



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ALEXSANDRA PEREIRA DE LIMA

**POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: A PANDEMIA DE COVID-19 EM
QUESTÃO**

**CAMPINA GRANDE
2022**

ALEXSANDRA PEREIRA DE LIMA

**POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: A PANDEMIA DE COVID-19 EM
QUESTÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Programa de Graduação
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Thaisa Simplício Carneiro Matias

**CAMPINA GRANDE
2022**

L732p Lima, Alexandra Pereira de.
Política de saúde e serviço social [manuscrito] : a
pandemia de covid-19 em questão / Alexandra Pereira de
Lima. - 2022.
31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Sociais Aplicadas, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Thaisa Simplicio Carneiro Matias
, Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Política de saúde. 2. Pandemia de COVID-19. 3. Serviço
Social. I. Título

21. ed. CDD 361.61

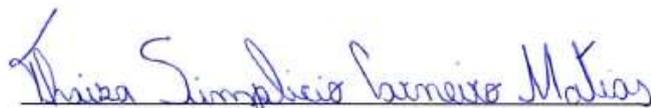
ALEXSANDRA PEREIRA DE LIMA

POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: A PANDEMIA DE COVID-19 EM
QUESTÃO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 07/12/2022.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Thaisa Simplicio Carneiro Matias (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Ma. Tâmara de Oliveira Silva
Instituto Elpídio de Almeida (ISEA)

Ao meu pai, pela dedicação,
companheirismo e amizade, DEDICO.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ABEPSS | Associação Brasileira de Pesquisa em Serviço Social |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CAMED | Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos |
| CAPS | Caixa de Aposentadorias e Pensões |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudo de Saúde |
| CEFESS | Conselho Federal de Serviço Social |
| CNDSS | Comissão Nacional sobre determinantes Sociais da Saúde |
| COVID-19 | Coronavirus Disease 2019 |
| CRESS | Conselho Regional de Serviço Social |
| DRU | Desvinculação de Receitas da União |
| EC | Emenda Constitucional |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FAS | Fundação de Ação Social |
| IAPAS | Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social |
| IAPC | Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Comércios |
| ICMS | Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| ISEA | Instituto Dr. Elpídio de Almeida |
| ISTs | Infecção Sexualmente Transmissíveis |
| LBA | Legião Brasileira de Assistência |
| MDB | Movimento Democrático Brasileiro |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PDRAE | Plano Diretor de Reforma do Estado |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PNA | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SAMU | Sistema de Atendimento Móvel de Urgência |
| SIMPAS | Sistema Nacional da Previdência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| RESUMO | 7 |
| ABSTRACT | 7 |
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL | 8 |
| 2.1 O Serviço Social e sua interlocução na política de saúde..... | 16 |
| 2.1.1 <i>O contexto da pandemia da covid-19 no Brasil</i> | 18 |
| 2.1.2 <i>O trabalho do Serviço Social na política de saúde na linha de frente da pandemia da Covid-19</i> | 24 |
| 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 26 |
| REFERÊNCIAS | 27 |

POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: A PANDEMIA DE COVID-19 EM QUESTÃO

Alexsandra Pereira de Lima¹

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso em formato de artigo, tem por objetivo refletir sobre o trabalho profissional dos assistentes sociais na política de saúde no enfrentamento da covid-19. Para isso fazemos uma reflexão sobre a construção da política de saúde no Brasil, de como a profissão se inseriu na política de saúde, fazendo uma breve discussão dos elementos da política de saúde no governo Bolsonaro, analisando o Serviço Social no lugar da profissão, suas demandas, estratégias, dificuldades na linha de frente da pandemia. Trata-se de um estudo bibliográfico acerca de autores na literatura crítica, fundamentados no materialismo histórico-dialético, de natureza qualitativa. O resultado do estudo aponta que no Brasil além de uma crise sanitária de extrema complexidade associada à crise capitalista enfrentamos particularmente no âmbito da política de saúde de um governo negacionista, conservador e ultraliberal, que a nível federal representa a desestruturação técnica do enfrentamento da pandemia da COVID-19. No qual assistentes sociais de todo país lutaram na assistência à saúde da população.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Pandemia de COVID-19. Serviço Social.

ABSTRACT

This course completion work in article format, aims to reflect on the professional work of social workers in health policy in coping with covid-19. For this, we reflect on the construction of health policy in Brazil, on how the profession was inserted in health policy, making a brief discussion of the elements of health policy in the Bolsonaro government, analyzing Social Work in the place of the profession, its demands, strategies, difficulties on the front lines of the pandemic. This is a bibliographical study about authors in critical literature, based on historical-dialectical materialism, of a qualitative nature. The result of the study points out that in Brazil, in addition to a health crisis of extreme complexity associated with the capitalist crisis, we face particularly within the scope of the health policy of a denialist, conservative and ultraliberal government, which at the federal level represents the technical disruption of facing the pandemic of COVID-19. In which social workers from all over the country fought to provide health care for the population.

Keywords: Health Policy. COVID-19 pandemic. Social Service.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda a conjuntura do trabalho dos assistentes sociais na política de saúde no contexto da pandemia da covid-19.

¹ Aluna de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: alexsandra_plima@yahoo.com.br

Neste sentido, objetiva discutir o trabalho do assistente social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19, analisando as inflexões para o serviço social na dimensão do trabalho, suas demandas, estratégias e contribuições na linha de frente da pandemia, trazendo uma reflexão a partir das ações do governo Bolsonaro diante da pandemia.

Para isso fazemos uma reflexão sobre a construção da política de saúde no Brasil a interlocução do Serviço Social, mostrando como a consolidação do projeto profissional crítico, as atribuições e competências ultrapassam o âmbito da assistência propriamente dita, conforme a própria Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social 8662/93.

O interesse pelo tema se deu com a prática e a vivência no campo de Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, realizado no Instituto de Saúde Dr. Elpídio de Almeida (ISEA), que teve início no dia 05 de junho de 2022, com atraso devido ao posicionamento da Associação Brasileira de Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) de não autorização de discentes em campo de estágio, que ficaram suspensos por bastante tempo durante a pandemia. A partir do diálogo com assistentes sociais durante o período de inserção no ISEA, e vivência dentro da instituição foi possível perceber os desafios desses profissionais no contexto da covid-19.

A característica da pesquisa se dá por meio de um estudo bibliográfico fundamentado em autores como: Paim (2013), Bravo (2013), Baptista (2007), Mota (1995), Costa (2017), Mendes (2022), Carnut (2022), dentre outros.

No âmbito de tal conjuntura, onde o governo federal tem minimizado a crise sanitária em função de seu projeto de extrema direita que coloca o lucro acima da vida, o Serviço Social de todo país é convocado a atuar na linha de frente no enfrentamento da covid-19 em meio a condições precárias com vínculos temporários, inclusive com demandas não condizentes com suas atribuições profissionais. Porém, a partir dos fundamentos ético-políticos, profissionais atuam em defesa da vida, exercitando sua relativa autonomia profissional na resistência do direito de todos.

2 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), até a década de 20, aqueles que necessitavam de assistência médica eram obrigados a comprar serviços dos profissionais liberais. Aos que não tinham condições de comprar restavam os serviços de medicina popular ou auxílio das Santas Casas de Misericórdias, destinadas ao tratamento e amparo aos indigentes.

Em 1923, com a aprovação da Lei Eloy Chaves, surge a Previdência Social no Brasil e cria-se a primeira (CAPS) Caixa de Aposentaria e Pensões, dos Ferroviários, a qual seguiram outras CAPS, formadas por categorias urbanas, com maior poder de mobilização e pressão.

As políticas públicas no Brasil tiveram início na década de 1930, até os meados dessa década, não existia uma política nacional de saúde, nesse período a saúde era privada ou filantrópica, em um cenário marcado pela miséria e desigualdade social e pela crise do trabalho, resultado das transformações ocorridas nas últimas décadas, nessa época crescia o movimento da classe trabalhadora e o enfrentamento da questão social (PAIM, 2006).

As CAP's eram organizadas por empresas administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, mas a imensa maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde, restando-lhes a compra de serviços de saúde privados.

A partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, sob a doutrina do seguro e com orientação de economia de gastos, teve início a implementação dos institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas.

Nas CAP's a assistência médica era uma atribuição central e obrigatória. Nos IAP's assumiu caráter secundário, pois, o que objetivava era a contenção de gastos, no regime de capitalização.

Os recursos financeiros dos IAP's passaram a ter uma fonte tripartite, Estado, empresa e trabalhador que foram utilizados para o desenvolvimento da indústria de base, fundamental para o desenvolvimento da industrialização.

A industrialização acelerada vivida pelo país e a migração da população do campo para as cidades principalmente a partir da década de 50, fez com que a demanda por assistência médica aumentasse drasticamente. Era preciso garantir a capacidade produtiva do trabalhador.

