjunto de lideranças distribuídas nas diferentes forças armadas (Exército, Aeronáutica e Marinha), com forte prevalência de generais da reserva do exército. (Petarca, 2021, p.359)

<sup>33</sup> Importante setor, os evangélicos, assim como os ruralistas, organizam-se em frentes parlamentares e têm forte presença no jogo político. (Petarca, 2021, p.360).

<sup>34</sup> De acordo com Bravo; e Matos (2020, p.90), “Especialmente no Brasil, neste ciclo de liberalismo ultracirrado (ultraneoliberalismo), as práticas vêm sendo reorientadas por um conservadorismo de direita, também exacerbado (que denominamos ultraneoliberalismo), uma vez que recorre ao fascismo. Seria



2022), encontrando solo pródigo para crescer e se proliferar sem restrições. As contínuas reduções de investimento e a privatização na saúde pública tiveram um impacto determinante nas ações do Estado para controlar, ou não, a propagação da pandemia no Brasil.

Durante o curso de seu governo, Bolsonaro intensifica o processo em andamento de desmantelamento do SUS, prosseguindo com a redução de financiamento e a promoção de parcerias público-privadas. Como uma das primeiras medidas, o governo encerrou o Programa Mais Médicos, suspendendo a contratação de profissionais cubanos/as, isso resultou na ausência de atendimento em diversas regiões — tanto em áreas rurais quanto nas periferias urbanas — deixando a população desassistida.

O Governo Federal demonstrou eficiência em garantir o fortalecimento e a estabilidade do setor privado de saúde, especialmente durante a pandemia: não houve uma gestão que visasse estabelecer uma fila única para a assistência à saúde de usuários (as) com Covid-19<sup>35</sup> abrangendo tanto o sistema público quanto o privado. Em diversas ocasiões a Agência Nacional de Saúde Suplementar, muitas vezes por ausência e indefinição, beneficiou os planos privados de saúde<sup>36</sup>, outras vezes, adotou medidas para flexibilizar as normas que regulamentam os planos e seguros privados de assistência à saúde, além da liberação de recursos que poderiam ser direcionados para investimentos no SUS<sup>37</sup>.

A tentativa de privatização do SUS seguiu seu curso durante a pandemia com o repasse da gestão de muitas unidades hospitalares de campanha para os modelos privatizantes, especialmente, por meio da contratualização de Organizações Sociais (OSs). No entanto, no decorrer desse período, os escândalos relacionados ao desvio de recursos públicos<sup>38</sup> de saúde por meio de OS, também foi amplamente destacado.

---

uma nova etapa do projeto neoliberal, com a conjugação de um projeto ultraconservador, que busca naturalizar desvalores, para legitimar o neofascismo e que vai repercutir – diretamente – nos estratos mais baixos da classe trabalhadora, uma vez que estes são vistos como mais dispensáveis”. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-pol%C3%ADticas-sociais-e-ultraneol> Acesso em nov. 2023.

<sup>35</sup> Conforme definição do Ministério da Saúde, a Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus> Acesso em mar. 2022.

<sup>36</sup> Como foi o caso da aprovação da inserção de testes sorológicos para detecção da covid-19 que só foi feita em 29/6/2020, em decorrência de uma ação civil pública.

<sup>37</sup> De acordo com Correia e Alves (2020), a ANS realizou algumas concessões que, somadas a outras medidas, preveem a liberação do total de cerca de R\$ 15 bilhões para as operadoras de saúde no enfrentamento da covid-19.

<sup>38</sup> Durante esse período a Polícia Federal, em conjunto com a Controladoria-Geral da União, realizou a operação S.O.S, que constatou só no governo do estado do Pará a celebração de contratos com OSs envolvendo a cifra de R\$ 1,2 bilhão (Polícia Federal, 2020). No estado do Rio de Janeiro, o desvio de



A troca frequente de ministros, além de desarticular a política de saúde, dificultou a coordenação de esforços, gerou incerteza nas equipes e enfraqueceu a capacidade de resposta rápida. Acrescenta-se que cada ministro trouxe abordagens e prioridades diferentes, permanecendo por mais tempo no cargo, aqueles que se submeteram a realizar as vontades do então Presidente Bolsonaro, o que resultou em mudanças abruptas nas estratégias, confundindo a população e atrasando a implementação de medidas eficazes.

Considerando o exposto, pode-se afirmar que o enfrentamento a pandemia da Covid-19 no Brasil revelou ainda mais o projeto de desmantelamento das políticas sociais do governo Bolsonaro, que desempenhou um papel decisivo na morte de milhares de brasileiros e brasileiras, especialmente pretos e pobres<sup>40</sup>.

A falta de investimento adequado e racional, a ausência de coordenação de política ao nível federal, a adoção de um discurso negacionista e não alinhado às recomendações da OMS e a desestruturação técnica do órgão máximo responsável pela política de saúde foram os principais fatores que contribuíram para essa situação catastrófica. Em vez de articular e organizar uma resposta efetiva, o SUS no governo Bolsonaro sofreu com o desmantelamento, tendo suas medidas necessárias e urgentes.

É possível evidenciar a alocação dos recursos orçamentários destinados ao enfrentamento da pandemia do Coronavírus, conforme exposto no gráfico abaixo.

---

<sup>40</sup> A partir da análise realizada pela Agência, com base nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, o Coronavírus atinge em maior quantidade negras/os e periféricas/os. Os dados revelam que a taxa de mortalidade entre pessoas negras hospitalizadas pela Covid-19 é de 01 (uma) morte para cada 03 (três) casos. Em contraste, para pessoas brancas, essa proporção diminui para 01 (uma) morte a cada 4,4 hospitalizações. Ainda segundo informações da Agência Pública, em São Paulo, a cidade com maior número de casos no Brasil, dos dez bairros com maior quantitativo absoluto de óbitos causados pelo Coronavírus, oito têm mais negros que a média de São Paulo. Disponível em: <https://apublica.org/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>. Acesso em: fev. 2022.

Gráfico 1 — Recursos orçamentários para enfrentamento da pandemia do Coronavírus até junho de 2020



Fonte: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados.

Dos R\$ 404,2 bilhões disponíveis para o combate a pandemia da Covid-19, o governo federal, via medidas provisórias<sup>41</sup> utilizou 39% até junho de 2020, totalizando um montante de apenas R\$157,8 bilhões.

A partir do exposto na tabela, é possível visualizar os recursos autorizados para cada programa de enfrentamento à pandemia da Covid-19 e o valor pago até meados de junho de 2020 para cada programa.

Tabela 1 - Recursos disponibilizados pelo Governo Federal para cada programa para enfrentamento a pandemia da Covid-19 no ano de 2020

Ação	Despesas executadas por programa		
	Autorizado	Pago (até 12/06/2020)	Percentual de execução (%)
<b>Auxílio Emergencial</b>	152,64 bilhões	76,988 bilhões	50,44

<sup>41</sup> “A medida provisória (MP) é um ato com força de lei, adotado pelo presidente da República. Essa medida é usada em situações de urgência ou de grande importância, em que não é possível esperar pelo processo legislativo comum. Após a adoção da medida, o poder legislativo discute e vota a lei. A medida provisória é prevista no art. 62 da Constituição Federal. Caso ocorra uma situação de urgência que precise de uma solução emergencial, o presidente da República pode adotar uma MP, que passa a ter efeitos imediatamente.” Lenzi, 2017. Disponível em: <https://www.todapolitica.com/medida-provisoria/#:~:text=A%20medida%20provis%C3%B3ria%20%28MP%29%20%C3%A9%20um%20ato%20com,o%20poder%20legislativo%20discute%20e%20vota%20a%20lei>. Acesso em ago. 2023. Segundo o Congresso Nacional, essas medidas têm validade de 60 dias, podendo ser prorrogadas automaticamente por igual período caso não tenha sua votação concluída nas duas Casas do Congresso Nacional.

<b>Ampliação Bolsa Família</b>	3,037 bilhões	257,113 milhões	8,46
<b>Isenção tarifa de energia</b>	900 milhões	900 milhões	100
<b>Ações de prevenção e assistência</b>	44,203 bilhões	12,553 milhões	28,4
<b>Folha salarial das empresas</b>	34 bilhões	17 bilhões	50
<b>Infraestrutura turística nacional</b>	5 bilhões	379,096 milhões	7,58
<b>Programa Manutenção do Emprego</b>	51,641 bilhões	11,124 bilhões	21,54
<b>Transferência aos estados e municípios</b>	16 bilhões	6,607 bilhões	41,29
<b>Apoio a micro e pequenas empresas</b>	15,9 bilhões	15,9 bilhões	100
<b>Auxílio financeiro a estados e municípios</b>	60,189 bilhões	15,036 bilhões	24,98
<b>Crédito para micro e pequenas empresas</b>	20 bilhões	0	0,00
<b>Demais ações do governo</b>	665,129 milhões	19,562 milhões	2,94
<b>Total</b>	<b>404,177 bilhões</b>	<b>156,765 bilhões</b>	<b>38,79</b>

Fonte: MPs 921, 924, 929, 935, 937, 939, 940, 941, 942, 943, 947, 949, 953, 956, 957, 962, 963, 965, 967, 969, 970, 972, 976, 977 e 978.

Em 16 (dezesseis) meses de governo, Jair Bolsonaro foi o presidente que mais editou medidas provisórias, segundo levantamento realizado pelo jornal Metrôpoles<sup>42</sup>, desde que tomou posse, em 1.º de janeiro de 2019, até 31 de maio de 2020, Bolsonaro editou 104 medidas provisórias. Mais da metade (57), foi assinada em 2020, durante a pandemia do coronavírus. Entretanto, de acordo com Schallenmüller (2020), apesar a edição de mais de 10 MPs voltadas ao combate da pandemia, a resposta do governo à crise tem sido lenta e insuficiente.

Até o início de abril, o valor destinado ao combate do coronavírus chegava a cerca de 3% do nosso PIB, enquanto nas principais economias mundiais o aporte foi muito maior. Enquanto o socorro para bancos e desonerações fiscais e trabalhistas para empresas chegaram antes do que o socorro socioeconômico para os trabalhadores. Para um país mais pobre e muito mais desigual, que é o

<sup>42</sup> Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/politica-brasil/em-17-meses-de-governo-bolsonaro-e-o-presidente-que-mais-editou-mps> Acesso em ago. 2023.

caso do Brasil, o aporte de recursos socioeconômicos deveria corresponder a uma proporção maior do PIB. (Schallenmüller, 2020, p. 04)

Além disso, as MPs ainda podem ser inconstitucionais, assim como qualquer outro dispositivo legal.

O governo Bolsonaro tem aproveitado a crise atual para editar MPs que podem causar demissões e reduções salariais, como o chamado 'contrato verde e amarelo'. Algumas dessas medidas, especialmente aquelas que retiram direitos dos trabalhadores, podem ser consideradas como inconstitucionais. De qualquer forma, a disputa em torno da inconstitucionalidade dessas medidas será acirrada e difícil. (Schallenmüller, 2020, p. 06)

A primeira MP de crédito extraordinário para financiar ações de enfrentamento aos efeitos da pandemia no Brasil, foi do início de fevereiro de 2020, (MP 921/20), a medida provisória foi implementada antes do registro do primeiro caso de infecção por Covid-19 no país, o qual só foi confirmado no final daquele mês. Essa medida liberou recursos para o resgate de brasileiros que se encontravam em Wuhan, na China, cidade onde se noticiou que o novo coronavírus tenha surgido.

Nesse sentido, o que é possível observar é que o maior gasto do governo federal foi com relação ao auxílio emergencial<sup>43</sup> de R\$ 600 para os trabalhadores informais, desempregados e famílias de baixa renda. Esse benefício foi financiado com um montante de R\$ 152,6 bilhões, por meio de três medidas provisórias (937/20, 956/20 e 970/20), dos quais, metade dos recursos (R\$ 77 bilhões) já foi efetivamente distribuída até junho de 2020.

Os pagamentos do auxílio emergencial foram realizados em duas etapas, nove (09) parcelas no ano de 2020 e sete (07) parcelas em 2021, entretanto o benefício essencial para milhões de brasileiros durante os meses de crise aguada intensificada pela pandemia do coronavírus, foi minguando ao longo do tempo. De parcelas de R\$ 600 destinadas para 67 milhões de pessoas em 2020, atendeu em 2021, R\$39,4 milhões, com parcelas finais de R\$ 200.

---

<sup>43</sup> O auxílio emergencial foi um projeto de renda mínima para pessoas em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia do Coronavírus. É importante destacar que a primeira versão da proposta de implementação do auxílio emergencial, o governo federal sugeriu um valor de R\$ 200. Entretanto, após entraves com a Câmara dos Deputados, o Plenário aprovou o pagamento do auxílio emergencial por três meses no valor de R\$ 600,00. Para as mães que são chefes de família, (família monoparental), o projeto permitiu o recebimento de duas cotas do auxílio, totalizando R\$1.200,00. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/648863-camara-aprova-auxilio-de-r-600-para-pessoas-de-baixa-renda-durante-epidemia> Acesso mai. 2022.

Segundo o Ministério da Cidadania, em outubro, o Auxílio Emergencial beneficiou 34,4 milhões de famílias. Dentro desse grupo, 25 milhões não são beneficiários do Programa Bolsa Família, ou seja, são trabalhadores que se cadastraram por meios digitais ou estão registrados no Cadastro Único. Os beneficiários do Bolsa Família foram automaticamente transferidos para o Auxílio Brasil, o novo programa social do governo federal. No entanto, a maioria dos trabalhadores informais e dos cadastrados no Cadastro Único deixou de receber qualquer tipo de benefício.

Tabela 2 - Número dos Programas Sociais - Governo Bolsonaro

<b>Programa</b>	<b>No Bolsa Família</b>	<b>Fora do Bolsa</b>
<b>Auxílio Emergencial</b>	9,32 milhões	25 milhões
<b>Auxílio Brasil</b>	14,6 milhões (total de atendimentos pelo Bolsa Família em 2020/2021)	2,4 milhões (novos atendidos)
<b>Vão ficar sem ajuda</b>	0	Pelo menos 22,6 milhões

Fonte: G1, Economia.

Após o Auxílio Emergencial, a despesa mais significativa corresponde à linha de crédito estabelecida para apoiar o pagamento de salários em pequenas e médias empresas. Dos R\$ 34 bilhões alocados pela Medida Provisória 943/20, a metade, ou seja, R\$ 17 bilhões, foi efetivamente utilizada. Essa linha de crédito foi implementada por meio da Medida Provisória 944/20.

Tabela 3- Despesas executadas por órgão

Ministério da Cidadania	78,2 bilhões
Ministério da Economia	65,7 bilhões
Ministério da Saúde	11,2 bilhões
Ministério da Educação	111,1 milhões
Ministério da Justiça	25,6 milhões
Ministério das Relações Exteriores	74,5 milhões
Ministério de Minas e Energia	900 milhões
Ministério do Turismo	379,1 milhões
Ministério da Defesa	71,2 milhões
Demais	35,6 milhões

Fonte: Tesouro Nacional.

A alocação de recursos orçamentários nos ministérios evidencia prioridades e áreas de atuação do governo federal durante o período de 2020. No contexto da pandemia

da Covid-19 e das ações de combates à crise, a distribuição dos recursos reflete o (des)interesse do governo federal em responder às necessidades de diferentes setores da sociedade.

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é uma responsabilidade atribuída às três esferas de gestão do SUS por força constitucional. No entanto, desde a sua criação, o financiamento desse sistema tem sido continuamente objeto de intensa controvérsia. De acordo com Mendes (2014), essa disputa envolve a implementação do direito social à saúde em meio à tensão decorrente do discurso de contenção de despesas e à restrição dos recursos disponíveis.

Mendes e Marques (2009) constataram que entre as décadas de 1990 e 2000 não houve um aumento significativo no financiamento do setor de saúde; pelo contrário, houve várias tentativas de desvinculação de recursos. Scatena, Viana e Tanaka (2009), ao analisarem registros municipais, identificaram um crescente desequilíbrio entre receitas e despesas, com um aumento considerável nos gastos.

No caso do estado do Paraná, um estudo realizado por Terre et al. (2022), no ano de 2020, as despesas orçamentárias liquidadas pelo Governo do Estado do Paraná atingiram o valor de R\$ 49,394 bilhões, dos quais R\$ 1,133 bilhões foram direcionados especificamente para o enfrentamento da Covid-19, correspondendo a 2,29% do total de gastos estaduais e 0,23% do PIB paranaense. Já em 2021, o montante total de despesas do Estado foi de R\$ 889,168 milhões, com R\$ 49,364 milhões destinados à contenção da pandemia, representando apenas 1,80% do total de despesas governamentais e 0,15% do PIB estadual.

De acordo com Terre et al. (2022), os resultados revelaram importantes falhas na destinação de recursos para a contenção da doença no estado, em especial na Saúde, que já apresentava evidências de um subfinanciamento crônico.

Em uma análise mais recente, Contarato, Lima e Leal (2019) observaram um crescimento per capita nos gastos, mesmo em meio à crise econômica, sugerindo a presença de um efeito protetor da vinculação de recursos. No entanto, a redução constante do aporte de recursos por parte do governo federal, especialmente após a Emenda Constitucional n.º 95 (2016), colocou pressão sobre os orçamentos dos outros níveis de governo, levando à necessidade de buscar fontes alternativas de receita (Fernandes e Pereira, 2020).

Nesse cenário, os repasses financeiros do governo federal desempenham um papel fundamental na operacionalização dos serviços de saúde no âmbito do SUS, uma vez que



as fontes de recursos estaduais e municipais se mostram frágeis. Vazquez (2011) também destaca a influência das transferências condicionais do governo federal na promoção dos gastos locais. No entanto, Lima (2006) argumenta que a falta de uma estratégia integrada nos critérios que regem a redistribuição dos recursos para o financiamento do SUS acaba reforçando as disparidades já existentes. Mesmo durante períodos de crescimento da receita em todos os níveis, como ocorreu entre 2000 e 2010, as desigualdades regionais em termos de gastos per capita praticamente não se alteraram.

Adicionalmente, as transferências decorrentes de emendas parlamentares têm se constituído como uma fonte alternativa de recursos. No entanto, Baptista et al. (2012), ao examinarem os recursos provenientes de emendas no período de 1997 a 2006, observam que os critérios de alocação desses recursos seguem uma lógica mais política do que um planejamento orientado para os serviços de saúde. Nesse contexto, destaca a limitação da atuação do Ministério da Saúde na promoção de uma coordenação regional mais eficaz do SUS por parte dos estados.

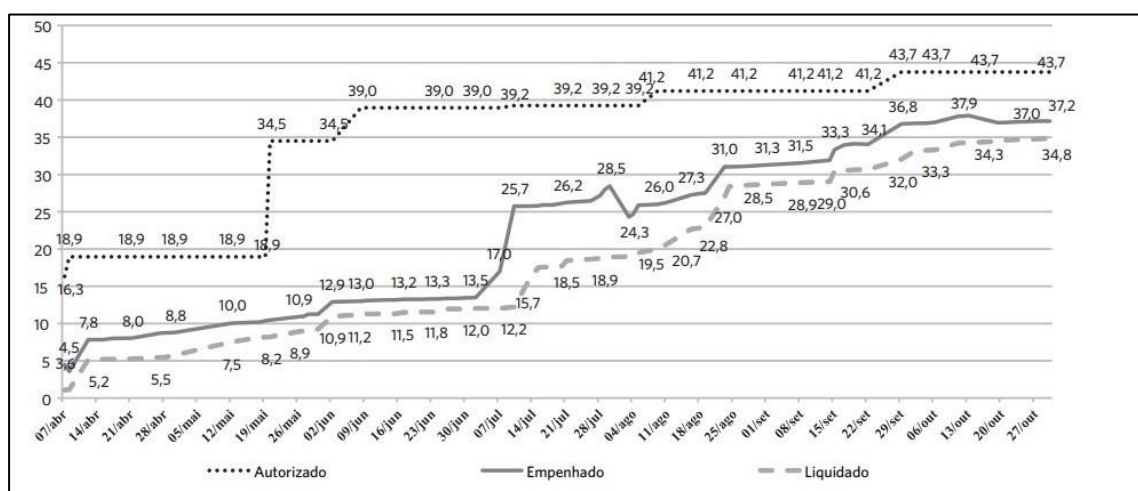
Até meados de junho de 2020, sete medidas provisórias foram emitidas, destinando créditos extraordinários ao Ministério da Saúde para combater a pandemia da COVID-19, totalizando R\$38,96 bilhões. De acordo com Fernandes e Pereira (2020) parte desses recursos provém do remanejamento interno do próprio orçamento do ministério.

A análise das medidas provisórias mostra que os créditos extraordinários abertos possuem diversas fontes de recursos. Destaca-se o cancelamento de parte de despesas fixadas em ações orçamentárias destinadas a emendas parlamentares individuais. Neste caso, foram R\$ 4,8 bilhões que anteriormente eram destinados ao Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (R\$ 1,63 bilhões) e ao Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde (R\$ 3,16 bilhões). Além disso, também foi relevante a anulação de dotações orçamentárias relativas a emendas de bancada estadual, de execução obrigatória de outros órgãos (R\$ 2,0 bilhões), e recursos novos originários, em sua maioria, de operações de créditos das fontes vinculadas. (Fernandes e Pereira, 2020, p. 601)

De acordo com informações obtidas no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal (SIOP) em 14 de junho de 2020, a maioria dos recursos alocados para combater a COVID-19 está dividida principalmente entre duas fontes: Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional e Recursos Destinados às Atividades Fins da Seguridade Social.

O modelo de enfrentamento da COVID-19 segue a mesma lógica da Lei n.º 8.080 de 1990<sup>44</sup>, e por isso tem os governos subnacionais como agentes fundamentais para sua operacionalização. Até meados de junho, para atender às medidas provisórias publicadas, o Ministério da Saúde emitiu diversas normas que estabeleceram as diretrizes para o financiamento das ações de combate à COVID-19 e instituiu o Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500 – destinado ao enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional causada pelo Coronavírus, a ação orçamentária 21C0, destinada à execução dos recursos para o combate à Covid-19, compreende 99,1% do montante total alocado pelo Ministério da Saúde para abordar os desafios da pandemia.

Gráfico 2 - Execução orçamentária da ação 21C0 ‘Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus’ de 7 de abril a 30 de outubro, valor total em R\$ bilhões.



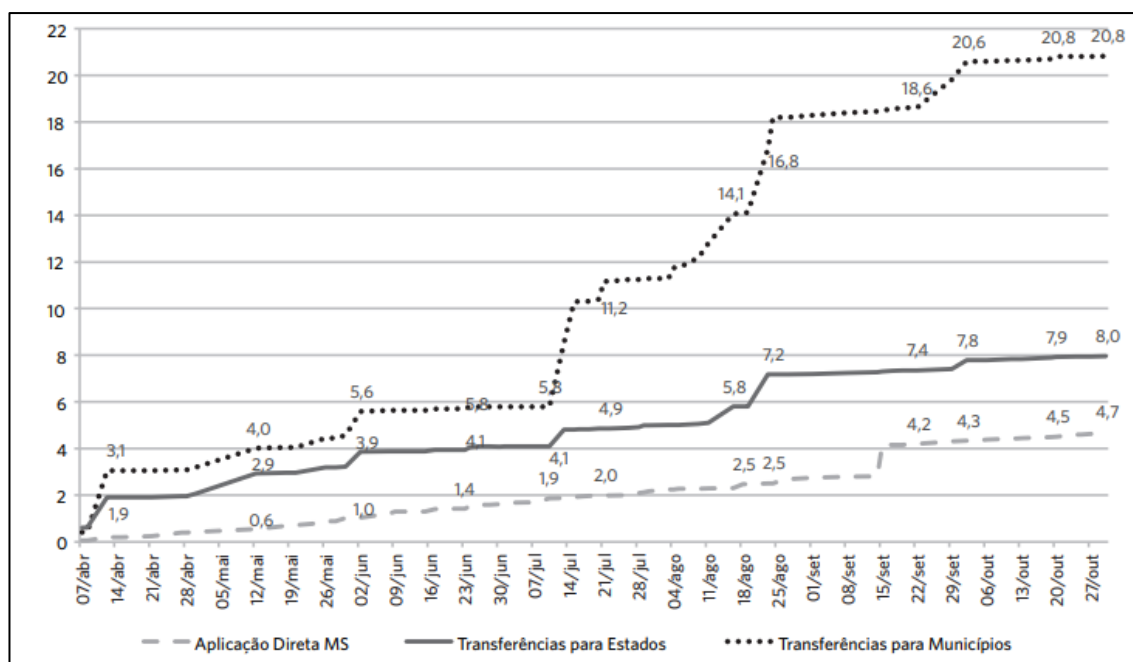
Fonte: Funcia FR, Benevides RPS, Ocké-Reis CO. Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde – Cofin/CNS de 28/10/2020.

O que merece destaque na análise da execução orçamentária é o notável aumento substancial na alocação de recursos, o qual ocorreu apenas a partir da segunda metade de maio de 2020. Esse incremento aconteceu pouco depois da segunda alteração na liderança do Ministério da Saúde em um intervalo de menos de um mês, quando o Ministro Interino General Pazuello assumiu o cargo. Essa mudança ocorreu em um momento em que o contágio já apresentava números consideráveis (conforme indicado no gráfico 02).

<sup>44</sup> Determina a descentralização no que concerne ao dever do Estado, expresso na Constituição Federal, de promover políticas sociais e econômicas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo assim, parte dos recursos federais para financiamento das ações e serviços de saúde é transferida aos demais entes subnacionais como cofinanciamento de suas ações.

Ainda mais notável foi a morosidade na execução do orçamento, que ficou significativamente aquém do esperado e necessário, dada a urgência e a importância das demandas relacionadas à pandemia, conforme evidencia o gráfico 03.

Gráfico 3 - Despesa liquidada na ação 21C0 por modalidades de aplicação selecionadas, de 7 de abril a 30 de outubro de 2020, em R\$ bilhões

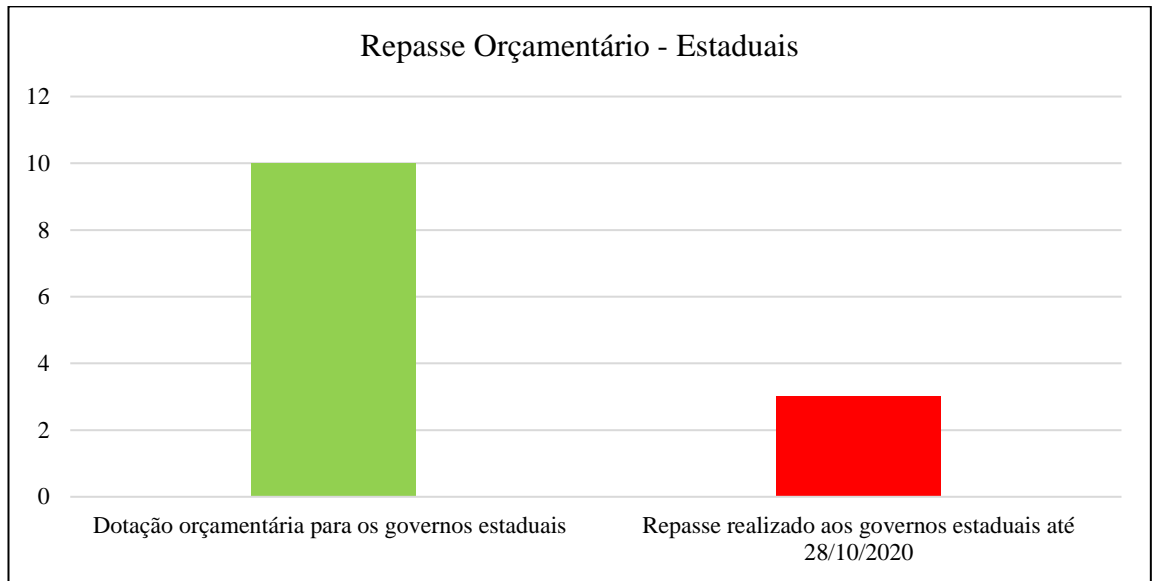


Fonte: Funcia FR, Benevides RPS, Ocké-Reis CO. Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde – Cofin/CNS de 28/10/2020.

Mesmo as transferências de recursos, fundo a fundo para estados e municípios, que idealmente deveriam ser determinadas por um acordo entre os gestores na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sem os obstáculos associados à aplicação direta de fundos, estão apresentando baixa execução, conforme as análises realizadas por Servo *et al.* (2020).

No final de junho, após quase 100 dias de declaração de estado de calamidade pública, segundo os dados apresentados no Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde de 28 outubro de 2020, dos R\$ 10,0 bilhões de dotação orçamentária disponíveis para os governos estaduais, apenas R\$ 3,9 bilhões, isso significa que apenas 39,5% do valor destinado haviam sido repassados.

Gráfico 4 - Repasse orçamentário recursos pandemia aos governos estaduais

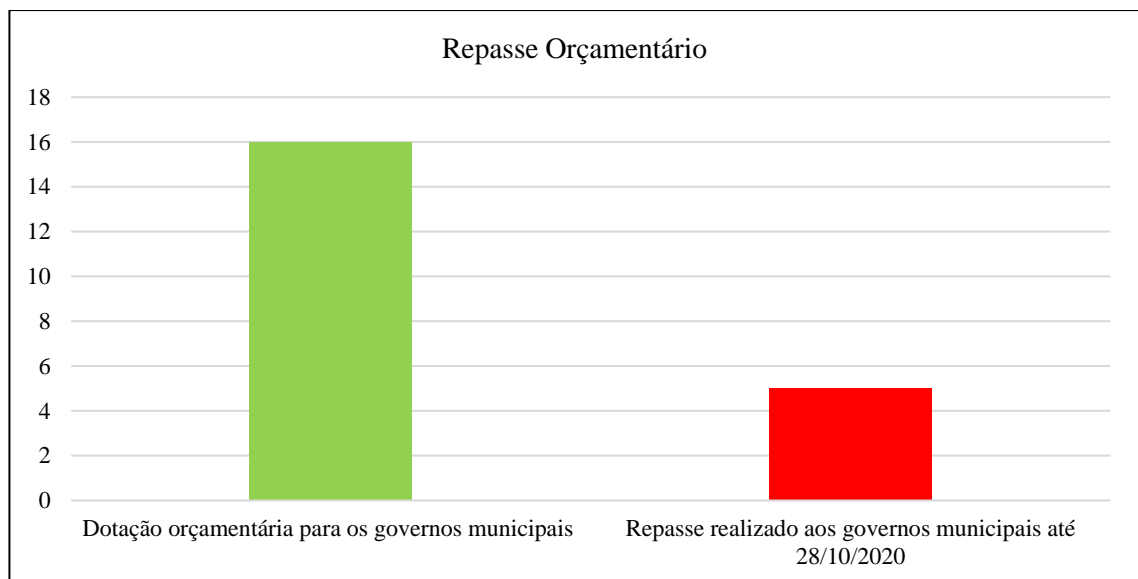


Em bilhões de reais.

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados disponíveis no Funcia FR, Benevides RPS, Ocké-Reis CO. Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde – Cofin/CNS de 28/10/2020.

No âmbito dos governos municipais, de um total de R\$ 16,9 bilhões alocados, somente R\$ 5,6 bilhões, representando 33,9% dos recursos transferidos.

Gráfico 5 - Repasse orçamentário recursos pandemia aos governos municipais



Fonte: Em bilhões de reais.

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados disponíveis no Funcia FR, Benevides RPS, Ocké-Reis CO. Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde – Cofin/CNS de 28/10/2020.

Quando observamos os valores efetivamente pagos até a data da obtenção dos dados (junho de 2020), verifica-se que apenas 39,5% do valor destinado aos estados foi repassado, e essa porcentagem cai para 33,9% no caso dos municípios. Foi somente a partir de julho até meados de agosto que os recursos começaram a ser repassados de forma mais significativa (conforme destacado pelo gráfico 04) para estados e municípios, mesmo quando o país ultrapassara a marca de 100 mil óbitos em decorrência do novo coronavírus.

Por outro lado, a taxa de execução do orçamento tem sido relativamente baixa, especialmente quando se considera a estratégia de preparar o sistema de saúde para a curva epidêmica, ganhando tempo com o achatamento da curva por meio de medidas de distanciamento social. Observa-se que a transferência de recursos até meados de junho de 2020, destinados aos municípios e estados, ocorre com maior rapidez, sendo a taxa de execução mais baixa registrada no nível federal.

Esses resultados revelam que, apesar da aprovação do Orçamento de Guerra<sup>45</sup> e da existência de recursos destinados no orçamento para o enfrentamento da pandemia,

[...] aparentemente, faltou empenho do governo federal para executá-los e alocá-los no ritmo necessário em uma emergência em saúde pública, prejudicando as ações de combate à pandemia nas três esferas de governo. Isso ocorre mesmo quando a execução depende apenas de pactuação e vontade política, como é o caso das transferências para os entes subnacionais, executores diretos das ações. (Servo *et al.* 2020, p.122)

As demandas por investimentos para suprir deficiências na prestação de serviços de saúde estavam principalmente relacionadas à assistência hospitalar e ao tratamento de alta complexidade, nos quais o papel dos estados desempenha um papel fundamental. Embora uma estratégia viável fortalecesse a coordenação entre os estados e os municípios, promovendo a organização de redes regionalizadas, essa abordagem não foi adotada pelas transferências federais, mesmo em um contexto de pandemia.

Além disso, após seis meses de realização da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid<sup>46</sup>, foi concluído que a atuação do governo foi o responsável pelo número elevado de mortes. O texto indica que as orientações fornecidas, pelo então representante do governo federal, Bolsonaro, tanto nas declarações ou informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, evidenciam que o objetivo dos líderes governamentais tinha a

---

<sup>45</sup> Brasil. Emenda Constitucional n.º 106, de 07 de maio de 2020. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Diário Oficial da União. 8 mai. 2020.

<sup>46</sup> Criada para investigar ações e omissões do governo durante a pandemia.

intenção de expor os cidadãos brasileiros ao contágio em massa, visando alcançar a imunidade de rebanho e eliminar supostamente pandemia.

