

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**GABRIELA JACHETTA**

**A INTERFACE ENTRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA  
PELA COVID-19**

**CAMPINAS**

**2020**

**GABRIELA JACHETTA**

**A INTERFACE ENTRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA  
PELA COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora Jeanete Liasch Martins de Sá

CAMPINAS

2020

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Jeanete Liasch Martins de Sá.

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Carla Da Silva

---

Assistente Social Cíntia Carla Generoso

Campinas, \_\_\_\_ de dezembro de 2020.

*“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”*

*(Eduardo Galeano)*

*Com todo carinho dedico este trabalho a minha avó Dona Elza, mulher forte, doce e sábia, vítima indireta desse momento pandêmico. E a todos os profissionais de Serviço Social que lutam diariamente por uma sociedade igualitária, integral e libertária. Obrigada por se fazerem tão essenciais, e por resistirem em meio ao caos.*

## AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento e carinho vai primordialmente aos meus pais, que em toda a minha trajetória me incentivaram a seguir com os meus sonhos, por terem me apresentado ao amor, ao cuidado, por me oferecerem meios alternativos de expansão individual como o teatro, que me fez entender que a vida é uma peça contada aos poucos, e que os personagens estão em constante transformação, e nessa constância vamos sendo eternamente únicos, particulares. O teatro também foi um dos primeiros espaços de luta que tive a oportunidade de compartilhar.

À minha mãe, Adriana Silva Jachetta, agradeço especificamente por me ensinar a ser uma pessoa humana, sonhadora, empática, e por sempre lutar comigo, mesmo quando a luta machuca e entra em confronto com o mundo. Ao meu pai, Moisés Roque Jachetta, agradeço por me ensinar a ser honesta, justa, a correr atrás dos meus objetivos, a questionar sobre o que eu acredito e por me respeitar em todas as minhas escolhas. Sem os dois nada disso seria possível.

Ao meu irmão, que foi sempre o meu grande herói, e o meu porto seguro. A minha cunhada Nathalia, por ter entrado na minha vida e por introduzir um universo subjetivo e sensível, que norteiam até hoje a minha essência. Obrigada também por validar a minha dor, pela escuta, e por sempre acreditar nas minhas potencialidades, você me inspira.

Um especial agradecimento a minha companheira Laís que me apoiou em todos os momentos, teve paciência, me acolheu sempre quando eu cogitava desistir de realizar o trabalho, e me trouxe força e coragem para enfrentar todas as adversidades deste ano atípico, obrigada meu amor.

Agradeço a Deibe que sempre esteve presente e foi uma segunda mãe para mim, a minha prima Camila que me ajudou diversas vezes a entender as burocracias da puc-Campinas, e que obteve um papel muito especial durante a minha graduação.

A gastronomia que me transformou devido a sua alquimia e me trouxe de volta ao Serviço Social.

As minhas colegas de graduação, o meu carinho mais profundo, principalmente a: Andressa, Theresa, Bianca, Mariana, Temily, que me auxiliaram nos diversos trabalhos, trocaram comigo angústias, risadas e me ajudaram a tornar o ambiente acadêmico mais leve. A minha eterna gratidão aos profissionais da puc-campinas que compartilharam de todo o conhecimento para a minha construção profissional e pessoal.

Um agradecimento excepcional as minhas supervisoras de estágio, em especial a Cíntia e a Adriana que possibilitaram uma experiência prática substancial para a minha futura atuação profissional, pautada sempre na criticidade e no reconhecimento dos sujeitos como únicos e carregados de história. Além de sinalizar a importância de todos os outros profissionais e pessoas próximas que auxiliaram na minha trajetória e me deram força para concretizar o trabalho.

## RESUMO

JACHETTA, Gabriela. **A INTERFACE ENTRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19**. 2020. Monografia (Graduação) – Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2020.

O presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo analisar os desafios vividos pelo assistente social que atua na política de saúde, mais especificamente em um hospital de grande porte de Campinas- em meio à pandemia da Covid-19, buscando explicitar a interface entre serviço social e saúde. A pesquisa foi realizada a partir de uma abordagem qualitativa, em nível exploratório e descritivo, através de entrevista semi-estruturada com seis assistentes sociais, sendo quatro residentes. O referencial teórico baseou-se no resgate da trajetória histórica da Saúde como questão social no Brasil e na inserção do Serviço Social na política de saúde, buscando ainda analisar os desdobramentos da Covid-19 e o processo de reorganização profissional nesse período pandêmico. A análise e interpretação dos dados obtidos apontam para uma situação adversa vivida pelas profissionais do Serviço Social em época de pandemia, com o conseqüente agravamento da situação das políticas sociais, já ineficientes, a busca exaustiva por fazer saúde integral em calamidade e sem referências anteriores, a distância da humanização em sua concepção clássica diante das demandas da população, sua fragilização física, psicológica e social, afetando igualmente o profissional em sua saúde mental diante do contágio pelo coronavírus e do conseqüente distanciamento de suas famílias.