Durante o governo Vargas e o de JK, os IAP's tiveram uma considerável ampliação de sua estrutura, principalmente a hospitalar. Porém, o sanitarismo campanhista não respondia mais as necessidades de uma economia industrializada, que foi sendo concebida gradativamente com a mudança da previdência social.

Em 1960, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência que garantiu a uniformização dos benefícios. Mas as condições concretas para a implantação do novo modelo surgem com a instauração da Ditadura Militar, a partir de 1964, quando se incrementou o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da previdência social.

Os IAP's foram concentrados num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, uniformizando benefícios que eram bastantes diferenciados entre as corporações, modificações possíveis em função do caráter autoritário, da concomitância do milagre econômico.

Ampliava-se a cobertura, porém o caráter discriminatório da Política de Saúde era cada vez mais nítido as desigualdades quanto ao acesso, a quantidade, e qualidade dos serviços destinados a população, rural e urbana, surgem diferentes formas de concentração do setor privado.

Terminando o período do milagre econômico, a partir de 1974, inicia-se a abertura da política social do governo e a repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado sobre a saúde. Além disso, houve a implementação do Plano de Pronta Ação que propunha a universalização da atenção as urgências e estabeleceu contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios, inclusive passando a renumerar hospitais públicos e universitários.

Foi criado o Fundo de apoio e Desenvolvimento Social (FAS), utilizado para financiar a expansão do parque hospitalar privado, de alta e média complexidade, com recursos da previdência e de forma subsidiária. Surgiram também as modalidades supletivas de prestação de serviços, como convenio empresa e a medicina de grupo.

Em 1977, criou-se o (SINPAS), Sistema Nacional da previdência Social, que era a base jurídica do sistema de saúde da década de 70, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de saúde (1975).

Foram criados o (DATAPREVE), empresa de processamento de dados com o importante papel no controle e avaliação de serviços; (INAMPS) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; (CENE), Central de Medicamentos; (IAPAS), Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social; (LBA), Legião de Assistência, procurando reorganizar e centralizar administrativamente a previdência.

Esse sistema da década de 70 era baseado no Estado como grande financiador da saúde através da previdência social, mas neste período começou a apresentar graves problemas, ocasionados devido, grave crise financeira com origem nas fraudes no sistema de pagamento e faturamento, desvios de verbas da previdência, aumento de gastos com as internações, consultas, exames complementares efetuados pelo setor privado, além excluir parcela da população e não ser capaz de alterar os perfis de morbimortalidade, etc.

Sob vigência da Ditadura Militar, começam a surgir ainda na década de 70, em vários municípios experiências de implementação de redes de atenção básica a saúde, a partir de profissionais da saúde, que ocupavam importantes espaços institucionais abertos por novos prefeitos municipais eleitos pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB) a partir de 1975.

O regime ditatorial começa a enfrentar uma crise, onde surgem projetos de redemocratização consolidados pela assembleia constituinte de 1988. Surge uma disputa entre dois projetos, o privatista, ligado ao mercado e a indústria farmacêutica e o da Reforma sanitária, ligada aos movimentos sociais e que atendia as reivindicações crescentes na sociedade.

Segundo Bravo (2013) a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi fundamental para a discussão da questão de saúde no Brasil, realizada em março de 1986, em Brasília, representou um marco, pois, introduziu a discussão da saúde a sociedade em uma perspectiva nova².

O direito à saúde deveria ser entendido de forma mais abrangente. Nossa própria Constituição Federal de 1988, em sua seção sobre saúde (Art. 196), define-a nos seguintes termos: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

O texto final da Constituição Federal de 1988 atendeu grande parte das reivindicações da sociedade civil, surge um novo sistema de proteção social pautado

² Segundo o conceito de 1947 da Organização Mundial da Saúde (OMS), com ampla divulgação e conhecimento na área, a saúde é definida como: Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Medicina Preventiva, Saúde Pública e assumiram outra dimensão com a importante participação das entidades representativas da população, moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento.

na concepção de Seguridade Social³ que universaliza os direitos sociais, onde a Saúde, Assistência Social e Previdência passam a ser questão pública e de responsabilidade do Estado.

Conforme indicado (BOSCHETTI, 2004), aquelas diretrizes constitucionais, como universalidade na cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade nos benefícios, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade no custeio, diversidade do financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração (C.F, artigo 194), não foram totalmente materializadas e outras orientaram as políticas sociais de forma bastante diferenciada, de modo que não se instituiu um padrão de seguridade social homogêneo, integrado e articulado.

Esses princípios poderiam redirecionar as políticas de saúde, previdência e assistência social, no sentido de articulá-las e formar um sistema de seguridade social amplo, coerente e consistente, com predomínio da lógica social e não da lógica contratual do seguro. Isso, contudo, não ocorreu, em função de uma série de elementos conjunturais e estruturais: uma onda neoliberal que assolou o país a partir da década de 1990 foi determinante para o desenvolvimento de uma política econômica voltada para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais. Destarte, a crise econômica vivida no país foi conduzida por um Estado que não assumiu compromissos redistributivos e o conceito retardatário, híbrido, distorcido ou inconcluso da seguridade social brasileira, conforme apontam importantes pesquisadores (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Com vários acordos políticos e pressão popular o texto constitucional em relação à política de saúde, atende em grande parte as reivindicações do movimento sanitário, entre ele estão o direito universal a saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação, ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública onde o poder público fica responsável por sua regulamentação, fiscalização e controle.

A Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação popular, onde a participação do setor privado deverá ser complementar e a comercialização de sangue e seus derivados ficam proibidos.

O direito à saúde passa a ser definido como universal e de característica não contributiva e as ações e serviços devem ser realizadas por meio de um sistema único de saúde SUS, promulgada pela lei n 8.080/90 e 8.142/90, as quais compõem a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

A partir da década de 1990, é possível observar a disputa de projetos antagônicos o projeto da Reforma sanitária de acordo com a constituição federal, em contrapartida à o Projeto Privatista, que tem como principais direcionamentos a concentração de gastos e a descentralização por meio de desresponsabilização do Estado na área social, onde medidas como focalização, privatização e desfinanciamento são características centrais do projeto, atendendo uma lógica articulada com os interesses do mercado e do capital, segundo Borlini (2010).

De acordo com Bravo (2003), desde a década de 1990 o SUS já sofre com os ataques do setor privado à saúde. Durante essa década o projeto de Reforma

³ Apesar de ter um caráter inovador e intencionar compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).

Sanitária ficou na defensiva apenas resistindo aos ataques, a saúde ficou vinculada ao mercado e as parcerias com o privado. Esses ataques já vinham desde a década de 1990 e persistiram.

Na década de 1990 entrou em um período de uma nova ofensiva burguesa, adaptando-se às exigências do capital. No Brasil, o neoliberalismo foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou após o desfecho da eleição em 1989, do presidente Fernando Collor de Mello, que tinha por propostas derrotar a inflação que atingia o país, orientado por medidas neoliberais, conduzido por uma política monetarista, desde o final da gestão Sarney.

As ações de intervenção ministradas pelo governo Collor, foram as chamadas reformas estruturais, que fundiam a contrarreforma neoliberal. Na gestão Collor, não houve nenhuma ação expressiva que desse conta do endividamento do país para as agências internacionais, ao contrário as estratégias adotadas apontavam para a desarticulação progressiva do padrão econômico, assim como a fragilização do serviço público.

De acordo com Soares (2001), as propostas de retirada do Estado se espalharam pelas áreas sociais, como saúde e educação, nas quais a superioridade do setor privado foi apregoada. A lógica privada dominou esses setores do ponto de vista das políticas e práticas governistas.

Soares (2001, p.248), ao analisar o governo Collor, no que tangencia a política de saúde, considera propostas implementadas por este presidente, se distancia da concepção inscrita na Constituição Federal representando um enorme retrocesso na realidade brasileira.

A política de saúde na década de 90 expressou tensões entre a pauta da Reforma Sanitária e a agenda neoliberal. As conquistas importantes foram as mudanças; a unificação de um comando único da política nacional de saúde no âmbito do Ministério da Saúde, contraste com a histórica trajetória fragmentada e a construção de um arcabouço que se fundamenta o SUS, representando a lógica federativa. Além disso, a inclusão de diretrizes de participação social para efetivar o controle social das políticas públicas.

Em uma breve análise da gestão Collor, verificou-se também que eram evitadas a organização de segmentos sociais, que pudessem pôr em questão a ordem na tentativa dar respostas as expressões questão social, as ações desenvolvidas por este presidente pautavam-se no clientelismo, não havendo nenhuma prioridade em materializar o conceito Seguridade Social, presente na Constituição. Além disso, podemos dizer que esta conjuntura teve impacto nos movimentos sociais, que se consagraram na década 80. Entretanto, o único movimento que se fortaleceu foram os caras pintadas representados pelos estudantes, os quais impugnaram o presidente Collor, ocorrendo o impeachment, em 1992.