Essa Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia colheu elementos de prova que demonstraram sobejamente que o governo federal foi omissivo e optou por agir de forma não técnica e disidiosa o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, expondo deliberadamente a população a risco concreto de infecção em massa. (Relatório Final CPI da Pandemia, 2021, p. 1270-1271)

Foi acreditando que a pandemia se dissiparia naturalmente que o ex-presidente Bolsonaro resistiu ao uso de máscaras, ao distanciamento social e até mesmo à compra de imunizantes.

O governo federal, em particular o presidente Jair Messias Bolsonaro, com o uso da máquina pública, de maneira frequente e reiterada, estimulou a população brasileira a seguir normalmente com a sua rotina, sem alertar para as cautelas necessárias, apesar de toda a informação disponível apontando o alto risco dessa estratégia. (Relatório Final CPI da Pandemia, 2021, p. 1271)

A CPI também conclui que foi com base na credibilidade dos integrantes do gabinete paralelo<sup>47</sup>, que o governo fez propaganda de medicamentos que compõem o “kit covid”, contendo medicamentos como hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina, mesmo com estudos de alto padrão científico atestando sua inutilidade no tratamento da Covid e de órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendando o abandono de seu uso.

A insistência no tratamento precoce em detrimento da vacinação aponta para o Presidente da República como o principal responsável pelos erros de governo cometidos durante a pandemia da Covid-19, já que foi corretamente informado e orientado pelo Ministério da Saúde, e mesmo assim agiu em contrariedade à orientação técnica, desprezando qualquer alerta que se contrapusesse a suas ideias sem fundamento científico, ou simplesmente demitindo os técnicos responsáveis por esses alertas. (Relatório Final CPI da Pandemia, 2021, p. 1272)

Não bastassem tais ações, a CPI concluiu que as notícias falsas contribuíram que a filosofia negacionista se expandisse, confundindo a população sobre as medidas corretas de prevenção contra a doença.

As notícias falsas relacionadas ao novo coronavírus envolveram diversos tópicos, como a origem do vírus, com ataques xenófobos à China; a oposição infundada ao isolamento social; a divulgação de que o STF teria proibido o governo federal de atuar no combate à pandemia; o incentivo ao 'tratamento precoce'; a desinformação sobre o número de mortes pela Covid-19; a contestação sobre a eficácia do uso de máscaras; e, por fim, a propaganda antivacina. (Relatório Final CPI da Pandemia, 2021, p. 1273)

---

<sup>47</sup> Composto por médicos, políticos e empresários. O grupo, que não tinha investidura formal em cargos públicos, prestava orientações ao Presidente da República sobre o modo como a pandemia da covid-19 deveria ser enfrentada e participava de decisões sobre políticas públicas, sem que fossem observadas as orientações técnicas do Ministério da Saúde. (Relatório Final da CPI da Pandemia, 2021, p. 1271).

Apesar de manifestar clareza à falta de atuação do governo em uma organização de combate a pandemia, o relatório dá destaque especial ao atraso na compra das vacinas contra a Covid-19.

Foi possível concluir que a aquisição de imunizantes deveria ter figurado como a principal providência no processo de prevenção à disseminação do novo coronavírus e, conseqüentemente, de proteção à saúde das pessoas, mas infelizmente essa medida foi negligenciada. (Relatório Final CPI da Pandemia, 2021, p. 1276)

O relatório afirma que esse atraso e a “imposição de escassez de doses foi determinante para o alto índice de novos casos e mortalidade no país” (2021, p. 1277), assim como facilitou o alastramento de novas variantes. Além disso, o relatório descreve todos os esquemas encontrados pela CPI da Covid, em especial a compra da vacina indiana Covaxin<sup>48</sup>, que sofreu pressão pela importação dentro do Ministério da Saúde e era negociada por meio de intermediárias.

Outro ponto apontado pelo relatório final da CPI da Covid, foi em relação aos indígenas<sup>49</sup>, que “não é segredo” que o governo de Jair Bolsonaro foi responsável por “políticas contra o direito dos indígenas” e que o coronavírus foi “mais uma arma, a mais mortífera” na “campanha que já estava em curso” (2021, p. 1284). A deturpação do uso da máquina pública, utilizada apenas para propagar discursos de ódio, fez com que o governo Bolsonaro ignorasse a morte de um Yanomami no dia 9 de abril de 2020, vítima da pandemia de Covid-19.

Ao invés de investigar as condições sanitárias e de contaminação dos povos originários, o governo federal reduziu o problema a uma questão que deveria ser resolvida apenas pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) e à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Além disso, segundo o relatório, o órgão responsável por cuidar

---

<sup>48</sup> O relatório da CPI da Pandemia sobre a Covaxin destaca falhas graves no contrato de R\$ 1,6 bilhão, intermediação problemática da Precisa Medicamentos, preço elevado de US\$ 15 por dose, pagamento adiantado em offshore, falta de aprovação da vacina pelas autoridades, pressão interna para liberação, denúncias negligenciadas por Bolsonaro, envolvimento de membros do ministério, possível participação do deputado Ricardo Barros, semelhança com a negociação da vacina CanSino, falsificação de documentos pela Precisa Medicamentos e atuação questionável do FIB Bank como garantidor sem recursos. (Relatório Final CPI da Pandemia, 2021, p. 1279 - 1280)

<sup>49</sup> Em janeiro de 2023, o Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania divulgou um relatório que destaca 7 processos administrativos evidenciando as omissões do governo Bolsonaro frente às violências contra o povo Yanomami. Apesar de alertas de diversas entidades, incluindo ONU, CIDH e MPF, o Ministério liderado por Damares Alves entre 2019 e 2022 se eximiu de responsabilidade, redirecionando casos a outros órgãos e negando sua competência, revelando uma postura evasiva diante das questões indígenas. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/mdhc-divulga-relatorio-preliminar-das-omissoes-do-extinto-mmfdh-diante-das-violacoes-de-direitos-humanos-dos-povos-indigenas> Acesso em jun. 2023.

dos direitos humanos no Governo Federal, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), ignorou os pedidos de assistência ao território indígena de Roraima e em vez de promover uma ação articulada em defesa da vida, agiu com descaso e ausência de medidas de proteção aos povos originários. O relatório também aponta sugestão de veto à obrigação do fornecimento de água e equipamentos básicos às comunidades Yanomami durante a pandemia e a ausência de planejamento assistencial em favor de crianças e adolescentes indígenas no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes.

Dessa forma, ao analisar a política adotada pelo governo Bolsonaro, se identificou um fenômeno denominado de “*policy dismantling*”<sup>50</sup>, que consiste no desmantelamento como um tipo específico de mudança de política, caracterizado pela redução, remoção de objetivos, instrumentos ou capacidades administrativas. A mensuração do desmonte é proposta por Bauer e Knill (2014) por meio da variação — negativa — da intensidade e densidade dos instrumentos da política em questão em períodos determinados. De acordo Knill et al. (2020), a densidade, que se refere à quantidade de objetivos e instrumentos de uma política, avalia o grau de cobertura de ações governamentais em uma área ou setor da política específico, enquanto a intensidade diz respeito ao nível de abrangência das intervenções, avaliando a qualidade a configuração dos instrumentos.

É importante destacar que os autores não compactuam do quadro teórico do materialismo histórico-dialético, mas são fundamentais para compreender o desmantelamento do SUS no período da pandemia da Covid- 19 na gestão do ex-presidente Bolsonaro.

Bauer e Knill (2014) propõem dois indicadores para mensurar as mudanças na densidade de uma política: o número de objetivos e o número de instrumentos utilizados. Sendo assim, para medir as mudanças na intensidade, os autores a classificam entre intensidade substancial e formal. A primeira caracteriza-se ao nível e à abrangência das intervenções governamentais, ou seja, se os instrumentos são elevados ou restritos no que se refere a benefícios e/ou grupos de beneficiados. Quanto a intensidade formal relaciona-se com os fatores que afetam a probabilidade de que os requisitos substanciais sejam efetivamente alcançados. Nesse contexto, recursos como financeiros, de pessoal e organizacionais desempenham um papel importante nas organizações encarregadas da implementação dos instrumentos, conforme os autores, a redução desses recursos pode

---

<sup>50</sup> Termo denominado pelo autor Michael Bauer e tem como tradução para o português desmantelamento, demonte, desestruturação ou desconstrução das políticas sociais.



levar os governos a se envolverem efetivamente no desmantelamento, causando déficits na monitorização e na aplicação de requisitos substanciais.

Quanto às estratégias de desmantelamento, Bauer e Knill (2014) desenvolveram tipos ideais com base em duas dimensões: 1) se a decisão do desmantelamento de uma política é tomada ou não ativamente; 2) se os atores políticos desejam ocultar ou explicitar suas ações. A combinação dessas duas dimensões resulta em quatro modos:

Tabela 4 - Quatro modos do desmonte das políticas sociais

<b>Desmonte por omissão</b>	<p><b>Nenhuma decisão ativa e baixa visibilidade. Para os autores, esta é, talvez, a estratégia mais difundida, pois ocorre em situações nas quais o desmonte pode trazer custos políticos para o tomador da decisão ou em situações em que a rigidez institucional e a presença de fortes pontos de veto reduzem o espaço para formas mais ativas de desmantelamento</b></p>
<b>Desmonte por deslocamento de arena</b>	<p>Decisão ativa e baixa visibilidade. Esta estratégia implica a mudança das bases organizacionais ou administrativas de uma política, alterando as formas de participação dos diferentes atores e o jogo político em torno de determinadas ações. Embora a mudança de arena signifique que decisões de desmonte sejam tomadas, isso pode não ser óbvio para os beneficiários da política em questão. Assim, os custos de desmantelamento não podem ser atribuídos diretamente aos políticos.</p>
<b>Desmonte por ação simbólica</b>	<p>Nenhuma decisão ativa e alta visibilidade. Tal tipo ocorre quando os atores políticos declaram deliberadamente suas intenções de desmontar determinada política, contudo não o fazem por não conseguirem ou por não estarem totalmente convencidos de que o desmantelamento será politicamente vantajoso.</p>
<b>Desmonte ativo</b>	<p>Decisão ativa e alta visibilidade. Tal estratégia é aplicada quando os políticos querem desmontar alguma política e querem ser reconhecidos por isso. Isso pode ocorrer por fatores ideológicos com a inexistência de constrangimentos institucionais e uma alta relação entre custos e benefícios políticos</p>

Fonte: elabora pela autora a partir dos escritos de Bauer e Knill.

No que se refere às motivações para o desmantelamento, a literatura de Bauer e Knill pressupõe a presença de atores políticos que são “racionalmente limitados”, orientado a objetivos e sensíveis aos custos/benefícios resultantes de suas decisões. Reconhece também que a ação desses atores políticos acontece numa teia de interesses e recursos de outros atores sendo facilitada ou dificultada por contextos institucionais

específicos. Dessa forma, os atores decidem com base em suas percepções e análises sobre os potenciais custos e benefícios políticos de suas ações e na visibilidade destas.

Nossa suposição geral é que o comportamento dos atores se dá em racionalidade limitada; atores políticos selecionam estratégias de desmonte para maximizar sua utilidade em uma determinada estrutura de oportunidade política (ou seja, compreendendo oportunidades e restrições institucionais, bem como os objetivos e estratégias dos outros atores envolvidos), em um contexto situacional específico (...) o comportamento dos políticos emergirá da interação entre as coisas que eles querem (conquistas políticas, reeleição etc.) e as estratégias percebidas de outros atores, fatores externos (austeridade permanente, pressões regulatórias internacionais, mudanças tecnológicas, prevalência de certas ideias etc.) (...) e conjunturais (choques externos como ciclos eleitorais). (Bauer e Knill, 2014, p.37)

Tais pressupostos nos ajudam a compreender por que motivos os políticos se envolvem em situações tão custosas e, por vezes, impopular quanto o desmantelamento de políticas públicas. Segundo Bauer e Knill (2014), em uma democracia, os atores políticos possuem uma “metapreferência” de manter-se no cargo – ou seja, a reeleição. Dessa forma, para explicar o motivo pelo qual os políticos podem se interessar pelo desmantelamento, é necessário compreender que consideram duas situações fundamentais: a primeira é quando se analisa que os benefícios políticos associados ao desmantelamento superam os custos, isso pode ocorrer quando os benefícios políticos da ação serão direcionados para alguns atores críticos, como, por exemplo, grupos de interesse, partidos ou eleitores que apoiam seu projeto político e/ou visão de mundo, com custos dispersos ou concentrados para os seus opositores (grupos, partidos e/ou eleitores). Nesse contexto, os políticos teriam uma forte preferência por se engajar em atividades altamente visíveis e claramente atribuíveis a eles.

A segunda situação ocorre quando se avalia que os custos excedem os benefícios, nesse cenário, os atores políticos terão um forte incentivo para adotar estratégias que reduzam esses custos, ocultando suas ações e/ou diluindo seus efeitos. Dessa forma, o custo político líquido do desmantelamento pode ser reduzido a ponto de não prejudicar suas chances eleitorais e/ou seus objetivos políticos. Ou seja, conforme a teoria explicitada por Bauer e Knill (2014), o desmantelamento tem de ser recompensador, não só no que se refere aos benefícios políticos, mas também por questões ideológico-programáticas, ou seja, nas quais o ator político está convicto que o desmonte é a ação apropriada. Nesse sentido, existem atores políticos que não apenas desejam desmantelar as políticas existentes, mas também almejam ser reconhecidos por isso.

Nesse sentido, ao analisar o desmantelamento do SUS no governo Bolsonaro é possível identificar que dentre os ângulos e perspectivas de Bauer e Knill (2014), sobre o

*dismantling*, a política de Bolsonaro se baseou nessas duas questões: “1– Em que condições os políticos se envolvem no desmantelamento de políticas, dado que o desmantelamento pode, em algumas circunstâncias, produzir mudanças potencialmente dolorosas para (pelo menos alguns) grupos sociais?”; “2– Se os políticos tentam se engajar no desmantelamento de políticas, podemos explicar que tipo de estratégia de desmantelamento eles escolhem dadas as preferências de outros atores, restrições e oportunidades institucionais e fatores situacionais específicos?”.

Com base na análise realizada, fica evidente que um conjunto de medidas negacionistas e equivocadas, abordando vários aspectos — incluindo a rotatividade de ministros da saúde, enfraquecimento do financiamento e das operações da Atenção Primária à Saúde (APS), colapso da rede de assistência, ruptura do pacto federativo do SUS com conflitos entre estados e municípios, ineficiência, corrupção e demora na aquisição e distribuição de vacinas, desconsideração pela ciência, enfraquecimento das estratégias de testagem e distribuição de insumos, militarização da saúde, falta de transparência e descredibilização de informações de saúde, além de falta de coordenação na resposta à pandemia — todas coordenadas pelo presidente da República — resultaram em prejuízos significativos no papel de coordenação nacional do Ministério da Saúde na luta contra a Covid-19. Isso, por sua vez, afetou negativamente o desempenho geral do país nesse contexto.

Após superar um período de negligência por parte do governo na aquisição de vacinas, a dedicação dos profissionais de saúde e gestores da APS na condução da campanha de vacinação contribuiu para a redução dos casos diários e das mortes diárias, que antes haviam atingido números próximos a 100 mil casos e 4.200 mortes nos primeiros cinco dias de outubro de 2020, para cerca de 7 mil casos e 100 mortes diárias<sup>51</sup>.

Ao observar por meio deste estudo que o governo brasileiro contribuiu significativamente para o país ostentar uma das mais altas taxas de mortalidade por Covid-19 globalmente, e que essas mortes refletem as profundas desigualdades históricas do país, especialmente afetando grupos socialmente marginalizados, é possível concluir que ao longo da pandemia, o governo de Bolsonaro optou conscientemente por uma política de morte, denominada por Mbembe (2016) como necropolítica<sup>52</sup>, configurando-

---

<sup>51</sup> Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html) Acesso em jun. 2023

<sup>52</sup> O governo Bolsonaro optou conscientemente por uma política de morte, ou de acordo com Mbembe (2016), pela necropolítica, como política oficial do Estado. De acordo com o autor, tal conceito opera com o extermínio de populações, sendo a soberania, a expressão máxima, do poder e da capacidade de ditar

se esta como a política oficial do Estado brasileiro no período em que Bolsonaro esteve ocupando o cargo da presidência. Conforme o autor, tal conceito opera com o extermínio de populações, sendo a soberania, a 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 do poder”, (Mbembe, 2016, p.123).

O governo Bolsonaro, portanto, continuou a afirmar o compromisso com o ultraconservadorismo e o projeto ultraneoliberal. O governo demonstrou eficiência em garantir o fortalecimento e a estabilidade do setor privado de saúde, especialmente durante a pandemia e a partir das análises traçadas no decorrer deste capítulo, percebe-se que a população brasileira precisou realizar enormes sacrifícios e lidar com elevadas perdas de vidas humanas no período da pandemia da Covid-19.

## **2 EXERÍCIO PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE**

Esse capítulo pretende descrever sobre as especificidades do trabalho da/o assistente social no campo da saúde e refletir no que tange as características de atuação desse profissional no terceiro nível de atenção em saúde<sup>53</sup>, onde está inserida a urgência e a emergência, conforme definido na estruturação do Sistema Único de Saúde.

---

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)

<sup>53</sup> O atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção: no primeiro, estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, a “porta de entrada” ao SUS, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos; no segundo, entendido como de média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças; e no terceiro, de alta complexidade, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>. Acesso em jul. 2023.

## 2.1 PROCESSO DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS E AS CARACTERÍSTICAS À ÁREA DA SAÚDE

Diante do debate apresentado anteriormente sobre a configuração do Sistema Único de Saúde e a disputa entre dois projetos distintos, em que um se expressa por meio do projeto neoliberal, que redesenha o modelo médico-assistencial privatista e tem uma proposta de política de saúde voltada para o mercado e, o outro está relacionado ao direito universal à saúde, chamado de projeto de Reforma Sanitária. A disputa entre esses dois projetos é uma realidade e torna-se um desafio para todos os profissionais da área da saúde que lutam para a manutenção de um sistema justo, resolutivo e equânime e procurando fortalecer o projeto voltado ao direito universal garantido constitucionalmente.

É nesse cenário que se encontram as assistentes sociais lidando com essa realidade no cotidiano de trabalho, ou seja, a disputa entre os projetos antagônicos da saúde. Costa (2000) destaca desafios postos à categoria nesse contexto, em que nos serviços de saúde, esse profissional precisa considerar um sistema que, ao mesmo tempo, está organizado para atender.

Algumas reivindicações históricas do Movimento Sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de participação da comunidade, mas que ainda não conseguiu superar algumas contradições, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade dos atendimentos, a burocratização e a ênfase a assistência médica curativa.

A partir da disputa desses dois projetos políticos observa-se que são apresentadas à categoria profissional diferentes requisições. De acordo com Bravo e Matos (2009), o projeto privatista requisita ao assistente social, como principais demandas, a seleção socioeconômica, os usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários de planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Quanto ao projeto da Reforma Sanitária apresenta como demandas ao assistente social, trabalhar com as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo a participação popular.

Condição da existência humana, o trabalho, presente em todas as culturas, constitui-se na:

(...) atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma desta vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais. (Antunes, 2004, p.46)

Analisado no contexto da saúde, o processo de trabalho, refere-se a uma atividade direcionada para um propósito específico, a produção da saúde, em atendimento às necessidades humanas, que se manifestam através do processo de saúde/doença. Sendo corriqueiro em todas as formas sociais, o processo de trabalho em saúde estar vinculado a determinações históricas, econômicas e educativas nas relações entre trabalhadores.

Baseando-se na obra de Marx (1987) é possível afirmar que o trabalho em saúde, assim como o trabalho em outros serviços, é enquadrado naquilo que denominou de “trabalho improdutivo”, ou seja, que contribui indiretamente para o processo de acumulação do capital.

A diferença entre trabalho produtivo e trabalho improdutivo é importante com respeito à acumulação, já que só a troca por trabalho produtivo constitui uma das condições da reconversão da mais-valia em capital. (Antunes, 2004, p. 171)

Dessa forma, o trabalho em saúde, caracterizado como uma parte do setor de serviços, está inserido na esfera da produção não material, ou seja, o produto ou resultado do trabalho é consumido no ato da sua execução.

Serviço não é, em geral, senão a expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade. (...) Nenhum homem compra 'prestação de serviços' médicos ou legais como meio de transformar em capital o dinheiro assim desembolsado. (Antunes, 2004, p. 169)

Embora não haja a participação direta no processo de produção de mercadorias, esse tipo de trabalho tem impacto na manutenção da classe trabalhadora e, conseqüentemente, na reprodução da força de trabalho, uma vez que objetiva a qualidade de vida dos indivíduos.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade - a ação terapêutica de saúde; como objeto - indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, para preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida. (Pires, 1998, p. 161)

No que se refere ao processo de trabalho do Serviço Social na área da saúde, Martinelli (2011, p. 03) destaca que a atuação na área da saúde constitui parte fundamental da identidade profissional da profissão, “[...] é bastante intensa a relação do Serviço Social

com a área da saúde. Mais do que intensa, tal relação é histórica, sendo mesmo constitutiva de sua identidade profissional.”

De acordo com Matos (2003), na gênese do Serviço Social, a intervenção dos assistentes sociais na área da saúde estava focada na abordagem curativa e de caráter individual. Contudo, à medida que a profissão passou por um intenso processo de revisão interna e com o advento do movimento sanitário, observou-se o início do amadurecimento político da categoria em relação à saúde. Inicialmente, esse amadurecimento começou com os profissionais acadêmicos e, posteriormente, se estendeu aos assistentes sociais que atuavam nos serviços de saúde.

Costa (2011), destaca que atualmente, o Serviço Social vem sendo solicitado para desempenhar um papel na área da saúde, particularmente no SUS, devido às contradições que surgiram no processo de racionalização e reorganização desse sistema, as quais se refletem na incompatibilidade entre as necessidades da população e a maneira como os serviços de saúde têm sido estruturados.

Nesse sentido, a autora visa analisar o cotidiano profissional das assistentes sociais pertencentes à rede de serviços de saúde, empregando a categorização de suas atividades em campos de ação e núcleos de atuação. “[...] o núcleo demarcaria a identidade de uma área do saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teórico-práticas.” (Campos, 2000, p.220).

O núcleo refere-se a um conhecimento ou campo mais especializado, no contexto do Serviço Social, que deve reconhecer a importância da complementaridade nas relações com outros núcleos, ou seja, com outras áreas relacionadas a um mesmo domínio de conhecimento, como a saúde.

Nesse contexto, o Serviço Social, ao estabelecer diálogo com outras áreas e profissões no campo da saúde, pode contribuir com sua abordagem generalista e seus princípios ético-políticos na criação de novas práticas assistenciais que fortalecessem os princípios e diretrizes do SUS, promovendo um trabalho multiprofissional. Simultaneamente, o Serviço Social seria enriquecido com conhecimentos biopsicossociais, resultando em uma influência mútua entre campo e núcleo.

## 2.2 ATUAÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS

As atribuições e competências dos assistentes sociais realizadas na área da saúde, ou em qualquer outro espaço sócio-ocupacional, são norteadas por direitos e deveres contidos no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão (n.º 8.662/1993), que devem ser respeitados, seja pelos profissionais, seja pelas instituições empregadoras.

Nesse sentido, o perfil da/o assistente social para atuar no âmbito das unidades de urgência e emergência deve afastar-se das abordagens “tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.” (CFESS, 2010, p. 34). Sendo assim, a atuação profissional na área da saúde deve ser pautada em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

Um dos principais regimes de atuação da assistente social em âmbito hospitalar se configura no plantão social, que se caracteriza por uma atividade associada a um serviço institucional, na qual as/os usuárias/os procuram o profissional de Serviço Social apresentando demandas de caráter emergentes.

Particularmente, na área da saúde, com destaque para a urgência e emergência, o plantão assume o papel de uma atividade que lida com as demandas da instituição e dos usuários. Nesse cenário, assistentes sociais compartilham um espaço físico onde estão disponíveis para atender, tanto de forma espontânea quanto por encaminhamento de outros profissionais da equipe técnica da unidade hospitalar, os usuários que buscam seus serviços. Em muitos casos, conforme destaca Vasconcelos (2006), esses profissionais dividem o mesmo espaço físico, que por vezes é limitado em termos de tamanho. Dentre as demandas que chegam no plantão do Serviço Social, podem ser classificadas em:

Procura espontânea: os usuários procuram espontaneamente o plantão do Serviço Social para obter acesso aos serviços da unidade, para orientações diversas ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações; Encaminhamentos internos: encaminhamentos dos usuários para o plantão do Serviço Social – por assistentes sociais - para providenciar consultas médicas, orientação previdenciária, inserção na rotina da unidade, encaminhamentos, cadastro nos Programas; encaminhamentos internos realizados pelos profissionais de saúde pelos demais serviços da unidade, para orientações diversas, “solução de problemas”, encaminhamentos diversos, localização de familiares e de pacientes; acesso a recursos materiais, atendimento de “casos sociais”, cartões de visita, requerimentos; Encaminhamentos externos: na procura do plantão pelos usuários através de encaminhamento externo à



unidade os usuários demandam acesso aos recursos/ serviços que a unidade oferece, orientações e informações diversas. (Vasconcelos, 2006, p.7)

As intervenções realizadas pelo Serviço Social nas urgências e emergências são realizadas em espaço físico da instituição, na qual, em resposta às demandas recebidas, os assistentes sociais efetuam encaminhamentos internos e externos, além de orientações diversas. No contato inicial com o usuário, o profissional tende a realizar atendimentos individuais por meio de acolhidas e/ou entrevistas, com o intuito de compreender qual a demanda apresentada, seguidas de orientações acerca dos direitos respectivos, aquela demanda apresentada e se houver a necessidade realiza o encaminhamento para outros serviços da instituição e em alguns casos, a intervenção profissional pode ser no sentido de prestar apoio e buscar estimular o pensamento analítico dos usuários referente a decisões a serem tomadas.

No atendimento hospitalar, por exemplo, a obtenção dos dados, por meio de entrevistas, preenchimento de ficha social ou questionário, é a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social, integrando, pois, um conjunto de procedimentos e normas relativos ao internamento dos pacientes. A objetivação dessa atividade se dá a partir do encaminhamento dos médicos de plantão, quando da autorização de um internamento (Costa, 2011, p.17).

Por meio da entrevista para preenchimento da ficha social, o profissional estabelece aproximação e primeiro contato com o usuário e seus familiares, no qual, a partir desse momento inicia-se o processo de socialização das informações internas da instituição, bem como, de informações externas, visando a articulação e busca da efetivação da intersetorialidade<sup>54</sup> com as demais políticas públicas, no sentido de esclarecer como acessar algum direito.

Além do atendimento às demandas espontâneas, existem outras atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nas unidades de urgência e emergência no decorrer do plantão, contidas no plano de trabalho do hospital.

Visitar pacientes / usuários(as) das enfermarias e emergências, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas do hospital; notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social, entre outros;

---

<sup>54</sup> A área da saúde incorporou a diretriz da intersetorialidade em sua lei orgânica de 1990. Tal diretriz aparece como uma das dimensões que preveem, na sua concepção, a integração intrasetorial da rede assistencial com a intersetorial, ou seja, a ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde. [...]. Assim, a articulação da saúde com outros setores de política social não tem sido a perspectiva predominante adotada pelos gestores dos três níveis de governo responsáveis pela execução da política de saúde. [...]. [...], a intersetorialidade tem sido pensada como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença (Monerrat e Souza, 2011, p. 43-44).

comunicar a alta social e orientar sobre o processo de saída da unidade hospitalar. Tomar providências relacionadas à alta de pacientes/usuários(as) portadores de doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica); contactar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes / usuários(as); orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral; convocar o paciente / usuários (as) para o retorno ambulatorial e reforçar a importância do tratamento; comunicar e orientar os pacientes / usuários (as) quanto à data, horário e local de cirurgias; contactar por telefone e/ou telegrama a alteração de datas de agendamento de consultas/cirurgias; orientar os familiares e/ou paciente / usuários(as) no caso de cirurgia de grande ou médio porte, sobre a importância e necessidade de doação de sangue; Inserir usuários(as) especiais na rotina, após a avaliação do caso; trabalhar preventivamente na democratização de informações e conhecimentos voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, riscos e agravos para o tratamento médico. Reforçar a importância de campanhas que o hospital realiza; (Costa, et.al.,2011, p.3)

Além disso, o Serviço Social realiza atendimentos individuais e/ou coletivos, mediante projetos de educação em saúde com equipe multiprofissional, também intervém individualmente ou em grupo usuários dos diferentes programas, buscando aprofundar a dimensão da integralidade, que significa “escutar e atender, da maneira mais completa possível, as necessidades das pessoas”, conforme destaca Cecílio (2001, p.124).

No que se refere a educação em saúde, é possível afirmar que:

[...] constitui-se em uma das áreas fundamentais de atuação em saúde. É por seu intermédio que se desdobram processos nos quais o indivíduo e a coletividade podem se tornar conscientes de si e de sua relação com o mundo, rompendo com a visão tradicional ou mágica do processo saúde-doença e podendo, então, apreendê-lo como passível de modificação (Silva, 1987, p. 61)

A educação em saúde, desempenha um papel crucial para que o usuário se torne protagonista de seu processo de saúde e doença, ao passo que a integralidade implica em uma maior integração do sistema de saúde, tanto ao nível micro — comunicação efetiva entre equipes de um mesmo serviço, quanto em um nível macro — diferentes serviços de diferentes níveis de atenção articulando-se para atender de maneira abrangente às necessidades de saúde dos usuários.

No espaço hospitalar os profissionais de Serviço Social mesmo diante de uma rotina acelerada são necessárias ações socioeducativas com os usuários e/ou familiares podendo desenvolvê-las da seguinte maneira:

[...] sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade; realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição; realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas; democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações

coletivas de orientação; socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera; elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral; mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados; realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse. (CFESS, 2010, p.56)

O propósito de realizar essas ações é informar e promover um entendimento reflexivo por parte dos usuários do serviço de saúde, buscando uma troca de conhecimentos entre os envolvidos. Isso permite entenderem as ações a serem enfrentadas por cada um, com origens comuns e poderem se articular e se organizar, manifestando sua força como classe trabalhadora.

Além de trabalharem com os usuários, também atendem seus familiares e/ou acompanhantes, uma vez que estes assumem um papel preponderante devido à condição de doença do usuário, tornando-se responsáveis pela intermediação da situação. As ações realizadas durante o plantão muitas vezes não seguem um planejamento ou sistematização, pois a dinâmica própria do plantão demanda ações imediatas, isoladas e assistemáticas.

### 2.3 NOVAS NUANCES DE REQUISIÇÕES ÀS ASSISTENTES SOCIAIS EM CONTEXTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No contexto do trabalho da assistente social em hospitais, especialmente nas áreas de urgência e emergência, emergem novos desafios em meio às contradições resultantes da contrarreforma na saúde. Essas questões passam a integrar a rotina dos serviços, transformando-se em encaminhamentos/atendimentos de cunho imediato para o setor de Serviço Social.

[...] solicitação de internação, alta e transferência); reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros); não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários; desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para

tentar acesso aos serviços; agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção. (CFESS, 2010, p. 42)

Frente a essas demandas, é de extrema importância que o profissional adote uma postura crítica, uma vez que esse contexto demanda uma prática imediatista e não oferece tempo para reflexão. É importante ressaltar que a inserção desses profissionais nas unidades hospitalares ocorre por meio de plantões, que se caracterizam por atendimentos de natureza emergencial.

Ao observarmos criticamente a prática de alguns assistentes sociais que trabalham em plantão, detectamos muitas vezes a não sistematização de tal prática, a subordinação em relação aos objetivos institucionais, a falta de planejamento, a limitação na execução de tarefas meramente burocráticas e, principalmente a visível dificuldade de se trabalhar na perspectiva do coletivo. (Monteiro,2010, p.480)

No cotidiano do plantão, as assistentes sociais lidam com uma ampla variedade de demandas sob uma rotina de trabalho acentuada em um ambiente de trabalho intenso, no qual, se defronta a atender as demandas dos usuários e aquelas determinadas pela instituição, sendo que tal fluxo acaba gerando um distanciamento do planejamento e definição evidente dos objetivos do fazer profissional.

Constitui-se em ações imediatas, isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio sobre a(s) doença(s). Ações como um fim em si mesmo, na medida em que, não estão articuladas a programas e projetos que atinjam e/ou absorvam os usuários de forma sistemática e continuada, no sentido de oferecer suporte contínuo às demandas explícitas, mas principalmente às demandas implícitas por promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos (Vasconcelos, 2002, p.09)

A ausência de planejamento, análise e avaliação do trabalho realizado durante o plantão social resulta em uma prática imediatista, que se concentra em nos fatores que estão na aparência da situação, fazendo com as ações que estão sendo executadas sejam reduzidas a prática, reduzidas a uma prática burocrática, engessada e mecânica. Conforme destaca Figueiredo (2021, p.50) “nesse viés o (a) assistente social se ver deparado a uma ação reduzida seguida por normas institucionais que acabam resultando em uma morosidade na efetivação dos direitos dos usuários.” Faz-se necessário destacar que devido à dinâmica do regime de plantões, as reuniões com equipe multiprofissional acabam sendo comprometidas, corroborando, assim, para o distanciamento do planejamento.

Nesse sentido, conforme o CFESS (2010, p.43), buscando transcender o caráter imediatista e burocrático, é necessário que a categoria profissional que atua no contexto

das urgências e emergências desenvolva ações fundamentadas em uma abordagem socioeducativa, “por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e promover mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.”.

Dessa forma, os atendimentos cotidianos realizados nos plantões sociais seguindo a orientação supracitada podem ser potencializados e chegar num nível de rompimento com a característica burocrática que os permeia historicamente. E com essa suspensão do emergencial e burocrático, as assistentes sociais, levará em conta a totalidade que envolve o usuário do serviço.

[...] se faz primordial e necessário que o profissional através do seu aporte teórico-metodológico técnico-operativo e ético-político buscar incessantemente compreender o que está para além das questões apresentadas pelos(as) usuários(as) nos atendimentos. Uma vez que, o lócus do plantão no âmbito hospitalar é permeado pelas mais diversas problemáticas que acaba colocando para o (a) assistente social uma variedade de trabalho, que podem ser entendidas como atividades e /ou ações profissionais. (Figueiredo, 2021, p.50)

É de extrema relevância que as profissionais permaneçam atentas e focadas ao objetivo da profissão, que no contexto da área da saúde envolve a compreensão dos determinantes econômicos, políticos, sociais e culturais, que recaem e interferem no processo saúde-doença. Portanto, é necessário que as profissionais, segundo a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 12.317, de 26 de agosto de 2010), desempenhe determinadas competências gerais:

[...] apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS,1996). (CFESS, 2010, p. 35)

Essas competências são basilares e proporcionam aos profissionais realizar a compreensão crítica da realidade e, a partir disso, planejar seu trabalho e determinar quais ações serão necessárias para o confronto das situações postas no cotidiano das unidades de urgência e emergência.

