



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

GLÁUCIA BARBOSA DE NEGREIROS

**REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19.**

**CAMPINA GRANDE
2023**

GLÁUCIA BARBOSA DE NEGREIROS

**REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção de título em Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Ma. Paloma Rávylly de Miranda Lima

**CAMPINA GRANDE
2023**

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

N385a Negreiros, Gláucia Barbosa de.
Reflexões acerca do serviço social na política de saúde no
enfrentamento à pandemia da covid-19. [manuscrito] / Gláucia
Barbosa de Negreiros. - 2023. 32 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2023.

"Orientação : Profa. Ma. Ma. Paloma Ráyvlla de Miranda
Lima, Departamento de Serviço Social - CCSA. "

1. Serviço Social, 2. Política de saúde, 3. Pandemia da
Covid-19. I. Título

21. ed. CDD 362.1

GLÁUCIA BARBOSA DE NEGREIROS

**REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção de título em Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 07/07/2023.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Ma. Paloma Rávylly de Miranda Lima (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dra. Alessandra Ximenes da Silva (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Ma. Mairan Rangel Agra (Examinadora)
Assistente Social – Hospital de Trauma de Campina Grande

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) à minha mãe Maria da Guia, por ela ser a razão em tudo em minha vida, sem ela não seria nada.

“A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro.”

Maria Lucia Martinelli

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CAPS	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EPIs	Equipamento de Proteção Individual
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSs	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PT	Partido dos Trabalhadores
PENSSAN	Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
SALTE	Plano econômico elaborado pelo governo brasileiro, para estimular o desenvolvimento de setores como “saúde, alimentação, transporte e energia”
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SIMPAS	Sistema Nacional da Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGISAN	Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil

SUMÁRIO

RESUMO / RESUMEN	9
1. INTRODUÇÃO	10
2. UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	11
2.1 Transformações na Saúde: da estruturação seletiva à criação do SUS	15
2.2 Entre Conquistas e Desafios: a construção e as contrarreformas do Sistema Único de Saúde no Brasil	16
3. POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: alguns elementos dessa relação	19
4. O SERVIÇO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID 19: atribuições e competências profissionais em questão	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
6. REFERÊNCIAS	29

REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19.

Gláucia Barbosa de Negreiros¹

RESUMO

No referido estudo serão abordadas reflexões acerca do Serviço Social na política de saúde no enfrentamento a pandemia da covid 19. Discutiu-se o trabalho desse profissional no contexto da Política Pública de Saúde no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo do presente estudo é sistematizar os limites e as possibilidades postas aos (às) assistentes sociais durante a pandemia da Covid-19. Para tanto, buscou-se compreender tais aspectos a partir da sua atuação na Política de Saúde. Tal pesquisa tem o caráter exploratório e é do tipo qualitativa. A metodologia utilizada nesta pesquisa, para a coleta de dados, consistiu em uma revisão bibliográfica sobre o tema, a partir das publicações referentes ao exercício profissional na saúde referente à pandemia. As principais tendências apontadas pelo presente estudo é que houve, contraditoriamente, uma expansão tanto das possibilidades quanto dos limites da atuação profissional, possibilitadas pela expansão precária do mercado de trabalho e das restrições impostas à política de saúde no contexto pandêmico.

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

RESUMEN

En el presente estudio se abordarán reflexiones sobre el Trabajo Social en la política de salud en la lucha contra la pandemia de la covid-19. Se discutió el trabajo de este profesional en el contexto de la Política Pública de Salud en Brasil, dentro del ámbito del Sistema Único de Salud. El objetivo de este estudio es sistematizar los límites y posibilidades que enfrentan los(as) trabajadores(as) sociales durante la pandemia de la Covid-19. Para ello, se buscó comprender estos aspectos a partir de su actuación en la Política de Salud. Esta investigación tiene un carácter exploratorio y es de tipo cualitativo. La metodología utilizada en esta investigación, para la recolección de datos, consistió en una revisión bibliográfica sobre el tema, a partir de las publicaciones relacionadas con el ejercicio profesional en la salud durante la pandemia. Las principales tendencias señaladas por el presente estudio indican que, contraditoriamente, hubo una expansión tanto de las posibilidades como de los límites de la actuación profesional, facilitada por la precaria expansión del mercado laboral y las restricciones impuestas a la política de salud en el contexto pandémico.

Palabras clave: Trabajo Social, Política de Salud, Pandemia de la Covid-19.

¹ Licenciada em Letras Habilitação Língua Espanhola - Universidade Estadual da Paraíba e Graduanda do Curso de Bacharelado em Serviço Social - Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça - Universidade Federal da Paraíba E-mail: glaucia.negreirosl@aluno.uepb.edu.br

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema os desafios e as possibilidades ao exercício profissional do (a) do Assistente Social na política de saúde, durante a pandemia da Covid-19.

A motivação para a escolha desse tema surgiu, principalmente, a partir da experiência vivenciada no Projeto de Extensão intitulado “Educação Permanente para Assistentes Sociais Atuantes na Área da Saúde em Tempos de Pandemia e Pós-pandemia da Covid-19 na Paraíba”, realizado pelo Conselho Regional de Serviço Social – 13ª Região Paraíba, em parceria com o Departamento de Serviço Social da UEPB. Essa motivação se aprofundou também a partir da experiência vivenciada no Estágio Supervisionado, realizado no Hospital de Trauma de Campina Grande, que nos possibilitou conhecer mais acerca da Política de Saúde.

Essas experiências proporcionaram um contato direto com o exercício profissional e permitiram a observação das demandas e dificuldades enfrentadas pelos (as) Assistentes Sociais atuantes na Política de Saúde, especialmente em tempos de crise sanitária. A partir dessas vivências, percebeu-se a necessidade de investigar mais o tema, considerando os desafios emergentes e as perspectivas de atuação durante a pandemia.

O Serviço Social historicamente ganhou espaço nas políticas sociais, atuando junto à indivíduos, famílias, grupos e comunidades no enfrentamento às expressões da “questão social”, então setorializadas em áreas como saúde, educação, trabalho e moradia.

Por sua vez, a política pública de saúde no Brasil passou por um longo processo até ser consolidada como um direito na Constituição Federal de 1988, regulamentada pela Lei 8.080 de 1990. A promulgação dessa Lei, que estabeleceu as bases para a regulamentação do sistema de saúde, e da Lei 8142, derivada dos vetos à Lei 8080, se revela como um mecanismo crucial. Através da promulgação da Lei 8142, logrou-se exercer pressão tanto no âmbito Legislativo quanto no Executivo, resultando na retomada da participação comunitária no Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, a saúde é vista como um direito fundamental garantido para todos (as). O (a) Assistente Social tem um papel importante nessa política, atuando em diversas atividades, como identificar as demandas sociais e de saúde da população. Desempenha atribuições no planejamento, na gestão e na execução dessa política. O projeto profissional hegemônico na profissão orienta uma atuação na perspectiva da universalização do acesso aos serviços prestados à população. Nesse sentido, pauta-se na ampliação da concepção de saúde para além da noção biologicista que enfoca a saúde como ausência de doença, permitindo tornar imprescindível a consideração das determinações sociais que afetam no processo de saúde do indivíduo social.

A atuação do (a) Assistente Social na Política de Saúde é fundamental para possibilitar a efetivação do direito à saúde como um direito humano e social. Diante disso, podemos afirmar que, o contexto da pandemia da COVID-19, evidenciou-se ainda mais a importância da atuação do (a) Assistente Social no enfrentamento das desigualdades e suas consequências nos agravos em saúde. Este (a) profissional teve que se adaptar rapidamente às novas demandas impostas pelo contexto da pandemia, atuando em diversas frentes, desde o atendimento social remoto até a elaboração e execução de projetos e programas sociais emergenciais.

Nesse contexto, são abordados os limites e possibilidades que afetaram o exercício profissional durante a pandemia. O objetivo do presente estudo é sistematizar os limites e as possibilidades postas aos (às) assistentes sociais durante a pandemia da Covid-19.