Outros fatores como o desrespeito ao princípio de equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal e a proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em Hospitalar e o Básico, e a remuneração dos profissionais por produção comprometem, segundo Bravo (1999), o avanço do SUS como política social.

O Plano Diretor de Reforma do Estado foi elaborado em 1995 por Bresser-Pereira, então ministro do extinto Ministério da Administração Aparente do Estado (PDRAE) e Reforma do Estado (Mare). Em sua apresentação, o documento traz uma breve contextualização do cenário à época, com críticas a modelos

desenvolvimentistas de Estado, bem como à lentidão e ineficiência da burocracia. Propunha o fortalecimento do Estado, focando em sua ação reguladora.

O PDRAE aponta, ainda, a dificuldade do Estado “processar de forma adequada a sobrecarga de demandas a ele dirigidas” como a causa de problemas econômicos, seja em países desenvolvidos, seja em países subdesenvolvidos. Nesse ponto, o PDRAE afirma que houve uma resposta equivocada à crise de Estado dos anos 80, simplesmente ignorando-a. Considera da mesma forma a resposta neoliberal, com sua filosofia de Estado mínimo. Prega que a resposta correta seria uma reforma de Estado que resgatasse sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas.

O Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, logo após viagem ao Reino Unido, onde havia observado novas formas de gestão dos sistemas de saúde, levou ao Ministério da Saúde uma nova ideia de organização para o SUS.

A efetivação das propostas de Bresser Pereira para a saúde, articuladas ao Banco Mundial, seguem a lógica das reformas, podendo ser recuperadas, entre outros exemplos: a criação de Subsistemas de saúde dentro do SUS; o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; a reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde ou ainda; a criação de programas como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), dirigidos para as populações vulneráveis, o que não proporcionou melhorias na saúde como a efetivação de promoção e recuperação (RIZZOTTO, 2000, p. 217) Para tratarmos da interferência do Banco Mundial na política de saúde Brasil, devemos considerar que é a partir da gestão de FHC que se expande o volume de empréstimos junto ao Banco.

A principal mudança seria distinguir com clareza a demanda da oferta de serviços, e controlar a oferta principalmente através da demanda. Para isto a estratégia fundamental seria distribuir os recursos federais do SUS para os municípios de acordo com o número de habitantes do município e não com o número de leitos. O objetivo visado era a permissão de que os municípios e os Conselhos Municipais de Saúde montassem um sistema de entrada e triagem, para encaminhamento dos pacientes aos hospitais, e credenciassem de forma competitiva os hospitais e ambulatórios especializados do próprio município, bem como os dos municípios vizinhos. A partir do estabelecimento do sistema de entrada (que depois recebeu o nome de PAB - Piso de Atendimento Básico) nenhum paciente, exceto atendimentos de emergência, seria diretamente internado em hospitais.

Iniciava-se então, uma reforma sanitária de grande envergadura, definida a partir dos seguintes princípios: (1) universalidade da cobertura; (2) atendimento integral; (3) equidade; (4) descentralização dos serviços para os estados e municípios, também participantes do financiamento; (5) não concorrência mas unidade sistêmica entre as ações de saúde da União, dos Estados e dos Municípios; (6) participação complementar do setor privado na oferta de serviços; (7) equilíbrio entre as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde; (8) participação comunitária e controle social por meio dos Conselhos de Saúde. O SUS tornou-se assim, o sistema integrado de atenção à saúde garantido pelo Estado brasileiro.

A gestão federal do SUS foi atribuída ao Ministério da Saúde, que conta com a participação das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, além dos centros de pesquisas sobre saúde também integrantes do sistema. O sistema de financiamento não foi claramente definido, embora fosse estabelecida a responsabilidade dos três

níveis de Estado, com ênfase na União. Foi estabelecido, de forma inédita, que os recursos alocados à Previdência, Assistência Social e Saúde fariam parte integrante do orçamento da Seguridade Social.

Em 2003, Luiz Inácio Lula da Silva, do partido dos trabalhadores (PT), assume como presidente do Brasil. É possível fazer uma apreciação positiva do primeiro mandato, mesmo faltando recursos e ousadia para intervenções mais amplas.

Nos seis primeiros meses de governo, de acordo com Teixeira e Paim (2005), muita “energia institucional” foi gasta para superar a fragmentação das ações e implantar uma nova organização do Ministério da Saúde.

A reforma administrativa realizada sugeria uma ênfase na integração da atenção básica com a assistência especializada e hospitalar, destaque para recursos humanos e atenção para os insumos estratégicos e desenvolvimento, científico e tecnológico, além de prioridade para a gestão democrática. Em consonância com as propostas de campanha, foram implantadas algumas propostas inovadoras, como a Política de Saúde Bucal por meio do Programa Brasil Sorridente, considerado como a primeira política de saúde bucal mais abrangente do país com o intuito de expandir o cuidado odontológico de forma mais universal e em níveis mais complexos, além dos Centros de Especialidades e laboratórios regionais de próteses dentárias (Freitas, 2007); a Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências; o Programa Farmácia Popular, constituído por uma rede de drogarias privadas credenciada para vender produtos com até 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental.

Entre as ações incrementais, mas de relevância na perspectiva de avanços na cobertura e qualidade da atenção, destaca-se a ampliação da atenção básica através do (PSF) Programa Saúde da Família, com aumento de 57% no número de equipes de saúde (FREITAS, 2007); aumento dos recursos do Piso de Atenção Básica, o qual passa do valor de R\$ 10,00, congelado desde 1988, para R\$ 15,00 per capita; expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dando impulso à Reforma Psiquiátrica com intenção de “desospitalização” através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde, a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização. Na área de medicamentos, destaca-se a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED) e a fixação de normas para o controle de preços desses produtos; o apoio aos laboratórios oficiais; a isenção de ICMS para medicamentos de alto custo etc.

No encerramento da gestão Lula da Silva, em 31 de dezembro de 2010, é assinada uma Medida Provisória, nº 520, que vem efetivar a proposta das Fundações através da criação de uma Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares S.A. – EBSERH, que atingiria diretamente os Hospitais Universitários. A MP contempla e autoriza a criação de Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares S.A. - EBSERH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Essa medida provisória representa um impacto nas propostas constitucionais de 88, e defende a adoção das propostas de reforma do Estado iniciadas no governo FHC, que permanecem atualmente.

Mesmo com os importantes avanços do governo PT na saúde, ouve uma flexibilização do governo com o projeto privatista, a partir, da análise de Bravo (2019), podemos destacar a permanência das ações de caráter focalizado, como por exemplo a gerência de empresas privadas nos serviços hospitalares, também podemos

evidenciar a continuidade da precarização e a terceirização, de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias não regulamentadas. Foi possível verificar a permanência da tensão entre os dois projetos, em alguns momentos buscava fortalecer o projeto da Reforma Sanitária e em outros, também atender o projeto privatista. Conforme endossa Mendes (2012, p. 26),

Sem dúvida, o cenário sobre o financiamento do SUS foi, e ainda é tumultuado por vários interesses que afastam a ideia de manter fontes de recursos financeiros no sentido de uma saúde universal. A inconstância das fontes é marca histórica do SUS. Por isso, resta-nos constatar que a saúde pública passa por tempos turbulentos há muitos e muitos anos e a desordem não foi interrompida, quando a temática diz respeito ao seu financiamento.

Na crise estrutural do capital, a saúde tem espaço cobiçado por grupos econômicos, em seu movimento privatista nos espaços públicos.

Há seis anos, em 12 de maio de 2016, o Senado aprovou a abertura do processo de *impeachment* de Dilma Rousseff (PT). A sessão, que começou no dia anterior, durou mais de 20 horas. No início da manhã do dia 12 o golpe recebeu o aval dos senadores e a então presidenta foi afastada do cargo, naquele momento, de maneira provisória.

Com a promessa de destravar a economia e gerar empregos, Michel Temer (PMDB) assumiu a presidência da República para dar resposta aos interesses neoliberais. Inaugurou-se então uma era de destruição de direitos trabalhistas, que deixou a população pobre ainda mais vulnerável à crise que estava por vir.

Podemos destacar que os anos de 2016 a 2018 foram marcados pela continuidade do processo de privatização na saúde, aceleração dos processos de contrarreforma e privatização.

Em 2022, a inflação, a queda na renda do trabalho e o desemprego fazem com que o Brasil seja um país habitável apenas para os ricos. Esse cenário é possível graças a muitas medidas que só puderam ser tomadas sem Dilma na presidência.