**Palavras-chave:** Serviço Social na Saúde. Política de Saúde. Covid-19.

## ABSTRACT

JACHETTA, Gabriela. 2020. **THE INTERFACE BETWEEN SOCIAL SERVICE AND HEALTH, IN PANDEMIC TIMES BY COVID-19**. Monography (Undergraduate) - Faculty of Social Work. Pontifical Catholic University of Campinas. Campinas, 2020.

The present work of conclusion of course has since objective analyses the challenges survived by the social worker who acts in the health politics, more specifically in a large hospital at Campinas - amid the pandemia of the Covid-19, looking to set the interface out between social service and health. The inquiry was carried out from a qualitative approach, in level exploratório and descriptively, through an interview semi-structured with six social workers, being four residents. The theoretical referential system was based on the redemption of the historical trajectory of the Health like social question in Brazil and in the insertion of the Social Service in the health politics, looking still to analyse the ramifications of the Covid-19 and the process of professional reorganization in this period pandêmico. The analysis and interpretation of the obtained data point for an adverse situation survived by the professionals of the Social Service in time of pandemia, with the consequent aggravation of the situation of the social, already inefficient policies, to the exhaustive search because of doing integral health in calamity and without previous references, the distance of the humanization in his classic conception before the demands of the population, his physical, psychological and social fragilização, affecting equally the professional in his mental health before the infection for the coronavírus and of the consequent distancing of his families.

**Keywords:** Social Work in Health. Health Policy. Covid19.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>CAPÍTULO I: POLÍTICA DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE</b> .....	12
1.1 Um breve Resgate Histórico sobre a trajetória da Saúde como Questão social no Brasil.....	12
1.2 O caminho de inserção do serviço social na política de saúde: do assistencialismo a política social.....	23
<b>CAPÍTULO II: A PANDEMIA PELO NOVO COVID-19 E OS PERCALÇOS VIVIDOS PELOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL</b> .....	30
2.1 Momento Pandêmico: O vírus e os seus desdobramentos no Brasil.....	30
2.2 Breve reflexão sobre os processos de reorganização profissional nesse período.....	39
<b>CAPÍTULO III: LOCAL DA PESQUISA, MÉTODO E PERFIL DOS ENTREVISTADOS</b> .....	4
4	
3.1 Local da pesquisa.....	44
3.2 Método da pesquisa.....	47
3.3 Perfil dos entrevistados.....	48
<b>CAPÍTULO IV: LUTO E LUTA: UMA ANÁLISE DOS DADOS SOBRE A REALIDADE VIVIDA PELOS ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL DURANTE ESSE PROCESSO</b> .....	49
4.1 Principais desafios encontrados no exercício da profissão.....	49

4.2 Demandas recorrentes .....	52
4.3 Estratégias adotadas para os atendimentos.....	54
4.4 Como humanizar o desumanizado?.....	58
4.5 Postura pessoal e profissional durante a pandemia.....	61
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>74</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho denominado “A interface entre serviço social e saúde em tempos de pandemia pela Covid-19” tem por finalidade abordar os desafios e percalços enfrentados pelos profissionais de serviço social, que integram a linha de frente na política de saúde, em um hospital de grande porte de Campinas durante esse momento de calamidade pública, além de denunciar os desmontes na política de saúde, e as ações ineficientes do governo frente a esse contexto, que vem ceifando milhares de vidas.

As vidas perdidas pela doença não estão limitadas à finitude do corpo, englobam a situação de morte em vida da população em pauperização crônica, que se vê desprovida de meios mínimos de sobrevivência, situação agravada e aprofundada pela crise instituída e articulada desde o aperfeiçoamento do neoliberalismo em âmbito nacional e internacional.

A metodologia do trabalho correspondeu à pesquisa de natureza qualitativa, em nível exploratório e descritivo. Foi realizada entrevista individual semi-estruturada, de forma remota ,através da plataforma digital Google Meet. Participaram seis assistentes sociais, sendo quatro residentes. A análise e interpretação dos dados se deu a partir de cinco categorias de análise, sendo selecionados os fragmentos das falas mais expressivas de acordo com cada categoria: principais desafios, demandas recorrentes, estratégias adotadas para realizar os atendimentos, como humanizar o desumanizado; sentimentos frente ao inimaginável.