Para tanto, buscou-se compreender tais aspectos a partir da sua atuação na Política de Saúde. Assim, tal pesquisa tem o caráter exploratório e é do tipo qualitativa. A metodologia utilizada nesta pesquisa, para a coleta de dados, consistiu em uma revisão bibliográfica sobre o exercício profissional do (a) Assistente Social no contexto da pandemia, a partir das produções bibliográficas da literatura especializada da área do período entre 2020 a 2023.

Assim, abordaremos, inicialmente, um breve histórico da Política de Saúde no Brasil; em seguida, faremos um resgate acerca da inserção do Serviço Social na respectiva política social; para, enfim, discutirmos os desafios e as profissionais no contexto da pandemia.

2. UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A discussão acerca da política pública de saúde no Brasil tem, ao longo do tempo, passado por diferentes fases e abordagens. Essa política teve suas primeiras iniciativas por meio de cuidados prestados por entidades filantrópicas e religiosas, que ofereciam assistência por meio da caridade. As Santas Casas de Misericórdia e outras instituições religiosas assumiam a responsabilidade de atender às pessoas que necessitavam de cuidados em saúde, enquanto o Estado fornecia intervenções emergenciais.

No início do século XX, o Brasil tinha um sistema de saúde precário, com poucas internações de saúde e a assistência médica era restrita aos mais ricos. Com a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930², foi estabelecido um novo marco na história da saúde pública no Brasil. A criação do Ministério da Educação e Saúde foi um passo importante na organização da saúde pública no país, pois pela primeira vez foi criado um órgão específico para lidar com a saúde pública enquanto uma política pública com ações mais sistemáticas.

Nas primeiras décadas do século XX, no que se refere à intervenção do Estado na economia do país, e a organização de estratégias da saúde, o Brasil se alinhou às protoformas do que conhecemos hoje como “Previdência Social”, organizada de acordo com os esquemas de seguros, representados pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) que se dinamiza alinhado ao contexto de industrialização e mobilização da classe trabalhadora. Aqui, “Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstas: assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral”. (BRAVO, 2009, p.3).

Já na década de 1940, o Brasil já estava em um período de transformações, tanto no âmbito político quanto social. Conforme ressalta Bravo (2009), no final dos

² A conjuntura sócio-histórica e política do Brasil na década de 1930, durante o regime do Estado Novo, possibilitou, contraditoriamente, avanços nas políticas sociais, incluindo a saúde. O período foi marcado pela crise econômica e política, resultando na ascensão de Getúlio Vargas ao poder. Foram criados órgãos como o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e implementadas medidas para ampliar a assistência médica e combater epidemias. Essas ações foram um passo importante para futuros avanços, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990.

anos 1940, com o Plano Salte³ de 1948, foram desenvolvidas ações que envolviam as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Assim, a saúde foi posta como uma de suas finalidades principais das ações de enfrentamento à questão social.

Um período de importantes mudanças na política de saúde no Brasil foi na década de 1950: o país estava em um intenso processo de desenvolvimento fruto da implementação de políticas econômicas enraizadas na perspectiva desenvolvimentista. A política de saúde pública ainda era bastante focalizada e seletiva, apesar das mudanças nessa área. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que passou a coordenar as políticas de saúde em todo o país. Isso foi importante para a organização e implementação de ações de saúde em todo o território nacional. Também foram criados os primeiros hospitais públicos nessa década, o que possibilitou a extensão do acesso da população aos serviços de saúde, havendo, nessa década, as primeiras campanhas de vacinação em massa no país.

Já no período de 1964, com o golpe militar, é instituída a ditadura empresarial-militar no Brasil, um período marcado pelo regime ditatorial que foi instalado no país, que durou até 1985. Nessa época, conforme Bravo (2009) aponta, a saúde perpassou por grandes momentos de privatizações, consequências de uma nova economia política, economia essa que tirava os trabalhadores do processo político. Em face da “questão social” no período ditatorial de 1964/1974,

O Estado utilizou para sua intervenção, no âmbito da saúde, o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime (BRAVO, 2009)

Ainda no contexto da ditadura, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, que passou a integrar parte do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, junto com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), para assim dar assistência ao atendimento médico aos contribuintes do INPS e seus dependentes.

Ainda no contexto de meados dos anos 1970 e início dos anos 1980, abre-se um intenso período de lutas pelo fim da ditadura e a redemocratização do país. Neste contexto se desenvolveram importantes movimentos políticos e marcos estruturantes para a política de saúde pública brasileira, como a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira; a VIII Conferência Nacional de Saúde; desembocando na promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Souto e Oliveira (2016), o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente às desigualdades, visava transformar o sistema de saúde brasileiro, buscando a garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, além de combater a mercantilização da saúde. A Reforma Sanitária representou a expressão da insatisfação da sociedade frente às desigualdades existentes nessa área.

Outro marco importante foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986. Essa Conferência foi um espaço de debate e participação

³ Plano SALTE é o nome de um plano econômico elaborado pelo governo brasileiro, na administração do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) que tinha como objetivo estimular o desenvolvimento de setores como saúde, alimentação, transporte e energia (exatamente o significado da sigla "SALTE").

social, reunindo representantes de diferentes setores da sociedade brasileira. Nela, foram discutidos os princípios e diretrizes que fundamentariam a construção de um novo modelo de saúde no país.

Essas mobilizações e debates que efervesciam na sociedade brasileira, culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, que incorporou em seu texto o direito à saúde como um direito social e estabeleceu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi oficialmente implementado em 1990 e se tornou um marco na história da saúde brasileira, representando uma conquista para a sociedade ao garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde.

Dessa forma, é possível afirmar que a Reforma Sanitária no Brasil foi um movimento que ocorreu em meio a um processo de intensas mobilizações da sociedade. Essas mobilizações expressaram a indignação frente às desigualdades existentes e à mercantilização da saúde, culminando na criação de um novo sistema de saúde, o SUS, que busca promover a equidade e o acesso universal aos serviços de saúde no país.

O Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária foi impulsionado por diversos sujeitos sociais, como profissionais da saúde, cientistas, estudantes e movimentos populares. Seu objetivo principal é por mudanças estruturais no sistema de saúde, buscando uma abordagem mais inclusiva, democrática e universal, em contraponto às práticas autoritárias do regime militar.

Esse movimento foi uma forma de resistência ao autoritarismo e às desigualdades sociais vivenciados durante a Ditadura Militar. Ele reivindicava uma saúde pública mais igualitária, acessível a todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica. A partir dessas lutas, foi possível construir o caminho para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se tornou realidade após o fim da ditadura, garantindo o direito à saúde para todos os brasileiros.

No entanto, esse movimento intitulado como Reforma Sanitária Brasileira, também enfrentou contradições ao longo de sua história. Segundo (GODOI E ALVES, 2023) a influência do neoliberalismo foi uma delas. Na gestão de Fernando Collor de Melo, no início da década de 1990, foram promovidas políticas neoliberais que iam contra os princípios da Reforma Sanitária. Isso incluiu a contenção de gastos públicos e tentativas de privatização, contrariando a busca por um sistema de saúde público e universal. Assim, como os adiamentos e resistência, pelos quais o governo federal adiou a realização da IX Conferência Nacional de Saúde e a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, buscou-se atrasar ou prejudicar a implementação do SUS, dessa forma, a resistência dos sanitaristas e da sociedade civil foi necessária para avançar com a Reforma.

Outro ponto abordado pelos autores, foi a flexibilização e a terceirização. O SUS sofreu pressões para adotar práticas mais flexíveis e a terceirização de serviços de saúde, o que comprometeu a estabilidade e a qualidade do emprego dos profissionais de saúde e aumentou a precarização.

Na saúde pública, havia dois sistemas distintos: a medicina previdenciária, destinada àqueles que possuíam carteira assinada e acesso à saúde, e a saúde pública, responsabilidade do Ministério da Saúde, criado em 1953. A saúde pública tinha um enfoque mais preventivo, buscando erradicar doenças, mas nem todos tinham acesso a todos os serviços de saúde. Foi nesse contexto que surgiu o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira.

Assim como a VIII CNS em 1986, que veio a partir dos movimentos, de encontros, debates e seminários, para elaborações de forma coletiva a concepção do direito à saúde. Como afirma Bravo (2009, p. 96):

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde à sociedade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e fundado no Brasil por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 durante um período de intensas mobilizações. A Constituição de 1988 estabeleceu o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde.