Outro aspecto a ser destacado é que a profissional de Serviço Social muitas vezes se vê sobrecarregado com demandas que não são específicas do campo de atuação do

Serviço Social. Essas demandas frequentemente chegam ao setor por meio de encaminhamentos de outros profissionais da equipe hospitalar, resultando em um aumento das solicitações a serem atendidas e em um papel significativo na mediação e na redução de tensões. No entanto, é fundamental enfatizar que é responsabilidade do profissional informar de maneira respeitosa à equipe que não é possível atender demandas que não se enquadram em sua área de atuação.

Ao passo da menção, o documento intitulado “Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde” disponibilizado pelo CFESS, evidencia que ao longo da história, a instituição empregadora e a equipe multiprofissional, devido à ausência de conhecimento das atribuições privativas e competências dos assistentes sociais e/ou pelas condições de trabalho, frequentemente requisitam uma variedade de ações que não se enquadram nas competências e atribuições específicas dos assistentes sociais, quais sejam:

[...] 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; comunicação de óbitos; 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), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes (CFESS, 2010, p. 46)

Diante do exposto, é evidente que as solicitações que historicamente são direcionadas ao Serviço Social no âmbito do plantão social hospitalar têm caráter técnico-administrativo ou requerem uma formação técnica específica que não faz parte da formação profissional do assistente social. Isso ocorre porque essas ações, erroneamente encaminhadas, não estão alinhadas com as competências do assistente social e, muitas vezes, não são contempladas em sua formação profissional. Como resultado, essas solicitações inadequadas sobrecarregam a rotina do Serviço Social na instituição e desviam os profissionais de seu propósito profissional. Nesse ambiente emergencial e agitado, os assistentes sociais frequentemente enfrentam desafios na comunicação com outros membros da equipe de saúde, visto que muitas vezes ocorre uma falta de compreensão sobre suas atribuições e competências profissionais.

Entretanto, essas dificuldades devem ser analisadas de forma crítica e servir como motivação para a realização de reuniões com a equipe de saúde, com objetivo de promover debates sobre as atribuições e competências profissionais, além de estabelecer um fluxo de atendimento para as demandas apresentadas.

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde (CFESS, 2010, p. 46)

Portanto, é essencial que o trabalho profissional seja orientado pela interprofissionalidade, estabelecendo um ambiente no qual cada profissional contribui com seu conhecimento específico, competências e habilidades resultantes de sua formação. Figueiredo (2021, p.54), destaca que “trabalhar com a interprofissionalidade requer dos profissionais uma atuação que respeite as atribuições e competências de cada profissional que integra a equipe.”.

Outra questão relevante no contexto hospitalar é a alta hospitalar, que engloba a alta médica e a alta social, ambas devendo ocorrer de forma simultânea. No entanto, em certas situações, o usuário pode necessitar permanecer na instituição até que o Serviço Social efetue a alta social. Portanto, é fundamental que o assistente social notifique a equipe de saúde e registre essa informação no prontuário quando necessário.

Figueiredo (2021) destaca que é comum que muitos profissionais da saúde confundam a alta hospitalar da alta médica e social, no entanto, a alta hospitalar não é sinônimo de alta médica, visto que a primeira envolve a saída do usuário/paciente do ambiente hospitalar para dar continuidade ao tratamento em domicílio, podendo necessitar de suporte ambulatorial ou atendimento domiciliar. Já a alta médica diz respeito a finalização da internação, neste caso o tratamento hospitalar foi concluído, e ele não necessita mais de cuidados médicos naquele ambiente hospitalar.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), alta social é um procedimento no qual a liberação e a saída do hospital estão condicionadas à avaliação das necessidades biopsicossociais dos pacientes ou usuários. Essa prática reflete a responsabilidade não apenas dos médicos, mas também da equipe multiprofissional e interdisciplinar na promoção da saúde do usuário, tanto dentro como fora do ambiente hospitalar. O papel do assistente social nesse contexto envolve esclarecer, refletir e orientar tanto a equipe de saúde como o usuário sobre as condições objetivas que influenciam o processo de alta. Nesse sentido, “[...] o profissional de Serviço Social pode

ser um interlocutor entre os (as) usuários (as) e a equipe de saúde com relação aos determinantes sociais” (CFESS, 2010, p. 49)

Conforme Seibert et al. (2019), o conceito de alta social está estreitamente ligado a uma visão ampla de saúde e à integralidade dos cuidados, como definido na Lei 8080/1990 e na Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo as autoras, vai além das questões puramente clínicas, enfatizando que o sistema de saúde deve adotar uma abordagem centrada na escuta, compreensão e contextualização da vida do usuário, a fim de proporcionar o cuidado mais apropriado à sua realidade, superando assim a limitação da perspectiva tradicional que se concentra no adoecimento e na cura. A abordagem da alta social encontra respaldo no código de ética da profissão e, em particular, nos parâmetros para a atuação do assistente social na área da saúde, que apoiam a concepção ampliada de saúde e a necessidade de uma intervenção considere os processos sociais, formulando respostas coerentes com esses processos e garantindo a efetivação de direitos.

Destaca-se que a solicitação de alta a pedido do usuário é uma questão que envolve não apenas o Serviço Social, mas é uma demanda que abrange toda a equipe de saúde. Cada profissional na equipe multiprofissional irá avaliar, com base em seu conhecimento e formação, quais procedimentos ainda são necessários. É importante compreender que o usuário, como sujeito histórico, tem autonomia para decidir sobre o curso de seu tratamento<sup>55</sup>. Portanto, a decisão de alta a pedido do usuário não é uma responsabilidade exclusiva do assistente social, mas sim uma ação que requer a contribuição de todos os profissionais da equipe de saúde.

Conforme o CFESS (2010, p.48), diante dessa demanda, o papel do assistente social é propor sua intervenção profissional no sentido de fornecer “orientação, esclarecimento e reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde sobre as condições objetivas que levaram os(as) usuários(as) a tomar essa decisão.” É importante ressaltar que o profissional responsável pela decisão de alta e pelos procedimentos relacionados é o médico, e não o assistente social.

Ao longo do plantão, as assistentes sociais possuem a demanda de fazer visita social aos leitos dos usuários/pacientes com objetivo de realizar orientações, fazer encaminhamentos, preencher uma ficha com dados socioeconômicos e socializar informações sobre os direitos sociais com o paciente e/ou com seus familiares. No

---

<sup>55</sup> Segundo o artigo 46 do Código de Ética Médica, os médicos só podem se recusar a dar a alta a pedido ao usuário no caso de iminente risco de vida, em caso contrário, deve ser respeitada a decisão do usuário. (CFESS, 2010, p.48)



entanto, essa ação é geralmente realizada em instalações inapropriadas, conforme destaca Vasconcelos (2006, p.06) “o trabalho com os internos nas enfermarias é realizado ao lado do leito e, como estas não contam com instalações próprias para o Serviço Social, as famílias são atendidas, com frequência, nos espaços do plantão ou junto ao leito do próprio usuário.”.

Tais atendimentos individuais instalam para o Serviço Social um constante desafio, devido à organização no espaço físico da própria unidade hospitalar não assegura ao usuário/paciente e seus familiares o direito à privacidade e ao sigilo no atendimento. Nesse contexto, os profissionais se deparam com uma violação dupla que atinge o profissional e o usuário, pois os assistentes sociais não conseguem garantir o devido atendimento no qual é assegurado na Resolução n.º 493/2006 de 21 de agosto, que dispõe sobre a condição física para ocorrer o atendimento e:

Art. 2º - 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, p.02)

Além disso, é possível observar que não ocorre o que é garantido no Código de Ética do/a Assistente Social, no capítulo V, que estabelece o sigilo profissional.

Art. 15 Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional.  
Art. 16 O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. (CFESS, 2012, p.35)

Nesse sentido, constata-se que as condições físicas para esse tipo de atendimento, passa longe do que é assegurado em lei pelo Conselho Federal da categoria profissional, tais atendimentos acabam sendo realizados frequentemente em ambientes desconfortáveis que não proporcionam privacidade para o usuário/paciente quanto para os profissionais. De acordo com Figueiredo (2021, p. 55). O exercício profissional acaba sendo afetado pela “precariedade que perpassa as condições de trabalho que na contemporaneidade permeado pelas ideias neoliberais que geram condições degradantes para os trabalhadores e rebate na concretização dos princípios éticos-políticos da profissão.”.

As condições objetivas interferem no exercício profissional e acaba rebatendo na sua atuação, pois o assistente social não possui domínio sobre as condições e os meios de

trabalho existentes na instituição, uma vez que o profissional dispõe de vender a sua força de trabalho especializada, compondo assim a classe trabalhadora.

A condição de trabalhador assalariado — seja nas instituições públicas ou nos espaços empresariais e privados “sem fins lucrativos”, faz com que os profissionais não disponham nem tenham controle sobre todas as condições e os meios de trabalho postos à sua disposição no espaço institucional (Raichelis, 2013, p.628)

Sendo um profissional assalariado, o assistente social se defronta com as regras estabelecidas pelo empregador, o que o desafia a analisar os limites e explorar as possibilidades dentro de sua autonomia relativa. Isso é essencial para assegurar os direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

No que diz respeito à documentação escrita pelo assistente social durante o atendimento individual, os profissionais recorrem a fichas sociais, um instrumento exclusivo do Serviço Social, por conter informações confidenciais sobre o usuário<sup>56</sup>. Além disso, fazem anotações nos prontuários dos usuários, um procedimento comum a toda a equipe de saúde, registram atividades em livros de ocorrência e documentam eventos que ocorreram em grupos.

Outro aspecto relevante a ser abordado em relação ao papel do Serviço Social no ambiente hospitalar, destacado neste estudo, é a demanda pelos assistentes sociais na promoção da Política Nacional de Humanização. Essa política se origina do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, criado pelo Ministério da Saúde em 2001, com o propósito de fomentar uma abordagem humanizada no atendimento hospitalar.

Preocupa-nos o fato de que a categoria passe a implementar tal política sem uma efetiva e coletiva discussão crítica. Sobretudo se considerarmos que tal reconhecimento do profissional de serviço social em lidar com a questão da humanização e a sua própria adesão à tal política ainda é associada a tradição e à influência do pensamento Humanista Cristão, a qual nos seus primórdios do Serviço no Brasil, incorpora ao discurso e a prática profissional uma preocupação com a questão da humanização onde o homem era visto como indivíduo isolado, necessitado de ajuda resultante de atitudes voluntárias de pessoas e profissionais de boa vontade, que associada à concepção de saúde restrita à assistência médica individual elege como objeto de suas ações o alívio de tensões derivadas de “situações” problemáticas, ou seja a harmonização das relações (Costa,2000, p.29)

A preocupação em relação à intervenção da assistente social nessa política recai sobre não visualizar uma percepção e atuação romantizada de humanização que acaba

---

<sup>56</sup> No capítulo V que dispõe sobre o sigilo profissional destaca em parágrafo único que o trabalho multidisciplinar só poderá ser prestada informações dentro dos limites do estritamente necessário (CFESS, 2012)

levando a uma escuta e redução da tensão. “É necessário ter o entendimento ampliado de humanização, que permite aos profissionais considerarem os determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença e as condições de trabalho.”, conforme destaca Figueiredo. O CFESS (2010, p. 52), evidencia que nesse meio, “O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS.”

Frente a Política Nacional de Humanização, cabe ao Serviço Social:

[...] qualificar a sua participação na implementação do HUMANIZA SUS resgatando os valores do nosso atual código de ética e do próprio SUS, que do ponto de vista teórico<sup>19</sup> aponta claramente para o rompimento com a concepção humanista cristã, o que reitera a direção ético-política e técnico-operativa que nortearam os debates pró-revisão curricular nos anos 80 e no processo de revisão do novo Código de Ética que culminaram com a elaboração do Código de Ética Profissional de 1986 e em seguida no atual Código de Ética do Assistente Social, no qual o homem passa a ser visto enquanto inserido na produção e em classe social, sujeito de direitos, portador da capacidade de luta contra as desigualdades de classe e de organização para transformação da sociedade. Considere-se que a revisão curricular dos anos 90 reafirma essa concepção e avança no sentido de a compreensão do homem como ser social genérico, recolocando como objeto das práticas a práxis em defesa da autonomia e emancipação, concebendo os usuários como sujeito de direitos que deliberam com autonomia sobre os problemas (Costa, 2000, p.29)

As assistentes sociais devem promover a concepção de humanização, embasada nos princípios que orientam a profissão, bem como nos princípios do SUS e do Movimento de Reforma Sanitária. Tendo como aporte todo esse conhecimento teórico, o Serviço Social possui o desafio de levantar análises, debates e reflexões críticas com o propósito de romper com as práticas de cunho individuais, de caridade, de ajustamento dos usuários/pacientes ao meio e amenização dos conflitos existentes.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

Neste capítulo, descreveremos a abordagem metodológica empregada na condução da pesquisa, destacando também as características do contexto dos hospitais públicos localizados na região sudoeste do Paraná. Será apresentado o delineamento da pesquisa, os recursos metodológicos utilizados para coleta e análise de dados, bem como a justificativa para a escolha dessa abordagem, visando oferecer uma compreensão detalhada do cenário e do processo de pesquisa.

### 3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Sendo a bússola que direciona os caminhos da pesquisa, a metodologia se apresenta como uma etapa de extrema importância, tanto para a sua elaboração, como para a execução desse estudo. Minayo (2001, p.16), descreve a metodologia como sendo o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. De acordo com Gil (2002, p.162) é na metodologia que “descrevem-se os procedimentos a serem seguidos na realização da pesquisa”.

O delineamento da pesquisa é “a etapa onde o pesquisador passa a considerar a aplicação de métodos discretos, ou seja, daqueles que proporcionam os meios técnicos para a investigação.”, conforme aponta Gil (2008, p. 50). Nesse sentido, o autor define dois grandes grupos de delineamentos: “aqueles que se valem das fontes de papel” e aqueles cujos dados são fornecidos por pessoas.<sup>57</sup> No primeiro grupo estão a “pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental”, e no segundo estão a “pesquisa experimental, a pesquisa *ex-post-facto*, o levantamento, o estudo de campo e o estudo de caso.<sup>58</sup>”

Sendo assim, esse estudo está classificado no segundo grupo, caracterizado pelo estudo de campo, é definido como sendo um “estudo profundo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado.” conforme aponta Gil (2008, p.57 – 58).

O caráter qualitativo adotado para essa pesquisa visa evidenciar a realidade que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos meramente à operacionalização de atividades do cotidiano. Nesse sentido, a abordagem qualitativa é a opção que mais se aprofunda no mundo dos significados e das ações e relações humanas em que “a pesquisa qualitativa em Serviço Social possibilita um aprofundamento real do conhecimento.” como destaca Martinelli (1999, p. 25).

A pesquisa qualitativa recobre, hoje, um campo transdisciplinar, “envolvendo as ciências humanas e sociais, assumindo tradições ou multiparadigmas de análises [...] procurando tanto encontrar o sentido desse fenômeno quanto interpretar os significados que as pessoas dão a eles.” Conforme destaca Chizzotti (2003, p.221).

No que tange a delimitação do local, este se refere a 02 (dois) hospitais públicos referência no tratamento da Covid-19 localizados nos municípios de Pato Branco (7.<sup>a</sup>

---

<sup>57</sup> Ibidem, p. 50.

<sup>58</sup> Ibidem, p.50.

Regional de Saúde), que engloba 15 municípios<sup>59</sup> e Francisco Beltrão (8.<sup>a</sup> Regional de Saúde), que tem em sua abrangência um total de 27 municípios<sup>60</sup> situados na microrregional do sudoeste do Paraná. A escolha desses locais como amostra institucional decorre do fato das duas unidades serem destaque de atuação no atendimento médico da região, possuindo equipe multidisciplinar em todas as áreas que contemplam o atendimento integrado ao paciente. Ambas as unidades hospitalares possuem estrutura que trabalha de forma integrada em benefício da melhor recuperação do paciente, sendo este o motivo que as tornou referência regional para o tratamento da Covid-19.

Em relação ao período temporal pesquisado têm-se os anos de 2020 e 2021, considerando que de acordo com o relatório do Perfil Epidemiológico da Covid-19 no Paraná<sup>61</sup>, “o estado apresentou aumento importante do número de casos de Covid-19, principalmente nos meses de maio para junho de 2020, coincidindo com o período sazonal de outono e inverno, e o aumento das doenças respiratórias” (2020, p. 42). Lembrando, que, após 40 meses vivenciando um período pandêmico que exigiu atenção constante das unidades hospitalares e seus profissionais sobre o aumento das demandas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que há mais de um ano, a pandemia está em tendência de queda, decretando o fim da emergência de saúde global da pandemia da Covid-19.

O estudo conta com um universo de 08 (oito) profissionais atuando nas duas (2) unidades hospitalares selecionadas, como amostra institucional, estabeleceu-se a amostragem intencional, que de acordo com Marconi e Lakatos (1988, p.52) “tem sua validade dentro em um contexto específico”. A técnica selecionada pertence ao grupo de amostragens não probabilísticas por ser selecionada intencionalmente.

Diferentemente das amostragens probabilísticas supracitadas, a técnica utilizada na amostragem não probabilística, a amostra é escolhida por um processo que não dá a todos os indivíduos as mesmas chances de serem selecionados. Em estudos na área clínica, frequentemente as amostras são obtidas simplesmente identificando um número de pacientes que atendem aos critérios para inclusão em um estudo. [...] Na amostragem não probabilística intencional, a amostra é selecionada intencionalmente pelo pesquisador. (Paula, 2019, p.05)

---

<sup>59</sup> Bom Sucesso do Sul; Chopinzinho; Clevelândia; Coronel Domingo Soares; Coronel Vivida; Honório Serpa; Itapejara D'Oeste; Mangueirinha; Mariópolis; Palmas; Pato Branco; São João; Saudade do Iguaçu; Sulina; e Vitorino. Disponível em: [7.<sup>a</sup> Regional de Saúde - Pato Branco | Secretaria da Saúde \(saude.pr.gov.br\)](http://saude.pr.gov.br) Acesso em fev. 2022

<sup>60</sup> Ampére; Barracão; Bela Vista da Caroba; Boa Esperança do Iguaçu; Bom Jesus do Sul; Capanema; Cruzeiro do Iguaçu; Dois Vizinhos; Enéas Marques; Flor da Serra do Sul; Francisco Beltrão; Manfrinópolis; Marmeleiro; Nova Esperança do Sudoeste; Nova Prata do Iguaçu; Pérola do Oeste; Pinhal de São Bento; Planalto; Pranchita; Realeza; Renascença; Salgado Filho; Salto do Lontra; Santa Izabel do Oeste; Santo Antonio do Sudoeste; São Jorge do Oeste; e Verê. Disponível em: [8.<sup>a</sup> Regional de Saúde - Francisco Beltrão | Secretaria da Saúde \(saude.pr.gov.br\)](http://saude.pr.gov.br) Acesso em fev. 2022.

<sup>61</sup> Disponível em Perfil Epidemiológico da Covid-19 no Estado do Paraná: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/419> Acesso em jan. 2023.

Nesse caso, estabeleceu-se que todas as profissionais serão incluídas na seleção, porém, como critérios estabelecidos para a participação da pesquisa definiu-se: participação voluntária das profissionais com registro ativo no CRESS/PR e estar vinculado à unidade hospitalar como técnica. Devido à predominância do gênero feminino na categoria profissional, em especial no local da pesquisa, optou-se por utilizar a referência “as” assistentes sociais para proporcionar maior fluidez ao texto. Respeitando as questões éticas presentes no contexto da pesquisa, a identificação das profissionais será feita utilizando a sigla “A.S.”, que denota Assistente Social, seguida por um número de referência, como, por exemplo, 01. Dessa maneira, após cada relato profissional, será inserido, por exemplo, “A.S. 01” e assim por diante, para indicar a resposta correspondente de cada participante.

Foi utilizado a técnica de entrevista que se caracteriza como um processo de interação social, no qual o pesquisador tem como finalidade obter informações do pesquisado, por meio de um roteiro, contendo tópicos em torno de uma problemática central. Para Minayo (1994, p. 37), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da “fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos.”

A entrevista pode ser parcialmente estruturada, “quando é guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso.” segundo Gil (2002, p.117). O autor ainda ressalta que “mesmo que as respostas possíveis não sejam fixas anteriormente, o entrevistador guia-se por algum tipo de roteiro.”

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semiestruturada com as/os profissionais que compõem o quadro técnico do setor de Serviço Social nas unidades hospitalares. O estudo contemplou o universo de 08 (oito) profissionais, dos quais houve a participação de 04 (quatro) profissionais. A pesquisadora utilizou a análise dos dados coletados como método para a análise de conteúdo, consideramos que essa técnica, possibilitou conhecer a perspectiva das agentes quanto ao trabalho realizado no hospital. As entrevistas semiestruturadas traduzem a representação das profissionais sobre seu trabalho e, dessa forma, constituem-se sempre em uma aproximação do concreto vivido.

A pesquisadora adotou a análise dos dados coletados como método para a análise de conteúdo.

Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes)

extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. (Bardin, 1977, p. 15)

O quadro teórico definido para análise dos dados obtidos através da aplicação da pesquisa foi o materialismo histórico-dialético, tendo como ponto de partida a análise da realidade objetiva, apresentando suas relações, contradições e mediações, buscando estabelecer um movimento de transformação do objeto.

O processo de investigação da pesquisa compôs de dois momentos. A elaboração teórica/metodológica de fontes bibliográficas e fontes documentais. No que se refere as fontes documentais: os protocolos foram solicitados<sup>62</sup> e, mediante autorização das chefias do setor do Serviço Social de cada unidade hospitalar, foram utilizados para consulta, tendo em vista que não são documentos públicos, por tratarem da organização interna da instituição, visando identificar através desses documentos quais atribuições e competências ficaram sob responsabilidade do (a) assistente social no contexto pandêmico. Além dos protocolos, foram utilizados outros documentos que estão publicizados, como: dados do SUS, secretarias estaduais de saúde, Diretório Corona Vírus (IBICT).

Após todo esse arsenal teórico e metodológico previamente planejado e acrescido as deliberações institucionais por meio das autorizações para realização da pesquisa nas unidades hospitalares, ocorreu a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná — UNIOESTE.

Para a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a pesquisadora seguiu os trâmites detalhando os procedimentos da pesquisa. Dessa forma, para cada participante da pesquisa, era explicado pela pesquisadora sobre o objetivo do estudo, ela/ele era convidada/o, a ler o TCLE, aceitando as condições descritas no documento, a/o participante assinava o termo, sob posse de uma cópia e outra entregava para a responsável da pesquisa.

A coleta de dados por meio da realização da entrevista semiestruturada ocorreu no período de julho a agosto de 2023, com agendamento prévio de data, horário e local com as profissionais que manifestaram interesse em participar do estudo. Dentre os 08 (oito) profissionais pré-selecionados e que se encaixavam nos requisitos estabelecidos para

---

<sup>62</sup> Protocolos institucionais e fluxos de atendimento envolvendo o setor de Serviço Social no período da pandemia de ambas as unidades hospitalares forneceram uma cópia de tais documentos mediante solicitação de autorização a acesso a documentação interna.

participaram, efetivamente responderam ao questionário 04 (quatro) profissionais, todos pertencentes à 8.<sup>a</sup> Regional de Saúde. Houve uma desistência de participação no estudo no decorrer de uma entrevista, em que o profissional havia aceitado participar, assinou o TCLE, mas não se sentiu confortável em dar continuidade.

Além disso, outra situação que alterou os sujeitos da pesquisa decorreu da substituição de dois profissionais que atuavam na empresa terceirizada que prestava serviços ao hospital de Francisco Beltrão-PR, dessa forma, as/os profissionais que atuaram no período temporal definido para análise desse estudo, não compunham mais o quadro de funcionários da empresa prestadora de serviço ao hospital. Sendo assim, os novos dois profissionais contratados, não puderam participar do estudo, pois não atuam na instituição como técnicos no período definido para análise.

Durante a realização de todas as entrevistas, foi necessário realizar pausas, devido a intercorrências e a requisição das profissionais em atendimento com pacientes, dentre as demandas, observou-se que se configuravam em demandas de emergência, pacientes em estado grave em decorrência de acidente entre veículos, ferimento por arma branca, óbito de paciente e um protocolo de pessoa em situação de violência sexual. Uma entrevista precisou ser remarcada, pois, a profissional foi solicitada para iniciar o protocolo de pessoa em situação de violência sexual e devido à execução do protocolo ser longa, a profissional solicitou que a continuidade na entrevista fosse realizada em outra data.

Todas as entrevistas realizadas com as profissionais, foram registradas em arquivos de áudio, mediante autorização, para coleta de dados e foram posteriormente transcritas com auxílio do software *veed.io*, ferramenta utilizada para transcrever arquivos de áudio para texto, sendo necessário realizar apenas ajustes de gramática e ortografia.

No que se refere a 7.<sup>a</sup> Regional de Saúde, localizada no município de Pato Branco-PR, ao direcionar a atenção para agendar a entrevista com a assistente social da instituição, foi informado pela unidade hospitalar que, durante o período de análise do estudo, a instituição contava com uma profissional do Serviço Social e que exercia a função de assistente social. No entanto, uma das profissionais foi desligada da instituição poucos meses após o início da pandemia, a administração do hospital que justificou o desligamento da mesma. E a outra profissional graduada em Serviço Social não exerce a função de assistente social na unidade hospitalar, exerce a função de coordenadora de projetos, não atendendo aos critérios estabelecidos para a participação na pesquisa.



Essa circunstância comprometeu a capacidade de obter informações valiosas sobre o trabalho desenvolvido por essa regional, minando as expectativas previamente estabelecidas para a análise comparativa entre às duas áreas de saúde que era o objetivo desta investigação.

Este não foi o desfecho previsto, e a frustração se instaurou diante da impossibilidade de comparar o trabalho desenvolvido por duas regionais de saúde que foram inicialmente selecionadas como referências no tratamento da COVID-19.

Esse cenário afetou o progresso da proposta, como sinalizado, e ao, mesmo tempo, não teve outro profissional assistente social que pudesse contribuir com as entrevistas. Diante dessa circunstância, houve a participação de profissionais graduadas em outras áreas<sup>63</sup> para poderem contribuir com a pesquisa, tendo como resposta apenas um breve retorno, o qual nem se constituiu como entrevista, mas um relato sumário da situação pela qual o hospital estava passando e no que diz respeito ao que foi enfrentar esse momento com a ausência de um profissional na área do Serviço Social.

Essa atividade permitiu a comparação de diferentes visões das entrevistadas, analisando as ideias em torno de questões de consenso, bem como pontos contraditórios, explicitando aspectos que marcaram o trabalho da assistente social em um contexto tão emergente e desafiador.

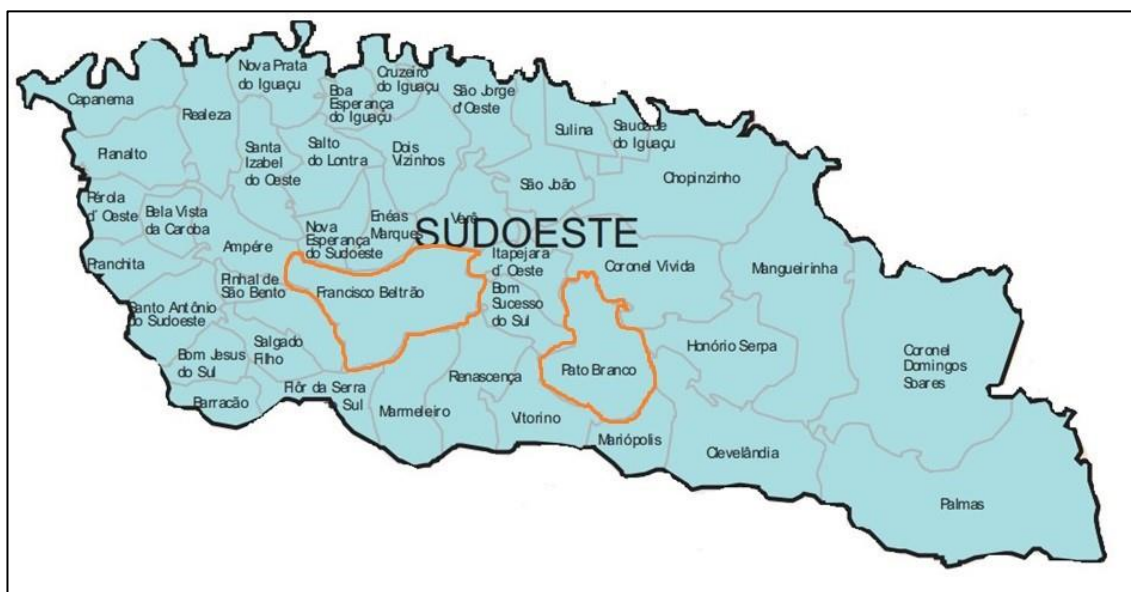
### 3.2 CARACTERÍSTICAS DO SUDOESTE DO PARANÁ

Integrando o sudoeste paranaense, os municípios de Pato Branco e Francisco Beltrão, são considerados referências na região no que se refere a questão de desenvolvimento econômico e social.

---

<sup>63</sup> Informações complementares obtidas por dois profissionais que compõem a equipe técnica da referida unidade hospitalar que acompanharam o processo de atendimento na vacância do assistente social.

Figura 1 - Região sudoeste do Paraná



Fonte: IPARDES.

De acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pato Branco conta com 91.836 pessoas residentes no município. Em 2021, o salário médio mensal era de 2,5 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 43,8%. Considerando, domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 26,8% da população nessas condições.

De acordo com o Informe Epidemiológico, emitido pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná na data de 31 de dezembro de 2021<sup>64</sup>, a 7.<sup>a</sup> Regional de Saúde, abrangendo 15 municípios, atendeu 268.563 pessoas, a partir dos registros observa-se que 40.880 referia-se a casos confirmados de Covid-19, esse número é composto pelos 15 municípios de abrangência da regional de saúde. Destes casos confirmados, foram recuperados 39.783 casos e houve o registro de 942 óbitos em decorrência de complicações provocada pelo vírus SARS-CoV-2, registrados na unidade hospitalar.

Quanto ao município de Francisco Beltrão tem um quantitativo de residentes de aproximadamente 96.666 pessoas, os índices referentes a trabalho e rendimento em 2021 revelam que o salário médio mensal era de 2,3 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 36,7%.

Segundo o Informe Epidemiológico<sup>65</sup> divulgado pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná em 31 de dezembro de 2022, a 8.<sup>a</sup> Regional de Saúde, abrangendo 27

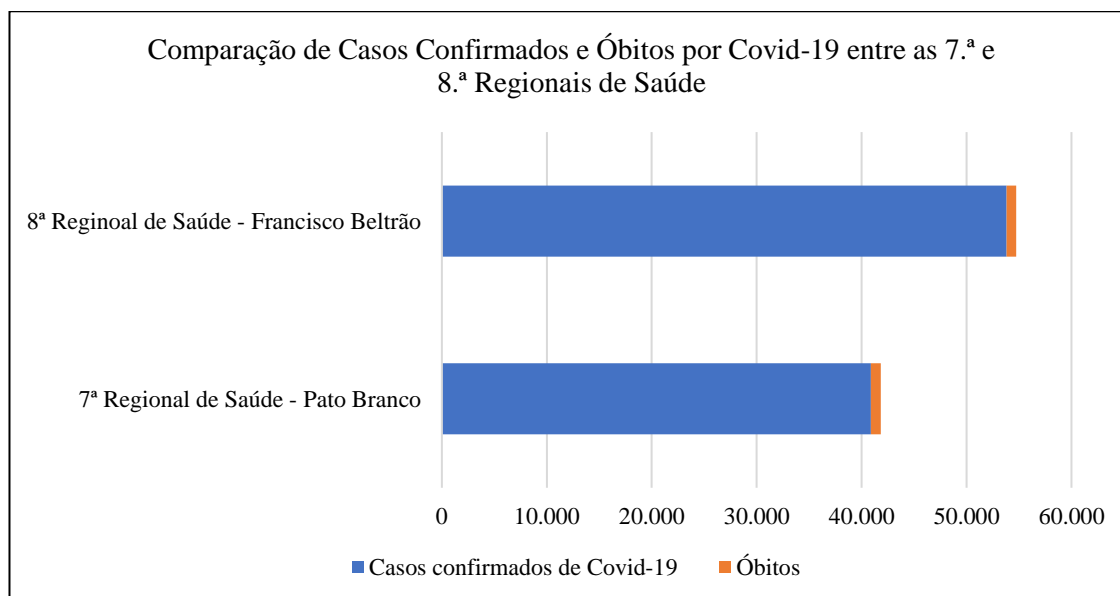
<sup>64</sup>Disponível em Informe Epidemiológico:

[INFORME EPIDEMIOLOGICO 31 12 2021 \(saude.pr.gov.br\)](https://saude.pr.gov.br/informe-epidemiologico-31-12-2021) Acesso em ago. 2023.

<sup>65</sup> Disponível em Informe Epidemiológico:

municípios, totalizou um quantitativo de atendimento a 359.60,1 pessoas, esse número é composto pelos 27 municípios pertencentes a esta regional, contando com 53.808 confirmações de casos de Covid-19. Destes, 52.134 casos foram recuperados e houve registro de 933 óbitos, registrados no Hospital Regional.

Gráfico 6 - Comparação de Casos Confirmados e Óbitos por Covid-19 entre as 7.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> Regionais de Saúde



Fonte: Elaboração própria a partir de dados divulgados pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.

Analisando comparativamente às duas regionais, evidencia-se diferenças significativas no número de casos confirmados e óbitos por Covid-19 em ambas as regiões. Na 7.<sup>a</sup> Regional de Saúde, que registrou 40.880 casos confirmados, houve o registro de 942 óbitos relacionados à Covid-19. Já na 8.<sup>a</sup> Regional de Saúde, foram contabilizadas 53.808 confirmações de casos da doença, e o número de óbitos foi de 933.