O *impeachment* de 2016 foi resultado de insatisfações de parte da elite política, descontente com o diálogo de Dilma com o Congresso e econômica, que exigia cortes mais drásticos nos gastos públicos e redução nos custos com mão de obra.

Segundo Bravo (2008), as principais ações de contrarreforma no governo Temer foram: a aprovação da EC 95/2016, que impõe um teto de gastos por 20 anos, significando um desfinanciamento mais intenso, a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desestruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF), sem passar pela discussão do Conselho Nacional de Saúde, proposição de planos de saúde populares para a desoneração do SUS, as alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Política de Saúde Mental que voltaram com a ideia de internamento psiquiátrico e que também não passou pela discussão do Conselho Nacional de Saúde, trazendo grandes prejuízos ao SUS, significando o sucateamento dos serviços e menos profissionais.

O Governo Temer trouxe com grande força o discurso de crise na saúde e na sociedade no geral, trazendo propostas de ajustes e retiradas de direitos, e essa mesma linha segue no atual governo de Bolsonaro, eleito em 2018, neoliberal marcado pela contrarreforma na política de saúde, em virtude dos ideais privatistas.

Com a chegada de Bolsonaro em outubro de 2018, o país mergulhou numa grande crise econômica com ataque aos direitos sociais. Representa a entrada de um governo ultraneoliberal na economia, conservador e reacionário no que se refere a

valores e costumes, com uma abordagem autoritária na política e de perseguição às lutas sociais.

Na atual gestão governo Bolsonaro, observa-se ações no desmonte do SUS, uma das primeiras medidas desse governo foram o desmonte do programa Mais Médicos, suspendendo a contratação de médicos cubanos, deixando grande parte da população, principalmente aquelas de difícil acesso sem atendimento médico.

Segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020), podemos observar medidas contrarreformistas na política, destacam que o Ministério da saúde passou por mudanças na sua estrutura, sendo criadas duas Secretarias, a da Atenção Primária à saúde e a da Tecnologia da Informação, além da extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Já a Secretaria de atenção à Saúde foi reformulada, priorizando a especialização e a criação de um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados. Foi reestruturado o departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), AIDS e Hepatites virais, que passou a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, integrando o departamento de doenças como hanseníase e tuberculose, ou seja, um retrocesso da estratégia brasileira contra o HIV AIDS. Que se destacava como referência mundial.

A pandemia da covid-19 surge em um cenário de profunda crise econômica mundial, crise esta que é anterior a tragédia sanitária. Antunes (2020) afirma que: “No Brasil vivenciamos desde sempre formas intensas de exploração do trabalho e da precarização ilimitada, a título de exemplificação, ele relata que antes da pandemia, mais de 40% da classe trabalhadora encontra-se na informalidade”.

No âmbito da Seguridade Social mantém-se a retirada de recursos por meio da desvinculação dos Recursos da União (DRU) na ordem de 20% a 30%.

A situação agrava-se com as renúncias tributárias concedidas sobre as contribuições sociais, assim, parte significativa do fundo público é transferido para o pagamento da dívida externa e para o socorro ao capital, Salvador (2012).

Com isso o mecanismo da DRU produziu uma extorsão de R\$1.124,17 trilhão do Orçamento da Seguridade, onde estão as políticas sociais fundamentais, como previdência, saúde, a assistência. Isso significa que o orçamento da seguridade vem sofrendo imensos ataques que rebate fortemente nos recursos financeiros do SUS.

A saúde entre 2016 e 2017 mostrou uma queda de 7,0% o que representa a maior perda e sucateamento, já a previdência apresentou uma redução de 0,2%, mostrando uma tendência a redução do orçamento para as políticas sociais resultando numa maior alocação de recursos para o pagamento de juros, encargos e amortizações da dívida pública (BEHRING, 2018).

Diante do exposto sobre a construção da política de saúde no Brasil, podemos analisar no próximo tópico como se dá a interlocução do Serviço Social na política de saúde.

2.1 O Serviço Social e sua interlocução na política de saúde

Segundo Bravo (2008) o Serviço Social surge como profissão da assistência e percorre sua trajetória histórica respondendo a necessidades sociais relacionadas às expressões da questão social⁴.

⁴Para Yamamoto (2007), [...] o conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade[...]

É no bojo da ditadura militar que o Serviço Social vive as suas mais acentuadas transformações especialmente pela denúncia e enftretamento do conservadorismo profissional que eram baseados em práticas assistenciais e ajustadoras, importadas dos Estados Unidos, e que não davam respostas à realidade da América latina, sobretudo do Brasil (BRAVO, 2012). Essas transformações culminaram no “Processo de Renovação do Serviço Social”, que operou profundas alterações no seio da profissão, nesse momento, dando início à sua nova fase no Brasil. Esse processo teve como marco central a realização de seminários (colóquios), sendo eles: seminário de Araxá (1967), seminário de Teresópolis (1970), seminário de Sumaré (1978) e seminário do Alto da Boa Vista (1984), todos norteados por três perspectivas básicas: perspectiva modernizadora com influência do funcionalismo, reatualização do conservadorismo com recurso à fenomenologia e intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo.

Entretanto, José Paulo Neto faz uma crítica a esses seminários uma vez que já existia um debate mais avançando no sentido de renovação do Serviço Social, naquele período, sendo discutido na Pontifícia Universidade Católica Minas Gerais (PUC), que ficou conhecido como método BH (1972 - 1975) (NETO, 1998).

O processo de renovação da profissão se deu de forma paralela ao movimento de reforma sanitária e reuniu profissionais da área da saúde e militantes que tinham como objetivo superar o modelo médico-assistencial privatista vigente (MATOS, 2017).

Iamamoto (2009) aponta que a questão social é indissociável da sociabilidade capitalista e que na sociedade burguesa a gênese da questão social deriva do caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana, esta condensava então o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, tendo alcançado a plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche.

Destaca que foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para esfera pública exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos.

A partir da década de 1980, com a perspectiva de intenção de ruptura, Movimento de Reconceituação que é um importante momento do Serviço Social, pois é partir daí que surge uma outra visão acerca da prática profissional, voltada a uma análise crítica da realidade social, buscando assim um melhor desempenho no agir profissional ao atender as demandas da questão social, pautado em bases teórico-metodológicas que buscam superar as práticas tradicionais do Serviço Social e na década de 1990, com a consolidação do projeto profissional crítico, as atribuições e competências ultrapassam o âmbito da assistência propriamente dita, conforme a própria Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social 8662/1993.

A Lei 8662/1993 regulamenta a profissão e os Parâmetros da Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) no ano de 2010 para dar sustentação ao trabalho e projeto profissional na política de saúde, onde tem como conceitos principais, a concepção de saúde, a intersetorialidade, a participação social, a integridade, a interdisciplinaridade.

O documento Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde é resultado do grupo de trabalho serviço social na saúde, fundado pelo (CFESS) com a finalidade de nortear acerca da intervenção dos profissionais na saúde.

Segundo Mito e Nogueira (2006) sua estrutura é sustentada no conhecimento da realidade dos sujeitos, na escolha de abordagem e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas, de acordo com os fundamentos ético-político, teórico-metodológico construídos pela profissão.

O movimento histórico da profissão aliado ao conjunto dessas competências regulamentada por lei, tem legitimidade dentro do projeto de reforma sanitária, que requer dos profissionais da saúde fundamentação teórico-metodológica crítica, que compreenda o processo saúde doença, que seja capaz de envolver os diversos segmentos na política de saúde.

No entanto, o projeto de Reforma Sanitária perdeu espaço pela hegemonia desde a década de 1990, e as requisições da racionalidade da contrarreforma da política de saúde passaram a ser diferentes na contemporaneidade, com a política neoliberal.

Segundo Mota, em geral, mesmo após a institucionalização do SUS e com a hegemonia do projeto profissional crítico, o trabalho do Assistente Social continua ocupando predominantemente o lugar de assistência do ponto de vista da institucionalidade do sistema na alta e média complexidade.

Com a ampliação do mercado privado de serviços, as ações assistenciais na saúde vêm ocorrendo de forma precarizada.

Os mecanismos de contenção da demanda e a mecanização da vida, vem contra a universalização, a tendência de ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial, desviando-se dos princípios do SUS.

O que não quer dizer que dentro no âmbito saúde não existam, de forma subordinada, práticas e ações em saúde, direcionadas para o coletivo e indisciplinar que levem em conta os determinantes sociais.

Muitos Assistentes Sociais da saúde destacam-se como defensores do projeto da reforma sanitária e dos direitos dos usuários no interior das diversas unidades de saúde.

Dentro da contrarreforma, a contratação de profissionais de forma precarizada, sem o vínculo de concurso, é cada vez maior, profissionais que ficam subordinados a gestores dos espaços que ocupam, o que facilita uma imposição de vontade política no trabalho do Assistente Social, que muitas vezes são direcionados a um trabalho que favoreça a política local, uma prática muito comum nos serviços de referido setor.