O SUS foi oficialmente implementado em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e da Lei de Seguridade Social (Lei nº 8.142/1990). O sistema foi concebido com o propósito de promover uma saúde pública de qualidade e abranger todas as esferas de atenção, desde a prevenção até a assistência médica e a reabilitação.

Uma das principais características do SUS é o seu caráter universal, ou seja, todos os brasileiros têm o direito de acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica. Além disso, o SUS é financiado de forma tripartite, com recursos provenientes dos governos federal, estaduais e municipais, com o objetivo de garantir a sustentabilidade e a descentralização das ações de saúde.

O SUS também se destaca pela participação social, com a criação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo, que são espaços de diálogo e controle social, onde os usuários do sistema, trabalhadores da saúde e gestores podem contribuir na formulação de políticas e na fiscalização das ações de saúde.

Desde a sua criação, o SUS enfrenta desafios como a falta de recursos adequados, desigualdades regionais e a necessidade de aprimoramento da gestão. No entanto, o sistema tem sido fundamental para garantir o acesso à saúde para milhões de brasileiros, especialmente os mais vulneráveis, e tem se mostrado uma referência internacional em termos de políticas de saúde pública:

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, isto é, inerente à condição de cidadão. Assim, coube ao poder público o encargo de garanti-lo: a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196). Esta conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988. (PAIM, 2015)

Essa mudança na concepção da saúde, ao reconhecê-la como um direito social e atribuir ao Estado a responsabilidade de garantir esse direito, representou um avanço significativo na promoção da saúde e no fortalecimento do sistema de saúde brasileiro. Essa conquista contribuiu para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e reforçou a importância do papel do Estado na promoção do bem-estar e cuidado da saúde da população.

2.1 Transformações na saúde: da estruturação seletiva à criação do SUS

A década de 1990 é marcada por um reajuste da função do Estado frente às políticas sociais, trazendo impactos consideráveis no cenário da política de saúde. A

implementação do SUS, por meio de sua regulamentação, coincidiu com a execução do projeto neoliberal no país. Se tal projeto, por um lado, prevê a redução de investimentos, por meio de um projeto privatista com contenção dos gastos, racionalização da oferta, descentralização, focalização e terceirização dos serviços; por outro lado, há o projeto da Reforma Sanitária que tem como principal elemento o Sistema Único de Saúde - SUS, em resposta às manifestações e organizações profissionais e populares (BRAVO, 2009).

A saúde passa a ser reconhecida como direito social com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dever do Estado garanti-lo como está disposto em seu Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Conquista esta, fruto de muita luta e mobilização por parte do Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária (MBRS), visando à redução do risco de doença e de outros agravos, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

O objetivo desse Movimento foi promover transformações no sistema de saúde. Uma de suas vertentes mais críticas enfatiza a compreensão de que as condições sociais exercem influência direta sobre o processo saúde-doença. Isso significa que fatores como desigualdades sociais, acesso aos serviços de saúde, condições de trabalho, moradia, educação, entre outros, são elementos estruturantes da saúde das pessoas. Nessa perspectiva crítica da Reforma Sanitária, compreende-se que é impossível pensar o trabalho do (a) assistente social na saúde sem considerar essas determinações sociais.

Contudo, com o passar dos anos, verifica-se que a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 pela MBRS vem sendo desconstruída pelo avanço e afirmação da hegemonia neoliberal, tendo por reflexo as reduções e desmontes cada vez mais fortes dos direitos sociais e trabalhistas, precarização, sucateamento da saúde, etc. A política de saúde está cada vez mais submetida ao projeto privatista, vinculada ao mercado, com parcerias público-privadas, responsabilizando à população pelos custos da crise. Por sua vez, a refilantropização da atenção à saúde também tem sido fruto desse processo, com o objetivo de reduzir custos, retirando do Estado seu dever e obstruindo-se a concepção ampla de saúde numa perspectiva democrática e de direito social.

Nesse quadro, dois projetos convivem em tensão: o projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e inscrito, em parte, na Constituição Brasileira de 1988; e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999) até os dias atuais.

A disputa entre os dois projetos antagônicos de saúde, no Brasil, tem resultado ao longo da década dos anos 2000 e 2010 numa ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos e no desfinanciamento, verificando-se que não há uma política de fortalecimento do sistema descentralizado e participativo, nem tampouco, a ampliação dos processos democráticos.

Desse modo, durante todo o mandato dos governos petistas, verifica-se, contraditoriamente, melhorias e inovações significativas, como a exemplo a criação do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU da Farmácia Popular, e o Brasil Sorridente; por outro lado, vê-se a continuação das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização universalizada da Seguridade Social e a articulação com o mercado (Bravo, Menezes, 2011).

No governo Dilma, em seu discurso de posse como presidenta da República do Brasil em Janeiro de 2011, apontou o SUS como uma prioridade de seu governo,

trouxe conquistas como a “Rede Cegonha”, que é destinado aos cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança; o programa “Aqui tem Farmácia Popular” que destina medicamentos para hipertensão e diabetes; a criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA’s) etc.. Apesar desses significativos avanços, verifica-se, também, a ampliação da terceirização e a precarização dos (as) trabalhadores (as) da saúde, bem como a ampliação dos modelos de gestão que privatizam a saúde, como as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para a gestão dos Hospitais Universitários.

Dessa forma, durante todos os governos do Partido dos Trabalhadores, este cenário se estabeleceu e foi se alastrando, por meio de medidas que são de cunho neoliberal, ameaçando a integralidade e a universalidade do SUS como garantido constitucionalmente, com ênfase nas políticas e programas focalizados, tendo parcerias com o setor privado e a aceitação de parte dos movimentos sociais, para evitar a crítica e resistência a tais medidas.

Nesse contexto, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde surgiu como um movimento de resistência à privatização dos serviços de saúde, especialmente no contexto do avanço da EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Seu objetivo é defender um sistema de saúde público, acessível e de qualidade⁴. Salette Maccalóz apud Correia (2011, p.43) afirma que “O governo mente ao afirmar que a implantação das fundações estatais de direito privado não traz a privatização do serviço público [...] Ou é público ou é privado, não tem como ser os dois ao mesmo tempo, como estão querendo nos fazer acreditar”.

A proposição do “SUS possível”, ou seja, adequado aos interesses do mercado, é pautada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da Reforma Sanitária. Este projeto se consolida nos governos petistas (SOARES, 2018), e se recrudescer nos anos seguinte pós-golpe, como veremos a seguir.

2.2 Entre Conquistas e Desafios: a construção e as contrarreformas do Sistema Único de Saúde no Brasil

Com Michel Temer assumindo o governo por meio de um Golpe de Novo Tipo (BEHRING, 2021), a situação para o sistema público de saúde ficou ainda mais delicada, visto que este priorizou a continuação da mercantilização das políticas sociais, sobretudo, a saúde, com uma aceleração e intensificação das políticas que contribuem para o desmonte delas, por meio das contrarreformas e privatizações. Foi durante esse governo que foi aprovada a Emenda Constitucional 95/2016 que prevê o congelamento de recursos para as políticas sociais na saúde por 20 anos, um

⁴ A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde é uma iniciativa que surgiu no contexto do avanço da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no sistema de saúde brasileiro, ganhando destaque nas lutas em defesa do SUS a partir de 2012. Seu papel é lutar contra a privatização da saúde e defender um sistema de saúde público, estatal e de qualidade. A Frente mobiliza diversos sujeitos sociais, como profissionais da saúde, sindicatos e movimentos populares, para resistir à implementação da EBSERH nos hospitais universitários, defendendo a manutenção dessas instituições como entidades de ensino públicas e vinculadas às universidades, sob administração direta do Estado e com controle social democrático.

verdadeiro retrocesso, além de várias outras iniciativas nesse sentido ocorreram desde essa época.

Outros retrocessos avançaram também na área da saúde mental, enfraquecendo sobremaneira o SUS. Essas mudanças incluíram alterações no financiamento da saúde, que impactaram negativamente a disponibilidade de recursos para o setor. Além disso, o aumento do número de planos populares de saúde tem resultado em uma maior segmentação do sistema, com acesso diferenciado aos serviços de saúde.