Por questões de natureza ética, as entrevistadas são chamadas por nomes fictícios, escolhidos de um memorial dedicado pelo CFESS aos assistentes sociais que tiveram as suas vidas ceifadas enquanto atuavam na linha de frente durante esse momento de pandemia. É também uma oportunidade de homenagem a esses profissionais que dedicaram e perderam as suas vidas por causa tão nobre.

Com relação à estrutura lógica do trabalho, abordaremos, no primeiro capítulo, a construção histórica do serviço de saúde no Brasil, até a implantação do Sistema Único de Saúde. Também será tratada a trajetória do serviço social na

saúde, desde as práticas assistencialistas até o serviço social de hoje, que vem tecendo uma atuação profissional crítica e comprometida com a efetivação da reforma sanitária, com o SUS e com a fomentação de uma nova ordem societária.

No segundo capítulo será contextualizado o novo coronavírus no Brasil, e a realidade dos assistentes sociais de saúde nesse cenário, identificando a lenta realização de ações do governo federal e o negacionismo do presidente da república frente ao contexto vivido.

O terceiro capítulo será composto pela pesquisa de campo, onde analisaremos os dados obtidos relacionando-os com o referencial teórico.

Assim, o trabalho traz reflexões que contribuem para o entendimento sobre a realidade dos assistentes sociais que trabalham no âmbito hospitalar nesse momento pandêmico e que apontam para uma realidade bastante diversa, em meio a políticas sociais ineficazes, lidando com uma população fragilizada, longe da humanização em sua concepção clássica, sujeitos a contrair a doença causada pela Covid 19, a manter distanciamento da família e a ter a sua saúde mental abalada.

## **CAPÍTULO I**

### **POLÍTICA DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.**

No primeiro item deste capítulo, será abordado um breve resgate histórico sobre a trajetória da saúde como questão social, a partir do século XVIII. Também será retratado sobre a saúde no Brasil a partir do século XX, especificamente na década de 30, momento em que a saúde se caracterizava com um viés assistencialista, passando por mudanças significativas, até chegar à década atual, com o desmonte dos direitos sociais.

No segundo item será discorrido o caminho do serviço social na política de saúde, desde suas práticas assistencialistas e filantrópicas, até se tornar parte do tripé da seguridade social.

#### **1.1 UM BREVE RESGATE HISTÓRICO SOBRE A TRAJETÓRIA DA SAÚDE COMO QUESTÃO SOCIAL.**

“A primeira condição para modificar a realidade consiste em conhecê-la”. (Eduardo Galeano)

O processo que se deu a partir da industrialização, gerou mudanças significativas no âmbito da saúde, e foi um momento de grande transformação político/social, fazendo com que o Estado tomasse frente na manutenção da ordem social capitalista, dispondo do papel de mediador nas relações entre a classe trabalhadora.

No século XVIII, o capitalismo industrial cresceu demasiadamente e o modelo de produção antigo, a manufatura, via-se cada vez menos apta em fornecer mercadorias em quantidades suficientes, resultando na “maquinofatura”, que permitiu, segundo Bravo (2014, p.35), que o capital se dirigisse essencialmente para a produção em grande escala, e a partir daí, as máquinas alcançam a soberania. As situações em que os operários se encontravam era de total precarização, mulheres e crianças foram colocadas no mercado de trabalho e a classe trabalhadora era cada vez mais explorada. Para Marx et al. (1848, p.19), os operários não são somente escravos da classe burguesa, mas também diariamente,

a cada hora, escravos da máquina, do contramestre e, sobretudo, do dono da fábrica. Engels fala que,

O proletariado é desprovido de tudo – entregue a si mesmo, não sobreviveria um único dia, porque a burguesia se arrogou o monopólio de todos os meios de subsistência, no sentido mais amplo da expressão. Aquilo de que o proletariado necessita, só pode obtê-lo dessa burguesia, cujo monopólio é protegido pela força do Estado. Eis por que o proletariado, de direito e de fato, é escravo da burguesia, que dispõe sobre ele de um poder de vida e de morte. Ela lhe oferece os meios de subsistência, mas em troca de um “equivalente” – seu trabalho; e chega ao ponto de lhe dar a aparência de agir segundo sua própria vontade, de estabelecer livremente com ela um contrato, sem constrangimentos, como se o proletariado fosse o autor de seu próprio destino. Bela liberdade, que deixa ao proletariado, como alternativa à aceitação das condições impostas pela burguesia, à chance de morrer de fome, de frio, de deitar-se nu e dormir como animal selvagem! (ENGELS, 1845, p. 118)

Essa hegemonia, advinda da industrialização, e legitimada pelo Estado Burguês, fez com que uma miséria se alastrasse, constituindo a prova viva das contradições de um novo sistema, repercutindo nas condições de saúde da classe trabalhadora (Bravo, 2014, p.35-36).