No que se refere ao número de casos confirmados, a 8.<sup>a</sup> Regional apresentou uma incidência mais elevada da doença em sua área de abrangência em comparação com a 7.<sup>a</sup> Regional. No entanto, o número de óbitos na 8.<sup>a</sup> Regional de Saúde foi menor que na 7.<sup>a</sup> Regional, apesar do maior número de casos confirmados. Essa diferença pode indicar uma taxa de mortalidade ligeiramente mais baixa na 8.<sup>a</sup> Regional.

É imprescindível destacar que ambas as regionais enfrentaram um aumento expressivo no número de casos confirmados de Covid-19 no período analisado, com a 8.<sup>a</sup> Regional de Saúde apresentando números mais elevados. No entanto, a 7.<sup>a</sup> Regional

registrou um número maior de óbitos em relação ao total de casos confirmados, esses dados refletem o contexto desafiador encarado pelas duas regiões no enfrentamento da pandemia.

### 3.3 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DAS UNIDADES HOSPITALARES DA REGIÃO SUDOESTE DO PARANÁ

A 7.<sup>a</sup> Regional de Saúde do sudoeste do Paraná, representada pelo Hospital Policlínica, localizada no centro da cidade de Pato Branco, uma entidade sem fins lucrativos, que assumiu a gestão hospitalar da Policlínica Pato Branco S/A em agosto de 2015. Por ser filantrópico, o Instituto passou a receber incentivos governamentais e doações da comunidade e de empresas parceiras, o que resultou em melhorias estruturais, treinamentos das equipes, aquisição de novos equipamentos.

De acordo com as informações obtidas no site institucional, a unidade hospitalar conta com o certificado de Utilidade Pública por parte do Município de Pato Branco, emitido em 22 de fevereiro de 2012. O reconhecimento de Utilidade Pública por parte do Governo do Paraná aconteceu em 19 de outubro de 2015, e o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas Saúde) foi concedido pelo Ministério da Saúde em 17 de novembro de 2016, e renovado pela portaria n.º 833, de 11 de julho de 2019<sup>66</sup>.

O Instituto Policlínica Pato Branco também integra o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HospSus). Atualmente, o Hospital Policlínica está credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para Cirurgias Cardíacas (adultos e pediatria), Transplantes Cardíacos e Renais e Unacon sendo unidade de alta complexidade em Oncologia, com serviço de cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia. Na área de Ortopedia e Traumatologia, tem credenciamento de alta complexidade pediátrica e é referência regional para os atendimentos da 7.<sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná. O hospital conta ainda com serviços de Hemodinâmica, Unidade de Terapia Renal (hemodiálise), UTI Adulto e UTI Neonatal e Pediátrica. Atualmente a instituição conta com áreas de apoio e atendimento integrado ao paciente somente nas áreas de serviço social e psicologia.

---

<sup>66</sup> Disponível em: <https://www.hospitalpoliclinica.org.br/a-policlinica/> Acesso ago. 2023

De acordo com documentos institucionais, o propósito da instituição é oferecer serviços comprometidos com a vida através do cuidado humano e qualificado, proporcionando aos usuários segurança e resolutividade, além de ter como valores a humanização, o comprometimento, a ética, resolutividade, transparência e credibilidade.

A 8.<sup>a</sup> Regional de saúde é representada pelo Hospital Regional do Sudoeste — HRS, na cidade de Francisco Beltrão—PR. A trajetória da instituição iniciou-se muito antes do seu funcionamento, tendo como protagonistas dessa conquista autoridades políticas da região Sudoeste do Paraná, organizações populares e autoridades que esboçaram através de suas manifestações a importância da criação de um hospital regional.

O HRS está:

[...] estrategicamente localizado no município de Francisco Beltrão, o HRS está estruturado para atender a demanda de toda a região sudoeste do Paraná, compreendido por 42 municípios, e ainda outras regiões paranaenses e municípios limítrofes do estado de Santa Catarina. A população atual da região sudoeste está próxima a 600 mil habitantes (SESA, 2011)

Inaugurado em setembro de 2009 e no mesmo mês iniciaram-se os atendimentos/internações. De acordo com documentos institucionais, o HRS conta com 992 profissionais, dentre estes, funcionários da Secretária de Saúde do Estado do Paraná, que assumiram cargos através de concurso, realizado em 2009 e os funcionários da Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Paraná (FUNEAS).

Em setembro de 2009 se iniciou a implantação da obra para construção do Hospital Regional, com a contratação da equipe inicial de funcionários. Posteriormente, no dia 26 de fevereiro 2010, inaugurou-se a obra, realizando cirurgias e internações no mesmo mês.

O HRS caracteriza-se por ser uma instituição pública de saúde, totalmente voltada para o atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, o HRS integra a rede de hospitais públicos, constituída pelo Governo do Estado do Paraná e mantida com recursos provenientes do orçamento estadual, pois o perfil de atendimento está estruturado com base nos principais indicadores de saúde da Região Sudoeste do Paraná, que estão apontados nos relatórios analíticos do HOSPSUS, sendo eles o Atendimento Integral ao Trauma, Fornecimento de Leitos de Unidade de Terapia intensiva Adulta e Neonatal, e a Atendimento Integral a Gestante de Alto Risco (HRS, 2013).

O Hospital Regional abarca no seu quadro de funcionários seis (06) assistentes sociais entre Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e Fundação Estatal de Atenção em

Saúde do Estado do Paraná (FUNEAS), fazendo assim parte de um dos serviços assistenciais prestados (Cionatto, 2010).

Contudo, o HRS oferece os serviços de: anestesiologia; angiologia e cirurgia cardiovascular; cardiologia; cirurgia bucomaxilofacial; cirurgia geral; cirurgia pediátrica; cirurgia plástica; clínica médica; ginecologia; intensivismo; neonatologia; neurologia; neurocirurgia; radiologia; obstetrícia; odontologia hospitalar; oftalmologia; ortopedia; otorrinolaringologia e urologia.

As áreas de apoio e atendimento integrado ao paciente, são: serviço social; fisioterapia; nutrição; fonoaudiologia e psicologia.

Esta estrutura do HRS trabalha de forma integrada em benefício da melhor recuperação do paciente. Nesse cenário, atualmente, na região sudoeste, não há estabelecimento hospitalar, particular ou público, que contemple estas áreas sob a mesma unidade.

### 3.4 SERVIÇO SOCIAL INSTITUCIONAL: TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS ANTERIOR A PANDEMIA DA COVID-19

O setor de Serviço Social do Hospital Policlínica, situado no município de Pato Branco–PR, tem como jornada de trabalho 20 (vinte) horas semanais, dessa forma a carga horária diária de trabalho da assistente social é de 04 (quatro) horas, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00. A profissional é contratada no regime das Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT).

Como requisitos mínimos para atuação no cargo de Assistente Social, a instituição estabelece:

Tabela 5- Requisitos para contratação de Assistentes Sociais na Policlínica Pato Branco - PR

Especificações	Requisitos mínimos
Escolaridade mínima para exercer o cargo	Superior completo em Serviço Social
Inscrição ativa no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)	Obrigatório
Especialização	Não é obrigatório
Curso complementar, mas não obrigatório	Cursos de Serviço Social voltados para a área hospitalar

Conhecimentos necessários para exercer o cargo	Rede de atendimento em âmbito municipal e regional
Experiência prévia	Será um diferencial, mas não é obrigatório

Fonte: Tabela criada pela autora com base nas informações no documento Requisitos para contratação de assistente social na Policlínica PB, 2018, p.02.

De acordo com documentos institucionais que evidenciam a descrição no que tange a atribuições e competências, destaca que a assistente social deverá atuar no intuito de garantir o acesso aos direitos e as políticas públicas aos pacientes e familiares, dando suporte aos devidos encaminhamentos necessários, durante a permanência no hospital. A sala ocupada pelo Serviço Social na instituição é dividida com a profissional de Psicologia, entretanto, é disponibilizado arquivo próprio e de acesso único a cada profissional, resguardando o sigilo e a ética dos dados dos pacientes.

A instituição possui uma métrica de avaliação em que supervisiona o cargo através de indicadores de produção, e resolutividade das questões pertinentes a função que devem ser apresentados em reuniões mensais. No entanto, um fator que pode interferir na construção da métrica de avaliação é a carga horária desempenhada pela profissional de 04 (quatro) horas diárias, dada a complexidade de algumas demandas, alguns atendimentos podem ser mais longos, resultando em número abaixo da expectativa da instituição. Além disso, se “surgir uma demanda diferente do horário em que a assistente social está na instituição, o/a usuário pode não receber o atendimento por parte da profissional”. (Policlínica, 2018, p. 04).

Dentre as funções requisitadas pela instituição ao serviço social, destacam-se, o atendimento aos pacientes e seus familiares, esclarecimento de benefícios assistências e como acessá-los e realizar os encaminhamentos necessários:

[...] visita aos postos, UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, pronto atendimento para realizar o levantamento das demandas; articulação junto à enfermagem em solicitação de transporte para pacientes de alta, além das orientações necessárias (requisição de insumos como fraldas, dieta alimentar, oxigenoterapia domiciliar, órteses, próteses, aderência ao tratamento etc.; minimização de conflitos; contato com a rede de apoio e proteção social do município quando necessário e prestar encaminhamentos (CRAS, CREAS, CAPS, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde, unidade básica de saúde (UBS); Auxílio e orientação à enfermagem nos casos de transferência de pacientes hospitalizados, bem como orientação ao paciente e familiares; Acolhimento e orientações sociais em casos de óbito, como auxílio-funeral, certidão de óbito, previdência; Assegurar que o paciente tenha um acompanhante ou responsável pela sua internação através da localização de familiares dos pacientes que internam sem referência familiar; Atendimento de casos de violação de direitos, bem como encaminhamento para órgãos responsáveis para continuidade de referência; Orientações à pacientes e colaboradores sobre direitos previdenciários e assistenciais; Encaminhamento

e orientações à acompanhantes sobre hospedagens no município; (Policlínica PB, 2018, p. 02)

Além disso, o assistente social deverá promover e organizar treinamentos de capacitação continuada e integrar as comissões, reuniões e treinamentos na Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)<sup>67</sup>, Grupo de Apoio e Prevenção a AIDS (GAPA).

A partir de pedido médico, solicitação de passagens aéreas e organização do retorno de crianças e seus acompanhantes que realizarem cirurgia cardíaca através de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC); Orientações à pacientes e acompanhantes quanto à deveres e direitos em relação à rotina hospitalar; Organizar e promover treinamentos de educação continuada conforme cronograma anual; Participar de comissões, reuniões e treinamentos quando solicitado (CIHDOTT, GAPA e Comissão de Atenção à Pessoa Idosa); Acompanhamento das atividades dos projetos sociais, bem como possibilidade de criação de novos projetos e voluntariado; Construção de indicadores a partir dos atendimentos e ações realizadas. (Policlínica, 2018, p. 03)

O próprio documento da instituição evidencia a necessidade de a profissional ter “pique de trabalho”, pois, por ser a única assistente social na instituição, é um cargo que exige esforço físico, tendo em vista que a profissional deverá circular por toda a instituição.

No que se refere ao HRS, localizado no município de Francisco Beltrão, o setor de Serviço Social atua na clínica médica, clínica cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UTI neonatal, maternidade, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), emergência e ambulatório.

O regime de trabalho utilizado nessa instituição é o plantão e a jornada de trabalho realizada pelas profissionais é em escala 12x36<sup>68</sup>, o setor de serviço social da unidade hospitalar, funciona 07 (sete) dias por semana no horário das 07:00 às 19:00. Nessa unidade hospitalar existem duas modalidades de contratação, concurso e credenciamento de empresa para prestação de serviços. A partir de 2013, iniciou-se um processo de terceirização e a contratação de todos os profissionais é através do credenciamento de empresas prestadoras de serviços. O profissional contratado pela empresa prestadora de

---

<sup>67</sup> É uma comissão intra-hospitalar formada por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem a finalidade de organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/CIHDOTT.pdf> Acesso jun. 2022.

<sup>68</sup> O colaborador trabalha por 12 horas seguidas, com um intervalo intrajornada de 01 (uma) hora para almoço ou jantar e descansa nas 36 horas consecutivas seguintes. Essa jornada é comum em setores que necessitam de operação contínua, como a área da saúde.



serviços ao HRS, é no regime da CLT. Nesse contexto, tem-se apenas uma profissional concursada<sup>69</sup> na instituição, que atua a mais de 10 (dez) anos, as demais profissionais, foram contratadas pela empresa terceirizada em 2021. De acordo com o disposto através do plano de trabalho da assistente social elaborado pela instituição, independente da modalidade de contratação, a jornada de trabalho é realizada no regime de escala 12x36, realizando plantão de 12 (doze) horas.

Como requisitos mínimos para atuação no cargo de Assistente Social, a instituição estabelece:

Tabela 6 - Requisitos para contratação de Assistentes Sociais no HRS Francisco Beltrão - PR

Especificações	Requisitos mínimos
Escolaridade mínima para exercer o cargo	Superior completo em Serviço Social
Inscrição ativa no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)	Obrigatório
Especialização	Preferencialmente em cursos na área da saúde
Conhecimentos necessários para exercer o cargo	Rede de atendimento em âmbito municipal e regional; ética profissional; análise crítica da realidade
Experiência prévia	Será um diferencial, mas não é obrigatório

Fonte: Tabela criada pela autora com base nas informações no documento requisitos para contratação do HRS

De acordo com documentos institucionais que evidenciam a descrição no que tange a atribuições e competências, destaca que a assistente social deverá atuar no intuito de garantir o acesso aos direitos e as políticas públicas aos pacientes e familiares, fornecendo suporte aos devidos encaminhamentos necessários, durante a permanência no hospital. A sala ocupada pelo Serviço Social na instituição é dividida com outras assistentes sociais quando coincidem os plantões e também com um profissional auxiliar administrativo. O resguardo do sigilo e a ética dos dados dos pacientes é garantido, pois, todas as informações são inseridas em prontuário eletrônico e as informações específicas do serviço social, só podem ser acessadas pelas assistentes sociais que possuem uma

<sup>69</sup> De acordo com informações coletadas com depoente da pesquisa, o último concurso com vagas disponíveis para assistente social, foi o que ela realizou em 2009, e que todas as assistentes sociais (atualmente alocadas em chefias de diversos setores da instituição), foram inseridas através desse concurso.

senha de acesso. A questão da privacidade nos atendimentos é que fica comprometida, tendo em vista o compartilhamento da sala com outro profissional.

Dessa forma, o cotidiano profissional inicia com o recebimento do plantão ao início do seu turno, devendo realizar a leitura do relatório do plantão anterior para ter conhecimento dos casos pendentes, dar sequência de encaminhamento aos casos em processos de resolução, verificar a existência de algum óbito não resolvido e em caso afirmativo, dar prioridade e proceder de acordo com o procedimento operacional padrão de gerenciamento de óbito hospitalar<sup>70</sup>.

Além disso, de acordo com documento fornecido pelo HRS sobre a descrição das funções, estabelece-se:

[...] a identificação de pacientes internados, visando conhecer os motivos da sua internação, inteirando-se junto à equipe interdisciplinar sobre a conduta a ser adotada no caso; esclarecer o paciente sobre os procedimentos a serem adotados quando da sua alçada; orientação aos pacientes, familiares ou responsáveis acerca da rotina e dinâmica do HRS, estabelecendo um elo entre a equipe e interdisciplinar e família; comunicar e esclarecer os familiares sobre as necessidades de encaminhado a outra unidade hospitalar quando da falta de leitos; sensibilizar os familiares sobre a importância e necessidade da doação de órgãos; orientar os familiares quanto às normas e regulamento do hospital; em caso de óbito realizar acolhida aos familiares e orientá-los quanto as providências cabíveis de acordo com o procedimento operacional padrão de gerenciamento de óbito hospitalar; nos casos de pacientes que necessitam de internamento e que tenham em sua companhia crianças ou adolescentes, o Serviço Social deverá contatar familiares ou Conselho Tutelar, para a devida remoção dos mesmos até seus familiares; entendimento com a equipe interdisciplinar sobre o estado de saúde dos pacientes, coletando informações para posterior esclarecimento com familiares; se necessário, manter contato telefônico com familiares, notificando a admissão do paciente no hospital; orientar juntamente com a equipe interdisciplinar, pacientes vítimas de violência sexual ou doméstica sobre as providências a serem tomadas; nos casos de violência sexual dar início ao protocolo de pessoal em situação de violência sexual; realizar encaminhamentos para equipe multidisciplinar, quando necessário; realizar anamnese social; realizar alta social. (HRS, 2010, p.01-02)

Com o objetivo de proporcionar uma assistência mais completa e humanizada aos pacientes e seus familiares, os assistentes sociais do HRS, tem como uma das suas principais atribuições acolher os pacientes, seus familiares e/ou seus acompanhantes, oferecendo suporte emocional e orientações sobre os procedimentos hospitalares. Além disso, atuam como um ponto de contato para o público interno e externo, buscando

---

<sup>70</sup> O gerenciamento de óbito hospitalar, consiste em acolher e orientar os familiares de forma sutil quanto ao funeral e aos programas sociais disponíveis, democratizando o acesso a esses programas e sobre os direitos garantidos por lei aos dependentes legais, como é o caso, do sepultamento gratuito, pensão, seguro de vida, DPVAT, FGTS, PIS/PASEP, salário, férias e décimo terceiro proporcionais (para trabalhadores com carteira assinada). Elucidar sobre quais documentos são necessários para cada situação e as providências necessárias. (Cartilha de Serviço Social em Hospitais, 2020, p.46)

promover uma comunicação eficiente e eficaz entre e a equipe médica, os pacientes e suas famílias.

Acolher ao paciente, familiar e/ou acompanhantes; atender ao público interno e externo; atender em equipe multiprofissional, acolhendo as demandas, discutindo as dificuldades e facilitando a reflexão sobre a situação apresentada; orientar os pacientes, familiares e acompanhantes sobre as normas e rotinas institucionais. (HRS, 2010, p.02)

No contexto hospitalar do HRS, os assistentes sociais trabalham em estreita colaboração com equipes multiprofissionais, acolhendo demandas, facilitando discussões e promovendo reflexões sobre as situações apresentadas. Eles também têm a importante tarefa de orientar os pacientes, familiares e acompanhantes sobre as normas e rotinas da instituição, ajudando a garantir que todos estejam cientes dos procedimentos a serem seguidos. Além disso, mobilizam a rede de serviços sociais do município de origem do paciente, buscando atender às necessidades do paciente e de seus familiares, promovendo uma abordagem abrangente no tratamento de saúde.

[...] mobilizar a rede de serviços sociais do município de origem do paciente, a fim de atender a demanda de necessidades deste, bem como de seus familiares; orientar a família para receber o paciente após alta hospitalar; investigar as situações culturais, religiosas, ambientais, sociais, pessoais e econômicas do paciente e de seus familiares, a fim de identificar problemas que possam interferir no tratamento de saúde; entrevistar; proceder alta social. (HRS, 2010, p.02)

O trabalho dos assistentes sociais envolve também investigar as circunstâncias culturais, religiosas, ambientais, sociais, pessoais e econômicas dos pacientes e suas famílias, com o objetivo de identificar problemas afetem o tratamento de saúde. Isso requer entrevistas detalhadas e a elaboração de projetos específicos de atuação, adaptados às situações individuais dos pacientes e suas famílias. Além disso, os assistentes sociais desempenham um papel fundamental na orientação dos pacientes sobre uma variedade de direitos, como previdenciários, direitos humanos, direitos das mulheres, crianças e adolescentes, portadores de necessidades especiais, idosos, indígenas, quilombolas e estrangeiros. Seu trabalho contribui para promover a humanização no ambiente ambulatorial e hospitalar, planejando ações em parceria com a instituição e os pacientes. Como parte de seu envolvimento na formulação da política social da instituição, os assistentes sociais assessoram a direção técnica e administrativa, representam o Serviço Social em atividades e reuniões institucionais e atuam como intermediários em questões relacionadas à dinâmica do Serviço Social.

Elaborar projetos específicos de atuação, estratégias esboçadas a partir de situações concretas do paciente e da família; orientar aos pacientes acerca dos

direitos previdenciários, humanos, da mulher, criança e adolescente, portadores de necessidades especiais, idosos, indígenas, quilombolas e estrangeiros; planejar ações de acordo com a instituição e o paciente, para que possamos promover condições básicas de humanização no ambiente ambulatorial e hospitalar. (HRS, 2010, p.03)

Também desempenham um papel importante na comunicação com diversos órgãos externos, como o Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Conselho de Saúde, Conselho de Assistência Social, Instituto Médico Legal, Ministério Público, Delegacia de Polícia e Polícia Militar, quando situações específicas exigem sua intervenção.

Participar na formulação da política social da Instituição, contribuindo para a humanização hospitalar, de forma a beneficiar o paciente na utilização dos serviços prestados; assessorar o Diretor Técnico e o Administrativo no âmbito do Serviço Social; representar o Serviço Social nas atividades e reuniões da instituição; intermediar junto à Direção os assuntos inerentes à dinâmica do Serviço Social;

Requerer material permanente e de consumo; elaborar relatórios das atividades do setor (mensal e anual); avaliar com a equipe de colaboradores o desempenho do Serviço Social nas unidades de atendimento; contatar Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Conselho de Saúde, Conselho de Assistência Social, Instituto Médico Legal, Ministério Público, Delegacia de Polícia e Polícia Militar, sempre que situações específicas exigirem. (HRS, 2010, p. 04)

A descrição das intervenções realizadas pelas profissionais nas duas unidades hospitalares das regionais de saúde do sudoeste do paraná, tiveram como objetivo demonstrar a amplitude do trabalho desempenhado pelas assistentes sociais no contexto, evidenciando as particularidades e especificidades de cada institui o.

#### **4 ANÁLISE DA ATUA O DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA REGIÃO SUDOESTE DO PARANÁ NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19**

O presente capítulo objetiva trazer   tona dois eixos de análise e compreensão do trabalho das assistentes sociais dos hospitais públicos referência no tratamento da Covid-19 no sudoeste do Paraná: o primeiro está vinculado diretamente a sua condi o de trabalhador assalariado; o segundo eixo está relacionado ao seu papel na política de saúde e às demandas e atribui es requisitadas aos profissionais no contexto pandêmico.

Ao explorar a contribuição das assistentes sociais na assistência a pacientes afetados pelo vírus, este estudo busca não apenas compreender os desafios enfrentados, mas também evidenciar as adaptações necessárias nas competências profissionais diante das exigências institucionais do contexto pandêmico. Em meio ao desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e à emergência de saúde pública, a atuação desses profissionais torna-se de incontestável relevância, destacando-se como resposta essencial diante dos complexos desafios enfrentados pelos hospitais públicos na região Sudoeste do Paraná. Com vistas a problematizar e refletir o exercício profissional no espaço sócio-ocupacional da urgência e emergência, inicia-se nesta parte da dissertação a apresentação dos resultados da pesquisa de campo realizada com as assistentes sociais que integram as equipes multiprofissionais do hospital público referência no tratamento da Covid-19 no sudoeste do Paraná, e que fazem parte, da 8.<sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná.

Faz-se necessário evidenciar que a identificação das profissionais será feita utilizando a sigla “A.S.”, que denota Assistente Social, seguida por um número de referência, como, por exemplo, 01. Dessa maneira, após cada relato profissional, será inserido, por exemplo, “A.S. 01” e assim por diante, para indicar a resposta correspondente de cada participante.

#### 4.1 SITUANDO A CONDIÇÃO DA 7.<sup>a</sup> REGIONAL DE SAÚDE — PATO BRANCO - PR

Ao direcionar a atenção à 7.<sup>a</sup> Regional de Saúde, localizada em Pato Branco–PR, para agendar a entrevista com a assistente social da instituição, foi informado pela unidade hospitalar que, durante o período de análise do estudo, a instituição contava com uma profissional do Serviço Social e que exercia a função de assistente social. No entanto, essa profissional foi desligada da instituição poucos meses após o início da pandemia, a administração do hospital que justificou o desligamento da mesma. E a outra profissional graduada em Serviço Social não exerce a função de assistente social dentro da unidade hospitalar, exerce a função de coordenadora de projetos, não atendendo aos critérios estabelecidos para a participação na pesquisa.

Essa circunstância comprometeu a capacidade de obter informações valiosas sobre o trabalho desenvolvido por essa regional, minando as expectativas previamente estabelecidas para a análise comparativa entre as duas áreas de saúde que era o objetivo desta investigação.

Este não foi o desfecho previsto, e a frustração se instaurou diante da impossibilidade de comparar o trabalho desenvolvido por duas regionais de saúde que foram inicialmente selecionadas como referências no tratamento da COVID-19.

Esse cenário afetou o progresso da proposta, como sinalizado, e ao, mesmo tempo, não teve outro profissional assistente social que pudesse contribuir com as entrevistas. Diante dessa circunstância, solicitou-se a participação de outra área para poder contribuir com a pesquisa, tendo como resposta apenas um breve retorno de duas profissionais, a qual nem se constituiu como entrevista, mas um relato sumário da situação pela qual o hospital estava passando e no que diz respeito ao que foi enfrentar esse momento com a ausência de um profissional na área do Serviço Social.

Cabe sinalizar que a ausência de assistentes sociais em um hospital durante o enfrentamento de uma pandemia pode ter diversos impactos negativos no que se refere a viabilização de acesso aos direitos dos usuários.

A presença de assistentes sociais no enfrentamento de uma pandemia em uma unidade hospitalar é fundamental para realizar a identificação de demandas sociais, em que a profissional articula as competências teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas para a construção de um perfil socioeconômico do usuário, identificando quais determinantes incidem no processo de recuperação da saúde do paciente, e busca realizar as articulações com vistas a viabilizar o acesso aos seus direitos. Outro ponto comprometido com a ausência desse profissional refere-se à integralidade do atendimento e a capacidade de considerar todas as dimensões da saúde de um paciente.

O Serviço Social desempenha um papel fundamental na orientação, viabilização e encaminhamentos pelos direitos dos pacientes que vão incidir diretamente no seu processo de recuperação. A ausência desses profissionais pode tornar os pacientes mais vulneráveis a obstáculos ao acesso a direitos fundamentais, como benefícios sociais, apoio financeiro e outros recursos essenciais para sua recuperação.

De acordo com depoimento da psicóloga que atua na instituição:

[...] o período da pandemia em que ficamos sem assistente social revelou-se em um período sombrio, em que havia a demanda por parte dos pacientes de como acessar determinados benefícios e programas sociais do governo, o qual não sabíamos explicar de forma detalhada, critérios de acesso, documentação necessária, e acabamos tendo que realizar o encaminhamento para outros

equipamentos, para que esse usuário conseguisse acessar a informação da qual necessitava. P.S.01.

A partir da fala da profissional pode-se notar que a ausência de profissional do Serviço Social resultou em uma vaziez sobre as orientações dos procedimentos para acessar determinados benefícios e programas sociais do governo. A ausência de informações detalhadas sobre critérios de acesso e documentação necessária revela uma limitação no suporte prestado aos pacientes.

Seguido da declaração de uma enfermeira da unidade hospitalar:

[...] a nossa prática diária é permeada pelas angústias dos pacientes e suas dinâmicas familiares, a realização desta função permite um acolhimento integral dos pacientes, fazendo com que se sintam mais dispostos, respondendo ao tratamento com mais ânimo. Muitas vezes, os pacientes estão aqui para tratamento, mas suas preocupações extrapolam as questões médicas. Em grande parte, é ao assistente social que recorrem para externalizar essas preocupações, em busca de auxílio na resolução. Infelizmente, com a ausência da profissional, esse importante trabalho ficou comprometido. Enf. 01.

A partir deste depoimento, pode-se destacar a importância do exercício profissional dos profissionais de Serviço Social dentro da unidade hospitalar para além das requisições referentes apenas a benefícios e ingresso nos programas sociais. A falta ressalta a complexidade das situações vivenciadas pelos pacientes que vão muitas vezes além das questões estritamente médicas. Essa externalização das preocupações dos pacientes para o assistente social evidencia a confiança depositada nesse profissional como um apoio essencial fora do escopo puramente médico. A ausência da profissional representa um lapso significativa nesse suporte, comprometendo o trabalho de acolhimento integral e a resolução das questões que extrapolam a esfera médica.

As falas das profissionais indicam de que durante a pandemia, a demanda por informações sobre benefícios e programas sociais no hospital aumentou. Isso sugere que os pacientes enfrentaram desafios adicionais relacionados a questões sociais e econômicas, e a falta de um profissional para lidar com essas demandas ampliou as dificuldades.

A ausência da assistente social ressaltou a necessidade de uma profissional capacitada para orientar os pacientes quanto aos procedimentos, critérios e documentação necessária para acessar os benefícios sociais. A mediação desse processo é crucial para garantir que os usuários compreendam e atendam aos requisitos estabelecidos. A falta de um profissional especializado em serviço social pode ter comprometido a acessibilidade

à informação, dificultando a compreensão e o acesso dos usuários aos recursos disponíveis para eles durante a pandemia.

A falta de informações detalhadas levou à tomada de decisão de encaminhar os usuários para outros equipamentos, onde poderiam obter as informações necessárias. Esse encaminhamento pode ter aumentado a burocracia para os usuários e, possivelmente, gerado dificuldades adicionais na busca por apoio.

O resultado não apenas ressalta a volatilidade da composição de equipes durante a pandemia, mas também destaca os desafios enfrentados ao tentar reunir dados representativos e significativos para uma análise abrangente.

Nesse aspecto, convém salientar que a 7.<sup>a</sup> Regional de Saúde não entrou na construção da análise resultou da falta de profissionais assistentes sociais na equipe. Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, foi observada a ocorrência da demissão da assistente social, sem a devida substituição no período. A ausência de assistente sociais impactou diretamente a abrangência e profundidade na análise, limitando a compreensão do panorama completo da região sudoeste do Paraná. Essa falta de profissionais evidencia não apenas a escassez de recursos humanos, mas também a repercussão direta nas capacidades de atendimento, acompanhamento e intervenção desses profissionais no âmbito da unidade hospitalar.

#### 4.2 APRESENTAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL

Para iniciar a análise e compreensão do exercício profissional das assistentes sociais nos hospitais públicos referência para o tratamento da Covid-19 no sudoeste do Paraná, faz-se necessário apresentar alguns elementos do perfil profissional das trabalhadoras. Sendo assim, busca-se delinear um retrato que inclui elementos cruciais para compreender suas trajetórias e contribuições. Exploraremos aspectos como gênero, tipo de instituição de ensino, formação complementar, situação trabalhista e carga horária. Essa abordagem permitirá não apenas uma compreensão contextualizada das assistentes sociais em questão, mas também lançará luz sobre as competências e expertise que trazem para o seu cotidiano profissional.

Para a composição da presente análise, é imprescindível destacar que as participantes deste estudo se referem aos assistentes sociais vinculadas ao Hospital Regional,



localizado no município de Francisco Beltrão–PR e que integra a 8.<sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná.

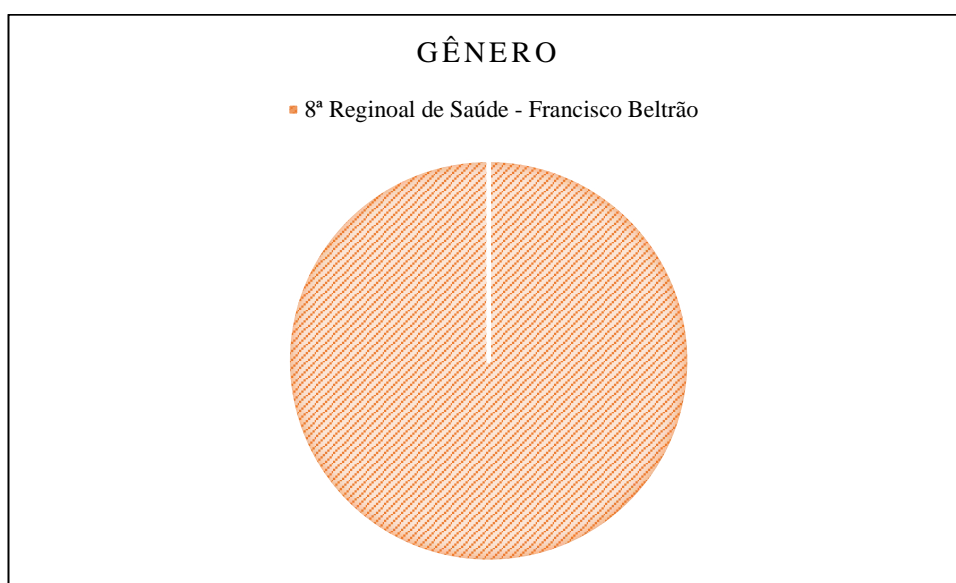
O Serviço Social, como as demais profissões, emergiu em contextos históricos que demandavam novas abordagens de atuação frente às necessidades sociais prementes. No caso específico do Serviço Social, o surgimento e a agudização da questão social impulsionaram a necessidade de atuação de profissionais capacitados para lidar com a administração da questão social.

Além da sua relação intrínseca com a questão social, o nascimento da profissão é marcado por três características marcantes: 1) a sua vinculação a doutrina religiosa; 2) ligação com a classe burguesa; 3) e por fim, sua constituição como uma profissão concebida e destinada predominantemente para mulheres.

Deste modo, a história do Serviço Social, em especial no Brasil, tem se construído por mulheres. Evidenciando o fato que alguns traços do início da profissão, permanecem conservados, como o fato da predominância feminina, tanto que em uma pesquisa, coordenada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2022) no Brasil, mostra que 92% de assistentes sociais do Brasil são mulheres.

O universo desta pesquisa não foi contrário as estatísticas, em que as profissionais participantes deste estudo são mulheres, conforme evidencia o gráfico abaixo.

Gráfico 7 - Gênero das/os assistentes sociais.