Vê-se no Governo Bolsonaro uma continuação do aprofundamento das contrarreformas oriundas do governo anterior, tendo como um elemento preocupante que é a Reforma da Previdência, que por sua vez traz impactos absurdos à saúde, visto que afeta todo o tripé da Seguridade Social: Previdência, Assistência e Saúde. O governo ultradireitista de Bolsonaro é marcado pelo extremo liberalismo econômico, desprezo pela democracia, mostrando-se omissos em grande parte à saúde, defendendo a privatização como forma de se alcançar a eficiência econômica.

No contexto da pandemia da Covid-19, o governo federal adotou uma postura minimizadora em relação ao cenário pandêmico, sendo acusado de priorizar o lucro acima da vida. Sua abordagem foi descrita como negacionista, ignorando evidências científicas, ocultando dados e flexibilizando medidas recomendadas pela ciência e pela OMS em nome do mercado. Essa postura gerou críticas e controvérsias em relação às decisões tomadas durante a crise sanitária.

Além disso, houve uma falta de investimento racional em recursos para o enfrentamento da pandemia, desarticulação da política de saúde em nível federal e desestruturação do órgão gestor máximo da política de saúde. Enquanto isso, o governo federal liberou uma grande quantia de recursos para o sistema financeiro, em detrimento dos recursos destinados ao Ministério da Saúde.

O governo também não instituiu uma fila única de assistência à saúde para usuários com Covid-19, beneficiando os planos privados de saúde. Houve ainda uma militarização do Ministério da Saúde e restrição de acesso à informação e dados sobre a pandemia e a gestão da política. Em resumo, o governo Bolsonaro contribuiu para a morte de milhares de brasileiros, especialmente pretos e pobres, ao não articular e organizar o enfrentamento da pandemia, desarticulando e desorganizando as respostas necessárias e urgentes requeridas. Afirmam Soares, Correia e Santos (2020):

[...] o governo Bolsonaro liberou R\$ 1,216 trilhão para o sistema financeiro, sob o argumento de combater os impactos negativos da pandemia, visando manter a continuidade das suas operações. Tal cifra representa 16,7% do Produto Interno Bruto (PIB) (Agência Estado, 2020). Enquanto isso, dos recursos destinados ao Ministério da Saúde para o enfrentamento da covid-19, apenas 30% haviam sido efetivamente gastos até o final de julho de 2020. Todavia, o governo federal tem sido eficiente para garantir o fortalecimento e a estabilidade do setor privado da saúde, inclusive durante a pandemia: não houve gestão no sentido de instituir fila única (sistema público e privado) de assistência à saúde de usuários(as) com covid-19. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) muitas vezes, por ausência e indefinição, beneficiou os planos privados de saúde, outras vezes instituiu medidas para flexibilização das normas que regulamentam os planos e seguros privados de assistência à saúde, assim como a liberação de recursos, os quais poderiam estar sendo investidos no SUS. (SOARES, CORREIA, SANTOS,

2020, p 4).

De acordo com Soares, Correia e Santos (2020) efetivamente, durante a pandemia, houve uma ampliação do processo de privatização do SUS com a transferência da gestão de muitos hospitais de campanha para organizações privadas através de contratos com Organizações Sociais (OS). No entanto, nesse período também vieram à tona escândalos de desvio de recursos públicos da saúde. Nesse contexto de redução das políticas sociais e agravamento das desigualdades, as condições sociais tinham influência tanto nas estratégias de enfrentamento quanto nos óbitos relacionados à Covid-19.

Sendo assim, é possível afirmar que a pandemia da Covid-19 no Brasil evidenciou ainda mais a natureza problemática do governo Bolsonaro, que teve um papel determinante na perda de milhares de vidas, principalmente entre a população negra e de baixa renda. A falta de investimentos adequados e estratégicos, a ausência de uma coordenação efetiva em nível federal, o discurso de negação da gravidade da situação e a desestruturação das instituições de saúde contribuíram para desorganizar e enfraquecer as respostas necessárias e urgentes que eram requeridas para lidar com a crise.

Além disso, o presidente adotou uma abordagem voltada para estimular a propagação do vírus através de disseminação de informações incorretas, *fake news* e demonstrações de comportamentos que favoreciam a contaminação. Promoveu atitudes que aceleraram a disseminação do vírus, defendendo a reabertura de academias, salões de beleza e escolas, e divulgou falsas soluções, como medicamentos comprovadamente ineficazes.

Ao longo da pandemia, o governo Bolsonaro enfrentou uma série de mudanças em sua equipe ministerial da saúde, o que revelou uma falta de estruturação técnica e dificuldades na gestão da política de saúde. Em apenas um ano, foram realizadas quatro trocas de ministros: Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich, Eduardo Pazuello e o último, Marcelo Queiroga. Essa instabilidade e falta de continuidade tiveram impactos negativos no combate à pandemia no Brasil. Essas mudanças comprometeram a eficácia da gestão pública no âmbito federal, evidenciando a ausência de um projeto sólido para a saúde por parte do governo, mesmo antes do surgimento da pandemia.

Em contraste com as orientações de organizações respeitadas, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e até mesmo o seu próprio Ministério da Saúde, o presidente Jair Bolsonaro adotou medidas que prejudicaram os direitos dos trabalhadores, especialmente aqueles que atuam na área da saúde. Além da Medida Provisória nº 927/2020⁵, que minimiza o cuidado e o combate à pandemia, suas verbalizações públicas, tratando o coronavírus como “gripezinha”, incitaram o descumprimento ao distanciamento social como obrigação ética de todos pelo direito à vida, como afirmam Cronemberger, Lima e Macêdo (2020).

Em suma, a gestão do governo Bolsonaro durante a pandemia revelou-se problemática em diversos aspectos. O negacionismo, a falta de enfrentamento adequado, os gastos insuficientes em saúde e a ausência de informações confiáveis foram elementos que impactaram negativamente a resposta do país à crise. Essas ações comprometeram a confiança da população, dificultaram o controle da disseminação do vírus e prejudicaram a proteção da saúde pública. Como resultado,

⁵ MPV 927. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19), e dá outras providências.

o Brasil enfrentou consequências significativas em termos de número de casos e óbitos, evidenciando a necessidade de uma abordagem mais efetiva e responsável por parte das autoridades governamentais.

3. POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: alguns elementos dessa relação

Entre os anos 1930 a 1945, a formação profissional estava muito ligada aos princípios doutrinários, de base Católica e de matriz conservadora. Nesse período, a política de saúde tinha um formato assistencialista e para aqueles que prestavam assistência, como médicos em hospitais para a população, tinham na grande maioria vínculos de empregos com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência o chamado INAMPS, que em 1993 foi extinto após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde. Até então, a saúde não era um direito de todos (as) e, dessa forma, só quem tinha direito à assistência médica eram os trabalhadores formais e dependentes deles.

A inserção de assistentes sociais na política de saúde teve um aumento a partir de 1945 (BRAVO, MATOS, (2004), quando surgem as novas necessidades profissionais decorrentes do desenvolvimento capitalista no Brasil, com todas as mudanças que aconteceram no cenário internacional, consequências, entre outras, do término da Segunda Guerra Mundial. Dessa forma, o Serviço Social iniciou suas atividades fazendo os atendimentos às famílias, uma realidade que se estendeu pelos países da América Latina, e se expandiu a necessidade do (a) Assistente Social na área de saúde:

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (BRAVO, MATOS, 2004, p, 3)

Nos anos de 1948 foi criado pela Organização das Nações Unidas (ONU) o conceito de saúde com o sentido de bem estar físico, social, mental. A partir desse momento, esse conceito não era mais associado apenas à ausência da doença, o que dessa forma repercutiu diretamente na necessidade de outros profissionais no contexto da saúde, como os (as) assistentes sociais. A atuação desse profissional se concentrava no atendimento hospitalar, devido à exigência de lidar com a contradição entre a demanda por serviços de saúde e o caráter seletivo desses serviços, devido à ausência de uma política universal de saúde.