O século XIX foi travado por diversas revoluções significativas, conhecidas como revoltas de subsistência, resultado do descontentamento do povo, principalmente do proletariado, em relação à política vigente da época,

Assim, os movimentos sociais que ocorreram durante o século XIX, indignados com as precárias condições de sobrevivência a que estavam submetidos, que expressavam a contradição entre uma comunidade igual e abstrata e uma condição real de exclusão, foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio de lutas que levaram ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social. (GIOVANELLA, 2012, p.29)

O período revolucionário ocasionou em um significativo desdobramento na área da saúde, particularmente na Medicina Social, que surge como uma reguladora da higiene pública, com vistas à salubridade da cidade. Os pioneiros da medicina social foram as principais potências da época: Alemanha, França e Inglaterra. Iniciando-se assim o começo de um novo olhar para a atenção médica, e fazendo com que na segunda metade do século XIX, a saúde fosse considerada como questão política governamental.

Em contradição com os outros países, o Brasil Colônia do século XVIII se constituía por uma sociedade rural e articulada por um governo de cunho escravista. Os serviços de saúde eram extremamente precários, sem embasamento científico, e em sua maioria eram situados na grande metrópole do Rio De Janeiro. Foi desenvolvida a criação de Santas Casas De Misericórdia, de caráter religioso e sem fins lucrativos, com o intuito de atender a população em vulnerabilidade.

As condições de saúde e salubridade no começo do século XIX se apresentavam péssimas, gerando números exorbitantes de pessoas doentes, e com alto nível de mortalidade, com destaque para doenças como hepatite, lepra, boubá, febre amarela, e escorbuto. No final do século, os óbitos por tuberculose, febre amarela, malária e varíola eram extremamente comuns. No entanto, ocorreram mudanças significativas na medicina no século XIX, reflexo das grandes transformações e revoluções que emergiram na sociedade em geral. A questão saúde era abordada pelos diversos movimentos operários da época, que se fizeram imprescindíveis para um novo pensar na área. Normas em relação à vigilância do exercício profissional na saúde pública começam a aparecer, juntamente com a realização de campanhas de vacinação limitadas, dando início a criação da Junta de Higiene Pública, com o intuito de formalizar uma unidade administrativa e organizar esse setor, restringindo-se aos serviços de Inspeção de Saúde do Porto e ao Instituto Vacínico, destinado a cuidar do processo de vacinação da população desde 1846 (RIBEIRO, 1992, p.93)

No Brasil a partir do século XX, é que a saúde começa a ser operacionalizada de maneira mais aprofundada e voltada à política social. Sucede-se a criação do Ministério da Educação e do Departamento Nacional de Assistência Médico Social.

Os Departamentos Estaduais de Saúde surgem a partir de 1937, que precede as atuais Secretarias Estaduais de Saúde (CHUPEL, 2008). Para Bravo (2009, p.89),

[...] a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário.

A formulação das políticas sociais no período da década de 30, foi organizada em dois subsetores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BRAVO, 2009). O de saúde pública se estende até meados de 1960, focando na criação de condições sanitárias mínimas, para as populações urbanas e do campo, porém as do campo não foram assistidas de forma integral. O subsetor que diz respeito à medicina previdenciária começa a predominar nos anos de 1966, com a criação do instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), substituindo as antigas Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPs), conhecidas como lei Éloi Chaves, criadas em 1923, com o objetivo de “beneficiar” os trabalhadores com assistência-médico curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice, invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. Entretanto, apenas algumas categorias de profissionais foram beneficiadas por essa lei, enquanto os assalariados precisavam procurar por outros meios para assisti-los, como por exemplo, aos serviços filantrópicos e públicos, a medicina popular, entre outros.

A conquista de um novo formato previdenciário, o IAPS, foi considerada um marco no que diz respeito à proteção social dos trabalhadores, pois o Instituto, diferentemente das Caixas de aposentadoria, conseguiu agregar mais profissionais e abranger todo o território nacional. Diante dessas conquistas no âmbito da previdência vale ressaltar a importância de,

[...] discutir a relação entre trabalho, assistência social e previdência, para entender, inclusive, se o padrão de seguridade social instituído em determinado país é (ou não) capaz de impor limites à desigualdade social no capitalismo. Reconhecer o direito à assistência social no âmbito da seguridade social não significa defender ou desejar que essa política seja a referência para assegurar o bem-estar ou satisfazer às necessidades sociais no capitalismo, pois adotar essa posição seria ter como horizonte uma sociedade de assistidos. (BOSCHETTI, p.6)