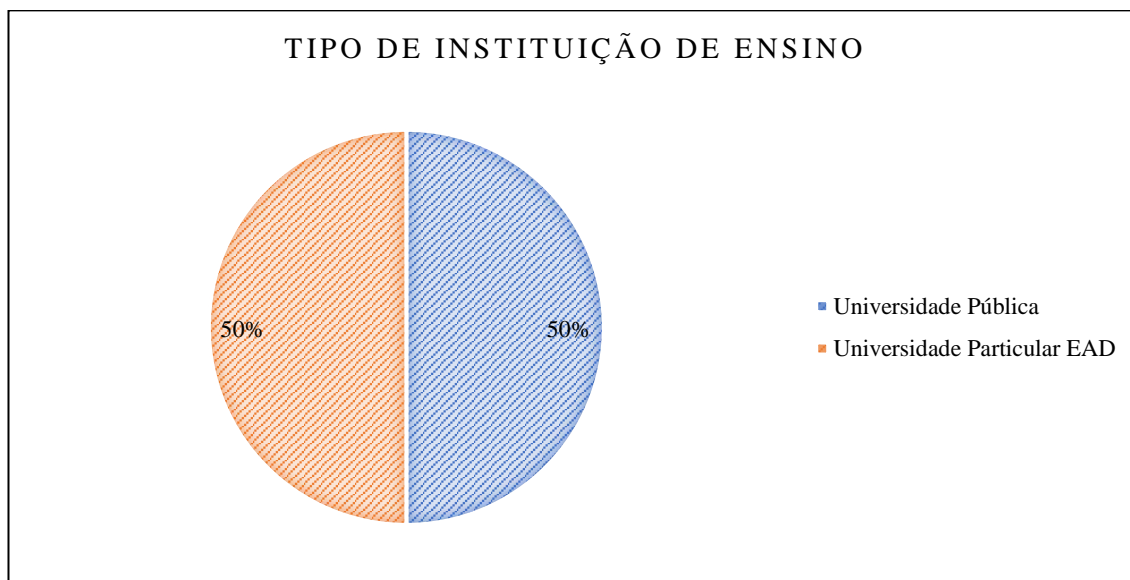
Fonte: Elaboração da autora.

Essa prevalência pode ser explicada pela construção social da subjetividade feminina, segundo Rocha-Coutinho (1994), tende a se modificar os próprios desejos frente à família, a aceitar uma posição secundária na distribuição dos recursos e benefícios coletivos, a sacralizar as funções de mãe e esposa, associando a estas as qualidades de fragilidade, intuição, abnegação, docilidade, sensibilidade. Essa constante associação feminino-docilidade-maternidade-abnegação liga-se às representações sobre o feminino que, apesar dos questionamentos, se mantêm ao longo das gerações.

Neste sentido, as chamadas “profissões femininas” – e entre elas, encontra-se o Serviço Social - são mais procuradas por mulheres porque tais profissionais exigem das/os profissionais docilidade, sensibilidade, serviço ao outro, abnegação, ressalta Rocha-Coutinho (1994). Essa constante associação feminino-docilidade está enraizada nas representações sobre o feminino que conservado ao longo das gerações. As mulheres, cuja subjetividade foi moldada por esses atributos, identificam sua “vocação” nessas profissões, pois estas refletem valores que foram transmitidos ao longo de suas vidas. Assim sendo, percebe-se que o imbricamento entre o “ser mulher” e o Serviço Social se faz presente na experiência do Serviço Social brasileiro.

No que se refere as instituições em que se formaram, elas possuem naturezas distintas, entretanto, o destaque é que 50% dessas profissionais se formaram em instituições de ensino público, em universidades estaduais e 50% graduaram-se em instituições privadas por meio do ensino à distância (EaD), conforme gráfico a seguir.

Gráfico 8 - Tipo de instituição de ensino



Fonte: Elaborado pela autora.

As assistentes sociais envolvidas na pesquisa concluíram sua formação entre os anos 2010 e 2020, destacando que todas obtiveram o título de bacharéis em Serviço Social após a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) — Lei n.º 9.394 — em 1996. Essa legislação demandou que as universidades substituíssem o currículo mínimo por Diretrizes Gerais Curriculares para os cursos de ensino superior. Faz-se necessário destacar que o rumo político para a educação vem seguindo a lógica dos preceitos neoliberais, ou seja, o projeto político para área da educação tem sido marcado pela expansão do setor privado com fins comerciais, ganhando destaque, especialmente à Educação a Distância (EaD).

Nesse cenário, não se pode dissociar que o avanço das profissionais que se formaram em instituições privadas no campo do Serviço Social está profundamente ligado a essas estruturas mais amplas. Tais estruturas não se configuram apenas como escolhas acadêmicas, são parte de uma estratégia mais ampla do sistema econômico para explorar novas oportunidades de acumulação.

Enquanto a expansão de cursos e matrículas no Serviço Social atende, por um lado, à demanda relacionada à expansão das políticas sociais impulsionada pela Constituição de 1988, por outro lado, está diretamente vinculada a outros fatores, como o crescimento do setor mercantil e os investimentos das empresas em EaD. Isso é especialmente significativo devido ao seu custo mais acessível e ao grande alcance potencial, principalmente em regiões remotas do país onde a oferta de cursos presenciais é limitada.

As Diretrizes Curriculares do Serviço Social foram desenvolvidas coletivamente, em colaboração com a categoria profissional, e resultaram de um extenso processo de revisão iniciado na década de 1990. Essas diretrizes refletem a evolução do pensamento teórico-prático do Serviço Social, cujas questões foram minuciosamente exploradas ao longo do segundo capítulo da dissertação. Dessa forma, sua elaboração transcendeu a simples obediência à Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), representando um avanço significativo no entendimento e, na prática do Serviço Social.

As Diretrizes Curriculares fundamentam a formação profissional na dinâmica da vida social, conforme apontado pelo CRESS (2008). Visando assegurar a real concretização de um projeto de formação profissional, essas diretrizes remetem a um conjunto inextricável de conhecimentos, expressos em núcleos de fundamentação: a) núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social; b) núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; e c) núcleo de fundamentos do trabalho profissional (CRESS, 2008).

O projeto ético-político do Serviço Social se fundamenta em três pilares, sendo um deles representado pelas Diretrizes Curriculares de 1996. Esse projeto profissional demanda um profissional com um perfil competente e crítico, abrangendo as três dimensões do exercício profissional (dimensões técnico-operativas, teórico-metodológica e ético-política). Isso implica que, durante seu processo de formação, os assistentes sociais devem ser estimulados a ir além da simples compreensão da realidade, buscando uma formação reflexiva que transcenda a mera obtenção de um diploma de ensino superior.

Para alcançar esse objetivo, é imprescindível que os profissionais compreendam a dinâmica da realidade social munidos de um embasamento teórico-crítico. A intervenção profissional ocorre nessa mesma realidade, na qual novas estratégias de ação podem ser construídas e refletidas.

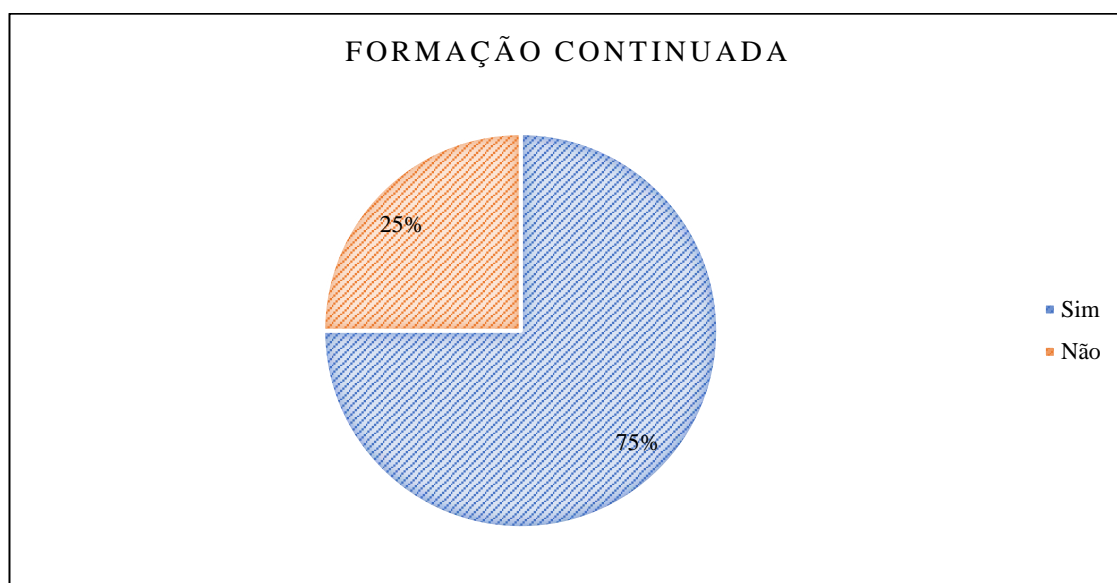
Essa realidade é dinâmica, e por sê-la, está em constante estado de transformação. Assim, as assistentes sociais em seu exercício cotidiano devem estar sempre atentas aos impactos estas transformações refletem na sociedade de modo geral, e não apenas percebê-las como um pano de fundo, pois, tais transformações incidem nos processos de trabalho, nas demandas, nas requisições institucionais, no objeto de trabalho, no perfil e formação profissional.

Manter-se atualizado diante dessas transformações se coloca como um imperativo para um exercício profissional qualificado, demandando, assim, a busca constante por sua

formação continuada. Neste contexto, não compreendemos o conhecimento como algo estático que pode ser armazenado e retirado quando necessário, mas sim como um processo dinâmico, capaz de desvelar a realidade social.

Quanto à formação continuada, aprimoramento e qualificação profissional, as depoentes compartilharam os seguintes resultados e experiência durante a pesquisa.

Gráfico 9 - Formação continuada



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à formação continuada, aprimoramento e qualificação profissional, é relevante notar que 75% das participantes da pesquisa possuem formação complementar, destacando a especialização como a modalidade de formação com maior incidência. Enquanto 25% das profissionais não seguiram nenhum curso de pós-graduação, conforme ilustrado no gráfico.

Tendo em vista a intervenção das assistentes sociais, a realidade e o fato que esta encontra-se em constante transformação, o cenário atual coloca diante das assistentes sociais da área da saúde o desafio de se capacitarem para acompanhar, atualizar e elucidar não só as nuances da questão social agravadas pelo contexto pandêmico, mas a tensão entre a tentativa de consolidação e desmantelamento do SUS que se configura em um fenômeno recorrente no Brasil, desde os anos de 1990, e que colocam em risco a efetivação dos princípios e diretrizes fundamentais do SUS.

No que diz respeito a área de conhecimento em que as profissionais realizaram suas especializações, destacam-se os seguintes resultados.

Tabela 7 - Áreas de especialização das profissionais

Entrevistado	Área do conhecimento
Assistente Social 01	Ética e Direitos Humanos; e Serviço Social e Assistência Social na Saúde
Assistente Social 02	Educação Especial Deficiência Intelectual e Múltipla
Assistente Social 03	Gestão do Sistema Único de Assistência Social
Assistente Social 04	Não possui especialização

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as profissionais que investiram em sua formação continuada, observa-se que 03 (três) das 04 (quatro) participantes possuem formação complementar e que há maior incidência na escolha pela pós-graduação *lato sensu* em áreas distintas do Serviço Social. Das profissionais participantes, a A.S. 01 realizou duas especializações, sendo uma delas com ênfase na área da saúde. As demais especializações abordam temas relacionados a diversas áreas do Serviço Social, enquanto uma participante não possui especialização. Conforme evidencia a tabela abaixo.

Ao serem indagadas acerca do período em que concluíram suas especializações, destacaram que foram finalizadas previamente à sua nomeação como técnicas no setor de Serviço Social da unidade hospitalar. Apenas uma participante relatou ter realizado a especialização após assumir o cargo, focando-se na área do “Serviço Social e Assistência Social na Saúde”.

Busquei realizar uma especialização na área da saúde, porque estava prestes a assumir a vaga aqui no hospital e seria a minha primeira atuação como assistente social, e me bateu insegurança, então, busquei me especializar para justamente ser capaz de responder às demandas do setor com qualidade. (A.S. 01)

A formação continuada desempenha um papel crucial para as profissões inscritas na divisão social e técnica do trabalho. Em particular, no caso do Serviço Social, que tem como foco as expressões da questão social, o aperfeiçoamento profissional se apresenta como um imperativo.

O investimento na formação permanente das assistentes sociais implica ultrapassar a problematização acerca do objeto de trabalho desta profissão, é investir nos desvelamentos do capital, das estratégias utilizadas pelos capitalistas para garantir a legitimidade, do desmantelamento e focalização das políticas sociais, das precarizações das relações de trabalho, das relações sociais, das privatizações, que incidem tanto na formação como no exercício profissional.

Assim, é necessário transcender a visão de qualificação imposta pelo mercado, que a enxerga apenas como um meio de adaptar o trabalhador às demandas de produção. O que está em questão é afirmar e fortalecer o conjunto de valores, princípios e concepções ético-políticas presentes no projeto profissional, que possui uma natureza fundamentalmente crítica e está claramente vinculado a um projeto societário de transformação da ordem social.

#### 4.3 DESDOBRAMENTOS E DESAFIOS: OS VÍNCULOS TRABALHISTAS E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA PANDEMIA DA COVID-19

No exercício de sua prática cotidiana, as assistentes sociais são confrontadas com demandas provenientes das influências históricas, estruturais e conjunturais da sociedade burguesa, necessitando enfrentá-las. Contudo, à semelhança da dinâmica da realidade social, essas demandas tornam-se cada vez mais complexas, requerendo respostas qualificadas diante da complexidade social.

As diversas manifestações da questão social se revelam nas necessidades e demandas dos usuários dos serviços, refletindo-se na busca por acesso à saúde, habitação, educação, previdência, na ocorrência de violência doméstica, na população em situação de rua, na violação dos direitos dos idosos e das crianças e adolescentes, entre inúmeros outros exemplos.

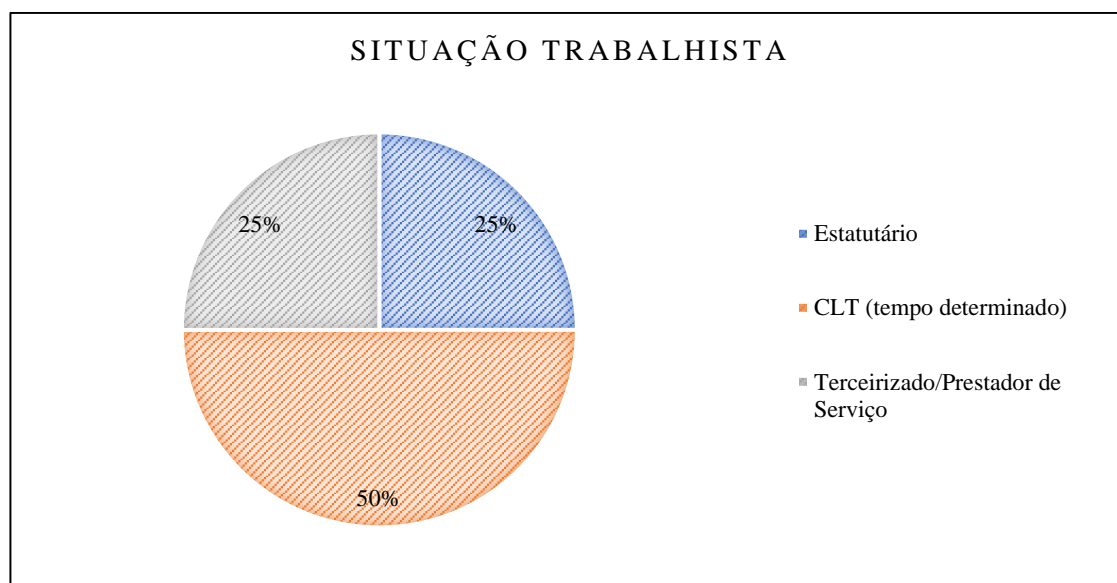
As assistentes sociais, no caso aqui pesquisado, participam da Política Pública de Saúde para abordar dessas diversas expressões da questão social e para intervir no processo saúde-doença dos usuários.

Ao direcionar a análise para o contexto sócio-ocupacional da urgência e emergência, é imperativo destacar a característica de imediatez presente nos atendimentos prestados nesse espaço. Nesse sentido, as profissionais de Serviço Social ingressam na instituição enquanto trabalhadoras assalariadas e enquanto pertencentes à classe trabalhadora, tem os seus processos de trabalho, relações de trabalho e condições de trabalho impactadas pelas transformações societárias contemporâneas. Observa-se no primeiro capítulo que o modo de produção capitalista repousa sobre contradições insolúveis, estabelecendo um contexto de constante crise, sendo essas crises endógenas a

esse sistema de produção e que suas alternativas para “combater a crise” se gestam em um cenário de “reforma” do Estado e a externalização dos serviços e recursos humanos evidencia a precarização do emprego, a contratação por meio de contratos temporários e ausência de concursos públicos.

A questão do vínculo empregatício das participantes da pesquisa revela uma distribuição significativa nos regimes de contratação, conforme expressa o gráfico abaixo.

Gráfico 10 - Situação trabalhista.



Fonte: Elaborado pela autora.

Notavelmente, o grupo de estatutárias e o grupo de terceirizados/prestador de serviços representam cada um, 25% do total, indicando uma certa equidade nesses dois tipos de vínculo empregatício. A outra metade (50%) das participantes está vinculada ao regime celetista. Esse dado destaca uma predominância desse modelo de contratação, que geralmente implica em maior estabilidade empregatícia e diferentes condições de trabalho em comparação com o terceirizado/prestador de serviços.

A contratação de prestação de serviços terceirizados é realizada por meio de credenciamento/chamamento público de pessoas jurídicas prestadoras de serviços assistenciais em saúde, ou seja, A Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Paraná (FUNEAS)<sup>71</sup>. Consoante as informações do Edital de Credenciamento/Chamamento

<sup>71</sup> Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná - FUNEAS, é uma fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de beneficência social, de interesse e de utilidade públicos, regida por seu estatuto e pela Lei Estadual n.º 17.959, de 11 de março de 2014. Integra a Administração Pública Indireta do Estado do Paraná vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para efeito



Público n.º 001/2020<sup>72</sup>, a empresa contratada para prestação de serviços estabelece que para a função de Assistente Social o valor unitário hora/plantão é de R\$ 54,02 (cinquenta e quatro reais e dois centavos), totalizando um montante de R\$ 648,24 (seiscentos e quarenta e oito reais e vinte e quatro centavos) por 12 horas trabalhadas.

A contratação das profissionais no regime das Consolidações das Leis de Trabalho (CLT) é realizada pela empresa contemplada no chamamento público. Dessa forma, as assistentes sociais contratadas pelo regime CLT e as profissionais terceirizadas se dividem realizando as funções do exercício profissional no regime de escala 12x36, durante o mês, ambos os regimes de trabalho realizam 10 (dez) plantões, totalizando 120 horas mensais, como ilustra A.S. 03 *“a minha remuneração é por plantão, conforme o contrato estabelecido com a empresa prestadora de serviços durante o mês irei realizar 10 (dez) plantões, com valor fixo de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por plantão realizado”*. A partir do relato da depoente foi realizado o cálculo do valor da hora/plantão pago as profissionais do regime CLT e constatou-se que o valor da hora trabalhada nessa modalidade é de R\$ 20,83 (vinte reais e oitenta e três centavos).

De acordo com cálculo realizado a partir das informações do edital de chamamento público n. 001/2020, as assistentes sociais terceirizadas recebem o valor de R\$ 648,24 (seiscentos e quarenta e oito reais e vinte e quatro centavos) por 12 horas trabalhadas, considerando o valor da hora/plantão de R\$ 54,02 (cinquenta e quatro reais e dois centavos).

A partir da fala das profissionais com contrato pelo regime CLT e em comparação com as informações disponíveis no Edital de Credenciamento/Chamamento Público n.º 001/2020, a comparação entre os regimes de trabalho, CLT e terceirizado, revela indícios de discrepâncias significativas nos aspectos salariais e nas implicações financeiras para ambas as partes.

Para as assistentes sociais contratadas no regime CLT, o valor de R\$ 20,83 por hora se traduz em uma remuneração de R\$ 250,00 por plantão de 12 horas no regime de escala 12x36. Realizando os 10 plantões mensais, a remuneração bruta totaliza R\$ 2.500,00. Este montante, embora inferior ao valor estimado no edital de credenciamento

---

de supervisão e fiscalização de suas finalidades. Tem por finalidade desenvolver e executar ações e serviços de saúde nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <https://www.funeas.pr.gov.br/Pagina/Apresentacao>. Acesso em out. 2023.

<sup>72</sup>Edital de Credenciamento/Chamamento Público n.º 001/2020. Disponível em: [https://www.funeas.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/CREENCIAMENTO\\_HRS/EDITAL0012020HRSe.pdf](https://www.funeas.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/migrados/File/CREENCIAMENTO_HRS/EDITAL0012020HRSe.pdf). Acesso em: out. 2023.

da FUNEAS para o cargo de Assistente Social, reflete uma estrutura mais estável e previsível de remuneração.

Por outro lado, as profissionais terceirizadas, recebendo R\$ 54,02 por hora, apresentam uma remuneração potencialmente mais elevada por hora trabalhada. Entretanto, o valor mensal estimado de R\$ 21.051,05, conforme o edital, é destinado a cobrir não apenas sua remuneração pelo trabalho exercido, mas também os salários e encargos trabalhistas das assistentes sociais contratadas no regime CLT. A complexidade aumenta, pois, além dos salários e encargos trabalhistas o valor mensal estimado é dividido entre três sócios que compõem a empresa e atuam como técnicos na unidade hospitalar, conforme retrata a A.S. 01 *“a empresa é composta por três sócios graduados em Serviço Social e, que exercem a profissão na unidade hospitalar; entretanto, nós possuímos outros vínculos trabalhistas por isso não conseguimos dar conta de dividir os plantões do mês apenas entre nós”*, sendo necessário a contratação de profissionais adicionais no regime CLT para compor o quadro de funcionários aptos para atuar na instituição e cumprir a carga horária estabelecida pelo edital de chamamento público.

A pretensão pela estabilidade nos projetos profissionais da classe trabalhadora é sempre um aspecto central. Vínculos de trabalho instáveis afetam diretamente o exercício profissional, gerando incertezas quanto à permanência e continuidade no emprego, na prestação de serviços e no que diz respeito à formação permanente.

Diante do exposto, o que se evidencia é que, tanto o regime de contratação terceirizado como o regime CLT apresentam nuances diferentes da precarização do trabalho. Apesar das profissionais em regime terceirizado receberem um valor de hora/plantão mais elevado, a cobertura dos encargos trabalhistas das profissionais contratadas no regime CLT fica sob sua de responsabilidade. Entretanto, as profissionais CLT, realizam as mesmas atribuições, mesma carga horária e quantidade de plantões mensais, e recebem um valor de hora/plantão significativamente inferior, indicando a lógica do sistema capitalista, em que a empresa busca maximizar os lucros às custas da estabilidade dos trabalhadores.

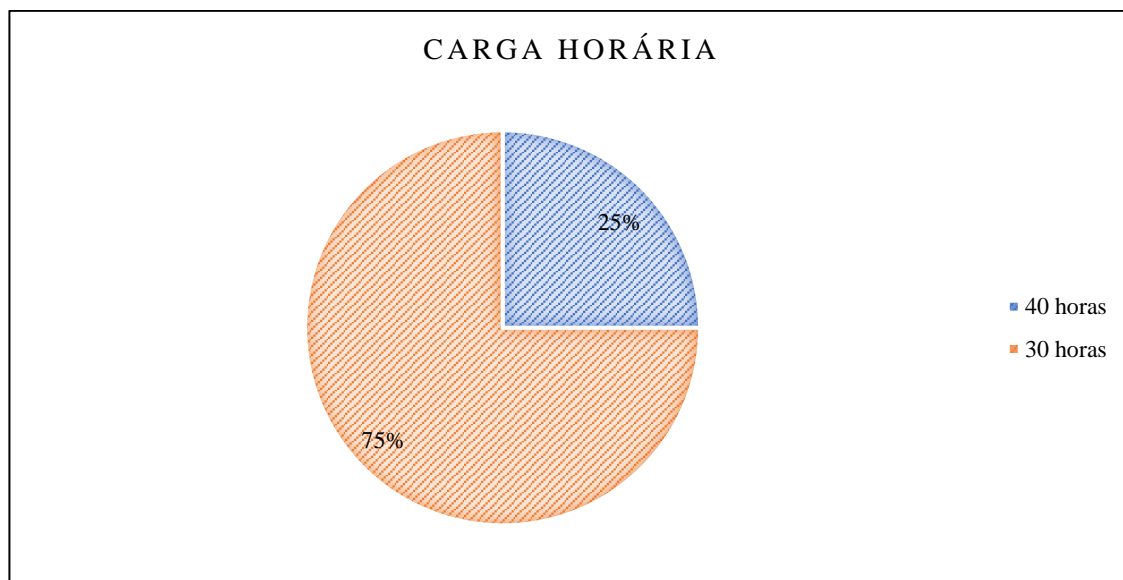
Em 2010, a Lei 12.317 incorporou à Lei 8.662 o artigo 5ºA que estabelece a carga horária das assistentes sociais como trinta (30) horas semanais a partir da data de publicação da Lei. A conquista das trinta (30) horas deve ser considerada um ganho da classe trabalhadora e compreendida no contexto da luta de classes, ao contribuir para assegurar melhores condições de trabalho e se alinha à luta pelo direito ao trabalho com qualidade para todos.

Em um cenário marcado pela intensa flexibilização e precarização das relações de trabalho, juntamente com o rebaixamento salarial, a garantia de uma jornada semanal de até 30 horas enfrenta desafios significativos. É importante ponderar que a redução da jornada pode estar servindo aos interesses dos empregadores, especialmente quando acompanhada pela diminuição salarial, contrariando a legislação que estabelece a jornada de 30 horas sem redução de salário.

Outro aspecto a ser considerado é o impacto da diminuição da jornada de trabalho em profissões que atuam nos serviços sociais, especialmente os públicos. Isso implica na necessidade de ampliação do orçamento para garantir o número adequado de profissionais, a fim de manter a regularidade e continuidade dos serviços. Esse desafio demanda uma luta constante para preservar e respeitar os direitos conquistados, especialmente em um contexto em que se visa assegurar condições dignas de trabalho.

Quanto à carga horária semanal das assistentes sociais, os dados revelam informações essenciais que serão abordadas posteriormente, proporcionando uma compreensão mais aprofundada desse aspecto específico da atuação profissional.

Gráfico 11 - Carga horária



Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme os dados obtidos nos depoimentos, observa-se que a profissional estatutária desempenha sua carga horária trabalho no regime de plantão em escala 12x36, totalizando 40 (quarenta) horas semanais e 180 (cento e oitenta) horas mensais. Por outro lado, as profissionais em regime terceirizado ou sob o regime da CLT realizam uma

jornada de 120 (cento e vinte) horas mensais, equivalendo a 44 (quarenta e quatro) horas semanais, distribuídas em 10 (dez) plantões ao longo do mês, com carga horária de 12 (doze) horas por plantão, seguindo uma escala de 12x36, seja estatutária, CLT ou terceirizada, as profissionais trabalham independentemente de ser final de semana, feriado nacional e/ou municipal.

No que se refere ao intervalo intrajornada para descanso e alimentação estabelecido pelo artigo 71 da CLT<sup>73</sup>, que especifica que em qualquer trabalho contínuo, que exceda 06 (seis) horas diárias, é obrigatória a concessão de um intervalo para repouso ou alimentação, o qual será de no mínimo 01 (uma) hora e poderá ser reduzido e/ou fracionado a partir de acordo coletivo entre as partes. As depoentes relatam dificuldades para realizar a pausa intrajornada, mesmo de forma fracionada.

A gente não consegue realizar o intervalo completo de 1 (hora), fizemos pausas ao longo do plantão, mas é impossível realizar esse intervalo de forma completa, geralmente ficam 2 assistentes sociais no plantão, exceto finais de semana e feriados, em que fica só um profissional no setor, então é um profissional para o hospital inteiro, nesses dias é mais complicado conseguir fazer as pausas para almoço, lanche, ou até mesmo dar um respiro. [A.S. 01]

É difícil conseguir realizar o período que está preconizado e que temos direito de intervalo. Já houve dias em que era a única profissional do setor, ainda no auge do período da pandemia em que a minha refeição para o almoço, consegui realizar após as 19 (dezenove) horas, o qual foi o horário em que o plantão finalizou. Esse foi um dia muito caótico, em que houve diversas situações de urgência chegando até o hospital, tentativa de homicídio, violência sexual, vários óbitos decorrentes da Covid-19, que exigia a nossa paramentação e do familiar para ir realizar o processo de reconhecimento do corpo, e esse era um processo um pouco demorado, e foram vários óbitos em sequência e simplesmente quando me dei conta, já era quase o fim do plantão. Então, infelizmente, para conseguir realizar uma refeição, como o almoço, a gente simplesmente acaba tendo que “largar” o setor, almoçar rapidinho e retornar. [A.S. 03]

A gente consegue realizar as refeições de modo geral, mas sempre com um sentimento implícito de que tem que ser rápido para voltar para o setor, porque está sozinho e geralmente quando retorna já tem familiares aguardando para atendimento, principalmente porque também é um horário de intervalo que eles possuem, devido ao trabalho e organização, então buscam atendimento nesses horários [A.S. 04]

A partir dos relatos das profissionais identificam-se alguns pontos que merecem destaque: a) falta de tempo para intervalo completo, a A.S. 01 enfatiza a dificuldade em realizar o intervalo de uma hora de forma completa, mencionando a sobrecarga durante finais de semana e feriados, quando apenas um profissional está de plantão para atender

---

<sup>73</sup> Decreto Lei n.º 5.452. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm). Acesso em nov. 2023.

todo o hospital. Isso destaca a limitação de recursos humanos e as consequências diretas para o descanso e bem-estar dos profissionais; b) impacto da sobrecarga e emergências: a A.S. 03 compartilha uma experiência extremamente desafiadora, enfrentando situações críticas durante o plantão que a impediram de fazer uma refeição até o final do expediente. Isso destaca o impacto direto da sobrecarga de trabalho e das emergências no direito básico dos profissionais a um intervalo adequado; e c) pressão para retornar rapidamente: a A.S. 04 aborda o dilema de realizar as refeições rapidamente devido à pressão para retornar ao setor, especialmente quando estão sozinhas. Essa pressão evidencia a demanda constante por atendimento e a dificuldade em equilibrar as necessidades profissionais com os pessoais.

No conjunto, os depoimentos refletem a complexidade do ambiente hospitalar, caracterizada por uma carga de trabalho elevada, escassez de recursos humanos e a ocorrência frequente de emergências, evidenciando um cenário desafiador para os assistentes sociais assegurarem pausas adequadas para alimentação. Esses fatores podem ter impactos significativos na qualidade de vida, no bem-estar e na eficácia do trabalho desses profissionais.

A partir dos relatos das profissionais expressam os desafios enfrentados no cotidiano profissional quanto à realização dos intervalos para refeições, revelando nuances importantes sobre a dinâmica de trabalho e as condições de trabalho.

A lógica busca intensificar a comercialização da força de trabalho ao máximo, flexibilizando as relações, vínculos e direitos relacionados ao trabalho. Isso implica em redefinir as formas de regulação social, tanto nas organizações privadas quanto nas instituições públicas.

No contexto da unidade hospitalar do sudoeste do Paraná, se observa uma substituição gradual de servidores públicos estatutários por trabalhadores com contratos regidos pela legislação do trabalho do setor privado, conforme reposta da própria participante, [A.S. 01] *“a partir de 2015, a gente começou a observar que a dinâmica da relação de contratação aqui no hospital começou a ser alterada, em vez de processos seletivos e concursos, a terceirização ganhou força e foi se consolidando como único modelo de contratação atualmente”*. Esse cenário é impactado por diversas formas de flexibilização dos vínculos contratuais, impulsionadas pela Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016, que estabeleceu um teto para os gastos sociais públicos pelos próximos 20 anos e utilizada como justificativa para o arrocho salarial de trabalhadores/as do Estado e para o desmantelamento das políticas sociais, em especial do SUS.

Em um contexto caracterizado por um contínuo processo de reestruturação produtiva em prol dos interesses de acumulação e do sistema de dominação do capital, só se intensificou com a aprovação da PEC 32/2020<sup>74</sup>, que propõe retrocessos significativos, como o fim do regime jurídico único dos servidores, a extinção da estabilidade, a possibilidade de redução da jornada e dos salários, a declaração de desnecessidade ou obsolescência do cargo, entre outras medidas que impactam negativamente a estrutura do Estado. A partir dos dados coletados, observa-se, portanto, a presença significativa, e tudo indica em crescimento, de contratações temporárias por meio de prestação de serviços terceirizados, principalmente porque estão embasados pela Lei Estadual n.º 15.608 de 2007<sup>75</sup> e pelo Decreto Estadual n.º 4.507 de 2009<sup>76</sup>, que tem por objetivo o credenciamento de pessoas jurídicas prestadoras de serviços assistenciais em saúde, para atuar nos diversos hospitais públicos que integram a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.

É nesse cenário que as profissionais desempenham suas atividades por meio dos plantões. O atendimento às demandas espontâneas é característico dos plantões do Serviço Social, nos quais os usuários e/ou seus familiares buscam voluntariamente o suporte do Serviço Social ou são encaminhados por outros setores da instituição ou por profissionais de outras áreas, [A.S. 03] *“é muito comum que qualquer solicitação por parte do paciente, da equipe médica/enfermagem/psicologia ou até mesmo dos familiares seja encaminhada para o Serviço Social.”* Na maioria das situações, as assistentes sociais compartilham um mesmo espaço físico, permanecendo disponíveis para serem procurados pelos usuários ou seus familiares. Conforme o relato:

[...] o setor de Serviço Social na unidade hospitalar possui apenas uma sala para atendimento, a qual é compartilhada quando com um profissional auxiliar administrativo que atua temporariamente no setor, e com outra assistente social quando coincidem os plantões. [A.S.01]

---

<sup>74</sup> Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2262083> Acesso em nov. 2023.

<sup>75</sup> Estabelece normas sobre licitações, contratos administrativos e convênios no âmbito dos Poderes do Estado do Paraná.

Disponível em:

<https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=48364&indice=1&totalRegistros=1&dt=22.7.2019.18.25.43.335>. Acesso em jun. 2023.