As (os) assistentes sociais atuavam auxiliando as pessoas a terem acesso aos serviços e benefícios oferecidos. As principais atividades desenvolvidas se davam por meio de ações como plantões, triagens, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária. No entanto, os benefícios eram muitas vezes custeados pelos próprios beneficiários, e a lógica do sistema não era distributiva, mas sim voltada

para favorecer o capital. Isso significa que os trabalhadores muitas vezes tinham um salário mais baixo, pois outros serviços são incorporados ao seu salário, e eles acabavam pagando por esses serviços por meio de deduções salariais, aumento do custo de vida e impostos. Como afirmam Silva e Nobrega (2017, p. 04):

O trabalho do/a Assistente Social na saúde foi marcado pelo desenvolvimento de uma prática educativa voltada para higiene social, além de lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Nesse momento, pois, os/as Assistentes Sociais atuavam em hospitais com a função de colocar-se entre a instituição e a população a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, de modo que suas ações eram: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Ainda nesse contexto, a abordagem inicial dos currículos dos cursos de Serviço Social tinha uma influência higienista e era vista como uma complementação ou subordinação aos ensinamentos católicos nas escolas paulistanas. Já na primeira escola no Rio de Janeiro, é possível observar disciplinas de caráter médico e higienista. Em resumo, a ideia é que a formação inicial do Serviço Social tinha uma forte influência de abordagens higienistas e médicas, e desde sua inserção, o (a) Assistente Social tem atuado na área da saúde inicialmente com um enfoque higienista e depois, com as transformações ocorridas na profissão, a formação profissional hegemônica o (a) direciona para uma perspectiva crítica e transformadora, voltada para a defesa dos direitos e para a construção de uma sociedade mais justa, conforme afirma Freitas (2022).

O Serviço Social brasileiro perpassou por grandes mudanças, após 1964, e dessa forma desenvolveram-se muitas contestações sobre o trabalho do (a) Assistente Social na área da saúde. Nos últimos anos, a formação em Serviço Social brasileiro passou por mudanças significativas em sua interpretação teórico-metodológica e política, enfrentando teórico-politicamente o conservadorismo e adaptando-se às demandas contemporâneas, com aprimoramento acadêmico e produção intelectual madura. Além disso, houve grandes mudanças na compreensão da dimensão ética da profissão, com a criação democrática do Código de Ética de 1993, que estabelece direitos e deveres dos (as) Assistentes Sociais com base em valores e princípios humanistas (CFESS, 1993).

Nesse sentido, o trabalho profissional apresenta significativas mudanças a partir da década de 1960, quando alguns profissionais começaram a questionar o caráter conservador da profissão, inspirador pelo Movimento de Reconceituação do Serviço Social latino-americano (Netto, 2011). Na década seguinte, sob forte influência dos movimentos sociais que lutaram contra a ditadura e a desigualdade social que se instalava naquele momento, a profissão foi paulatinamente transformando suas bases. Dentre o maior destaque, no âmbito principalmente da sua inserção na política de saúde, foi para a Reforma Sanitária, um movimento importante na época, que tinha como objetivo atingir a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Desde o surgimento da profissão o (a) Assistente Social esteve presente no âmbito da saúde e esta profissão foi se transformando ao longo do tempo, com objetivos e requisições diferentes, de acordo com as exigências desses contextos e das respostas de sua cultura profissional. Em 1997 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 218 reconhecendo o (a) Assistente Social como um dos profissionais da saúde, e em 1999 o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

também reconheceu, através da Resolução nº 383. Esses marcos históricos reiteram a relevância do (a) Assistente Social na área da saúde e para além dela, garantindo sua participação nas políticas e ações de saúde, e destacam sua capacidade de contribuir para o enfrentamento das expressões da questão social, dentre elas, para a promoção dos níveis de saúde da população.

Desse modo, o Serviço Social pode desempenhar um papel relevante na área da saúde, buscando concretizar o princípio da universalidade e promover a ampliação dos direitos dos (as) usuários (as) nos serviços de saúde pública. A partir dessa legitimação, o (a) assistente social tem o objetivo de intervir nos aspectos socioeconômicos e socioculturais que impactam as determinações da saúde, contribuindo para a promoção de uma abordagem integral e abrangente da saúde.

Segundo a Lei 8.662/1993, a que regulamenta a Profissão de Assistente Social no Brasil, os princípios que orientam a profissão não são apenas conceitos abstratos, mas devem orientar o exercício profissional, por meio de um trabalho comprometido com a construção de uma nova ordem societária mais justa e igualitária. Isso significa que o (a) assistente social precisa operar estabelecendo limites e orientações nítidas para o exercício de sua profissão em diferentes contextos de trabalho e em diferentes situações coletivas da categoria. Nesse sentido, a efetivação dos princípios éticos representa uma recusa à abordagem meramente técnica da profissão e um compromisso com a luta por uma sociedade mais democrática e igualitária.

Para o (a) assistente social, é fundamental ter uma visão ampliada das condições sociais, dessa forma, o trabalho do (a) assistente social na política de saúde deve ser orientado pelo projeto ético-político profissional, que busca a defesa dos direitos, a promoção da equidade e a transformação das condições sociais que afetam a saúde da população. Assim, o movimento pela Reforma Sanitária, em sua vertente mais crítica, destaca a importância de compreender as determinações sociais da saúde. Para o (a) Assistente Social, é essencial considerar essas determinações na atuação comprometida nesse âmbito, na busca por promover a justiça social e a transformação das condições que impactam a saúde das pessoas.

As atividades e habilidades dos (as) Assistentes Sociais, tanto na área da saúde como em outras áreas de atuação, são orientadas pelos princípios éticos estabelecidos no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão. Esses documentos contêm direitos e deveres que devem ser seguidos tanto pelos (as) profissionais como pelas instituições empregadoras.

Na gênese da profissão no Brasil, os (as) Assistentes Sociais atuavam principalmente como agentes de execução das políticas governamentais, sem terem tanto espaço para questionar as estruturas e os sistemas que geravam as desigualdades sociais. Desse modo, ao se direcionarem pelo atual projeto profissional, devem procurar romper com uma abordagem tradicional, que trata os problemas sociais como questões individuais que devem ser resolvidas de forma conservadora. Em vez disso, o perfil do (a) Assistente Social deve se afastar dessas abordagens e adotar uma abordagem mais crítica e reflexiva, que considere os fatores estruturais e sociais que levam às desigualdades e às injustiças sociais, inclusive àquelas relativas às suas próprias condições e relações de trabalho.

Conforme os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, p. 33, 2010) “As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão”. Tanto os profissionais quanto as instituições empregadoras devem observar e respeitar esses direitos e

deveres. Isso implica em procurar garantir a qualidade dos serviços, respeitar os direitos da população usuária, promover a justiça social e agir de acordo com os princípios éticos da profissão.

4. O SERVIÇO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID 19

A pandemia da COVID-19 teve um impacto global, causando milhões de mortes pelo mundo. As taxas de letalidade variaram de acordo com fatores como idade e condições de saúde. Países periféricos enfrentam consequências socioeconômicas mais severas, com restrições de *lockdown* e distanciamento social afetando especialmente os setores mais dependentes da economia. No Brasil, a falta de uma rede de proteção social abrangente tornou a situação mais difícil para uma população pauperizada enfrentar os desafios socioeconômicos trazidos pela pandemia, enquanto uma postura negacionista do governo afetou a resposta à crise sanitária, incluindo a vacinação tardia e o aumento da fome e pobreza. Assim,

Pode-se afirmar que a pandemia da Covid-19 no Brasil desvelou ainda mais o projeto profascista do governo Bolsonaro, que contribuiu de forma decisiva para a morte de milhares de brasileiros, sobretudo pretos e pobres. Ao não investir recursos suficientes e de forma racional, ao não articular a política em nível federal, ao apresentar um discurso negacionista e não alinhado com as recomendações da OMS e ao desestruturar tecnicamente o órgão gestor máximo da política de saúde. Enfim, ao contrário de articular e organizar o enfrentamento, a política de saúde do governo federal desarticulou e desorganizou as respostas necessárias e urgentes requeridas. (SOARES, CORREIA, SANTOS, 2021, p. 6)

A vacinação tardia no Brasil, devido ao negacionismo do governo Bolsonaro, resultou em um atraso significativo na proteção da população contra o vírus. Além disso, a falta de uma estratégia consistente de combate à pandemia, impactou fortemente à saúde pública, com altas taxas de mortalidade e casos graves da doença. As medidas de restrição econômica afetaram desproporcionalmente a população mais pobre, levando ao aumento da fome e pobreza no país. Esses desafios foram evidenciados por pesquisas como o estudo da Rede Penssan⁶ (2022), que destacou os efeitos da pandemia sobre as condições de vida no Brasil.