Segundo Chupel (2008), a política de saúde ainda não era universal, e continuava vinculada a política de previdência social, dado que o atendimento se limitava às necessidades de algumas categorias profissionais e excluía os trabalhadores informais. A assistência e a previdência até então eram unificadas, não tinham distinção, e foi apenas no pós 30 que a legislação se preocupou em demarcar a diferença entre as duas. Conforme Oliveira e Teixeira (1986) citado por

Bravo (2009), em outras palavras, os teóricos no pós 30 procuraram defender a ideia de que a “previdência” não deve incluir “Assistência”; de que ela deve se constituir como um sistema de concessão de “benefícios pecuniários” exclusivamente, e não de “serviços”. Oliveira e Teixeira (1986) entendem que os anos de 30 a 45 foram permeados por uma orientação “contencionista”, ou seja, de restrição de concessão de benefícios e serviços, como forma de reduzir despesas das instituições previdenciárias.

O início do processo de industrialização do país em 1930, gerou um impacto muito grande no que diz respeito às classes sociais e às relações de trabalho. Tendo como característica, a aceleração da urbanização, e a ampliação em massa da classe trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação. Segundo Bravo (2006) fez-se necessário, nesse momento da conjuntura que surgissem políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática, as questões sociais em geral e as de saúde em particular, precisavam ser enfrentadas de formas mais sofisticadas.

A legislação trabalhista foi uma das mudanças iniciais no que diz respeito aos direitos trabalhistas, na tentativa de assegurar ao trabalhador alguns direitos básicos. Essa medida, também foi uma manobra de controle do Estado, para que as pressões sociais, ocasionadas pelos movimentos da classe trabalhadora, cessassem. Com isso, se torna clara a real intenção do plano político burguês e opressor, que começava a se articular na época. Bravo (2009, p.146) afirma que,

A intervenção do Estado via políticas sociais, visava à desmobilização e à despolitização da classe operária, com um discurso integrador e paternalista, ocultando a luta de classes. A preocupação era de extinguir a violência na solução dos conflitos, zelando pela ordem pública. [...] proibindo e reprimindo as organizações políticas e sindicais que fugissem ao seu controle.

Mesmo com a criação do ministério da saúde em 1953, o setor se encontrava estagnado no que diz respeito ao orçamento público, passando por um momento difícil, e, de racionalização, implicando no atendimento à população. Nesta década o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), criado em 1942 acaba ampliando as suas atividades, se preocupando com a assistência médica, educação sanitária, saneamento básico, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em medicina “tropical”. Em 1956, foi criado o

Departamento Nacional de Endemias Rurais, passando a centralizar os serviços de combate às enfermidades endêmicas (BRAVO, 2009, p.165).

A prática sanitaria-campanhista, vigente na época, e que se estenderia até a metade de 1960, não conseguia mais corresponder às necessidades de uma economia industrializada. A população estava cada vez mais vulnerável, o desemprego se deu em massa, se apresentando como uma característica inerente ao capitalismo. Segundo Lima (2010) “o processo de acumulação capitalista é sempre cíclico e as crises não são anomalias. De toda fase de acumulação decorre uma fase de depressão. A toda depressão sucede uma fase de acumulação. Cada fase é decorrência do período anterior. Assim, a crise é explicada pela fase de acumulação que a precede”.

Apesar das ações de combate às epidemias, e das articulações operacionalizadas pela prática-sanitaria, não foi possível a eliminação do quadro de doenças infecciosas e parasitárias, fazendo com que as taxas de mortalidade em geral ficassem extremamente elevadas. Nesse momento, foi necessária a intervenção da medicina previdenciária, que contribuiu para a utilização de um novo modelo de atenção, o médico-assistencial.

A III conferência Nacional de saúde, realizada no ano de 1963, combateu as propostas de campanhas sanitarias, e tinha como um dos objetivos oferecer orientação sobre as políticas de saúde, e com ele, foi aprovado em suas diretrizes a municipalização da saúde.

Nos anos de 1964, um regime militar é implantado no Brasil, apoiado pela classe média e efetivado através de um golpe de Estado. O período que durou “vinte anos” foi permeado por violência e repressão por parte dos militares. A instalação de uma modernização conservadora tomou frente às questões relacionadas à política social. Nesse infeliz momento, reformas governamentais conduziram a extensão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos, evidenciando a desigualdade no acesso à saúde, e a centralização da mesma. Conforme Bravo,

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção 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, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. ( p.6, 2009).

Conforme Grecco (1996), citada por Bravo (2009) a primeira medida do Ministério do Trabalho em 1964 foi à intervenção nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, suspendendo a participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde. Como consequência, dá-se, no ápice do regime militar, em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), concentrando a previdência em um único órgão.

Os períodos consecutivos foram marcados por diversas contradições entre as forças que representavam o Brasil e a sociedade civil. Foi preciso tentar restaurar o apoio popular, com estratégias de enfrentamento da “questão Social”, com o objetivo de canalizar as reivindicações e as pressões populares.