A falta de concurso, além de precarizar os serviços, também atinge diretamente a remuneração salarial dos profissionais, que em detrimento a isso, muitas vezes assumem outros espaços de jornada de trabalho, para conseguir se manter dignamente.

Esses aspectos se tornam mais afetados no cenário da pandemia, onde as dificuldades sociais se apresentam mais fortes diante da configuração de contrarreforma do atual governo neoliberal de Bolsonaro, como podemos analisar no próximo item.

2.1.1 O contexto da pandemia da covid-19 no Brasil

Em março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a doença provocada pelo novo coronavírus como uma pandemia. COVID-19 é uma doença causada por um vírus da família dos coronavírus. Os registros da doença iniciam-se no ano de 2020. Quando ocorre a identificação dos agentes causadores da doença.

Responsável por causar febre, dificuldade respiratória e tosse, essa infecção assemelha-se a uma gripe. Entretanto, a COVID-19 pode levar a complicações sérias

e até mesmo à morte, devendo ser, portanto, encarada como um grave problema de saúde pública.

A chegada do novo coronavírus no Brasil, no início de 2020, inaugura uma fase de escalada nas vulnerabilidades sociais, em que o fenômeno das mortes em massa se agudiza.

A transmissão da COVID-19 ocorre de uma pessoa para outra por meio do contato com gotículas respiratórias. Assim sendo, uma das medidas para se prevenir é evitar locais com aglomerações de pessoas.

Os primeiros casos da doença ficam conhecidos no final de 2019, quando a Organização Mundial da Saúde foi comunicada sobre vários casos de pneumonia, sem causa definida, ocorrendo na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China.

No dia 7 de janeiro de 2020, as autoridades identificaram o agente causador da doença. Rapidamente a COVID-19 espalhou-se por vários locais do planeta, levando a Organização Mundial de Saúde a classificar a doença como uma pandemia.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde até o dia 11 de outubro de 2020, já eram 150.488 mil mortes causadas pela referida doença.

O alto poder de contágio do vírus e a iminente possibilidade de colapso dos hospitais determinaram a urgência de medidas voltadas para o enfrentamento da pandemia: quarentena, isolamento social, fechamento do comércio e proibição de atividades consideradas não essenciais passaram a compor o conjunto das principais estratégias direcionadas a contenção da pandemia e das suas graves consequências.

Numa escala global a crise sanitária gerou impactos profundos na economia afetando drasticamente a classe trabalhadora. Neste cenário, além da alta taxa de mortalidade, percebe-se o aumento do empobrecimento, da miséria, do desemprego, e da informalidade, segundo Antunes (2020), portanto, vem causando consequências políticas e sociais configurando-se como a maior crise sanitária da humanidade.

Um momento marcado pelo contexto de crise estrutural do capitalismo e pela profunda supressão dos direitos sociais, pela flexibilização das leis trabalhistas e pelo neoliberalismo, somado à crise sanitária apresenta um quadro devastador para a classe trabalhadora.

Nesse cenário, como destaca Antunes (2020), além de uma alta taxa de mortalidade global, verifica-se um significativo aumento do empobrecimento, da miséria, do desemprego e da informalidade. Antunes mostra que mesmo antes da pandemia o Brasil já vivia uma situação problemática.

No Brasil 40% da massa trabalhadora em 2019 estavam na informalidade, no mesmo período, mais de 5 milhões estavam inseridos na chamada uberização do trabalho, ou seja, inseridos nas novas modalidades de trabalho, realizadas por intermédio de aplicativos e plataformas digitais, caracterizados pela precariedade de ausência de vínculo empregatício e direitos trabalhistas, segundo análise de Antunes (2020).

Esses dados mostram a intensa exploração do trabalho, e que a população do Brasil está inserida em um cenário de terceirização, subemprego, trabalho intermitente e desemprego.

Antunes (2020) destaca que a pandemia tem forte impacto nas esferas de gênero, raça e classe, amplificando o quadro de exorbitante desemprego, destruição ambiental e mercadorização da vida.

A pandemia é o enfeixamento de um sistema que é letal em relação ao trabalho, a natureza, à "liberdade substantiva" de todos os gêneros, raças, etnias, à plena liberdade sexual, dentre tantas outras dimensões do ser em busca de sua autoemancipação humana e social (ANTUNES, 2020, p. 34).

De acordo com Antunes (2020), no Brasil a covid-19 e suas consequências sanitária, econômica e social têm atingido brutal e majoritariamente a vida da população negra e pobre. Vale lembrar que mulheres negras compõem a maioria da população brasileira, negras e negros são maioria entre moradores das periferias das cidades geralmente com baixo nível de escolaridade, moradia precária e sem acesso a serviços essenciais, e maioria também entre trabalhadores em empregos precários e subempregos.

Também são maioria entre a população em situação moradora de rua e no sistema prisional, compondo a grande massa de trabalhadores pobres sem condições de realizar isolamento social e de acessar medidas preventivas conforme orientações das instituições sanitárias, além de enfrentarem severas dificuldades no acesso ao tratamento quando confirmada a contaminação.

Bastaram alguns meses de pandemia para tornar evidente que as principais medidas tomadas pelo governo Bolsonaro têm por objetivo atender aos interesses de uma burguesia predadora e predatória que aqui gorjeia. O sinistro, o lúgubre e o funesto são, então, as designações mais singelas que o capitalismo pandêmico no Brasil e seu governo-de-tipo-lumpen fazem por merecer (ANTUNES, 2020, p. 33).

Nesse sentido, os recortes de classe, étnico-racial e de gênero são determinantes na definição de quem está mais exposto à contaminação, quem tem melhores condições de tratamento quando acometido pelo vírus e quem prioritariamente adensa a grande massa de mortos no Brasil.

Os altos índices de informalidade e ausência de direitos trabalhistas que atingem os trabalhadores em todo mundo, com destaque para o Brasil, não são resultados da covid - 19, de acordo com Ricardo Antunes, as graves consequências da pandemia são resultadas da combinação letal entre a crise estrutural do capitalismo, que enfraquece a legislação protetora do trabalho e uma crise sociopolítica neoliberal.

O Brasil historicamente é um país com profundas desigualdades sociais, desemprego, baixos salários e alta concentração de riqueza. Nos últimos anos, essa situação se agravou, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PnadC). Em cinco anos (entre 2014 e 2019), o contingente de desempregados no Brasil aumentou de 6,7 para 12,6 milhões, elevação de quase 90% (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, 2020). As reformas trabalhistas, através da lei nº 13.467/2017 (Lei nº 13.467, 2017) e a previdenciária, através da Emenda Constitucional nº103 de 12 de novembro de 2019, significaram retirada de direitos dos trabalhadores contribuindo para o aumento do trabalho precário e informal e dificultando a aposentadoria da população mais pobre (Emenda Constitucional nº 103, 2019).

Nesse contexto de pobreza, as posições antagônicas de como enfrentar os efeitos da pandemia podem ter agravado consideravelmente a situação. A falta de uma política para atender às necessidades dos mais vulneráveis atinge a população mais carente e, “como a maioria das vítimas é negra e pobre, a negligência oficial parece indicar cumplicidade governamental com os efeitos eugenistas da propagação da COVID-19” (SOARES, 2020, p. 16).

Embora não tenha sido a pandemia que causou a tragédia do mundo do trabalho, ela expôs, a forma pela qual o capitalismo já vinha desenvolvendo, desde 1973, a partir da crise de 2008 e 2009, uma forma de trabalho pautada entre o alto

índice de digitalização das tecnologias de informação e comunicação. Neste sentido, Antunes (2020) afirma que a luta pela preservação e a construção pela preservação da vida e a construção de alternativas para a superação da crise pandêmica representa uma questão de urgência.

Nesse sentido, a luta de classe trabalhadora e o fortalecimento dos movimentos sociais torna-se componentes decisivos para a construção, pautada na solidariedade, na equidade, na preservação do meio ambiente, na emancipação humana, ou seja, uma nova ordem societária.

Conforme Mascaro (2020) afirma, o fracasso material do neoliberalismo contrarresposta com o sucesso ideológico dele, que conseguiu, desde a reestruturação produtiva subjetivar o empreendedorismo e as flexibilizações trabalhistas como ponto positivo no imaginário da classe trabalhadora.

O supracitado autor ressalta que não será um movimento linear ou teleológico, mas que possibilita a criação de saídas emancipatórias à medida que as respostas às crises se dão cada vez mais por meio da repressão das massas, por sua vez, tanto mais insatisfeitas. Isso não significa que a superação da ordem social capitalista estaria dada. Pelo contrário, o autor assinala que é muito mais propício ao capital contornar a crise com mais capitalismo do que uma possibilidade socialista subsumir tal ordem.