<sup>76</sup> Dispõe sobre o Regulamento tem por objetivo definir características, condições, normas e competências para o credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=5844&indice=1&totalRegistros=1&dt=22.7.2019.18.1.2.54> Acesso jun. 2023.

Essa fala traduz a carência de meios para assegurar o sigilo profissional, e a depoente complementa “*por vezes, precisamos realizar algumas orientações nos corredores, ou buscar uma sala disponível no hospital*” [A.S.01].

A narrativa da depoente indica uma falta de privacidade para as assistentes sociais. Isso pode comprometer a garantia do sigilo profissional, essencial para o exercício da profissão, especialmente ao lidar com questões sensíveis e confidenciais dos pacientes; outro ponto de atenção diz respeito a presença de um profissional auxiliar administrativo temporário compartilhando o espaço pode criar desafios adicionais. A especificidade das funções pode dificultar o ambiente propício para o atendimento social, prejudicando a confidencialidade e a qualidade das interações com os usuários.

A declaração de que, por vezes, são necessários atendimentos nos corredores ou a busca por salas disponíveis no hospital sugere uma adaptação improvisada devido à falta de espaço apropriado. Isso pode impactar a eficácia do trabalho, bem como a privacidade e o conforto dos usuários atendidos. O compartilhamento de espaço e a falta de condições ideais para o atendimento podem ter implicações diretas na qualidade do serviço prestado. O ambiente inadequado pode limitar a eficácia das intervenções.

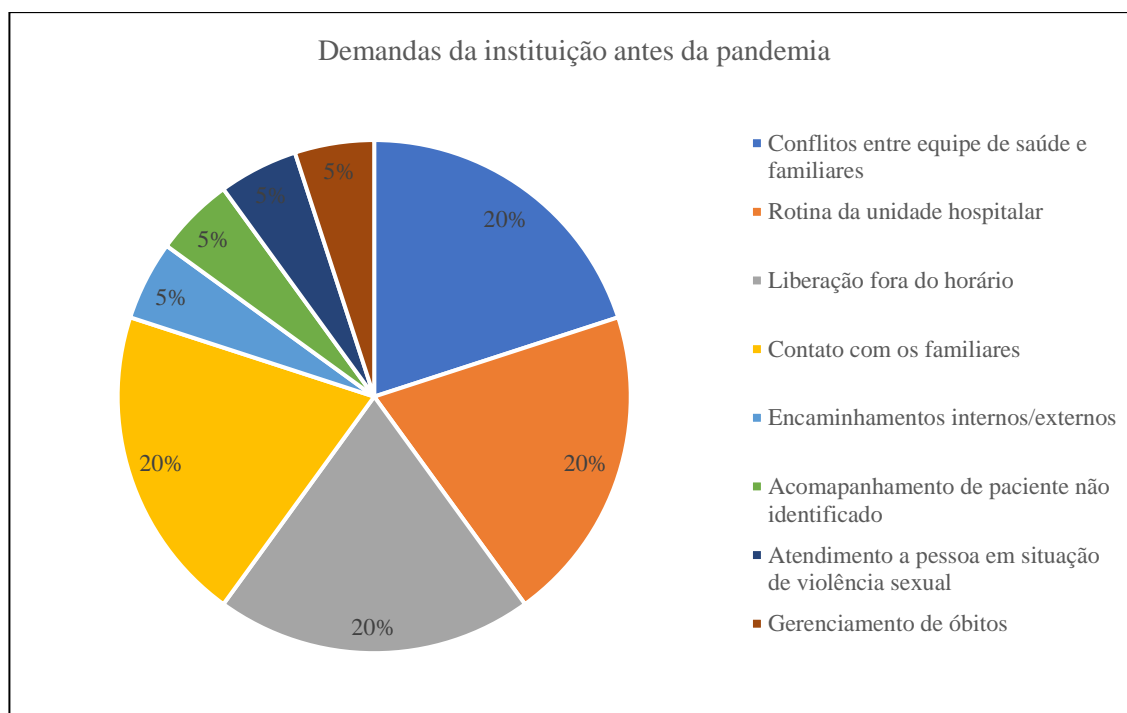
Essa descrição aponta para uma infraestrutura inadequada no setor de Serviço Social na unidade hospitalar, com implicações na privacidade, sigilo profissional e na qualidade dos serviços prestados pelos assistentes sociais.

O sigilo profissional, um direito tanto do profissional quanto do usuário, destina-se a proteger informações adquiridas durante o exercício da profissão. A garantia desse sigilo é desafiadora, dado o evidenciado pela depoente A.S. 01, dado que os profissionais compartilham um espaço físico comum na instituição, onde os atendimentos ocorrem simultaneamente por dois ou mais profissionais, conforme discutido anteriormente.

Outro atendimento característico das profissionais que pode pôr em risco a preservação do sigilo é o atendimento aos usuários junto aos leitos, [A.S.03] “*uma solicitação que ocorre bastante é o atendimento no leito em que o paciente está internado, devido a sua condição física, por vezes impossibilitado de ir até a nossa sala*”, tal relato indica que a garantia do sigilo torna-se ainda mais difícil ao atender os usuários próximos aos leitos, pois a ausência de um ambiente apropriado para esses atendimentos expõe a vida dos usuários aos demais ocupantes dos leitos adjacentes.

Sobre as principais demandas postas da instituição anterior ao período de pandemia, as respostas das depoentes que se repetiram com maior frequência foram: mediação de conflitos entre equipe de saúde e familiares; rotina da unidade hospitalar; liberação de troca de acompanhante fora do horário; contato com os familiares. Conforme evidenciado no gráfico abaixo.

Gráfico 12 - Demandas postas pela instituição



Fonte: Elaborado pela autora.

A mediação de conflitos ocorre sempre com o propósito de fornecer orientações às partes envolvidas e oferecer apoio. Essa variedade de demandas no cotidiano de trabalho das assistentes sociais reflete o que muitos profissionais da categoria mencionam sobre sua prática, “*o desafio de lidar com situações urgentes, muitas vezes caracterizadas como apagar incêndios*”, [A.S.04]. Ao reduzir seu exercício profissional ao apagador de incêndios, a atuação do assistente social em uma instituição demanda das assistentes sociais a execução de tarefas que não estão dentro de sua competência e não fazem parte de suas atribuições. Quando o Serviço Social não assume uma posição definida dentro da instituição, é a própria instituição e/ou outros profissionais que ditam as atividades a serem realizadas pela assistente social.

Existem algumas categorias profissionais que não compreendem o trabalho realizado pela assistente social e isso é muito desgastante, porque em diversos momentos, você está desempenhando suas funções e ficam ligando para o setor, quando o telefone não é atendido, te anunciam no alto-falante do



hospital, solicitando presença da assistente social com urgência e muitas vezes, quando chega no local, é uma demanda que poderia ter sido resolvida por qualquer profissional da unidade, não tem a necessidade de uma assistente social intervir. Por exemplo, uma vez um profissional de enfermagem solicitou minha presença, pois, um paciente foi a óbito e ela não sabia o que deveria fazer com a dentadura do paciente. E esse é só um, das centenas de vezes que a gente é requisitado para “resolver” uma situação que não necessariamente precise ser uma assistente social. [A.S.01]

A demanda mais inusitada que tentaram passar para mim foi, logo na primeira semana que entrei na instituição e tinha um paciente fumante que queria sair do quarto para fumar. Essa é uma regra geral de proibição nas dependências da unidade hospitalar que todos os profissionais da instituição têm conhecimento, mas quando solicitaram minha presença no internamento, não quiseram falar do que se tratava, apenas me solicitaram, pois, estava ocorrendo um conflito, e aí muitas vezes a gente para tudo que está fazendo para atender a demanda e se depara com essas situações que podem ser resolvidas por outros profissionais. E essa situação em questão, gerou um conflito entre mim e a outra profissional, porque eu pontuei que ela poderia ter feito esse momento de apresentar as regras para o paciente. Não é que eu não poderia fazer essa orientação, em casos de a equipe de enfermagem estar atendendo uma intercorrência, mas não era o caso em questão. Então acaba sendo muito desgastante ter que ficar repetindo quais são as nossas atribuições privativas dentro do hospital. [A.S. 04]

As experiências compartilhadas pelas assistentes sociais destacam os desafios emocionais e profissionais que enfrentam em seu ambiente de trabalho. Ambos os relatos revelam uma frustração diante da falta de compreensão por parte de algumas categorias profissionais sobre as funções específicas do Serviço Social.

A primeira depoente expressa o desgaste provocado pela constante demanda para resolver situações que não requerem necessariamente a intervenção de um assistente social. O exemplo mencionado, sobre os pertences do paciente, ilustra a falta de discernimento sobre quando é apropriado envolver um assistente social. Além disso, essa solicitação extrapola as atribuições privativas do Serviço Social, tendo um cunho de caráter administrativo, descaracterizando-se completamente de quaisquer dos procedimentos inerentes à sua prática profissional.

Já o relato seguinte, traduz a visão que as outras categorias profissionais têm da Assistente Social, a de “apagar incêndios”, e que em muitas vezes é acionada para mediar conflitos que podem ser resolvidos por outros profissionais. Ambas as profissionais mencionaram a interrupção de suas atividades para atender as demandas que poderiam ser conduzidas por outros profissionais do hospital.

A ausência de uma chefia graduada em Serviço Social é uma situação desafiadora, pois, devido à incompreensão das atribuições privativas da assistente social dentro do hospital, surgem algumas solicitações incoerentes com à nossa prática profissional, exercendo uma pressão implícita ao receber certas demandas. [A.S.01]

Em um hospital de urgência e emergência, como o Regional, o Serviço Social enfrenta desafios permanentes, principalmente no que diz respeito a falta de clareza dos demais profissionais nas atividades competentes ao assistente social. E um agravante observado é que devido à rotatividade de assistentes sociais, devido à forma contratação, é possível perceber, que alguns técnicos em enfermagem, alguns enfermeiros e médicos, inclusive, tentam “jogar” para a assistente social um trabalho que não lhes compete, acionam o setor de Serviço Social, para resolver uma questão, que pode ser resolvida por qualquer profissional disposto a dialogar. E como essa foi minha primeira experiência exercendo o cargo, devido à falta de maturidade acabei cedendo à pressão da urgência em responder à solicitação e aí a gente acaba absorvendo a demanda como se fosse atribuição privativa do Serviço Social. [A.S.03]

O exercício profissional das assistentes sociais é permeado por tensões, uma vez que seu trabalho está sujeito às correlações de força inerentes do processo de venda da sua força de trabalho, em que as instituições exercem um poder coercitivo a todos as/os trabalhadores, especialmente quando estes dependem do salário resultante da venda de sua força de trabalho para garantir a produção e reprodução da vida social, faz-se necessário destacar que esta não é uma característica exclusiva das assistentes sociais participantes deste estudo, mas sim da classe trabalhadora de forma geral. Isso cria uma dinâmica na qual as instituições podem influenciar os trabalhadores a realizar atividades que desafiam os valores e princípios que orientam o seu trabalho.

Desta maneira, no desempenho de suas funções profissionais, as assistentes sociais experimentam uma autonomia relativa em suas ações, sendo necessário enfrentar essa realidade e agir como mediadoras com base nos princípios éticos da profissão, visando proporcionar resolução às demandas apresentadas. A partir da fala das entrevistas é possível observar um ponto crucial na perspectiva das assistentes sociais que ilustram a falta de discernimento sobre quando é apropriado requisitar uma assistente social, evidenciando uma subutilização de suas habilidades e conhecimentos.

As assistentes sociais frequentemente recebem solicitações para fornecer orientações sobre a rotina da unidade de hospitalar, o que se desdobra em outra demanda: a liberação de visita fora do horário para os usuários que estão internados.

O encaminhamento mais frequente que chega para o Serviço Social é com relação aos horários das trocas de acompanhante fora do horário. São disponibilizados dois horários que seja realizada a troca, no período matutino no horário das 07h00 às 08h00 e no período vespertino das 17h00 às 18h00. E todos os funcionários da instituição sabem, pois esses são os horários em que não vai ter médicos passando nos quartos, a medicação já foi aplicada, e o processo da troca, não influenciará no cotidiano do internamento e mesmo assim, todo familiar que chega fora do horário é encaminhado ao setor do Serviço Social, para ouvir uma informação que poderia ser fornecida pela própria recepção. [A.S. 01]

A troca de acompanhantes fora de horário é sem dúvidas um dos maiores encaminhamentos realizados para nós. [A.S. 04]

Essa dinâmica pode gerar um volume desnecessário de demandas para o Serviço Social, que, embora, seja uma parte vital da equipe de saúde, pode ter suas energias e recursos direcionados para o atendimento de demandas mais complexas e específicas.

Outra solicitação recorrente as assistentes sociais referem-se às informações sobre o estado de saúde dos usuários. Como os médicos fazem a visita nos leitos em um horário que muitas vezes não coincide com o horário regular das visitas, os familiares muitas vezes ficam sem ter a oportunidade de conversar diretamente com os médicos para receber atualizações sobre a condição de saúde do paciente internado.

Devido à dificuldade de acesso à equipe médica, os familiares buscam o suporte da equipe do Serviço Social, seja de forma presencial ou ligando no setor, na esperança de que suas demandas por informações sobre o paciente alcancem os médicos.

Na maioria das vezes, somos a única ponte entre os familiares e os médicos. [A.S. 01]

Às vezes a família não compreende que nós não possuímos capacidade técnica para o repasse de informações adequadas e corretas sobre o estado clínico do paciente e por vezes acaba achando que ligar 10, 20 vezes no setor irá adiantar. [A.S. 02]

Depois da troca de acompanhante fora do horário, a busca por informações do quadro clínico do paciente internado é uma das solicitações mais realizadas pelos familiares, apesar de explicar que não possuímos conhecimento específico para informar sobre o quadro clínico, na maioria das vezes os familiares se contentam com informações do tipo “o médico já passou a visita e anotou no prontuário que o paciente está evoluindo no processo de recuperação; se já entrou na sala de cirurgia; a cirurgia ocorreu sem intercorrências”; e dentro dos nossos limites éticos buscamos realizar essa aproximação e socialização das informações. [A.S. 03]

Essa é uma questão delicada, tendo em vista que nos falta propriedade técnica para o repasse de informações corretas, existe uma preocupação em para quem está sendo repassado essas informações, principalmente por telefone, não tem como a gente ter certeza se quem está solicitando as informações é realmente um familiar, já aconteceu diversas vezes em casos graves de violência, como tentativa de homicídio, violência sexual, espancamento, ao telefonar a pessoa se identifica como familiar, quando, na verdade, queria saber se o paciente ainda estava vivo. [A.S. 04]

As declarações das profissionais fornecem uma visão dos desafios que enfrentam no contexto de comunicação entre familiares e equipe médica. Os relatos sublinham o papel crucial que as assistentes sociais desempenham na facilitação da comunicação entre esses dois grupos. Além disso, as profissionais precisam contornar a expectativa por parte

das famílias de receber informações detalhadas sobre o estado clínico do paciente mesmo quando os assistentes sociais não possuem informações sobre.

Ademais, a insistência constante por informações, como evidenciado pelo ato de ligar repetidamente para o setor, demonstra a ausência de compreensão por parte de algumas famílias sobre as limitações e atuações do Serviço Social nesse aspecto. A estratégia de fornecer informações gerais, como a visita médica e o progresso do paciente, reflete uma abordagem ética e sensível às limitações profissionais e evidência a preocupação e o cuidado relacionados à segurança do paciente, diante de casos sensíveis.

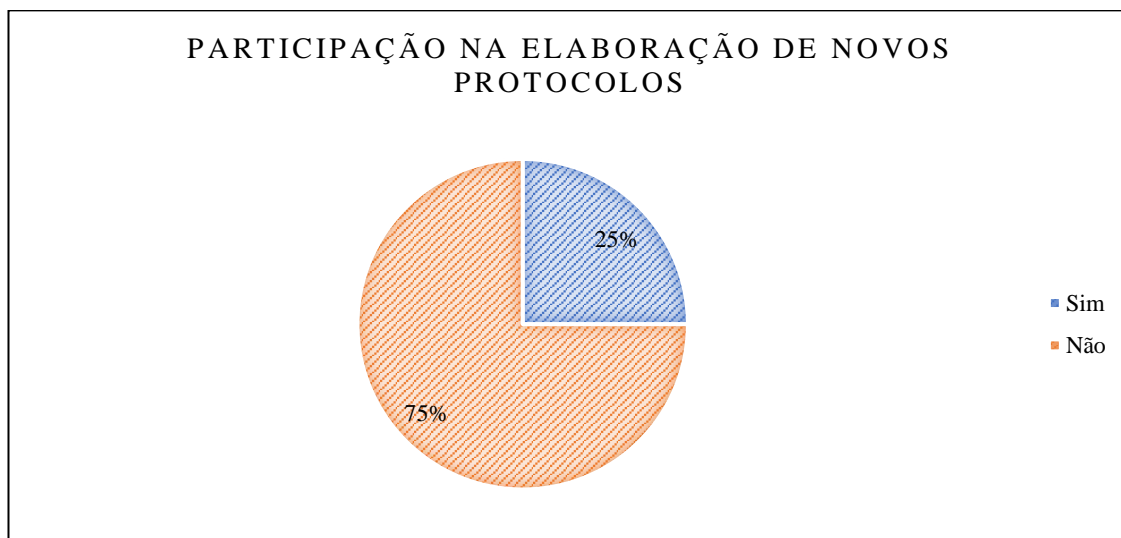
Nesse cenário, as assistentes sociais desempenham o papel de intermediárias, buscando facilitar o contato dos familiares com os médicos. No entanto, cabe destacar que essa não é uma atribuição privativa ou competência do Serviço Social, podendo ser realizada por qualquer profissional.

#### 4.4 TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS ANTE A PANDEMIA DA COVID-19

A partir deste momento, será enfatizado as mudanças de atendimento das assistentes sociais às demandas decorrentes do contexto da pandemia da Covid-19. A dinâmica e estrutura de operacionalização se modificaram de forma intensa e acelerada, exigindo especificidades do trabalho das equipes multiprofissionais, em especial das assistentes sociais, que necessitaram se redefinir e alinhar suas atuações profissionais, com vistas a manter a frente desse exercício os valores da profissão em prol da luta pela garantia de direitos e oferta de serviços de qualidade.

O primeiro ponto a ser evidenciado se refere a participação das profissionais da unidade hospitalar na elaboração de novos protocolos e fluxos institucionais. O dado evidencia uma disparidade significativa na participação das assistentes sociais na elaboração dos novos protocolos e fluxos institucionais durante a pandemia da Covid-19.

Gráfico 13 - Participação na construção de novos protocolos/fluxos



Fonte: Elaborado pela autora.

Enquanto 25% afirmaram ter contribuído na construção desses documentos que orientariam a intervenção profissional durante o período pandêmico, a maioria expressiva, representando 75%, indicou não ter participado desse processo.

No que se refere à explicação desses dados pelas profissionais, é possível observar diferentes níveis de envolvimento na construção de novos documentos institucionais e na elaboração de fluxos e protocolos de atendimentos.

Não participei da construção de novos documentos institucionais, pois é uma atribuição atualmente direcionada a responsável técnica do setor, sendo a que possui vínculo estatutário. [A.S. 01]

A participação na criação de novos fluxos e protocolos de atendimento foi bastante exaustiva, tendo em vista que lidávamos com o desconhecido, então precisávamos pensar em todas as possibilidades. [A.S. 02]

Essa elaboração dos protocolos, dos fluxos de atendimento, fica mais centralizada no que chamamos aqui no hospital de “RT”, ou seja, responsável técnica do setor, que é uma assistente social concursada. Observando essa dinâmica de alta rotatividade de assistentes sociais, devido aos chamamentos públicos, que tem vigência de 12 meses, a participação nas comissões de elaboração de protocolos e fluxos acaba ficando centralizada na profissional estatutária. Então, a participação na discussão de fluxos e protocolos de atendimento foi feita internamente entre os assistentes sociais da linha de frente, discutida com as chefias do setor e levadas em reunião com a equipe multiprofissional, através da assistente social concursada. [A.S. 03]

Participei de reuniões internas com as demais colegas de profissão, mas não da comissão de elaboração de fluxos e protocolos, foram discutidas a necessidade de buscar novas abordagens de intervenção profissional visando viabilizar as condições de acesso aos direitos sociais dos usuários e promover a humanização do atendimento em meio a uma situação de calamidade pública. Além disso, havia uma grande preocupação em não incorporar determinações institucionais que se configurassem em práticas conservadoras e incompatíveis ao projeto ético-político da profissão. [A.S. 04]

Observa-se pelo exposto que a centralização de apenas uma profissional para integrar a comissão de elaboração de fluxos e protocolos revela o impacto da dinâmica de alta rotatividade de assistente sociais, devido às condições dos vínculos trabalhistas estabelecidos, com prazo determinado de 12 (doze) meses, podendo ou não ser renovado.

Por outro lado, a preocupação em não incorporar determinações institucionais que possam ser consideradas práticas conservadoras e incompatíveis com o projeto ético-político da profissão ressalta o compromisso ético dos profissionais em preservar os valores fundamentais da sua prática, mesmo em circunstâncias desafiadoras. Considerando o contexto inicialmente desconhecido da pandemia (A.S. 04) *“foi necessário delimitar com muita precisão e amparo das normativas éticas as atribuições que realizaríamos dentro dos fluxos da Covid-19”*, com intuito de não gerar uma distorção maior a respeito da função das assistentes sociais perante as demais categorias profissionais.

Outro aspecto a ser considerado pelas entrevistadas diz respeito as condições de segurança no ambiente de trabalho, considerando especialmente a exposição das profissionais na linha de frente, enfrentando um risco inicialmente desconhecido e letal, questionaram-se essas profissionais sobre a sobre sua participação em capacitações relacionadas às medidas de proteção contra a contaminação e disseminação do vírus.

Durante o período de Pandemia, principalmente nos primeiros meses, foram realizados treinamentos pela equipe de epidemiologia da instituição para evitar maior contaminação. Um dos principais treinamentos foi a forma correta de paramentação e desparamentação e lavagem de mãos. No caso do Serviço Social os profissionais tinham contato tanto com familiares em busca de informações, bem como no gerenciamento dos óbitos Covid, sendo necessário orientar e paramentar os envolvidos. [A.S. 01]

Não participei de nenhuma capacitação fornecida pela instituição, todas as informações que tive acesso a respeito da paramentação e desparamentação foi por busca espontânea e trocas com demais colegas da instituição. [A.S. 02]

A instituição promoveu capacitação com equipe da vigilância epidemiológica, sobre as medidas de proteção no manejo da Covid-19 para todos os profissionais vinculados a instituição, para instrumentalizar os profissionais sobre as medidas de proteção da Covid-19, inclusive aos profissionais que não tinham atuação direta com os usuários. Foram feitas capacitações institucionais a partir dos setores, observando suas particularidades, ou seja, tinham as orientações gerais de cuidados, como, por exemplo, uso de álcool em gel, máscaras, troca da máscara, higienização das mãos e em sequência eram as orientações a respeito dos serviços prestados por setor. Por exemplo, nós do serviço social, realizamos o gerenciamento de óbitos, então, pensando numa prerrogativa de “humanizar” o processo e tentar minimizar o impacto dos familiares que vão fazer o reconhecimento do corpo, que vai estar envolto em

lençol, deixando a cabeça livre para o reconhecimento e posteriormente inserido em um saco impermeável próprio, para que impedisse o vazamento de fluidos corpóreos, precisamos ter uma capacitação referente a paramentação, tanto nossa, quanto do familiar que iria realizar o reconhecimento do corpo. [A.S. 03]

Não participei de capacitação promovida pela unidade hospitalar, pois, quando assumi o cargo na instituição, após 02 (dois) meses do início da pandemia, todas as informações que tive a respeito de como me paramentar e desparamentar foram repassadas por outras assistentes sociais, tendo em vista que essa ação se tornou rotineira devido à necessidade de gerenciamento de óbitos em decorrência do vírus. [A.S. 04]

O relato das profissionais aponta para uma possível divergência no processo de propagação de informações a respeito da paramentação adequada e destaca uma possível contradição nas experiências relatadas e sobre as capacitações institucionais. Alguns pontos-chave a serem considerados: discrepância nas informações, o que pode indicar uma falta de consistência na disseminação de informações e na participação efetiva dos profissionais em treinamentos; temporalidades das capacitações, o relato de que as capacitações perduraram principalmente nos primeiros meses da pandemia sugere que, ao longo do tempo, a oferta de treinamentos pode ter diminuído ou se tornado menos abrangente.

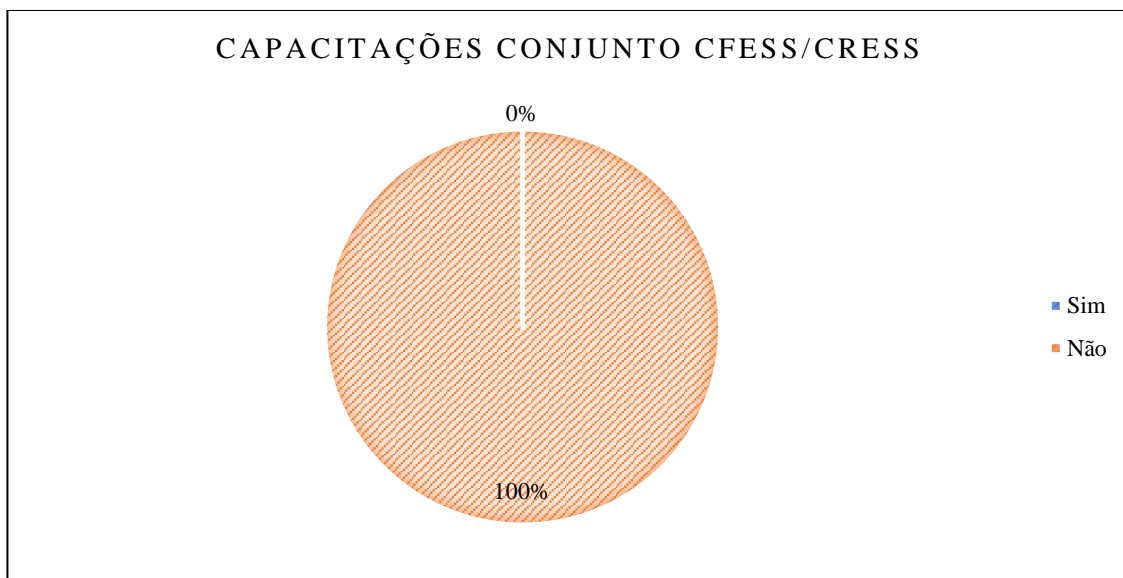
Isso levanta a questão sobre a capacidade institucional de manter uma abordagem de capacitação contínua diante da evolução de novos conhecimentos sobre a Covid-19. Tendo em vista que o vírus apresenta novas variantes, o treinamento contínuo garante que os profissionais da linha frente atualizados sobre as diretrizes mais recentes, podendo assim, pensar em atualizações para os fluxos e protocolos institucionais. Além disso, a evolução da compreensão da Covid-19 pode incluir novas informações sobre o manejo de casos complexos, como a síndrome pós-Covid e como ela se traduz em demandas para o Serviço Social.

A possível contradição de informações relatadas indica lacunas no sistema comunicação interna da unidade hospitalar, expressando que em algumas situações as próprias profissionais dialogavam entre si, para socializar as informações. E a divergência presente no relato das profissionais demonstra a importância de avaliações internas contínuas para identificar possíveis falhas no processo de capacitação.

Quanto à participação em capacitações, diálogos e/ou rodas de conversa sobre o exercício profissional no contexto pandêmico promovidas pelo conjunto Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)/Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), é observada a generalização da ausência de envolvimento por parte das profissionais. Isso

sugere uma uniformidade na falta de participação nessas atividades promovidas pelos conselhos profissionais.

Gráfico 14 - Participação de capacitações conjunto CFESS/CRESS



Fonte: Elaborado pela autora.

Esse número elevado pode indicar uma imersão das profissionais depoentes no cotidiano, realizando tarefas repetitivas, incorporando o automatismo de hábitos, existe a possibilidade inevitável de cair na alienação, reproduzindo a ideologia dominante e, por conseguinte, perpetuando uma moral conservadora.

Outro ponto relevante expressa nos depoimentos as possíveis implicações na atualização profissional e na compreensão das orientações éticas e políticas relacionadas ao exercício profissional em tempos de pandemia. A ausência de participação em capacitações e/ou rodas de conversas promovidas pelo CFESS/CRESS pode indicar lacunas na divulgação das atividades promovidas pelos conselhos.

Particularmente não soube de nenhuma ação de reflexão realizada pelos órgãos. [A.S. 01]

Não vi nenhuma divulgação a respeito de encontros on-line, no entanto, acompanhei as publicações de orientações produzidas pelo CFESS e CRESS PR. [A.S. 02]

Não, infelizmente [...] tenho dois vínculos empregatícios diferentes, faz com que eu tenha um tempo limitado. E para ser honesta, nem consegui acompanhar se o conjunto CFESS/CRESS realizou alguma capacitação ou encontro on-line. Apenas fiz leitura de documentos e resoluções referentes a prática profissional no contexto da pandemia. [A.S. 03]

Não tive conhecimento de nenhuma roda de conversa promovida pelo CFESS ou CRESS PR, no entanto, faço parte de um grupo de assistentes sociais em



uma rede social, o qual havia várias postagens de materiais orientativos. [A.S. 04]

O relato das depoentes sinaliza duas possibilidades: a) um descuido por parte do acompanhamento particular das profissionais no que se refere das ações específicas de capacitação e reflexão promovidas pelo conjunto CFESS/CRESS; b) uma possível falha na divulgação dessas iniciativas ou que as informações não estão chegando de maneira eficaz a todas as profissionais. No entanto, apesar de não visualizar divulgação específica de encontros on-line houve profissionais que acompanharam as publicações e orientações produzidas pelos conselhos, isso indica que mesmo sem participar de eventos de capacitação e/ou reflexão, a profissional buscou se manter informada por meio de publicações de normativas na página online dos conselhos.

As condições de trabalho de profissionais que possuem mais que um vínculo empregatício para composição de sua renda, também é um fator de distanciamento das informações que afeta diretamente o conhecimento e participação em eventos e atividades formativas promovidas pelo conjunto CFESS/CRESS.

No exercício profissional, as assistentes sociais moldam e reconfiguram a sua identidade, lidando simultaneamente com as complexidades da vida humana e com as próprias trajetórias. No curso do cotidiano, somos impactados por nuances do processo de trabalho que reverberam em diversas esferas da vida. Nessa dinâmica, é comum que as profissionais sejam constantemente absorvidas pelo fluxo diário, que consome seu tempo, dada a diversidade de atividades a serem desempenhadas. Com frequência expressa-se a falta de tempo para aprofundamento e estudo, dado o constante estado de ocupação.

Outro ponto a ser destacado é que mesmo com a não participação junto a divulgação dos órgãos da categoria as profissionais possuem a tendência e buscam alternativas para se manterem atualizadas.

Há que se destacar, que diante desse cenário, CFESS/CRESS, iniciou a divulgação de recomendações e orientações, a partir da segunda metade de março de 2020, referente ao exercício profissional das assistentes sociais durante a pandemia da Covid-19. Para facilitar o acesso a essas informações, foi estabelecida uma “Seção Especial Covid-19<sup>77</sup>” na página do CFESS, que abrange, até o momento, informações gerais sobre a doença, a

---

<sup>77</sup> Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/covid-19-coronavirus> Acesso em nov. 2023.

vacinação, entre outros tópicos, bem como, normativas relacionadas ao coronavírus. Além disso, a seção conta com entrevistas de profissionais discutindo sobre a atuação no contexto da pandemia, e um memorial em homenagem aos profissionais que perderam sua vida em decorrência de complicações da Covid-19.

Essa iniciativa do CFESS indica aproximação na busca pela promoção do diálogo com a categoria, abordando práticas e atuações durante a pandemia, ao mesmo tempo que ofereceu apoio aos profissionais que enfrentavam momentos desafiadores na linha de frente dessa crise sanitária.

A primeira comunicação do CFESS foi feita por meio de uma nota publicada em 18 de março de 2020<sup>78</sup>, com o propósito de fornecer informações gerais à categoria e ao conjunto CFESS/CRESS. A nota destacou a importância do cumprimento dos protocolos estabelecidos pelos órgãos e autoridades sanitárias e de saúde pública. No que diz respeito ao trabalho dos assistentes sociais, o CFESS reiterou a relevância da Resolução CFESS n.º 493/2006, que aborda as condições éticas e técnicas do exercício profissional, enfatizando a autonomia profissional para a escolha de estratégias de atendimento. Os artigos 2º e 3º da mencionada resolução ressaltam que:

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 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. Art. 3º - O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo (CFESS, 2006)

A Resolução 493/2006 orienta a garantia de um ambiente de atendimento com escuta qualificada, é crucial compreender a importância do sigilo profissional em relação às demandas dos usuários. No entanto, devido às preocupações com a possibilidade de contágio pelo covid-19, houve uma flexibilização em relação aos atendimentos a portas fechadas. Essa medida foi adotada para evitar o contato com o vírus, uma vez que a circulação nas salas poderia ser inadequada. Dessa forma, os atendimentos passaram a ser realizados a portas abertas, visando prevenir o contágio.

A segunda normativa emitida pelo CFESS veio logo em seguida, em 23 de março de 2020, através do boletim CFESS Manifesta Série Trabalho e Conjuntura - "Os

---

<sup>78</sup> Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnica-2020-final-BE.pdf> Acesso out. 2023.

Impactos do Coronavírus no Trabalho do (a) Assistente Social"<sup>79</sup>. Este boletim, aborda inicialmente a conjuntura, identificando os segmentos que enfrentarão os maiores impactos e fazendo apelos às autoridades governamentais para a implementação de ações que assegurem a proteção dos profissionais. Vale ressaltar que esse material surgiu em resposta às dúvidas e questionamentos da categoria sobre a dinâmica do exercício profissional nos ambientes de trabalho. Assim, a Comissão de Orientação e Fiscalização (Cofi/CFESS) consolidou os principais questionamentos e elaborou o boletim como um guia para orientar a atuação profissional.