Segundo Paim (2011) “um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época”. O movimento sanitário nasce em meados de 1970, com uma concepção política e ideológica a favor da defesa da saúde, não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Fleury (2009) reforça que,

a reforma sanitária pode ser entendida como o processo de mudanças na estrutura de poder, no aparato institucional, no acesso e nas práticas de saúde. Em sua constituição e consolidação, a reforma sanitária teve caráter nitidamente contra-hegemônico e, como tal, esteve relacionada a um contexto político relativamente homogêneo quanto à construção de alianças, que pode ser identificado por: (1) recuperação da democracia pós-regime ditatorial, (2) oposição a estruturas tradicionais e arcaicas de organização e gestão da saúde, (3) atendimento a demandas sociais decorrentes da exclusão de setores significativos da população dos benefícios do crescimento econômico, expresso na saúde pela falta de acesso à atenção à saúde. (FLEURY, p.7, 2009)

Esse período foi marcado pela luta por uma redemocratização e a Saúde Pública brasileira transformou-se em saúde coletiva. Entende-se como pressupostos básicos da saúde coletiva, segundo Paim (1998):

**a)** “A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade.”

**b)** “As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais”.

**c)** “O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações” (...).

**f)** “O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la”. (PAIM, 1998, p. 309).

Nesse momento, a saúde passa a ser vinculada à democracia e o interesse por essa área aumenta, contando com novos personagens preocupados com a questão política. A reforma passa a ser uma bandeira de luta dos setores progressistas da sociedade. Com o intuito de organizar o movimento da reforma sanitária, foi fundado em 1976, o Centro Brasileiro de estudos de Saúde (CEBES), e em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambos têm um valor de suma importância na luta pela difusão e ampliação do debate em torno da saúde.

Levando em conta todo o caminhar de luta, em busca de uma prática universal e integral, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas (BRAVO, 2009), foi considerado o maior evento de saúde no Brasil, tendo como tema central: a saúde como direito; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e o financiamento do setor.

A Constituição Federal de 1988 legitimou o período conhecido como Nova República, que havia acabado de sair de um regime militar. Buscando corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2009). O país passa a contar com preceitos constitucionais, que consagraram a opção por um Estado de Bem Estar Social, ou seja, um Estado do tipo Social Democrata, assim, a assistência à saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, deliberando os seguintes artigos,

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante medidas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para 19 atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar de produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos [...]. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2001 p. 167).

Influenciado pela reforma sanitária, o SUS parte de uma percepção abrangente de saúde e foca no papel do Estado como regulamentador deste serviço. O sistema único de saúde tem a sua criação ligada simultaneamente com a constituição, sendo regulamentada pelas leis orgânicas de saúde (LOS), em 1990. O SUS tem como princípios e diretrizes norteadoras;

- I-universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II-integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III-preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV-igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V-direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI-divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII-utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII -participação da comunidade;
- IX-descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X-integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI-conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos

Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;  
XII-capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990).

Apesar dos avanços concedidos pelas lutas sociais, a década de 90 foi permeada por um forte ataque por parte da grande capital, influenciada pela política neoliberal, que afetou toda a América Latina. Um dos fatores mais importantes para a efetivação da febre neoliberal foi à consolidação da globalização, que tem como característica, o rompimento de barreiras, fazendo com que a informação seja expandida amplamente, padronizando valores baseados na cultura ocidental, e seguindo com a lógica da compra de produtos supérfluos e do consumo exacerbado. Para Marx e Engels (1848), a burguesia é impelida pela necessidade de mercados sempre novos, ela necessita estabelecer-se em toda parte, explorar em toda parte, criar vínculos em toda parte.

Bravo (2009) expõe que a afirmação da hegemonia no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência, sucateamento da saúde e educação, terceirização e precarização dos serviços.

O projeto da Reforma Sanitária, advindo de lutas e mobilizações por parte da sociedade civil e dos profissionais de saúde, sofre um extremo abandono nos anos 90, retornando no governo Lula, com: a criação de algumas secretarias; a realização da 12º CNS; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; a criação da secretaria de gestão do trabalho em saúde; criação da secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Gestão Participativa, visando ao fortalecimento do controle social, entre outros. (Bravo, 2009, p. 102-103).