Antes da chegada do vírus no Brasil, o país já sofria com o aprofundamento e aceleração da contrarreforma na política de saúde nos governos de Michel Temer e Bolsonaro.

Nesse cenário no quadro brasileiro, a pandemia e a crise econômica presente encontram um alto grau de regressismo e reacionarismo político e social sob o governo de Jair Bolsonaro, que ecoa padrões neoliberal e de ditadura militar.

Como não o bastante as atitudes do presidente frente a pandemia foram de orientação pela perspectiva de imunização coletiva, ou imunidade de rebanho, usou de vários instrumentos para estimular a intensificação da contaminação recorrendo a disseminação de dados incorretos, *fake news* e demonstração exemplar de comportamentos propícios à contaminação, ou seja, em plena pandemia, frequentou lugares públicos sem máscara.

Nessa estratégia de desqualificação da pandemia, as declarações eram, gripezinha, neurose, história mal contada. O estímulo de atitudes que induziram a aceleração da contaminação, uso de máscara incorreto, defesa de abertura de academias, salões de beleza e escolas e a propagação de falsas soluções com o anúncio de medicamentos comprovadamente ineficazes.

Bolsonaro seguiu o mesmo modelo de estratégia que era compartilhado por governos de diversos países, como Estados Unidos, acreditando que poderiam chegar rapidamente a um patamar de contaminação que garantisse a imunidade coletiva.

Parecia uma alternativa politicamente sustentável para esses governantes, visando preservar os interesses da acumulação capitalista e impedindo um agravamento ainda maior da crise mundial do capital já então bastante intensa, segundo Bravo e Menezes (2013).

Durante a pandemia, o governo Bolsonaro teve trocas de ministros da saúde, mostrando a desestruturação da sua base técnica, com restrições sobre dados da pandemia e gestão da política. Após um ano de pandemia o governo Bolsonaro já havia feito quatro trocas de ministros: Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich, Eduardo Pazuello e, o atual Marcelo Queiroga. A falta de constância e essas trocas afetaram o combate à pandemia no Brasil. Essas trocas prejudicam a gestão pública no plano

federal, desvelando que não existe um projeto de política pública para a saúde da parte desse governo. Inclusive, em se considerando seu primeiro ano de gestão, antes da pandemia acontecer.

As iniciativas tomadas pelo primeiro-ministro, o ministro Mandetta, eram iniciativas mais disruptivas do que propriamente iniciativas de consolidação do SUS.

Essa questão da mudança de ministros é muito grave que vai além da incompetência e chega na perspectiva de necropolítica⁵, a intencionalidade de deixar morrer em nome da economia, em nome de interesses imediatos.

Pazuello pediu exoneração do cargo no dia 14 de março e permaneceu atuando até a posse do novo ministro.

O encaminhamento da quebra de patentes, para que o Brasil pudesse, junto com outros países, reivindicar a produção própria dos insumos e a imunização massiva em tempo hábil, foi uma iniciativa negada por esse governo. E até mesmo os contatos para aquisição da vacina antecipada deixaram de ser feitos. Isso foi anunciado, fartamente, pelo próprio presidente, embora ele negue. Houve a margem de tempo para que variações de cepas de mutação do vírus circulassem e gerassem essa situação dramática. E como se isso não fosse suficiente, resolve-se trocar de ministro.

Diferente do que aconteceu nos outros países que diante da gravidade e superlotação do sistema de saúde, ouve mais investimento na saúde, no Brasil aconteceu o contrário, o presidente depois de quase dois anos de pandemia com aproximadamente 600 mil mortos no país o neofascismo de Bolsonaro não cessa em dar sequência ao desmonte da saúde, destaca Mendes (2022).

Com a permanência da EC 95/2016 que congelou o gasto público por vinte anos, promovendo o desfinanciamento do SUS, além da implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para Atenção Primária a Saúde (APS) do SUS, isso significa que o sistema passa a ficar restrito as pessoas que o município consegue cadastrar. Antes os investimentos eram de acordo com a população total, alterando a universalidade de seu acesso, focalizando para a população mais pobre, principalmente apoiado na lógica do desempenho e afastando-se por completo da lógica da APS original e da universalidade do sistema, desmontando a APS em sintonia com o SUS universal, reforçando espaço para o capital privado.

Desde a aprovação da EC 95/2016, que congelou o gasto público por vinte anos, o gasto do Ministério da Saúde foi congelado em 15% da receita líquida do governo federal de 2017, atualizado anualmente pela variação do índice inflacionário IPCA/IBGE (INPE) Índice Nacional de Preços e Estatísticas até 2036. A perda de recursos desde 2018 até 2020 já alcança o patamar de R\$ 22,5 bilhões, segundo Mendes, Carnut (2020). Além disso, durante o ano de pandemia 2020, o gasto para seu enfrentamento foi baixo. Sendo assim, dificultando o processo de enfrentamento da pandemia com a falta de recursos.

Em janeiro de 2021, após muita manifestação popular, a enfermeira Mônica Calazans, foi a primeira pessoa a ser imunizada, no Brasil. Mesmo assim, Bolsonaro

⁵ A ideia de necropolítica foi criada pelo camaronês Achille Mbembe, autor de *On the Postcolony* (2001), foi o primeiro estudioso a explorar o termo "necropolítica" em profundidade no ensaio *Necropolitics*, publicado em 2003 na revista *Raisons Politiques* e como livro em 2019. A necropolítica é frequentemente relacionada ao "biopoder", conceito criado pelo filósofo Michel Foucault para referir-se ao uso do poder social e político para controlar e disciplinar a vida das pessoas, é um conceito filosófico que faz referência ao uso do poder social e político para decretar como algumas pessoas podem viver e como outras devem morrer; ou seja, na distribuição desigual da oportunidade de viver e morrer no sistema capitalista segundo o site (politize.com.br).

estava empenhado em fazer a vacina não chegar para todos: editou medidas provisórias que destinavam R\$ 20 bilhões para a compra do imunizante e afirmou que a compra da vacina seria “na casa da sua mãe”.

Até que em abril de 2021, foi instalada a CPI da Covid-19, com o objetivo de investigar as omissões e irregularidades de Jair Bolsonaro no combate à doença. Nos quase seis meses de trabalho, foi descoberto que a Pfizer, indústria farmacêutica estadunidense, enviou mais de 100 e-mails para o governo, na tentativa de negociar a venda das vacinas. Todas as formas de contato foram ignoradas, sendo assim, vidas, histórias e amores foram interrompidos pela negligência da administração do governo federal.

Ainda na CPI, investigou-se o suposto esquema de corrupção na compra da vacina indiana Covaxin. O valor superfaturado não batia com o preço negociado inicialmente. Dessa forma, chegou-se à conclusão de que o governo faturou US\$ 1,34 por dose. Ou seja, a vida dos brasileiros significava o ganho de, em média, R\$ 5,00.

O presidente Jair Bolsonaro espalhou informações falsas sobre a covid-19, opôs-se ao distanciamento social, se recusou a usar máscaras e rotineiramente provocou aglomerações com apoiadores. O relatório da CPI mostra que seu objetivo era facilitar o contágio para que alcançasse a suposta imunidade de rebanho.

O presidente não apenas se recusou a seguir as recomendações da OMS para proteger a saúde pública, mas também tentou impedir que o congresso, governadores e prefeitos implementassem essas diretrizes. Em julho de 2020, por exemplo, vetou parte do projeto de lei que tornava obrigatório o uso de máscaras em igrejas e nas prisões superlotadas do Brasil.

A crise no estado do Amazonas em janeiro de 2021 retrata as consequências dessa política. No final de 2020 as autoridades já alertavam o governo federal sobre uma iminente escassez de oxigênio hospitalar, mas no lugar de garantir o abastecimento, o governo Bolsonaro preferiu enviar medicamentos sem eficácia comprovada contra a Covid-19, concluiu o relatório. Quando o oxigênio acabou, dezenas de pacientes contaminados pelo vírus morreram.

A CPI conclui, ainda, que o governo distribuiu os mesmos medicamentos sem eficácia a povos indígenas. O governo Bolsonaro elaborou um plano para a proteção indígenas no contexto da covid-19 somente depois de repetidas decisões do Supremo Tribunal Federal.

O governo Bolsonaro não atendeu a diversas ofertas de vacinas do Instituto Butantan, órgão vinculado à Secretaria de Saúde do governo do estado de São Paulo.

O relatório inclui depoimentos mostrando que Bolsonaro recebeu informações sobre corrupção envolvendo um contrato de aquisição de vacinas.

Após três anos de pandemia, o Brasil acumula mais de 661 mil mortes, que poderiam ter sido evitadas, caso não fossem as atitudes do presidente. De acordo com Lamarino (2022), 04 em cada 05 mortes pela doença no país eram evitáveis caso o governo federal tivesse adotado outra postura de apoio ao uso de máscaras, medidas de distanciamento social, campanhas de orientação e ao mesmo tempo acelerando a aquisição de vacinas.