Conforme destacado no mencionado documento, enfatizou-se o papel da atuação profissional em colaboração com os sindicatos. No que diz respeito ao exercício profissional, o CFESS ressaltou a importância de as assistentes sociais, ao prestarem atendimento à população, seguirem as orientações da Nota Conjunta n.º 02/2020 em relação à segurança e proteção individual e coletiva. Isso incluiu a ênfase no revezamento das escalas de trabalho, entre outras medidas. No entanto, alinhado à Resolução CFESS n.º 493/2006, o CFESS reiterou que compete ao conjunto CFESS/CRESS a defesa das condições éticas e técnicas do trabalho profissional. Além disso, indicou formas de denúncia caso essas condições não fossem garantidas pelos empregadores. É crucial salientar que o CFESS e os CRESS não possuem competência para determinar medidas de natureza trabalhista, sendo estas relacionadas às interações entre instituições empregadoras e assistentes sociais.

No mesmo documento, foram ressaltadas orientações referentes ao teletrabalho ou trabalho remoto, que, no contexto do conjunto CFESS/CRESS, não possui regulamentação devido à pandemia da Covid-19, foi mencionada a possibilidade excepcional de flexibilização. Como previamente destacado na nota de 18 de março, o CFESS alertou a categoria sobre a importância de as assistentes sociais observarem os preceitos éticos ao realizar o trabalho por videoconferência, não indicando sua adoção quando houver possibilidade de atendimento presencial. Em um momento subsequente, o CFESS lançou a nota "Teletrabalho e teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia"<sup>80</sup>, na qual essas orientações foram detalhadas e reforçadas, proporcionando uma reflexão crítica sobre o tema em questão.

---

<sup>79</sup> Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf> Acesso out. 2023.

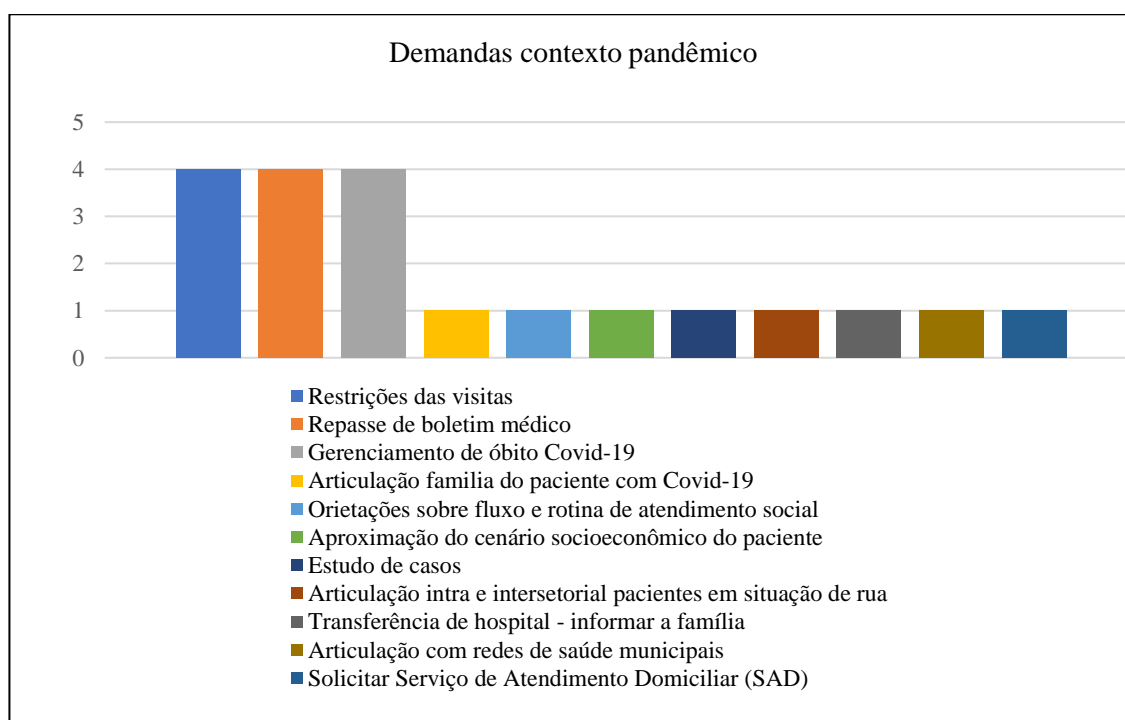
<sup>80</sup> Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess-final.pdf> Acesso em nov. 2023.

Na fase inicial da pandemia, a página do CFESS também divulgou a Orientação Normativa nº03/2020, datada de 31 de março de 2020. Essa normativa aborda a questão das ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos realizadas por assistentes sociais, uma demanda mencionada anteriormente como indevida e recorrente para a categoria. Nessa orientação, o Conselho argumenta que é mais coerente que profissionais que possuam conhecimento da *causa mortis* e competência técnica para informá-la sejam responsáveis por comunicar o óbito aos familiares do(a) usuário(a) falecido(a).

De uma forma geral, analisando as datas e as temáticas das normativas e das publicações realizadas, o CFESS demonstrou um compromisso constante em fornecer orientações, esclarecimentos e apoio à categoria durante a pandemia, estabelecendo um canal de comunicação por meio de publicações on-line para lidar com os desafios específicos enfrentados pelas assistentes sociais.

Quanto a descrição do trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais no hospital de forma rotineira no contexto da pandemia, as respostas que se repetiram com maior frequência foram: restrições das visitas presenciais, repasse de boletim médico pelo telefone, gerenciamento específico de óbito, Covid-19. Conforme evidenciado no gráfico abaixo.

Gráfico 15 - Demandas cotidiano pandêmico



Fonte: Elaborado pela autora.

O Serviço Social, em colaboração com a equipe multidisciplinar, incluindo a psicologia, passou a realizar o acolhimento dessas famílias através do contato telefônico. A categoria profissional do Serviço Social já vinha refletindo, há algum tempo, sobre o atendimento não presencial e o uso das tecnologias da informação. Essas reflexões envolvem questionamentos e dilemas relacionados à execução ética e em conformidade com o projeto ético-político da profissão. Há que se ressaltar que antes da pandemia os atendimentos não presenciais, principalmente por contato telefônico restringiam-se a casos específicos nos quais não era possível realizar o atendimento de forma presencial.

A pandemia, no entanto, converteu essa prática em uma opção mais frequente, proporcionando uma camada adicional de proteção tanto para os profissionais quanto para os usuários. Essa condição foi se impondo nas práticas profissionais mediante necessidades emergentes, porém ao mesmo tempo, se coloca os desafios éticos e políticos subjacentes à transformação no formato do atendimento. A busca por manter a qualidade do acolhimento, mesmo à distância, evidencia o compromisso contínuo com o bem-estar dos usuários, mesmo em circunstâncias desafiadoras.

Com a chegada da pandemia todos os profissionais do hospital tiveram que se adequar aos protocolos instituídos tanto pelo Estado como pelo município. Com as visitas suspensas por tempo indeterminado, com os atendimentos tendo que ser com porta aberta precisamos pensar em estratégias para conseguir efetivar o repasse de informações aos familiares. [A.S. 01]

Inicialmente vieram as restrições de visitas a todos os pacientes, um dos maiores desafios foi a instituição de um repasse de boletim médico via telefone. Nos primeiros meses, após essa mudança, eram raros os momentos em que o telefone não tocava, não foram raras as vezes que na distribuição das demandas cotidianas a outra assistente social plantonista ficava a maior parte do seu plantão atendendo os familiares através do telefone. [A.S. 02]

A mudança no fluxo de atendimento aos familiares dos pacientes internados foi muito desgastante, o telefone não parava de tocar, diversas vezes, ao entrar na sala do setor para se preparar para iniciar o plantão, pouco antes das 07h manhã, o telefone já estava tocando. Não foram poucas as vezes, em que tranquei a porta da sala após finalizar o plantão e o telefone seguia tocando. [A.S. 04]

A partir das narrativas é possível destacar que a chegada da pandemia exigiu uma adaptação rápida de todos os profissionais da unidade hospitalar observando os protocolos estabelecidos pelo Estado e pelo município, o que implicou diretamente nas interações com os familiares dos pacientes. Com as visitas suspensas e os atendimentos com porta aberta, a comunicação com os familiares se tornou o desafio central, havendo a necessidade de estratégias alternativas, como o repasse de boletins médicos via telefone.

No entanto, a implementação do repasse do boletim médico via telefone gerou uma sobrecarga nas atividades, conforme indicado pela intensidade das chamadas telefônicas. A partir do relato da A.S. 02 nota-se que a outra profissional frequentemente dedicava a maior parte do plantão para atender os familiares remotamente. A responsabilidade pela articulação familiar do paciente com Covid-19 implicou a identificação da rede de referência familiar. A estratégia de elencar até 03 (três) contatos para atualização do boletim médico demonstra uma abordagem com vistas a garantir a informação sobre o quadro clínico do paciente.

Na mesma lógica, a depoente abaixo evidencia a necessidade da aproximação do cenário socioeconômico do paciente.

Era nossa responsabilidade a articulação familiar do paciente com covid-19, inicialmente realizávamos a identificação da rede de referência familiar, rede, porque era elencado até 3 contatos para atualização do boletim médico, então, se as vezes não conseguia contato com um dos familiares, tinha outras possibilidade de realizar contato e garantir o acesso ao boletim diário de informação do paciente. Também realizamos orientações sobre o fluxo e rotina de atendimento local de internamento. E orientações sobre a intervenção do Serviço Social durante o período em que o paciente permanecesse internado. Então, com a família do paciente, buscávamos oferecer suporte social, diante do cenário diferenciado do internamento buscamos fazer uma aproximação do cenário socioeconômico do/a paciente, para identificação de demandas sociais, no entanto, essa ação mais aprofundada se restringia aos pacientes que estavam internados na UTI Covid, em que era solicitado para a família a compra de colchão de ar e a família muitas vezes não tinha condições financeiras de adquirir. Outra situação era quando os pacientes recebiam alta, mas necessitavam de alimentação nasogástrica, suplementação especial e/ou medicamentos que não eram ofertados pelo SUS, então ao traçar esse perfil socioeconômico, buscava-se a articulação com a secretaria municipal de saúde do município de origem para viabilizar o acesso. [A.S. 03]

A aproximação do cenário socioeconômico do paciente revela a importância da articulação de instrumentos e técnicas que viabilizam a operacionalização profissional para compreender quais são as principais vulnerabilidades enfrentadas pelo núcleo familiar e o quanto tais dificuldades podem influenciar no processo de recuperação da saúde daquele paciente. O trabalho intersetorial desenvolvido através da articulação com as secretarias municipais de saúde dos municípios de origem dos pacientes ocorre por meio da construção de instrumentais técnico-operativos utilizados para compor a análise socioeconômica.

Entretanto, para que a construção de tais instrumentais seja efetiva, é necessário articulação entre as três dimensões do Serviço Social, em que a dimensão técnico-operativa não possui significado se estiver isolada, necessariamente e obrigatoriamente,

essa dimensão precisa estar articulada com a dimensão teórico-metodológica e ético-política, pois é isso que irá particularizar o trabalho do assistente social na saúde.

Ao serem indagadas sobre a precarização do trabalho no contexto da pandemia, as profissionais concordam positivamente de forma unânime em suas respostas. Conforme descrito em seus relatos, se identifica diversas categorias semelhantes nas quais essa precarização foi notada pelas profissionais.

Infelizmente a sobrecarga existiu devido a contaminação dos profissionais e a defasagem de profissionais efetivos. O fator saúde mental contribuiu para a exaustão, situações em que o assistente social apenas seguia protocolos conforme preconizado pelo ministério da saúde e vigilância sanitária, no entanto em inúmeras situações de gerenciamento de óbito covid os familiares descarregavam toda a frustração no profissional pelo fato de estar na linha de frente. [A.S. 01]

Na ocasião tivemos muitos colaboradores afastados, seja, por gestação, licença maternidade, doença, causando assim uma sobrecarga de trabalho. a precarização existe independente do cenário da pandemia, uma vez que ainda nos é vinculado o que não está dentro de nossas atribuições profissionais. o cenário pós pandemia melhorou um pouco a medida que conseguimos retomar algumas rotinas antigas, porém, ainda preservamos alguns protocolos covid, que vão sendo atualizados conforme novas orientações da Anvisa/governo vão surgindo. [A.S. 02]

[...] Dentre as que eu vivenciei e visualizei a jornada de trabalho, em que períodos de férias ficaram suspensos para todos os profissionais da saúde; afastamento de profissionais que tinham algum tipo de comorbidade ou pertenciam ao grupo de risco e não puderam estar atuando no setor, ficando afastados de suas atividades laborativas ou até mesmo na modalidade de home office, fora os profissionais que contraíram o vírus e ficavam afastados. E isso, acabou levando a jornadas de trabalho mais longas e irregulares, tendo em vista que não era permitido a realização de hora extra. A falta de recursos adequados e sobrecarga das demandas contribuiu e muito para a exaustão física e mental, em dias de plantões no setor, ao final do plantão, eu me encontrava sem energia para fazer o básico que era me alimentar e tomar banho. [A.S. 03]

A saúde mental e adoecimento, trabalhar em um hospital num contexto não pandêmico já não é uma tarefa simples, porque as demandas que chegam até nós são extremamente duras, são casos de violência sexual, de acidente, de amputação, de morte e no contexto da pandemia, essas outras demandas não pararam de acontecer, não teve uma pausa, elas continuaram acontecendo e nós continuamos sendo requisitados para responde-las, além das demandas referentes ao Covid-19, então, além do medo de contrair a doença e não saber como iria se manifestar, estávamos imersos em uma realidade de perda, morte, sofrimento, e isso acaba afetando negativamente a saúde mental de qualquer ser humano. [A.S. 04]

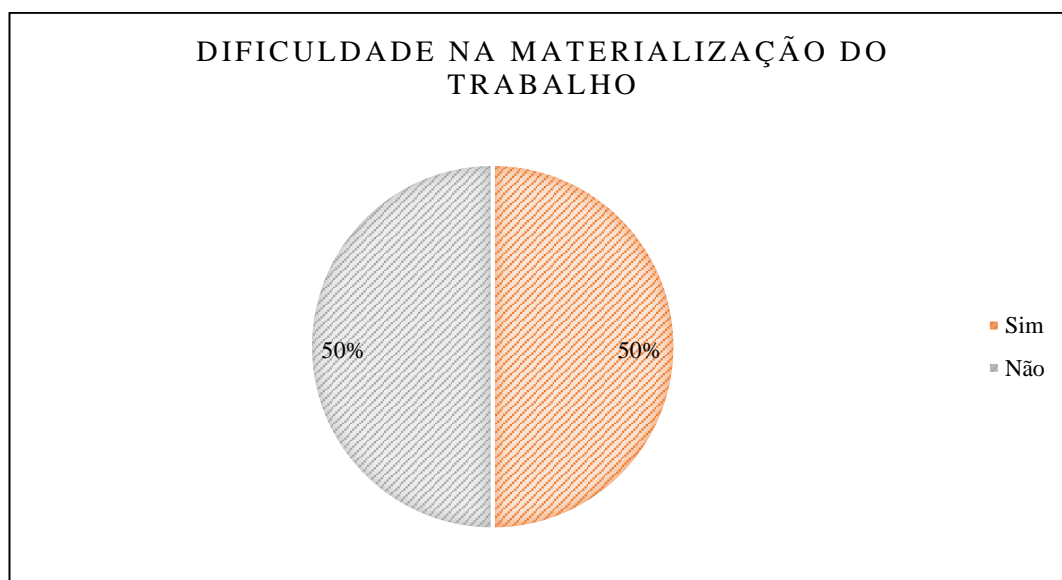
A primeira categoria evidenciada se refere a sobrecarga e ao adoecimento, em que devido ao afastamento de funcionários por motivos diversos, como gestação, licença maternidade e a própria contaminação pelo vírus, acarretou a sobrecarga de trabalho às profissionais que permaneceram na linha frente. Além disso, a falta de preparo prévio

para lidar com a pandemia e as demandas imprevistas resultaram em jornadas de trabalho mais longas e irregulares, colocando em risco a saúde física e mental das assistentes sociais. Outro ponto que merece destaque é a preocupação com a saúde mental especialmente diante da exposição de casos difíceis, de violência e a falta de suporte inicial para lidar com o estresse.

Outro destaque a partir dos depoimentos evidenciou que a precarização do trabalho já existente antes da pandemia antes da pandemia se intensificou, indicando os reflexos do desmantelamento do SUS e que impactaram diretamente o trabalho das profissionais da linha de frente. Além disso, houve a suspensão do período de férias, afastamentos, e a falta de recursos adequados, o que possivelmente contribuiu para um acúmulo de estresse e insegurança frente às incertezas do cotidiano profissional.

Quanto às condições para concretizar o trabalho profissional, algumas relataram não ter enfrentado obstáculos para a materialização conforme estabelecido na Resolução do CFESS nº 493/2006<sup>81</sup>, enquanto outras mencionaram enfrentar dificuldades. Conforme apresenta o gráfico abaixo.

Gráfico 16 - Dificuldade na materialização do trabalho condições éticas e técnicas



Fonte: Elaborado pela autora.

Esses dados nos revelam duas perspectivas distintas em relação às dificuldades enfrentadas para materializar o trabalho no contexto pandêmico, considerando as

<sup>81</sup> Dispõe sobre as condições ética e técnicas do exercício profissional das assistentes sociais. Disponível em: [http://cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_493-06.pdf](http://cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf) Acesso em nov. 2023.



condições éticas e técnicas estabelecidas pela Resolução CFESS n.º 493/2006. Conforme o depoimento abaixo afirma.

A dificuldade na materialização das ações éticas e técnicas tornou-se perceptível devido à necessidade das medidas de proteção adotadas, que preconizavam atendimentos com a porta da sala aberta. Essa prática compromete a garantia do sigilo profissional, essencial para a construção de uma relação de confiança e confidencialidade com os usuários. [A.S. 04]

Enquanto a depoente 03 evidencia dificuldades de materialização das condições éticas e técnicas, a partir da perspectiva do surgimento de dilemas éticos.

A sobrecarga de trabalho, subiu de forma exponencial e afetou negativamente a minha capacidade de cumprir adequadamente as orientações éticas e técnicas, limitando o tempo disponível para materializar ações técnicas mais aprofundadas e para reflexão ético-política e técnico-operativa. Além disso, o caráter emergencial do trabalho, me colocou diversas vezes diante de demandas imediatas, o que por vezes eu sentia uma certa dificuldade em aplicar alguns princípios éticos que requerem um tempo maior para avaliação e tomada de decisão. Senti que essa pressão para resolver rapidamente as demandas, me geravam alguns dilemas éticos. [A.S. 03]

Diante das experiências compartilhadas pelas entrevistas, é notável o impacto substancial da pandemia nas condições de trabalho e na materialização das práticas éticas e técnicas. A sobrecarga de trabalho mencionada por todas as profissionais ao longo da pesquisa, resultando em limitações de tempo para aprofundar ações técnicas e dedicar-se à reflexão ético-política e técnico-operativa. A emergência nas demandas, aliada à pressão por respostas rápidas, gera dilemas éticos impactando diretamente o exercício profissional.

A dificuldade na materialização de propiciar a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional, devido à necessidade de atendimentos com a porta da sala aberta em função das medidas de proteção, destaca a contraposição entre a segurança sanitária e preservação do sigilo profissional, essencial na construção de relações confiáveis com os usuários.

Quando questionadas sobre receberem requisições indevidas da instituição e/ou da equipe multidisciplinar, a resposta afirmativa foi unânime. Dentre as principais solicitações, as respostas que se repetiram, foram: boletim médico; comunicação de óbito; preenchimento da declaração de óbito; controle de visitas e acompanhante; monitoramento comportamental de usuários; manejo de crises emocionais; ações de cunho fiscalizatório da vida dos usuários; pesquisa de satisfação; marcação de exames e/ou consultas.

Uma das principais solicitações era o repasse de informações de pacientes, pois o profissional de serviço social não tem conhecimento para repassar quadro clínico de pacientes, considero que essa demanda causou situações de frustração tanto ao profissional como aos familiares. Em algumas situações nos foram solicitados que as famílias fossem informadas do óbito de seus entes pela equipe de Serviço social, tal demanda não faz parte das competências e atribuições do profissional de Serviço Social, assim como preencher a Declaração de óbito. [A.S. 01]

O boletim médico foi uma dificuldade inicialmente, nos posicionamos e nos recusamos a repassar, apenas mediamos o boletim com o próprio médico. [A.S. 02]

Na mesma confluência, as depoentes 03 e 04 retratam que além das requisições evidenciadas pelas participantes 01 e 02, foram solicitadas:

[...] marcação de exames e consultas, pesquisa de satisfação, gerenciamento de crises emocionais. Alguns profissionais não sabem qual encaminhamento realizar e subentendem que tudo deve ser direcionado para nós. [A.S. 03]

[...] Realizar o controle de visitas e troca de acompanhantes; monitoramento comportamental de usuários frente às regras da instituição. [A.S. 04]

A partir das narrativas das profissionais observa-se duas categorias, a visão quase messiânica que as instituições e/ou demais profissionais possuem da assistente social em contraponto a uma imagem subalternizada frente a outras categorias profissionais que compõem a equipe multiprofissional da unidade hospitalar. A primeira perspectiva está vinculada a égide do “Serviço Social da ajuda” quando as profissionais se deparam com situações como: comunicação de óbito, controle de visita e troca de acompanhantes, monitoramento do comportamento dos usuários, gerenciamento de crises emocionais, pesquisa de satisfação.

Do outro lado, a partir da narrativa das profissionais, observa-se a existência de uma incompreensão do Serviço Social como profissão regulamentada e a concepção errônea de subordinação da assistente social a outras categorias que compõem a equipe multidisciplinar, quase como se a assistente social estivesse no hospital apenas para dar suporte às demandas de aspecto medicamentoso, como a comunicação de óbitos, preenchimento de declaração de óbito. Essas perspectivas ignoram completamente o processo histórico de renovação que contradiz esse caráter conservador e fiscalizatório, bem como as atribuições e competências da profissão, conforme previsto na Lei n.º 8.662/93.

Essas responsabilidades vinculam a prática profissional dos assistentes sociais ao atendimento ao público e às rotinas administrativas relacionadas ao controle de entrada,

permanência e saída de pacientes e acompanhantes na instituição. Essa dinâmica resulta em uma clara sobrecarga de tarefas, impedindo que os profissionais se dediquem prioritariamente às especificidades da profissão.

No que se refere a avaliação do impacto do contexto da pandemia para a profissão realizada pelas profissionais, é possível observar um cenário ambíguo. Enquanto a depoente A.S. 01 evidencia os retrocessos no processo de contratação e remuneração como principais impactos.

[...] principais impactos foi a forma de contratação dos profissionais temporários, baixa remuneração, contratos via terceirização e desresponsabilização do Estado. [A.S. 01]

Porém, outra depoente não concorda e evidencia que um dos principais impactos foi o processo de reconhecimento que a categoria recebeu no contexto pandêmico.

Acredito que assumimos o papel de mediadores mais do que nunca, o que fez com que os demais profissionais nos percebessem importantes no processo, trouxe visibilidade a profissão. [A.S. 02]

A partir dos relatos é possível identificar que as participantes apresentam perspectivas diferentes sobre o impacto do contexto pandêmico para o trabalho das assistentes sociais na política de saúde. Enquanto a A.S. 01 avalia o processo de precarização viabilizado por contratos temporários, remuneração baixa e a desresponsabilização do Estado frente o compromisso com a qualidade dos serviços prestados. A A.S. 02 evidencia que as profissionais desempenharam uma atuação significativa como mediadores. Além disso, a profissional reconhece que houve um aumento da visibilidade da profissão, o que pode contribuir em uma compreensão mais ampla do trabalho das assistentes sociais em hospitais de urgência e emergência.

Há que se destacar, que se por um lado, há o aumento da visibilidade da categoria profissional, isso não se traduziu em reconhecimento e valorização da profissão, tendo em vista que a precarização do trabalho e das relações trabalhistas estabelecidas destaca uma sintonia com as transformações em curso no Estado e a gradual desarticulação do serviço público, inseridas no atual estágio de desenvolvimento do capitalismo neoliberal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do presente estudo, permite tecer algumas considerações, sem a pretensão de alcançar conclusões definitivas, uma vez que há um extenso percurso a ser percorrido sobre o tema e, como parte integral do processo de conhecimento, os resultados refletem um estágio determinado e não se constituem em um produto estático, mas sim como um processo dinâmico, capaz de desvelar a realidade social em determinados contextos.

O desdobramento dessa pesquisa revela, que o desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS), não se restringiu apenas, no que se refere às demandas de investimento financeiro por parte do Governo Federal para suprir deficiências na prestação de serviços de saúde que estavam principalmente relacionadas à assistência hospitalar e ao tratamento de alta complexidade.

Observa-se que um conjunto de medidas negacionistas e equivocadas, abordando vários aspectos – incluindo a rotatividade de ministros da saúde, enfraquecimento do financiamento e das operações da Atenção Primária à Saúde (APS), colapso da rede de assistência, ruptura do pacto federativo do SUS com conflitos entre estados e municípios, ineficiência, corrupção e demora na aquisição e distribuição de vacinas, desconsideração pela ciência, enfraquecimento das estratégias de testagem e distribuição de insumos, militarização da saúde, falta de transparência e descredibilização de informações de saúde, além de falta de coordenação na resposta à pandemia - todas coordenadas pelo presidente da República, na época Jair Bolsonaro – resultaram em prejuízos significativos no papel de coordenação nacional do Ministério da Saúde na luta contra a Covid-19.

É a partir desse cenário, que as assistentes sociais são requisitadas para compor às equipes multiprofissionais dos hospitais públicos referência no enfrentamento da Covid-19. O desdobramento da pesquisa empírica revela, a existência de dois grandes eixos da compreensão do trabalho das assistentes sociais em um hospital público referência no tratamento da Covid-19 no sudoeste do Paraná. O primeiro vinculado a sua condição de trabalhador em assalariado.

Parte-se da prerrogativa que o Serviço Social é uma profissão estabelecida no processo de relações sociais na dinâmica de acumulação capitalista, moldada pela estrutura organizacional da sociedade a partir dos imperativos do modo de produção capitalista.

As profissionais do Serviço Social ingressam na instituição como trabalhadoras assalariadas e, ao pertencerem à classe trabalhadora, seus processos de trabalho, relações de trabalho e condições trabalhistas são marcados através do impacto das correlações de forças, assim como ocorre com toda a classe trabalhadora, além das transformações societárias incorridas a mando do capital a partir de perspectivas que afirmam o compromisso com o projeto ultraneoliberal.

No âmbito do exercício profissional das assistentes sociais, é fundamental ponderar sobre o contexto em que se insere, no qual as transformações na sociedade capitalista contemporânea exercem impacto significativo. Essas mudanças não apenas delinham as exigências direcionadas a esses profissionais, mas também influenciam nas respostas concretas materializadas em seu cotidiano profissional. O cenário pandêmico em que se desenrola o exercício profissional das assistentes sociais, não poderia, então, ser mais desafiador.

Em um cenário marcado pela intensa flexibilização e precarização das relações de trabalho, a dinâmica busca intensificar a comercialização da força de trabalho ao máximo, flexibilizando as relações, vínculos e direitos relacionados ao trabalho. Isso implica em redefinir as formas de regulação social, tanto nas organizações privadas quanto nas instituições públicas.

O que se pode evidenciar a partir das análises é que a contratação das profissionais ocorre frente a um contexto de frágil inserção sócio-ocupacional, cujas regressões de trabalho sinalizadas neste período histórico, já são amplamente experimentadas pelas profissionais, especialmente o que no que se refere as novas práticas de gestão das políticas, à diminuição da contratação de assistentes sociais por meio de concursos públicos, à remuneração significativamente baixa e à emergência de novos espaços de trabalho com contratos flexíveis, inclusive, contratos como pessoa jurídica e autônomos.

Essas condições precárias são agravadas pela terceirização e pela promoção do amplo uso de tecnologias da informação no desempenho exercício profissional, especialmente no contexto pandêmico. Nesse período, as instituições aceitaram tudo que foi considerado necessário para abrandar o caos instalado.

A realidade é um fenômeno histórico e dinâmico, e em tempos de agravamento das manifestações da questão social, surgem novos desafios simultaneamente à precarização dos serviços e ao desmantelamento de políticas públicas. O que, nos evidencia a presença do segundo eixo: o seu papel na política de saúde e às demandas e atribuições requisitadas aos profissionais no contexto pandêmico.

O eixo de análise remete a compreender o contexto institucional dos hospitais públicos brasileiros que precisou se remodelar de maneira imediata e urgente com a chegada da Covid-19. As dinâmicas e fluxos institucionais, importantes para a garantia do bom funcionamento da unidade hospitalar e para a garantia dos direitos dos usuários da saúde, precisaram se redefinir de maneira muito rápida diante desta nova demanda que se apresentou. As equipes do Serviço Social dos hospitais públicos da região sudoeste do Paraná, tão logo se viram diante dessa situação e prontamente se colocaram na posição de enfrentamento, de racionalização do processo de trabalho, redefinição e alinhamento de suas atuações profissionais, com vistas a manter a frente desse exercício os valores da profissão em prol da luta pela garantia de direitos e oferta de serviços de qualidade.

Há que se destacar a iniciativa do conjunto CFESS/CRESS na busca pela promoção do diálogo com a categoria profissional, abordando práticas e atuações durante a pandemia, ao mesmo tempo que ofereceu apoio aos profissionais que enfrentavam momentos desafiadores na linha de frente dessa crise sanitária.

Essas responsabilidades vinculam a prática profissional dos assistentes sociais ao atendimento ao público e às rotinas administrativas relacionadas ao controle de entrada, permanência e saída de pacientes e acompanhantes na instituição. Essa dinâmica resulta em uma clara sobrecarga de tarefas, impedindo que os profissionais se dediquem prioritariamente às especificidades da profissão. Nesse contexto, a contratação de profissionais de nível superior para desempenhar funções de nível médio ou auxiliar evidencia uma descaracterização da função original, pois não se busca a contratação com base na especialização, mas sim puramente para a execução de tarefas específicas.

Quanto às requisições indevidas, pode-se inferir que tais demandas dirigidas às assistentes sociais no contexto na pandemia compartilham a característica de serem velhas conhecidas, mas em nova roupagem. Em outras palavras, as requisições indevidas direcionadas às profissionais, inicialmente parecendo inéditas, revelam-se, em sua essência, como repetições de uma visão quase que messiânica que as instituições e/ou demais profissionais possui da assistente social, em contraponto a uma imagem subalternizada frente a outras categorias profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Essas perspectivas conservadoras remetem aos primórdios do Serviço Social e à sua associação com a solidariedade e está vinculada a égide do “Serviço Social da ajuda”.

Ao abordar a instrumentalidade, faz-se necessário a reflexão sobre o exercício profissional, que, por vezes, pode se manifestar de maneira fragmentada, repetitiva, automática e homogeneizada. Esse exercício de compreensão da instrumentalidade alerta para o risco de restringirmos nossa percepção do cotidiano à mera repetição, à rotina, limitada ao âmbito das experiências imediatas, da empiria, do factual, dos imediatismos, do caos e do acaso. Ao adotar essa perspectiva, a sensação é de estar fazendo tudo o que está ao seu alcance. Entretanto, ao captar o cotidiano dessa forma, deixa-se de questionar qual é o limite do possível, até onde o sujeito pode estender esse limite que, aparentemente, se fecha em si.

Desse modo, no cotidiano pandêmico, percebem-se limitações, mas negligenciam-se as possibilidades. O próprio cotidiano, enquanto espaço onde as contradições se manifestam e operam sínteses de múltiplas determinações, oferece a oportunidade de análises mais concretas e complexas sobre o exercício profissional. Muitas vezes, ao lamentar as limitações, deixa-se de perceber as inúmeras possibilidades que se apresentam.

O desafio reside em contemplar uma reflexão sobre o cotidiano da prática profissional no contexto pandêmico, buscando compreender o que realizar, de que maneira, por qual motivo, para quem direcionar as ações, e diversas outras questões, diante da complexidade e da realidade social que se manifesta.

A atuação do conjunto CFESS/CRESS durante a pandemia evidencia um compromisso significativo com a orientação e proteção dos assistentes sociais diante dos desafios impostos pela crise sanitária. A primeira comunicação, realizada por meio de uma nota em março de 2020, enfatizou a importância do cumprimento dos protocolos sanitários e reiterou a autonomia profissional na escolha de estratégias de atendimento, ressaltando a relevância da Resolução CFESS n.º 493/2006.

A resolução, que estabelece condições éticas e técnicas para o exercício profissional, destacou a necessidade de um ambiente de atendimento com escuta qualificada e respeito ao sigilo profissional. No entanto, em face da preocupação com a contaminação pelo Covid-19, houve uma flexibilização em relação aos atendimentos a portas fechadas, visando prevenir o contágio.

A segunda normativa, apresentada por meio do boletim CFESS Manifesta, abordou os impactos específicos da pandemia no trabalho do assistente social. Identificou os segmentos mais impactados e apelou às autoridades governamentais para a implementação de ações de proteção. O boletim serviu como guia para orientar a atuação

profissional diante das incertezas da dinâmica do exercício profissional nos ambientes de trabalho.

O papel do CFESS na colaboração com os sindicatos foi destacado, ressaltando a importância de seguir as orientações de segurança e proteção individual e coletiva durante o atendimento à população. Alinhado à Resolução CFESS nº 493/2006, o CFESS reiterou sua responsabilidade na defesa das condições éticas e técnicas do trabalho profissional, indicando formas de denúncia em caso de não cumprimento por parte dos empregadores.

Essas ações demonstram o comprometimento do conjunto CFESS/CRESS em assegurar que os assistentes sociais possam desempenhar suas funções de maneira ética e segura, às demandas emergentes da pandemia e fornecendo orientações claras para direcionar a atuação profissional.

Ao particular o exercício das assistentes sociais na Política de Saúde, especialmente no contexto sócio-ocupacional da urgência e emergência, é imperativo refletir sobre o cotidiano de trabalho da categoria nesse espaço. A análise desse contexto deve levar em conta características específicas, determinações do setor e a compreensão dos limites e potencialidades envolvidos. Inicialmente, identifica-se o que é denominado como as principais características e determinações que se apresentam como desafios no cotidiano de trabalho no espaço da urgência e emergência: a) o atendimento caracterizado como emergencial, o que coloca o exercício profissional sob tensão devido à imediatividade e à natureza urgente; b) a elevada quantidade de demandas atendidas e encaminhadas ao assistente social nesse setor, promovendo atendimentos pontuais e rápidos. Destaca-se que há atribuição de atendimentos que não se inserem nas competências desses profissionais.