Durante a entrada do novo século, é eleito como presidente do Brasil Luís Inácio Lula da Silva (citado de forma sucinta anteriormente), integrante do partido dos trabalhadores (PT), fundado em 1980 e com vertentes ideológicas partindo de concepções da esquerda. A eleição conduziu deveras expectativas ao povo brasileiro, dado que no seu programa de governo a saúde é compreendida como um direito fundamental e há o compromisso em garantir o acesso universal e integral às ações e serviços de saúde, além da tentativa de reduzir as desigualdades em nível nacional, por meio de uma política econômica focada na redistribuição de renda e na

geração de emprego. Entretanto, mesmo através de algumas conquistas, a saúde continuou focalizada e subordinada à lógica econômica, sem um financiamento efetivo. A hipótese de Foucault é de que,

[...] com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 1992, p.79)

A saúde vem sendo dividida entre dois projetos, o de Reforma Sanitária e o Projeto Saúde, que segundo Bravo (2009), se organiza da seguinte forma,

- Projeto Reforma Sanitária: Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático, e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.
- Projeto Saúde Privatista: Pautado na política de ajustes, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. (BRAVO, p.101, 2009)

No atual desgoverno do presidente, de extrema direita, Jair Messias Bolsonaro, eleito em 2018, o país passa por uma destruição das políticas públicas e sociais em todos os sentidos, colocando em risco a soberania nacional, e entregando de bandeja o nosso patrimônio e as nossas riquezas ao imperialismo norte-americano. Para Carnut (2019) o país passa por inúmeros desmontes dos direitos sociais e da saúde, sendo intensificada desde o golpe institucional de 2016, que se concretizou com o impeachment inconstitucional da ex-presidente Dilma Rousseff, seguindo com a continuação da emenda Constitucional n. 95/2016, que congela o gasto Público primário em 20 anos. No tocante previdenciário, temos a reforma da previdência social, proposto pelo governo em 2019, que tem como uma das medidas deterioradoras segundo anunciado por nota pelo CFESS (p.1, 2019),

- Exigência de idade mínima para se aposentar, que, no caso das mulheres, aumentou a idade em fase idosa e desconsiderando suas duplas ou triplas jornadas, associando trabalho, tarefas do lar e cuidado de filhos/as;
- Aumento de tempo de contribuição para os homens se aposentarem, também com idade em fase idosa;
- Aumento do tempo de contribuição somada à idade mínima avançada para ter direito a aposentadoria com valor integral;
- Redução no valor do cálculo do salário benefício, redução no valor de aposentadoria por incapacidade, se não for caracterizado acidente de trabalho, doença profissional ou no trabalho e pedágio de 50% a 100% sobre o tempo de contribuição faltante para a aposentadoria

O Estado continua progressivamente se desresponsabilizando de suas funções com o povo, garantindo um mínimo insuficiente para a população sobreviver, e a proposta de uma política universal e integralizada, vem sendo desconstruída. Embora o SUS tenha sofrido inúmeras conquistas no âmbito da saúde, ainda falta muito para o SUS constitucional, ser o SUS operacionalizado. Ademais, a discussão sobre a reforma sanitária, nunca esteve tão distante como está atualmente.

## **1.2 O CAMINHO DE INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DO ASSISTENCIALISMO À POLÍTICA SOCIAL**

“Contextualizar, espacialmente, a história é como lhe conferir pés, pois isto permite o conhecimento de estradas, caminhos, marchas e contramarchas, movimentos, contornos particulares, heterogeneidades, diversidades e desigualdades. A historicização plantada em um chão de relações impulsiona a leitura de expressões da questão social.” (Aldaíza Sposati)

O serviço social segundo Bravo e Matos (2014) foi implantado no Brasil em meados de 1930, decorrente do aprofundamento da prática capitalista, momento em que a “questão social” passa a ser entendida como algo a ser enfrentado politicamente pelo Estado, pela igreja e por algumas partes da classe dominante.

A modernização nesse período começa a formar corpo no Brasil, se expandindo rapidamente, enquanto a Igreja passa simultaneamente por um momento incomum, onde precisa se impor para se manter no pilar de poder, posto que o Estado começa a assumir um papel de soberania dentro da sociedade capitalista.

Tendo como percepção que os políticos possuem uma base de fé, e que a religião acaba se estruturando através da força do Estado, a Igreja estabelece um vínculo inquebrável com o Estado, com o intuito de permanecer no poder, auxiliando na construção de partidos políticos, organizações, e contribuindo para melhorar a estrutura do Estado, se mantendo no poder e atuando na consolidação da ordem burguesa.

Influenciado pelo “catolicismo social” europeu, o serviço social surge como uma resposta de alguns grupos e parcelas da população, envolvidos com o catolicismo, no intuito de criar um novo projeto de hegemonia da Igreja, tendo como um dos objetivos, impedir os movimentos da classe operária, que em sua maioria tinham ligação com o pensamento de cunho marxista.

Os profissionais de serviço social tiveram, no seu início, duas demandas marcantes: uma originada da ação social católica e outra partindo de determinadas instituições estatais que surgiram no período de 1930 a 1945. (BRAVO, 2014, p.174).