Diante do exposto, as principais medidas de desfinanciamento do SUS, pode-se afirmar que o neofascismo do governo Bolsonaro contribuiu de forma decisiva para a morte de milhares de Brasileiros, sobretudo pretos e pobres, durante a pandemia.

A política de saúde do governo federal desarticulou e desorganizou as respostas necessárias e urgentes da pandemia. No entanto, essas medidas têm enfrentado resistência de vários setores da sociedade, pesquisadores e movimentos sociais que resgatam princípios da Reforma Sanitária, como os Fóruns e Frentes pela

vida, a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde (FNCPS), no âmbito de controle social, o Conselho Nacional de Saúde é um importante espaço de resistência do movimento sanitário na defesa do SUS, além dos trabalhadores de saúde que atuam na defesa da vida e assistência à saúde da população, entre eles os assistentes sociais.

Como dito por Karl Marx (2011, p. 25-26):

Os homens fazem a sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles quem escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram. A tradição de todas as gerações passadas é como um pesadelo que comprime o cérebro dos vivos. E justamente quando parecem estar empenhados em transformar a si mesmos e as coisas, em criar algo nunca antes visto, exatamente nessas épocas de crise revolucionária, eles conjuram temerosamente a ajuda dos espíritos do passado, tomam emprestados os seus nomes, as suas palavras de ordem, o seu figurino, a fim de representar, com essa venerável roupagem tradicional e essa linguagem tomada de empréstimo, as novas cenas da história mundial.

Além do exorbitante número de mortes devido ao COVID-19, dentre os principais impactos estão o aumento das taxas de desemprego, congelamento de gastos públicos, precarização das políticas sociais e do trabalho, privatizações, aproximando o país novamente do mapa da fome. Em concordância com Yazbek et al. (2021, p. 7) quanto à perversidade das estratégias de governo “[...] o negacionismo da doença pelo governo federal faz parte de uma estratégia governamental, mesmo que isso custe muitas vidas, ou seja, tem um propósito político que inclui lidar com a doença, promovendo praticamente o genocídio dos mais frágeis”. Caracterizam Boschetti e Behring (2021, p. 68) que “essa combinação perversa, mórbida e tóxica nos levou ao lugar que ocupamos hoje na pandemia, mas é fato que tal projeto já encontra um país dilacerado pela crise econômica e social”. Com a disseminação da pandemia, evidenciou-se as desigualdades sociais e econômicas existentes, bem como as dificuldades de seguir as recomendações de isolamento social e condições básicas de higiene.

Como colocou Mascaró (2020) existe sim, esperança de luta, através da união da classe trabalhadora e da consciência de classe. Conforme apontou, não há linearidade e nem teleologia na história.

Mesmo em um enfrentamento de grande impacto social como a pandemia, o Serviço Social atuou em defesa da vida como veremos no próximo item.

2.1.2 O trabalho do Serviço Social na política de saúde na linha de frente da pandemia da Covid-19

No cenário da pandemia da covid-19, o Serviço Social da política de saúde é convocado para o enfrentamento ao vírus, nos espaços de trabalho. Como destaca Santos (2021) o trabalho do Assistente Social foi elencado em duas grandes ordens de inflexão: A primeira está relacionada a sua condição de trabalhador e a segunda, ao seu lugar na política de saúde, suas demandas e atribuições requisitadas aos profissionais.

Se tratando da condição de trabalhador da saúde as autoras colocam que as contratações de assistentes sociais no enfrentamento da covid-19 expressam cada vez mais a precarização e a profunda privatização da política de saúde.

A maior parte dos serviços de saúde se deu através de terceirização, por tanto, de forma precarizada com contratos temporários e inseguros de trabalho, além das baixas remunerações, com uma pequena expansão de vínculos profissionais de assistentes sociais em serviços de saúde, assim como também o aumento de plantões para organização do trabalho profissional, utilizada como estratégia de menor exposição de risco do trabalhador.

Contraditoriamente em muitos serviços essa estratégia intensificou a precarização das condições de trabalho, de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, devido à frequência de plantões com duração 24 horas de trabalho, o que põem em risco tanto a saúde dos profissionais, levados à exaustão, quanto a qualidade dos serviços prestados.

Houve uma pequena expansão de vínculos profissionais de assistentes sociais em serviços de saúde nesse período. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) expressam um aumento no ritmo de contratação de assistentes sociais entre dezembro de 2019 (39.441 vínculos) e junho de 2020 (40.911 vínculos), possivelmente relacionado à expansão dos serviços de emergência, internamento e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em decorrência da pandemia aumento foi de 3,72% em seis meses, enquanto em todo o ano anterior havia sido de 3,4% (BRASIL, 2020b).

No início da pandemia, grande parte dos profissionais assistentes sociais enfrentam grandes tensionamentos como a dificuldade de acesso a Equipamento de Proteção Individual (EPI), já que no primeiro momento da pandemia ocorreu a falta desses equipamentos devido à grande necessidade do uso dentro do espaço de trabalho na saúde.

Outra dificuldade foi a demarcação de suas competências e atribuições profissionais, houve a falta de EPI em diversos serviços o que levou a uma extrema racionalização que negava o uso de EPI para profissionais que não estivessem em contato direto com pacientes infectados com covid-19.

Porém os assistentes sociais, mesmo que não estiverem atendendo diretamente pacientes com covid-19, estavam atendendo muitas vezes seus familiares, e o vírus circula nos diversos espaços das unidades de saúde, a falta de EPI adequada deixou muitos profissionais expostos ao vírus.

As articulações profissionais assistentes sociais, no interior dos serviços de saúde e fora deles, e com a criação de canais de comunicação remotos pelos CRESS para denúncias de violações de direitos, particularmente com o conjunto CFESS/CRESS, foram decisivos para a mobilização dos profissionais sobre a garantia do acesso a EPI.

O referido parecer jurídico do CFESS apresenta as demandas e denúncias de violação do direito relacionada ao não acesso adequado a EPI e resgata os fundamentos jurídicos e sanitários da necessidade do seu uso, bem como da obrigatoriedade de seu fornecimento por parte das instituições empregadoras. Instada pelo CFESS, a Anvisa se pronunciou informando a necessidade de uso de EPI pelos assistentes sociais em todos os serviços de saúde. O CFESS, diante do exposto, recomendou que as situações de violação do direito a acesso a EPI adequado fossem denunciadas aos órgãos competentes (CFESS, 2020a).

Foi elaborado pelo Ministério da Saúde, o documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19”, em seu texto recomendou que o Serviço Social realizasse a comunicação de óbito a familiares, amigos e responsáveis durante a pandemia, o documento, possibilitou que todas as atividades relacionadas à informação e/ou comunicação com familiares e usuários em tratamento do vírus,

inclusive as de âmbito médico, como os boletins clínico, fossem requisitadas a assistentes sociais.

Assim, em meio às contradições da política de saúde, com expressões de uma política genocida, privatista e ultraliberal, o Serviço Social é requisitado nos seus espaços de trabalho um perfil, conservador e tecnicista, porém, o conjunto CFESS/CRESS tomou providências emitindo a Orientação Normativa n 03/2020, que enfatiza que tanto a comunicação de óbito quanto o repasse de informações de âmbito clínico não são atribuições de assistentes sociais, desta forma, ratifica que:

O/A assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, visando o melhor atendimento ao/a usuário/a dos serviços de saúde, preservando a qualidade dos atendimentos prestados, não estando obrigado/a realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente (CFESS, 2020b, p. 2).

Matos (2020), faz uma reflexão no sentido da necessidade de caracterizar as mudanças necessárias para no âmbito dos serviços de saúde e estratégias de distanciamento social, os instrumentos possíveis para atividades remotas, e redes pertinentes ao contexto da pandemia e a necessidade de as equipes refletirem coletivamente sobre as prioridades e estratégias de ação dentro da política de saúde, para dar resposta os usuários.

Nesse processo de pandemia foi importante o uso da tecnologia para respostas junto a população, como o uso de telefone e aplicativos.

Além disso, pensar nas suas competências no processo saúde doença para seus enfrentamentos uma prática educativa emancipatória.

Assistentes sociais têm por objetivo na saúde identificar os aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais que atravessam o processo saúde doença, buscando para os seus enfrentamentos uma prática educativa emancipatória e a mobilização, quando existentes, dos recursos institucionais e comunitários (BRAVO; MATOS, 2004). Nessa direção está o compromisso, naturalmente, com a complementação do direito constitucional à saúde, conforme proposto pelo movimento sanitário.