Com a pandemia da Covid-19, foram escancaradas as desigualdades brasileiras e a existência de um governo sem compromisso para estabelecer as políticas públicas e prioridades necessárias.

O I VIGISAN⁷, conduzido no final de 2020 pela Rede PENSSAN e parceiros, revelou que 55,2% dos domicílios brasileiros estavam em condições de Insegurança Alimentar (IA) e 9,0% conviviam com a fome. [...] Esse quadro persistiu em 2021, com desemprego elevado, precarização do trabalho, perda de direitos sociais e queda do poder aquisitivo – enquanto a Covid-19 seguia ceifando vidas às centenas de milhares, num ritmo aterrorizante, chegando a mais de 660 mil mortes em abril de 2022 – fatos que revelaram para a sociedade brasileira uma

⁶ Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional - Rede PENSSAN.

⁷ VIGISAN Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil.

autoimagem desconcertante, expressa em mazelas que se agravam e se renovam. (II VIGISAN, 2021/2022, p, 21)

É importante destacar que essas questões são influenciadas por diversos fatores, além do negacionismo do governo. A pandemia da Covid-19 expôs as desigualdades brasileiras e revelou um governo ultraneoliberal, indo na contramão de estabelecer políticas públicas e necessidades necessárias.

Ao mesmo tempo, nesse contexto, ganhou destaque na categoria de Assistentes Sociais o debate sobre as atribuições e competências, tendo em vista a importância de garantir a qualidade dos serviços prestados à população usuária. Segundo Matos (2015) as atribuições privativas são aquelas que se referem diretamente à profissão, como a atribuição privativa de coordenar cursos, bem como equipes de Serviço Social nas instituições públicas e privadas. E competências são aquelas ações que os (as) Assistentes Sociais podem desenvolver, embora não lhes sejam exclusivas.

O debate sobre as atribuições privativas e competências profissionais dos (as) Assistentes Sociais, conforme estabelecido pela Lei 8.668/93 que regulamenta a profissão, abre caminhos para se pensar a profissão de forma mais assertiva, pois direciona para os (as) Assistentes Sociais atuarem dentro dos limites estabelecidos pela legislação em vigor, respeitando sua área de especialização e evitando assumir tarefas que não estejam em conformidade com suas competências profissionais. Essa reflexão enfatiza a necessidade de um trabalho profissional baseado em princípios éticos, garantindo um atendimento qualificado e respeitoso aos usuários dos serviços sociais. Por isso a importância de:

Trazer para o debate não apenas as atribuições privativas, mas as competências profissionais, coloca em cena não somente aquilo que, pela lei, é função exclusiva do Serviço Social, mas também aquilo que potencialmente podemos/devemos desenvolver no trabalho profissional. (MATOS, 2015, p. 04)

Ao considerarmos as atribuições privativas e as competências profissionais dos (as) Assistentes Sociais, ampliamos o debate para além do que é estritamente determinado pela lei. Isso implica reconhecer a importância de desenvolver habilidades adicionais e conhecimentos em nosso trabalho, permitindo-nos utilizar plenamente nossa formação para atender às demandas e desafios presentes na realidade. Essa adaptação requer consideração das necessidades da população usuária dos serviços, bem como das mudanças sociais e políticas em curso (MATOS, 2015). Nesse contexto, a atuação do (a) Assistente Social tem se expandido, acompanhando o surgimento de novas formas de organização social e trazendo novas perspectivas sobre política, cidadania e direitos. Como resultado, os (as) assistentes sociais desempenham um papel crucial na mediação de diversas demandas, inclusive na área de saúde. Desse modo:

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. A partir do exposto, se explicitará as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesses quatro eixos. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. (CFESS 2010, p. 41)

Diante do cenário pandêmico que vivenciamos no Brasil desde março de 2020, o trabalho dos (as) assistentes sociais na área da saúde tem se mostrado fundamental na garantia da qualidade dos serviços prestados à população usuária. Nesse contexto, é importante compreender que as atribuições e competências profissionais do Serviço Social durante a pandemia da Covid-19, foram de grande importância, o trabalho desse profissional tem sido essencial para possibilitar que as demandas dos usuários sejam atendidas e que seus direitos sejam preservados.

No entanto, os (as) assistentes sociais enfrentaram diversos desafios durante a pandemia, como a necessidade de adaptar seus processos de trabalho para atender às medidas de distanciamento social, a escassez de recursos e insumos e o aumento da demanda por serviços de saúde – além de uma intensificação das demandas indevidas à profissão.

Com o surgimento da pandemia causada pelo Corona Vírus, as relações sociais sofreram grandes mudanças pelo aumento da desigualdade social. Com isso, novas demandas passaram a surgir e isso vem sendo pauta de várias discussões dentro da categoria para que os profissionais possam identificar as novas expressões e atuar de forma crítica e frente aos usuários que demandam dos seus serviços. (SILVA et al, 2020, p, 6).

Entre as competências profissionais do (a) assistente social comumente na área da saúde durante a pandemia, destacaram-se a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a proteção social do público usuário. Para isso, segue sendo necessário que esses profissionais atuem na identificação das necessidades e demandas da população usuária, para além das suas expressões imediatas.

Nesse sentido, pensar as atribuições e competências profissionais não pode se dar fora da contextualidade em que se insere o (a) Assistente Social, como as condições e relações de trabalho onde realiza o seu exercício profissional. No que diz respeito às condições de trabalho dos (as) Assistentes Sociais, há uma tendência crescente de precarização e privatização dos serviços de saúde, como já observado antes. Na pandemia, se evidencia uma maior parte da expansão dos serviços, reforçando as tendências que têm sido apontadas por meio da terceirização da gestão em saúde, com contratos temporários e inseguros, além das baixas remunerações⁸.

Como estratégia de menor exposição e risco dos (as) trabalhadores (as), houve um aumento na organização do trabalho por plantões, que, no entanto, tem intensificado a precarização das condições de trabalho e os riscos à saúde dos (as) profissionais. A realização de plantões de 24 horas se tornou frequente, sendo considerados prejudiciais tanto à saúde dos (as) profissionais quanto à qualidade dos serviços prestados. Assim,

Importa ressaltar que houve uma pequena expansão de vínculos profissionais de assistentes sociais em serviços de saúde nesse período. De fato, 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

⁸ Na pesquisa de 2004, auferida a renda total na área de Serviço Social, foi identificada a prevalência da remuneração de R\$ 960,00 a R\$ 1.440,00 (para 45,19%), de R\$ 1.680,00 a R\$ 2160,00 (para 20,54%), de mais de R\$ 2.160,00 (para 18,59%) e de até R\$ 720,00 (para 15,68%). (CFESS,2005).

(UTI), em decorrência da pandemia. O aumento foi de 3,72% em seis meses, enquanto em todo o ano anterior havia sido de 3,4% (Brasil, 2020b). Todavia, ainda abaixo do ritmo de contratação que Soares (2020) denominou de ampliação restrita, nos governos do Partido dos Trabalhadores. (SOARES, CORREIA, SANTOS, 2021, p. 7 - 8)

Durante o início da pandemia, os (as) Assistentes Sociais enfrentaram dois grandes desafios: a falta de acesso aos equipamentos de proteção individual (EPIs) e a heterogeneidade de requisições profissionais que muitas vezes ultrapassavam os limites das suas atribuições e competências profissionais. Para muitos daqueles (as) profissionais que não estiveram diretamente em contato com a população usuária contaminada pela Covid-19, não foram disponibilizados o uso de equipamentos de proteção individual. No entanto, muitos (as) assistentes sociais prestavam atendimento direto aos familiares destes (as) usuários (as), além do próprio contato com a equipe de trabalho, o que aumentava o risco de contaminação.