Como elemento fundamental se pondera a interação entre duas facetas do trabalho profissional: a relação entre aparência e essência, a manifestação entre imediatividade e mediaticidade. Na sociabilidade capitalista, a superficialidade da vida cotidiana, a maneira fragmentada como o pensamento percebe a realidade na sociedade e sua propensão à naturalização dos fenômenos sociais levam ao obscurecimento da essência ao considerar o aparente como substância. Transcender a imediatividade e o caráter imposto pela urgência, inerentes ao cotidiano profissional, emerge como imperativo para um exercício profissional comprometido com o projeto ético-político da categoria.

Grande parte das demandas referidas pelas assistentes sociais que participaram da pesquisa se configuram por meio do caráter emergencial. A combinação desses dois elementos sugere a ideia de que as demandas ocorrem espontaneamente no cotidiano de



trabalho, conferindo ao Serviço Social a imagem de "apagador de incêndios" na instituição, desempenhando o papel de mediador em conflitos que se manifestam, por exemplo, em situações como mediação de conflitos entre profissionais e familiares, informação sobre a rotina institucional, troca de acompanhantes fora do horário estipulado entre outras.

Nesse viés, observa-se a existência de uma incompreensão do Serviço Social como profissão regulamentada e a concepção errônea de subordinação da assistente social a outras categorias que compõem a equipe multidisciplinar, quase como se a assistente social estivesse no hospital apenas para dar suporte às demandas de aspecto medicamentoso, como a comunicação de óbitos, preenchimento de declaração de óbito. Essas responsabilidades vinculam a prática profissional dos assistentes sociais ao atendimento ao público e às rotinas administrativas relacionadas ao controle de entrada, permanência e saída de pacientes e acompanhantes na instituição. Essa dinâmica resulta em uma clara sobrecarga de tarefas, impedindo que os profissionais se dediquem prioritariamente às especificidades da profissão.

Ainda que o cotidiano profissional e institucional não ofereça condições adequadas à reflexão (Guerra, 2016), cabe à assistente social analisar as requisições, demandas e as práticas utilizadas em sua ação profissional. Pois, ao reduzir seu exercício profissional ao apagador de incêndios, a atuação do assistente social em uma instituição demanda das assistentes sociais a execução de tarefas que não estão dentro de sua competência e não fazem parte de suas atribuições. Quando o Serviço Social não assume uma posição definida dentro da instituição, é a própria instituição e/ou outros profissionais que ditam as atividades a serem realizadas pela assistente social. E assim, o trabalho profissional da assistente social perde seu sentido.

No desempenho de suas funções, as assistentes sociais moldam e reconfiguram continuamente sua identidade, navegando entre as complexidades da vida humana e suas próprias trajetórias. Ao longo do cotidiano, o indivíduo é impactado por nuances do processo de trabalho que ecoam em diversas esferas de sua vida. Nessa dinâmica, é frequente que as profissionais se vejam constantemente imersas no fluxo diário, consumindo seu tempo, dada a diversidade de atividades a serem realizadas.

Nessa situação, e diante da intensa influência ideológica predominante, existem ameaças ao trabalho profissional que se desenrola no cotidiano. Uma rotina constante, repetitiva e diária pode ser propensa a armadilhas derivadas de uma abordagem acrítica, com automatismo de hábitos, repetição de valores, rigidez em preceitos e

comportamentos. Além disso, há o risco de reproduzir a ideologia dominante e a moral conservadora, levando o profissional a agir com base no senso comum, moralismo e generalizações, em detrimento da ética profissional.

Por fim, o desafio consiste em conceber o cotidiano não apenas como a sucessão de dias, mas como um espaço complexo e contraditório onde o trabalho é constantemente edificado e reconstruído. Refletir sobre o cotidiano não se limita à mera contemplação do conceito, mas envolve uma análise das intrincadas relações sociais que influenciam tanto o trabalho quanto o trabalhador, incluindo a nós mesmos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. **O sindicalismo brasileiro entre a conservação e a mudança**. Sociedade política no Brasil pós-64, 2008.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Boitempo Editorial, 2015.

Bardin, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. Cortez Editora, 2001.

BAUER, Michael W. et al. (Ed.). **Dismantling public policy: Preferences, strategies, and effects**. OUP Oxford, 2012.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. Cortez editora, 2017.

BOSCHETTI, Ivanete et al. **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

BOSI, Alfredo; CAPINHA, Graça. **Dialética da colonização**. São Paulo: Companhia das letras, 1992.

BRAGUETO, Claudio Roberto. **Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e industrialização**. Texto de apoio didática preparado para a disciplina, v. 6, 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 451, de 2014**. Acrescenta o art. 198-A à Constituição Federal, para dispor sobre a obrigatoriedade do investimento mínimo em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2000. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, 2016.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal em ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Medida Provisória nº 921, de 7 fev. 2020. **Diário Oficial da União**, 10 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 924, de 13 mar. 2020. **Diário Oficial da União**, 13 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 929, de 25 mar. 2020. **Diário Oficial da União**, 25 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 935, de 2 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 2 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 937, de 2 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 2 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 940, de 2 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 2 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 941, de 2 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 2 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 942, de 2 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 2 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 943, de 3 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 3 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 947, de 9 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 9 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 949, de 9 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 9 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 953, de 15 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 15 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 956, de 24 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 24 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 957, de 24 abr. 2020. **Diário Oficial da União**, 24 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 962, de 6 mai. 2020. **Diário Oficial da União**, 6 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 963, de 8 mai. 2020. **Diário Oficial da União**, 8 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 965, de 13 mai. 2020. **Diário Oficial da União**, 13 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 967, de 20 mai. 2020. **Diário Oficial da União**, 20 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 969, de 20 mai. 2020. **Diário Oficial da União**, 20 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 970, de 25 mai. 2020. **Diário Oficial da União**, 25 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 970, de 27 mai. 2020. **Diário Oficial da União**, 27 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 976, de 4 jun. 2020. **Diário Oficial da União**, 4 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 977, de 4 jun. 2020. **Diário Oficial da União**, 4 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 978, de 4 jun. 2020. **Diário Oficial da União**, 4 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Painel Coronavírus. Portal do Covid-19, 2020a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: out. 2022.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. 2001.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série Trabalho e Projeto profissional nas políticas sociais. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. CFESS/CRESS, Brasília, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. IN: MOTA, Ana Elizabete [ET AL] (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATTOS, Maurílio Castro de; FREIRE, Silene de Moraes. **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. 141-144, 1997.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**, v. 24, p. 269-279, 2021.

CFESS. Orientação normativa nº 3/2020, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília: **Conselho Federal de Serviço Social**, 2020.

CFESS. Teletrabalho e teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia. Brasília: **Conselho Federal de Serviço Social**, 2020c. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf> Acesso em: 2022.

CFESS. Memorial nosso luto, nossa luta! Brasília: **Conselho Federal de Serviço Social**, 2020d. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/memorial> Acesso em: out. 2022.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**. 2003. Vol. 16. n. 002. Universidade do

Minho, Braga, Portugal. P. 221-236. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWVpbnx1ZmFiY21vcml8Z3g6NjNINTVIYmU5MDIyZDFkYg&msslkid=471e3b6fbb6411eca62cbee50be3e6a1> Acesso em Abr. 2022.

Código De Ética Profissional Do Assistente Social. **Conselho Federal de Assistentes Sociais** (Lei nº 8662/93). Março de 1993. Disponível em: <https://www.soleis.adv.br/codigoeticadosassistentessociais.htm#:~:text=com%20a%20Justi%20C%20A7a-Art.princ%20C%20ADpios%20C%20A9ticos%20contidos%20neste%20C%20B3digo> Acesso em Fev. 2021.

CONTARATO, Priscilla Caran; LIMA, Luciana Dias de; LEAL, Rodrigo Mendes. Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4415-4426, 2019.

**Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados.** Disponível em: <https://infoleg.camara.gov.br/wsexecucaoorcamento/api/relatorio/orcamento/covid/orcamento/3> Acesso ago. 2023.

CORREIA, M. V. C.; ALVES, P. K. L. O apoio do Estado à saúde suplementar no enfrentamento da Covid-19 no Brasil. In: CORREIA, M. V. C.; LIMA, A. S. (orgs.). **Pandemia, determinações da saúde e enfrentamento da Covid-19: o lucro acima da vida.** Maceió: Edufal, 2020.

COSTA, M. E. et al. Os assistentes sociais nos hospitais de Emergência. IX Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação. 2011, São José dos Campos, **Anais** [...] São Paulo: Universidade do Vale do Paraíba, Faculdade de Ciências de Saúde, 2011, p. 01. Tema: Faculdade de Serviço Social, Ciências da Saúde.

DE OLIVEIRA CECILIO, Luiz Carlos. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, p. 113-126, 2001.

DRAIBE, Sonia M. As políticas sociais e o neoliberalismo-Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista USP**, n. 17, p. 86-101, 1993.

DRUCK, Graça; FILGUEIRAS, Luiz. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katálisis**, v. 10, p. 24-34, 2007

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário.** São Paulo: Cortez, 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social** (5ª edição). São Paulo: Brasiliense, 1991.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil** – Ensaio de Interpretação Sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 595-613, 2020.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues; BERNARDES, Franciani. Reformas regressivas e política de saúde. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 4-5, 2018.

Funcia FR, Benevides RPS, Ocké-Reis CO. **Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde – Cofin/CNS de 28/10/2020**

Disponível em:

[https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim\\_2020\\_1028\\_Tab1-4\\_Grafl\\_ate\\_27\\_RB-FF-CO\\_VFINAL.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1028_Tab1-4_Grafl_ate_27_RB-FF-CO_VFINAL.pdf) Acesso em ago. 2023.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES; PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO (PMDB). **Uma ponte para o futuro**. Brasília: Fundação Ulisses Guimarães, 2015.

Disponível em:

<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf> Acesso jul. 2022.

G1. **Globo, Economia**. Auxílio Emergencial chega ao fim após 17 meses com liberação de saques da última parcela a nascidos em dezembro. Disponível: <<https://g1.globo.com/economia/auxilio-emergencial/noticia/2021/11/19/auxilio-emergencial-calendario-do-beneficio-termina-com-liberacao-de-saques-da-ultima-parcela-a-nascidos-em-dezembro.ghtml>>

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. Cortez Editora, 1995.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. editora Paz e Terra, 2016.

HRS. Hospital Regional do Sudoeste Dr. Walter Alberto Pecóits. Histórico. 2010. Disponível em: <https://hospitalsudoeste.saude.pr.gov.br/Pagina/Historico> Acesso em mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Serviços, 2010, Disponível em: <https://hospitalsudoeste.saude.pr.gov.br/Pagina/Servicos> Acesso em mar. 2022.

\_\_\_\_\_. Dr. Walter Alberto Pecóits. 2010. Disponível em: <https://hospitalsudoeste.saude.pr.gov.br/Pagina/Dr-Walter-Alberto-Pecoits> Acesso em mar. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. Cortez Editora, 1992.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. Cortez Editora, 2005.

IBGE – **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Censo Brasileiro de 2010. IBGE, 2021.

IPARDES — **INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL**. Região Sudoeste do Paraná. Disponível em: [http://www.ipardes.gov.br/pdf/mapas/base\\_fisica/regioes\\_geograficas\\_parana.pdf](http://www.ipardes.gov.br/pdf/mapas/base_fisica/regioes_geograficas_parana.pdf) Acesso em ago. 2023.

KOSHIBA, Luiz. PEREIRA, Denise Manzi Frayze. **História do Brasil**. – 7. ed. São Paulo: Atual, 1996.

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: **Ministério da Educação**, 2008.

LIMA, Luciana Dias de et al. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 2006.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2367-2382, 2010.

MACHADO, Lucas Dias. **Gestão fiscal e alocação de recursos em saúde dos estados brasileiros**. 2020.

MANDEL, Ernest, 1923-. **O capitalismo tardio**. (Os economistas). São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARCONI, M.A. LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1988. P. 37-47

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 497-508, 2011.

MARTINELLI, Myriam Veras Baptista. **Pesquisa Qualitativa em Serviço Social**. São Paulo. Lisboa, 1999.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. (trad. Álvaro Pina). São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 74, 2003

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. 2020b.  
Disponível em:



<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/60300> Acesso em: set. 2022

MATOS, Maurílio. **A pandemia do coronavírus (Covid-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro: Cress, 6 abr. 2020a.

Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/artigo-a-pandemia-do-coronavirus-\(covid19\)-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude-202005072308575377550.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/artigo-a-pandemia-do-coronavirus-(covid19)-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude-202005072308575377550.pdf) Acesso em: set. 2022.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, p. 122-151, 2016.

Mendes, A. (2014). O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade**, v.23. p.1183-1997.

Disponível em: » <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400006>. Acesso em ago. 2023.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os " ventos" da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/374763874/Desafio-Do-Conhecimento-Minayo> Acesso em abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 3. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf) Acesso em fev. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf)

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Política social e serviço social: os desafios da intervenção profissional. **Katálisis**, Florianópolis, v.16, 2013.

MONERRAT, G.L; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à Intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41- 49, jan./jun. 2011.

MONTEIRO, Fernanda de Oliveira. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. **Serviço Social & Sociedade**, p. 476-502, 2010.

NEGRI, F. L. et al. **Atuação da/o assistente social em face da pandemia da covid-19:** orientações técnicas elaboradas pelo conjunto CFESS/CRESS. Comitê Estadual SUAS-SC COVID-19. abril, 2020. Disponível em: [https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/08/artigo\\_atuacaodoas.pdf](https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/08/artigo_atuacaodoas.pdf) Acesso em fev. 2022.

NETTO, José Paulo – **Ditadura e serviço social:** uma análise do serviço social no Brasil pós-64/ José Paulo Netto – 8 ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. **Cinco notas a propósito da “questão social”.** 2001.

\_\_\_\_\_. Notas sobre marxismo e Serviço Social, suas relações no Brasil e questão do seu ensino. **Cadernos Abess**, São Paulo, n. 4, 1991.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias e serviço social. *Serviço Social & Sociedade*, n. 50, pp. 87-132., 1996

\_\_\_\_\_; BRAZ, Marcelo. **Economia política:** uma introdução crítica. Cortez Editora, 2021.

ORTIZ, Fatima da Silva Grave. *O Serviço Social e a sua imagem: avanços e continuidades de um processo de construção.* 2007. Tese de doutorado Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFRJ. Rio de Janeiro.

PAULA, T. **Técnicas de amostragem:** orientações para que os resultados informem de maneira clara e precisa os objetivos da pesquisa. Centro de Apoio à Pesquisa no Complexo de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - CAPCS. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/tecnicas-de-amostragem/> Acesso em Mar. 2021.

PETRARCA, Fernanda Rios. Uma Janela no Tempo: a ascensão do Bolsonarismo no Brasil. **Revista Tomo**, v. 38, p. 339-371, 2021.

PIRES, Gilson de Vasconcelos Torres. **A Prática Profissional em Saúde:** um olhar para as atividades de trabalho e o cuidado com as pessoas. São Paulo: Hucitec, 1998.

RAICHELIS, R. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 609-635, out./dez. 2013.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil.** (No Title), 2010.

SCATENA, João Henrique Gurtler; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2433-2445, 2009.

SCHALLENMÜLLER, Christian. O que são e como funcionam as Medidas Provisórias. In: RICHTER, E. instrumento previsto na constituição, as MPs podem trazer soluções rápidas para problemas urgentes e, por isso, tem sido uma ferramenta usada para

minimizar a pandemia da covid-19, [S.l.]. Medium, 2020. Disponível em: <https://medium.com/betaredacao/entendo-as-medidas-provis%C3%B3rias-75f32c387849> . Acesso em Ago. 2023.

SCHWARZ, Roberto. **Cultura e Política**. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

SENADO FEDERAL. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. 2021-2022. Disponível em: [http://estaticog1.globo.com/2021/10/26/relatorio\\_final\\_26102021\\_12h40.pdf?\\_ga=2.9158005.1547585656.1635017100-a753d44b-191e-8f65-bfd9-3cc369af1b85](http://estaticog1.globo.com/2021/10/26/relatorio_final_26102021_12h40.pdf?_ga=2.9158005.1547585656.1635017100-a753d44b-191e-8f65-bfd9-3cc369af1b85)>.

SERVO, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 114-129, 2021.

SESA. HOSPITAL REGIONAL DO SUDOESTE WALTER ALBERTO PECÓITS. **Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente**. Francisco Beltrão-PR, 2017.

SILVA, Edith. **Saúde mental e trabalho**. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil, 1987.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 24-32, 2018.

SOCIAL, Conselho Federal De Serviço. CFESS. **Atribuições do assistente social na saúde**. Resolução, n. 383/99, 2017.

SOUZA, Celina; DE CARVALHO, Inaiá MM. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, p. 187-212, 1999.

STÉDILE, J.P., Crise da Covid-19 escancara crise do capitalismo no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, 02 fev. 2021. Disponível em: <http://cebes.org.br/2021/02/crise-da-covid-19-escancara-crise-do-capitalismo-no-brasil-conclui-joao-pedro-stedile-em-live-da-frente-pela-vida/>> Acesso em Fev. 2021

Tesouro Nacional. Disponível em: < <https://www.camara.leg.br/noticias/668816-governo-utilizou-39-dos-r-404-bilhoes-liberados-para-o-combate-a-pandemia/>>

TERRE, Bruna Regina Bratti Frank et al. Recursos aplicados ao combate à COVID-19 no Estado do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 5, n. 4, p. 1-17, 2022.

VASCONCELOS, Ana Maria. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. Cortez Editora, 2022.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1201-1212, 2011.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **Os direitos e a política social**. 2004.

YAZBEK, M.C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. Serviço social: direitos e sociais competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b. p. 143-164.

\_\_\_\_\_. O serviço social e a construção dos direitos sociais. In: BATISTA, M.V.; BATTINI, O. (Org.). A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento. São Paulo: Veras, 2009c.

\_\_\_\_\_. O significado sócio-histórico da profissão. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. Serviço social: direitos e sociais competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a. p. 125-142.

\_\_\_\_\_. Serviço social e pobreza. **Katálisis**, Florianópolis, v. 13, n. 2, 2010

ZIMMERMANN, S.A. NICOLÁS, M.A. O desmonte (policy dismantling) como um tipo particular de mudança na política pública. XI Congreso Latinoamericano de Ciencia Política (ALACIP), organizado conjuntamente por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política y la Asociación Chilena de Ciencia Política, Santiago, Chile, 21, 22 y 23 de julio 2022.

## ANEXOS

### ANEXO A – BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MANDATOS DOS QUATRO (04) MINISTROS DA SAÚDE DURANTE O GOVERNO BOLSONARO

Luiz Henrique Mandetta: Com formação em medicina, experiência parlamentar e em gestão, Henrique Mandetta foi nomeado o primeiro-ministro da saúde no governo Bolsonaro, apesar do histórico de posicionamentos na Câmara Federal contrários a políticas estratégicas para o SUS como o Programa Mais Médicos, e a favor de medidas que fragilizaram o sistema, como a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como ‘PEC do Teto dos Gastos Públicos’ – da mesma forma que Bolsonaro, contemporâneo de Parlamento. Ao passo em que a Covid-19 começava a ser noticiada na China, Mandetta, por meio da recém-criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS, lançou e tentava implementar nos municípios brasileiros o Programa Previne Brasil (PPB), que modificava drasticamente o modelo de financiamento da APS no País. Com o avançar da pandemia no mundo e sua chegada ao Brasil, o PPB se tornou mais uma grande barreira à gestão e qualificação do SUS para o enfrentamento à pandemia. Sob pena da iminente perda de recursos financeiros imposta pelo programa, gestores e trabalhadores municipais foram submetidos a um modelo de financiamento federal ainda mais complexo que, à sombra da fantasiosa alegação de dar maior autonomia aos gestores municipais, encerrou o financiamento direto dos Gerentes de APS, fundamentais na organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e das equipes multiprofissionais (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – Nasf AB), potentes na qualificação e promoção da integralidade do cuidado. Nesse contexto, com 2 meses de pandemia no Brasil e uma agenda ainda incompleta, Mandetta começou a apresentar discordâncias à postura do presidente

Bolsonaro no enfrentamento à pandemia, em especial quanto à ideia de imunidade de rebanho, tratamento precoce e medidas sanitárias de contenção da transmissão da Covid-19, o que motivou sua exoneração do cargo de ministro em 16 de abril de 2020. (Brandão; Mendonça; Sousa. 2023, p. 62-63). Disponível em: <[scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkfpbbR7SCBrx36c/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkfpbbR7SCBrx36c/?format=pdf&lang=pt)> Acesso em agosto de 2023.

Nelson Teich: O sucessor de Mandetta escolhido pela Presidência da República foi um médico do setor privado, sem nenhuma experiência na gestão pública. A posse de Nelson Teich, em 17 de abril de 2020, evidenciou internamente o isolamento do MS ao ponto de que os representantes do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), apesar de convidados, foram barrados sem qualquer justificativa ao tentarem entrar na cerimônia. Em maio de 2020 o Conasems e o Conass lançaram, sem a participação do MS, a 1ª edição do ‘Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde’, primeiro documento orientador de circulação nacional a utilizar o termo ‘distanciamento social’. O MS somente passa a ser signatário deste documento em maio de 2021, já na sua 4ª edição. Segundo Abrúcio e colaboradores<sup>3</sup> o protagonismo de Mandetta e o isolamento de seu sucessor foram absolutos em um sistema baseado na pactuação intergovernamental, evidenciando grande desarticulação interfederativa, a ponto de governadores e prefeitos afirmarem que recursos não chegavam, algo anormal para o SUS, considerando a longa trajetória de funcionamento das transferências fundo a fundo. Após a posse, Teich passou dias estudando dados sobre a Covid-19, sem apresentar qualquer proposta ou plano de ação nacional. Em meio a esse silêncio, o discurso presidencial ganhava força e o governo publicou decreto onde relacionava os serviços considerados essenciais, que deveriam permanecer em funcionamento, sem mesmo consultar o MS. Tal ação provocou grande constrangimento público no então ministro, haja vista o fato do mesmo ter tomado conhecimento da publicação por meio da imprensa e ter afirmado, em sua defesa, que a responsabilidade sobre a decisão pertencia ao Ministério da Economia. Com menos de 30 dias do início de sua ‘gestão’, Teich pediu exoneração alegando falta de autonomia e discordância da recomendação de uso da cloroquina no tratamento precoce da Covid-19. Apesar de não haver nenhuma surpresa na insistência presidencial para a recomendação do medicamento pelo MS, em live realizada no dia anterior ao pedido de exoneração de Teich, Bolsonaro havia dado ultimato ao ministro, afirmando que o protocolo do MS seria revisado para a introdução

da cloroquina já nos primeiros sintomas da doença, “em especial para pessoas mais humildes”. Teich então tem sua breve e vazia passagem pelo MS finalizada em 15 de maio de 2020. (Ibidim, p. 63-64). Disponível em: <[scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkfpbbR7SCBrx36c/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkfpbbR7SCBrx36c/?format=pdf&lang=pt)> Acesso em agosto de 2023.

Eduardo Pazuello: Atuava como general da ativa do Exército. Período como ministro: 15 de maio de 2020 a 15 de março de 2021. Foi sob o comando dele que o Ministério da Saúde lançou o protocolo de tratamento da Covid-19 que recomenda a utilização da cloroquina, como queria Bolsonaro. O ministro foi bastante criticado principalmente por sua subserviência ao presidente - “um manda, outro obedece” – como chegou a destacar em uma live – e pela demora na negociação com laboratórios por vacinas contra o vírus. O ministro passou a ser investigado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) por suposta omissão na crise sanitária do Amazonas, onde pacientes morreram asfixiados por falta de cilindros de oxigênio medicinal. O motivo da saída foi o fato de o Brasil estar batendo consecutivos recordes de mortes por covid-19 diariamente e a vacinação estar ainda em ritmo muito lento. Bolsonaro não queria fazer a troca, mas vinha sendo pressionado por parlamentares do centrão. Não possuía nenhuma trajetória na área da saúde, foi apresentado pelo governo como um especialista em logística, porém posteriormente foi revelado que o general não possuía nenhuma formação nesta área e o próprio assumiu, alguns meses após sua nomeação, que “nem sabia o que era o SUS”. Como prova de fidelidade a Bolsonaro, quiçá como grande cartada para a sua alçada à titularidade definitiva no MS, Pazuello lançou, 5 dias após a sua assunção enquanto ministro interino, o protocolo contendo a indicação de utilização de cloroquina, incluindo dosagens em casos leves a graves da Covid-19. Outro ‘trunfo’ de Pazuello foi a tentativa de ocultação dos números de casos e mortes notificadas ao MS e divulgadas pela instituição. Sabidamente o ministro estava alinhado com declarações do presidente que vinha acusando ministros anteriores de forjarem dados e pressionando o MS e até mesmo a Agência Brasileira de Inteligência (Abin) para modificarem os dados e sua forma de apresentação, inconformado com a queda de sua popularidade em consequência da elevação nos números. Pazuello passou a apresentar no painel virtual público apenas o número de mortes das últimas 24 horas, ao invés do consolidado da pandemia, tendo sido retirados os coeficientes de incidência de contaminação e óbitos, a taxa de letalidade da Covid-19 e a ferramenta de download dos dados, essencialmente para a realização de

análises estatísticas. Além disso, apesar da existência de lei instituindo obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual em espaços públicos e privados, não era raro encontrar dirigentes do MS não utilizando o equipamento, inclusive dentro do próprio Ministério. Enquanto marchava seguindo fielmente a cartilha de Bolsonaro na tentativa de apresentar à sociedade alternativas milagrosas de cura, Pazuello recebeu um grupo de interessados em promover a aplicação retal de ozônio como terapia da Covid-19, fato cujo desfecho foi da vocalização de piadas homofóbicas por parte do próprio presidente. (Ibidim, p.65-66). Disponível em: <[scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkrfpbbR7SCBrx36c/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkrfpbbR7SCBrx36c/?format=pdf&lang=pt)> Acesso em agosto de 2023.

Marcelo Queiroga: Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), especialista em cardiologia e doutorando em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade de Porto, em Portugal. Período como ministro: 15 de março até o fim da gestão do governo. Queiroga, que anteriormente se posicionava contra a cloroquina e a favor do isolamento social, após a nomeação adotou tom ameno, evitou críticas à posição do governo, elogiou a gestão de Pazuello e afirmou que “a política é do governo Bolsonaro e não do ministro da saúde[...] o ministro executa”, que “não pode ser política de governo fazer lockdown” e que médicos têm autonomia para prescrever o tratamento precoce. Queiroga anunciou, em seguida, a criação de uma secretaria especialmente voltada ao combate à pandemia, o que aconteceu cerca de 45 dias após o anúncio e, para seu comando, foi indicada uma infectologista e epidemiologista com formação e experiência na resposta a pandemias. Uma semana após seu anúncio, Bolsonaro ordenou a exoneração da profissional pela irredutibilidade em sua posição contrária à utilização de cloroquina. Na nota de exoneração, o MS afirmou que seguiria à procura de ‘outro nome com perfil profissional semelhante: técnico e baseado em evidências científicas. Queiroga também teve que lidar com o problema da falta de anestésicos injetáveis, relaxantes musculares e sedativos utilizados na intubação de pacientes hospitalizados nos estados, incluindo-se em hospitais de gestão federal. Nesse período, o Brasil alcançava o pico histórico de casos e internações por Covid-19. O Centro de Operações de Emergência do MS já havia emitido alertas desde maio de 2020 sobre a iminência deste desabastecimento, contudo, o MS continuava a priorizar a distribuição de cloroquina. Trabalhadores, gestores e várias entidades profissionais de diversos estados cobravam resolução para a situação de desabastecimento dos medicamentos, inclusive



alertando da necessidade de buscá-los no mercado internacional. Mas as medidas adotadas pelo MS e até mesmo pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foram insuficientes e o desabastecimento perdurou em algumas unidades, até que a curva de casos reduzisse significativamente como resultado do início da vacinação. Também na gestão de Queiroga foram identificadas perdas de insumos e medicamentos por má gestão no MS, com conhecimento do ministro. Apenas considerando testes de Covid-19 estocados no aeroporto de Guarulhos (SP) com validade expirada, foram desperdiçados 77 milhões de reais, isso sem contar os medicamentos, testes rápidos e vacinas de outras doenças. Com o início da redução no número de mortes por Covid-19 no País em decorrência da vacinação, iniciada em 17 de janeiro de 2021, Bolsonaro passou a pressionar o MS para que emitisse parecer indicando a desobrigação do uso de máscaras por vacinados e pessoas que já haviam contraído o vírus). As exigências de Bolsonaro incomodaram o ministro, que afirmou internamente que a suspensão da obrigatoriedade do uso de máscaras poderia impulsionar a disseminação do vírus pelo País, já que mesmo pessoas vacinadas e/ou que já tiveram a doença poderiam contrair o vírus novamente. Entretanto, ao saber do descontentamento do presidente com sua resistência, Queiroga passou a afirmar que “em breve teremos a desobrigação de usar máscaras”. Em setembro de 2021, retratando bem a postura do governo no enfrentamento à pandemia de Covid-19, ao menos 4 membros da comitiva presidencial que viajou à Assembleia Geral da ONU, em Nova York, testaram positivo para o vírus (entre eles, Queiroga) e tiveram que permanecer em quarentena nos EUA antes de retornar ao Brasil. Frequentemente, os membros da comitiva eram vistos em passeios pela cidade sem a utilização de máscaras. Ainda, o presidente e sua comitiva tiveram que fazer refeições na rua por terem sido impedidos de entrar no restaurante do evento por afirmarem não ter sido vacinados – apesar de Bolsonaro ter imposto sigilo de até 100 anos em seu cartão de vacinação. (Ibidem. p. 69-70) Disponível em: <[scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkfpbbR7SCBrx36c/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/sdeb/a/bYwHdRCrkfpbbR7SCBrx36c/?format=pdf&lang=pt)> Acesso em agosto de 2023.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE**

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Mestrado/ PPGSS da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, campus Toledo - PR.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) participante:

Meu nome é Priscila Kiekow e estou inscrita no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social ofertado pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, campus Toledo - PR e juntamente com a professora Dr<sup>a</sup> Marize Rauber Engelbrecht, somos as responsáveis pelo projeto de pesquisa Intitulado “Para além dos plantões: trabalho dos assistentes sociais dos hospitais públicos referência no tratamento da Covid-19 na região sudoeste do Paraná”. Cujo o objetivo é analisar as atribuições e competências do(a) profissional assistente social atuando na linha de frente do tratamento da Covid-19.

Sua participação envolve participar de uma entrevista semiestruturada de aproximadamente 45 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Devido a sensibilidade do assunto abordado na pesquisa, o/a participante pode sentir-se desconfortável e/ou constrangido com algumas questões referentes ao tema, o/a

mesmo/a poderá de participar da pesquisa imediatamente, e sua entrevista será descartada, não sendo utilizada para análise dos resultados.

Os resultados dessa pesquisa serão utilizados para a produção e apresentação da Dissertação no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social campus Toledo, e posteriormente publicizados em artigos, revistas e/ou periódicos de caráter científico visando fomentar debates da categoria profissional. Na utilização dos resultados dessa pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você contribuirá para o desenvolvimento da pesquisa científica e para as posteriores discussões sobre o trabalho profissional do assistente social no contexto pandêmico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser por mim esclarecidas, através do telefone (46) 98808-2526; e-mail: [priscilakiekow@hotmail.com](mailto:priscilakiekow@hotmail.com)

Toledo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

Nome e assinatura da pesquisadora

Consisto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

---

Nome e assinatura da/o participante

Toledo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### IDENTIFICAÇÃO GERAL

1- Sexo

Feminino

Masculino

2- Qual a sua idade?

3- Há quanto tempo está formado (a)? Qual instituição de ensino? Já atuou anteriormente na área de saúde?

4- Além da graduação em Serviço Social, você possui alguma especialização? Se sim, qual?

### ROTEIRO DE QUESTÕES

1- Você participou da elaboração de algum protocolo institucional de atuação frente a covid-19?

Sim       Não

Se sim, comente como foi o processo de construção e elaboração de protocolos institucionais para enfrentamento da Covid-19.

2- Participou de alguma capacitação de medidas de proteção para atuar frente a pandemia da Covid-19?

( ) Sim      ( ) Não

Se sim, comente quem promoveu a capacitação e poderia descrever um pouco de como foi realizada, quais foram os conceitos práticos de fluxo da unidade onde trabalha? Foi abordado a temática do uso de equipamento de proteção individual (EPI's) e demais medidas que tinham como objetivo a redução da possibilidade de contaminação dentro da unidade hospitalar?

- 3- Participou de alguma roda de conversa, diálogo ou capacitação promovido pelo conjunto CFESS/CRESS a respeito da prática profissional no contexto pandêmico? Se sim, poderia comentar quais os principais pontos abordados.
- 4- Comente sobre o trabalho desenvolvido pelo assistente social no hospital de forma rotineira no contexto da pandemia, com a implantação de novos protocolos e fluxos de atendimento. Como foi a reorganização do trabalho, o que foi exigido ou acrescido com a pandemia?
- 5- Avalia que há uma precarização do trabalho, considerando jornada de trabalho, exaustão, adoecimento, saúde mental, enfim, poderiam comentar sobre seu trabalho profissional antes e após a pandemia? E as condições de trabalho no hospital como se apresentam? A questão da sobrecarga, mudanças de turnos, acomodações (infraestrutura)?
- 6- No contexto pandêmico, identificou dificuldades para a materialização do trabalho, no que se refere às condições éticas e técnicas estabelecidas pela Resolução CFESS N° 493/2006? Se sim, comente quais foram.
- 7- Quais as demandas mais prevalentes apresentadas pelos/as usuários/as ou familiares para o setor de Serviço Social da unidade hospitalar, relacionadas ao coronavírus?
- 8- Você recebeu alguma solicitação para responder requisição indevida ao serviço social durante o período da pandemia? Se sim, poderia elencar quais foram?

- 9- Como você avalia o impacto desse contexto para o trabalho do/a assistente social na política de saúde?