Segundo Gragnani (2020), em estudo realizado na PUC-Rio, constatou-se que “quase 55% de pretos e pardos morreram, enquanto, entre pessoas brancas, esse valor ficou em 38%”. Os mesmos pretos e pobres que constituem a maioria dos usuários do Serviço Social.

O trabalho dos assistentes sociais avança revelando as expressões da questão social, que interfere no processo saúde – doença relacionadas a covid-19, mostrando que a maior letalidade está entre pobres e negros.

Através da articulação dos assistentes sociais com o conjunto CFESS/CRESS, com o Ministério Público, com movimentos sociais e com as universidades, se tornou possível ampliar as discussões acerca da demarcação do campo de atribuições do Serviço Social e sua contribuição ao enfrentamento da pandemia no âmbito da política de saúde.

Ao negar a demanda de mero repassador de informação clínica e de comunicação de óbito, de perfil tecnicista, voluntarista e conservador, assistentes sociais contribuíram com a capacidade propositiva e estratégias coerentes com suas atribuições e competências profissionais.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das contribuições dos autores citados neste trabalho, percebe-se claramente que as políticas públicas de saúde sofreram grandes impactos em sua estrutura organizacional, tais como: questões de financiamento, universalização de ações, gestão de trabalho.

É possível avaliar não só os avanços, mas também os retrocessos que, posteriormente, vieram a ocorrer no que diz respeito em relação aos programas estratégicos de saúde, que há muitos anos vêm sendo atacados pela lógica neoliberal.

Podemos analisar como a política nacional de saúde vem assumindo características capitalistas e como isso afeta negativamente o Serviço Social dentro da saúde, com a precarização e dificuldade de acesso aos direitos sociais, demandas e requisições profissionais dos Assistentes Sociais no SUS em suas mediações no sistema.

Podemos observar que no Brasil além de uma crise sanitária de extrema complexidade associada à crise capitalista enfrentamos uma política de saúde de um governo negacionista, conservador e ultraliberal, que a nível federal representa a desestruturação técnica do enfrentamento da pandemia covid-19.

É importante ressaltar que o Projeto Ético-Político do Serviço Social assim como o Projeto de Reforma Sanitária permanece em construção até os dias de hoje fortemente tencionado pelos rumos neoliberais da sociedade e uma nova reação conservadora, nesse contexto avançar na luta pela efetivação da saúde pública de qualidade requer o resgate do caráter político e ideológico do Projeto de Reforma Sanitária.

O serviço Social com seu projeto ético-político, mesmo diante desse cenário, foi capaz de propor as respostas às demandas complexas da crise sanitária e das expressões da questão social.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho só fogo cruzado**. Coleção Pandemia Capital. São Paulo: Editora Boitempo, 2020.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde** In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do SUS**. FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma. Desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo, Ed. Cortez, 2003, cap. 4 e 5 (pp. 171- 280). BRAVO.M. **I Serviço Social e Saúde: desafios atuais**.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus Covid-19** 1. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Painel Coronavírus Portal do Covid-19**, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br> Acesso em: 11 out. 2020a.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. *SER Social*, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. *SER Social*, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020.

BRAVO, M. I. S.; **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S.; Menezes, S. B. **A Política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma**. In: BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. **Serviço Social e Saúde: desafios atuais**. In *Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS – Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Ano I, n 1, jan-jun 2000 – São Luis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS – 2007

CASTRO, M. M. de C. **Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social) – Universidade Feral de Juiz de Fora, 2009.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2015.

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.

COELHO, H.; BRITO, C. **Esquemas de corrupção desviaram quase R\$ 1,8 bilhão da Saúde do RJ desde 2007**. *G1, Rio de Janeiro, 29 set. 2020*. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/09/29/esquemas-de-corrupcao-desviaram-quase-r-18-bilhao-da-saude-do-rj-desde-2007-valor-supera-gastos-com-a-pandemia.html> Acesso em: 19 out. 2020.

Fiocruz, 2015.93 p. (Coleção Temas e Saúde)1. **Sistema Único de Saúde. 2. Reformas dos Serviços de Saúde. 3. Sistemas de Saúde. 4. Direito a Saúde.**

COSTA, Liduina Farias Almeida da. RIBEIRO, HERTA Maria Castelo Branco. **Políticas de Saúde e Serviço Social: Contradições, ambiguidades e possibilidades.** 2 ed. Fortaleza: EDUECE, 2017.

FREITAS, R. de C. M. **O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas.** *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 65-74, 2007.

YAZBEK, M. C. et al. *Revista Serviço Social & Sociedade e os 80 anos do Serviço Social brasileiro: a marca da renovação.* In: *Serviço Social no Brasil. História de resistências e de ruptura com o conservadorismo.* São Paulo: Cortez, 2016

GRANEMANN, Sara. *Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital.* In BRAVO, Maria I. S. et. al. **Política de Saúde na Atual Conjuntura – Modelos de Gestão Para a saúde.** Adufrj Seção Sindical Rio de Janeiro – Rede Sirius / Adufrj- SSind, 2008.

GRAGNANI, Juliana. **Por que o coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo?** *BBC Brasil*, 12 jul. 2020. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-53338421>

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social.** 10. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2014.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social: esboço de uma interpretação histórico-metodológica,** 21. ed. São Paulo: Editora Cortez; 2009.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.* São Paulo: Editora Cortez, 2007.

MASCARO, A. L. **Crise e Pandemia. Coleção Crise Pandemia.** São Paulo: Editora Boitempo, 2020.

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://drive.google.com/file/d/1TJPr4svDJJamlocu1SOSvwF1jv5u7eYo/view> Acesso em: 17 out. 2020.

MATOS, M. C. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional.** 2. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2017.

MARX, Karl. *O capital.* Vol. I. Tomo I. Coleção Os Economistas. Trad. Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1988a. MÉSZÁROS, István. **Para além do capital.** São Paulo: Boitempo, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.** São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, Ana Elizabete.; AMARAL, Â. **Serviço Social brasileiro: cenários e perspectivas nos anos 2000**. In: MOTA, A. E.; AMARAL, Â. *Cenários, contradições e pejeas do Serviço Social brasileiro* São Paulo: Cortez, 2016.

_____. **Ocupação de nível superior total por natureza jurídica. Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**, 2020b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def> Acesso em: 17: set. 2020.
» <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PAIM, Jamilson Silva e outros. **O que é o SUS**. Jairnilson Silva Paim, Rio de Janeiro: Editora

PAIM, JS. Período LULA. In: **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Parecer Jurídico nº 05/2020-E, de 24 de abril de 2020. Dispõe sobre a ausência de equipamentos de proteção individual - EPI para assistentes sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020.

_____. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. **Dispõe sobre a ação estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde"**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 abr. 2020. Seção 1, p. 76.

RIZZOTO, M. F. L. O Banco Mundial e as Políticas Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas, Campinas SP, 2000.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007)**. Tese de doutorado. Brasília: UnB, 2008.

SALVADOR, Evilásio. **O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal**. *Serviço Social & Sociedade*, n. 130, p. 426-446, set.-dez./2017. SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e o Financiamento das políticas sociais no Brasil**. *Serviço Social em Revista*, v. 14, n. 2, p. 4-22, jan.-jun./2012.

SANTOS, J. V. (2020). **Vacina não é bala de prata, pandemia exige ações complexas para superar a covid-19: entrevista especial com Naomar de Almeida Filho**. Instituto Humanitas Unisinos. <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/602215>

SOARES, Raquel *et al.* **A pandemia da Covid-19 e a atuação do Serviço Social na linha de frente: tendências, desafios e estratégias**. IX Conasss, 2020, Ribeirão Preto. *Anais*. Disponível em: www.conasss.com.br Acesso em: 6 nov. 2020.

SOARES, Laura T. O desastre social. Rio de Janeiro: Record, 2003. _____. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. São Paulo: Cortez, 2002. _____. Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

Teletrabalho e teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf> Acesso em: 17 out. 2020. » <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf>.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. **A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005.

AGRADECIMENTOS

À professora Thaisa Simplício Carneiro Matias pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

À banca examinadora, professora Maria do Socorro Pontes e à Supervisora de Campo Tâmara de Oliveira Silva por ter aceitado o convite e pelas contribuições ao meu trabalho.

Ao meu pai José de Andrade Lima, que sempre esteve ao meu lado e feliz com minhas conquistas.

A minha mãe Maria Lúcia Pereira de Lima (*in memoriam*), que foi minha grande incentivadora para ingressar no curso superior, embora fisicamente ausente, sentia sua presença ao meu lado, dando-me força.

A meu irmão Aldo Lima, por muitas vezes cuidar de papai portador de Alzheimer para que eu pudesse construir meu trabalho.

Aos meus professores do Curso de Graduação da UEPB, que contribuíram ao longo do curso, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade, apoio e carinho durante todo curso, em especial Sâmara Raquel da Silva Costa e Tássila da Costa Lima.