É evidente que os serviços de saúde passaram por alterações em suas rotinas, e a pandemia impôs aos serviços de saúde a necessidade de reorganização nos processos coletivos de trabalho, incluindo a suspensão de cirurgias eletivas nos ambulatórios especializados e hospitais, a conversão de leitos para atender casos relacionados ao COVID-19, e a suspensão de consultas ambulatoriais de rotina para evitar aglomerações, entre outras medidas. Com essas reorganizações, os serviços de saúde estabeleceram suas prioridades de atendimento (MATOS, 2020).

Enfim, nesse contexto surgem diferentes iniciativas que, até então não estavam previstas. Trata-se de algo fora do normal, onde os profissionais de saúde são convocados, algo que chamamos coloquialmente como força tarefa. Está previsto até em códigos de ética, a exemplo do artigo 3, inciso d, do Código de Ética do/a Assistente Social: “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 2012). Assim, podemos perguntar: em que podem contribuir os profissionais de Serviço Social? (MATOS, 2020)

Segundo Matos (2020), na situação da pandemia que vivenciamos no Brasil, os (as) Assistentes Sociais desempenharam um papel crucial. Mesmo em tempos de crise e calamidade, não podemos adotar a perspectiva de que todos (as) devem desempenhar qualquer tipo de tarefa. Para o autor, é importante preservar e fortalecer a atuação profissional, evitando sua descaracterização e desvalorização. Assim, ao nos concentrarmos nas áreas em que somos especializados, podemos contribuir de forma mais efetiva e responsável para enfrentar os desafios que surgem nesse contexto.

Diante dessas circunstâncias, podemos perceber que a pandemia destacou a importância da educação permanente para os (as) Assistentes Sociais. A educação permanente é fundamental para garantir que esses profissionais estejam atualizados e capacitados para atuarem com as demandas em constante mudança da área da saúde, especialmente durante uma crise global de saúde pública como a que enfrentamos desde o início da pandemia.

A qualificação dos (as) Assistentes Sociais na política de saúde envolve o aprofundamento teórico, o desenvolvimento de habilidades práticas e a compreensão das políticas públicas e do sistema de saúde. Isso inclui o conhecimento das legislações pertinentes, dos direitos dos usuários e das estratégias de intervenção

social. Ao se dedicarem à qualificação profissional, os (as) Assistentes Sociais fortalecem sua capacidade de análise crítica, ampliam seus conhecimentos de intervenção e aprimoram sua atuação no enfrentamento das desigualdades sociais, injustiças e exclusões presentes no contexto da saúde. Além disso, a qualificação também contribui para o reconhecimento da importância do trabalho dos (as) Assistentes Sociais na política de saúde, fortalecendo sua posição e sua voz dentro das equipes multidisciplinares e nos espaços de decisão.

Cada profissional tem seu campo específico de atuação e é necessário respeitar e reconhecer as competências de cada um, promovendo criticamente a interdisciplinaridade e apoio das ações no cuidado à saúde da população. Em suma, a qualificação dos (as) Assistentes Sociais na política de saúde é indispensável para o desenvolvimento de um trabalho efetivo, embasado em conhecimento técnico-científico, ética e compromisso social.

O CFESS-CRESS, como órgão representativo, tem desempenhado um papel fundamental no apoio e fortalecimento da categoria, bem como na garantia dos direitos tanto dos profissionais como dos usuários dos serviços e políticas sociais. É essencial que o trabalho dos (as) Assistentes Sociais seja orientado pelo projeto ético-político da profissão, visando promover uma prática comprometida com valores éticos e princípios que possibilite o atendimento das demandas sociais da população atendida. Desse modo, é importante reforçar que:

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), autarquia pública federal que tem como finalidade, orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), também emitiu notas, orientações, cartas e manifestos com posicionamentos políticos em defesa dos assistentes sociais em atuação na linha de frente da COVID, pois alguns protocolos aplicados pelas instituições públicas e privadas não levam em consideração as competências e atribuições dos assistentes sociais presentes no Código de Ética dos Assistentes Sociais ou não oferecem condições de trabalho dignas e seguras para o efetivo exercício profissional (CFESS, 2021).

O trabalho do Conselho vai além de emitir posicionamentos e manifestos. Ele tem desempenhado um papel essencial no apoio e fortalecimento dos (as) Assistentes Sociais, viabilizando a defesa dos direitos tanto dos profissionais como dos usuários dos serviços e políticas sociais. Para isso, é necessário reforçar a importância dos posicionamentos do CFESS-CRESS, que alertam para a falta de consideração dos protocolos aplicados pelas instituições públicas e privadas em relação às competências e atribuições dos assistentes sociais, conforme estabelecido no Código de Ética dos Assistentes Sociais. Além disso, ressaltam a necessidade de garantir condições de trabalho dignas e seguras para o efetivo exercício profissional. Essas ações do CFESS-CRESS contribuem para a defesa dos direitos profissionais e para o aprimoramento do trabalho do (a) Assistente Social no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

O trabalho do (a) Assistente Social está voltado para a compreensão e intervenção nas expressões da “questão social”, que envolve diversos processos históricos, econômicos, políticos e sociais (IAMAMOTO, 2012). Para desvendar essa realidade complexa, o (a) profissional precisa contar com um conjunto de ferramentas, teorias e habilidades que permitam uma análise abrangente. Nesse sentido, as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são essenciais e

devem ser articuladas de forma indissociável no exercício profissional, como abordam Santos e Berwig (2019). Cada uma dessas dimensões contribui para orientar a intervenção do (a) Assistente Social e a forma como ele realiza seu trabalho. Portanto, é crucial compreender como essas competências são articuladas nos processos de trabalho em que os (as) Assistentes Sociais estão envolvidos.

Conforme Santos e Berwig (2019) as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa são elementos fundamentais do trabalho do (a) Assistente Social. Em linhas gerais, a dimensão ético-política envolve valores, princípios e compromissos éticos que norteiam a atuação profissional, como a defesa dos direitos humanos e a luta por justiça social. A dimensão teórico-metodológica abrange os conhecimentos teóricos e as metodologias utilizadas para compreender as dinâmicas sociais e desenvolver estratégias de intervenção adequadas. Já a dimensão técnico-operativa diz respeito às habilidades práticas necessárias para realizar intervenções eficazes, como a avaliação social e a articulação de recursos. Essas dimensões estão interligadas e sustentam o trabalho do (a) assistente social.

Segundo Matos (2020) os (as) Assistentes Sociais enquanto profissionais de saúde desempenham um papel fundamental nos serviços de saúde, mesmo em tempos de pandemia. É importante que esses profissionais atuem dentro de suas competências e atribuições privativas, garantindo assim a qualidade e a efetividade de seu trabalho. Nesse contexto, de reestruturação dos serviços de saúde, é necessário analisar em que áreas específicas os (as) Assistentes Sociais podem contribuir e apresentar propostas. As normativas da profissão, como o Código de Ética, a Lei de Regulamentação da Profissão e as Resoluções do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), juntamente com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, continuam sendo referências importantes para o trabalho profissional nesse campo.

Durante a reestruturação dos serviços de saúde, é fundamental compreender e direcionar a intervenção profissional de acordo com as prioridades estabelecidas. Além disso, nos hospitais que priorizam o atendimento a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, os (as) Assistentes Sociais podem orientar os familiares sobre afastamento do trabalho e fornecer informações de prevenção, geralmente por meio de comunicação remota, como exemplifica Matos (2020, p. 4).

Nesse sentido, a atuação dos (as) Assistentes Sociais nos serviços de saúde continua sendo relevante, nesse cenário pós-pandêmico, o que muda é a forma como o trabalho é realizado, adaptando-se às circunstâncias e prioridades estabelecidas pelos serviços e pelo que orienta os princípios profissionais. É fundamental que os (as) Assistentes Sociais atuem com base em suas atribuições privativas e competências profissionais, preservando a sua identidade e contribuindo para a promoção da saúde e a qualidade dos serviços prestados à população atendida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho profissional do (a) Assistente Social durante a maior pandemia mundial, num contexto de governo negacionista e ultraneoliberal, impôs uma série de desafios enfrentados tanto por esta profissão, quanto aos demais setores da classe trabalhadora. Porém, destacou-se, entre as diversas dimensões que podem ser abordadas, a questão das requisições indevidas que foram impostas a estes profissionais, indo de encontro as suas atribuições privativas e competências profissionais.

A pesquisa destacou a importância da atualização e capacitação contínua

desses profissionais, além da necessidade de investimentos e suporte institucional para fortalecer sua atuação estratégica e adaptativa. Essas descobertas ressaltam a importância de políticas que valorizem e permitam a educação permanente para os (as) Assistentes Sociais, visando garantir um atendimento efetivo e integral aos usuários da saúde, mesmo em tempos de crises.

Considerando a complexidade do sistema de saúde e a diversidade de demandas e necessidades da população, o trabalho do (a) Assistente Social na política de saúde tem sido fundamental. A partir do estudo das atribuições e competências profissionais desse profissional nesse contexto, é possível compreender que sua atuação confere uma atuação em equipes multidisciplinares e exige uma formação sólida e atualizada.

Percebemos que as competências técnicas e ético-política do (a) Assistente Social que atua tanto na saúde, ou em qualquer outro espaço ocupacional, devem contemplar uma visão crítica e reflexiva sobre as políticas públicas de saúde, bem como sobre determinações sociais que afetam a saúde da população.

A atuação profissional durante a pandemia abrangeu desde a identificação e acolhimento de demandas sociais até a articulação de redes de apoio e garantia de direitos dos indivíduos e comunidades afetados. Apesar dos desafios enfrentados, o trabalho desse profissional frente à COVID-19 evidenciou a importância dessa profissão na promoção da saúde e viabilização dos direitos sociais e humanos, pois suas intervenções contribuíram para minimizar os impactos sociais da pandemia.

As limitações para compreender melhor como se deu o exercício profissional durante o contexto pandêmico pode incluir a restrição de tempo e recursos para uma investigação mais abrangente e a ausência de informações detalhadas sobre as experiências dos (as) assistentes sociais nesse período.

Dessa forma, esse trabalho indica investigações futuras de pesquisas relacionado a este relevante tema, para aprofundar o entendimento sobre o trabalho do (a) Assistente Social na saúde e sua atuação durante a pandemia. Desse modo, faz-se necessário compreender melhor, por exemplo, os impactos das intervenções dos (as) Assistentes Sociais no enfrentamento da pandemia, analisando suas contribuições para o acesso a recursos e serviços, a implementação de protocolos de segurança, o uso de tecnologias para a prestação de serviços remotos e a adaptação desse contexto virtual. Essa agenda de pesquisa pode contribuir para a atualização da formação profissional e aprimoramento das políticas e diretrizes que orientam o trabalho do (a) assistente social na política de saúde.

6. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. Promulgada Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos. Agência Senado, Brasília, 12 jun. 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos> Acesso em: 11 mai. 2023.

BEHRING, Elaine. **Fundo Público, Valor e Política Social**. 1ª Ed. São Paulo: Cortez, 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. Saúde e Serviço Social: uma relação necessária. São Paulo: Cortez, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05.10.1988**. Brasília, 1988.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

Bravo, M. I. S., & Menezes, J. S. B. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Cadernos de Saúde, Adufrj, Rede Sirius. 2011, Rio de Janeiro.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

Freitas, R. M. **Serviço Social Tradicional e a "Ordem": Elementos para um Debate**. Universidade Federal do Rio de Janeiro - 2022, UFRJ - Brasil.

GODOI, Gabriel Alves, e ALVES, Miriam Cristiane. **"Contradições e potências da Reforma Sanitária: análise crítica do período 1960-2018."** In SER Social. POVOS TRADICIONAIS E POLÍTICA SOCIAL, Brasília (DF), 2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **As Atribuições Privativas do Assistente Social**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Serviço Social & Saúde, Brasília, p.3, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/ss/article/view/35657>. Acesso em: 11 maio 2023.

MATOS, M. C. **Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, 2015. p, 4.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16ªed. São Paulo: Cortez, 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O que significa ter saúde?**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude#:~:text=Seguindo%20essa%20linha%20mais%20abrangente,com%20a%20defini%C3%A7%C3%A3o%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 11 mai. 2023.

PAIM, J. S. A criação e a implementação do SUS Cap. 3. In: **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2009.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Caderno do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.

SOUTO, L. R. F. OLIVEIRA, M. H. B. de. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2016.

SILVA, Jéfitha Kaliny Dos Santos. NOBREGA, Mônica Barros da. **O serviço social na política de saúde: entre avanços e desafios para uma prática crítica**. Anais II CONBRACIS. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29459>> Acesso em: 30 abril 2023 16:49

SOARES, Raquel Cavalcante. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS**. Argum., Vitória, jan./abr. 2018.

SOARES, Raquel Cavalcante, CORREIA, Valeria Costa, SANTOS, Viviane Medeiros. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. Serviço Social & Saúde, Brasília, jan./abril. 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/ss/article/view/29947>. Acesso em: 11 maio 2023.

SILVA, Gabriela do Nascimento Carvalho.FEITOSA, Antonio Fabio Alves. Santos, Maria Karoline Dias. OLIVEIRA, Maria Alves de. OLIVEIRA, Mariana Piancó de. **A pandemia do novo coronavírus e a ressignificação do fazer profissional do assistente social na saúde**. Interfaces: Revista de Saúde, Ciências Humanas e Sociais, v. 8, n. 3, 09/2020. Disponível em: <file:///D:/Downloads/vanderlan,+724-732+[ARR]+PANDEMIA+DO+NOVO+CORONA+V%C3%8DRUS+E+A+RESSIGNIFICA%C3%87%C3%83O.pdf>. Acesso em: 16 maio 2023.

SANTOS, Ana Carolina Vaz dos. BERWIG, Solange Emilene. **Reflexões sobre as competências e a Identidade Profissional do Serviço Social** - IV seminário internacional de políticas públicas, intersetorialidade e família. Evento realizado em 23, 24 e 25 de outubro de 2019. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/sipinf/assets/edicoes/2019/artigo/68.pdf>. Acesso em: 28 junho 2023.

I VIGISAN - SA/IA e Covid-19, Brasil, 2021/2022. TABELA 2 24 Distribuição percentual de domicílios, segundo características sociodemográficas dos domicílios e da pessoa de referência, Brasil, macrorregião Nordeste e Unidades da Federação. **II VIGISAN** - SA/IA e Covid-19, Brasil, 2021/2022.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por me guiar e iluminar durante todo o processo de pesquisa e redação deste trabalho.

A minha família, que são a bússola para a minha caminhada:

Primeiramente aos meus pais Maria da Guia e Zumiro, por tudo que fizeram por mim até chegar aqui, esta grande conquista;

A meus irmãos, Glaucio e em especial a minha irmã Glauciene por sempre estar comigo na caminhada me apoiando na direção da minha vida: sem o apoio dela, não teria chegado até aqui;

A um sobrinho tão especial, Paulo Henrique, que é a extensão do amor que levo para o meu dia a dia;

E por último, minha amada vizinha, Josefa Negreiros (*in memoriam*), seus ensinamentos foram por muito tempo direção para minha vida.

Agradeço aos meus amigos verdadeiros, pelo apoio incondicional em todas as etapas do desenvolvimento deste trabalho. Em especial a uma amiga / companheira de curso desde que entrei na universidade – Marcia Lima, hoje uma bela Assistente Social já formada. Ela foi minha inspiração a continuar nessa bela profissão, mesmo em contextos muitas vezes árduos. Vocês foram fundamentais para me manter motivada e concentrada na meta de concluir esta etapa tão importante em minha vida acadêmica.

À minha orientadora, Prof.^a Ma. Paloma Rávylly que me acompanhou e orientou, suas sugestões foram essenciais para aprimorar minha metodologia de pesquisa e aprofundar minha compreensão do tema.

As profissionais Prof.^a Dra. Alexandra Ximenes, por sua contribuição não somente do trabalho de conclusão de curso, mas na minha trajetória da graduação, e no projeto “Educação Permanente para Assistentes Sociais na Saúde” na qual participei por dois anos e foi inspiração para meu estudo do TCC. E a Assistente Social Ma. Mairan Agra, por suas contribuições no meu trabalho, e ser inspiração a continuar querendo seguir na área da saúde.

A todas os professores(a) que me ajudaram a concluir com êxito minha graduação, um agradecimento especial as queridas professoras Patrícia Crispim, Moema Amélia e Mônica Barros. Por fim, a todos, meus mais sinceros agradecimentos.