Inicialmente, o Serviço Social tem a sua atuação marcada na assistência aos grupos “marginalizados” do mercado de trabalho, tendo como áreas de ação: asilos, albergues, orfanatos e dispensários. A profissão era denominada como “Serviço Social tradicional”, tal como Leorato cita o autor José Paulo Netto, que designa como Serviço Social tradicional,

[...] A prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada, orientada por uma ética liberal-burguesa que, de um ponto de vista claramente funcionalista visava enfrentar as incidências psicossociais da “questão social” sobre indivíduos e grupos, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida social como um dado factual ineliminável (NETTO, 2001, p. 6).

As ações na área da saúde se iniciam posteriormente, sendo intitulado como “Serviço Social Médico”. Os assistentes sociais precisavam conhecer a situação social dos “pacientes” e repassar a história para os médicos, e o paciente era considerado responsável pela situação. Para a autora a atuação dos assistentes sociais se tangeu nas sequelas das situações de saúde da classe trabalhadora, porém com a visão de mundo produzida pelas classes dominantes, visando à reprodução das relações hegemônicas.

A profissão passa por um momento “educativo”, focando em um atendimento com tendência curativa, e se desloca para um momento de “tecnificação”, que atua em um universo mais complexo, visando em um atendimento mais individualizado.

[...] A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do “paciente” às relações sociais vigentes, sendo necessária às classes trabalhadoras a adesão a ordem social. [...] Na “tecnificação”, o objetivo passa a ser a identificação de problemas que deverão ser tratados de forma personalizada, visando à reintegração do indivíduo a uma situação normal. (BRAVO, 2014, p.178)

Foi no período de 1945-1964 que o Serviço Social começou a ampliar as suas ações no campo profissional, decorrente do término da segunda guerra mundial e dos desdobramentos findos em função da crescente industrialização. A partir desse momento, o Estado passa a ser o grande responsável para enfrentar de maneira significativa a “questão social” e com a ajuda do empresariado foram criadas diversas instituições. O assistente social que trabalhava dentro dessas instituições era encarregado de intermediar a relação entre os trabalhadores e a capital, a fim de assegurar uma relação harmônica. Foi um momento importante para a profissão, representando a sua legitimação e institucionalização pelo Estado. Segundo Martinelli (2007, p.54) o capitalismo, gera o mundo da cisão, da ruptura, da exploração da maioria pela minoria, o mundo em que a luta de classes se transforma na luta pela vida, na luta pela superação da sociedade burguesa. A questão social se faz presente dentro desse cenário sendo ponto central para o surgimento da profissão, dado que é dentro das manifestações das contradições do cotidiano que o assistente social vai atuar.

Na atualidade, a “questão social” diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. A “questão social” expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. (IAMAMOTO, 2009, p. 177)

Nesse período, a atuação profissional passa a ser influenciada pelo modelo teórico metodológico dos Estados Unidos, considerada pelos profissionais da época uma ação profissional mais moderna e sistematizada, que tinha como uma de suas

características norteadoras, o rompimento da moral e uma análise de cunho psicológico.

Bravo reitera que o novo conceito de saúde concebido pela OMS em 1948: saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental, e social e não somente a ausência de doenças”, favoreceu a integração do assistente social na saúde, e exigiu dos serviços de saúde um trabalho em equipe multidisciplinar. O novo conceito é adquirido advindo do agravamento das condições de saúde da população, e a atuação nesse meio se deu através de práticas educativas com relação aos hábitos de higiene e saúde, atuando nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

As autoras também referem à importância da consolidação da Política Nacional De Saúde para o Serviço Social, dado que através dela ocorreu uma ampliação dos gastos com assistência médica, pela previdência social. Deste modo o assistente social passa a atuar em hospitais servindo de mediador entre a instituição e a população, na tentativa de viabilizar o acesso destes aos serviços e benefícios. Para isso, o profissional dispunha de práticas como: triagem, plantão ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. O Serviço Social médico atuava com o Serviço Social de casos, que visava o envolvimento do “cliente” ao tratamento e era composta por uma visão individualizada.

A profissão até os anos 60 seguiu um caminho pouco conflituoso no que diz respeito ao enfrentamento da hegemonia e do conservadorismo que dominou a produção de conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional. Muitos profissionais seguiam uma linha progressista e discordavam do caminho que o Serviço Social percorria, porém, não conseguiram alterar essa situação. A partir dos anos 60 surge um debate pertinente, questionando o viés conservador da profissão, sendo respaldado pelas ciências humanas e sociais, os seus desdobramentos se dão de maneira positiva, mas são censurados pelo governo ditatorial dos anos de 1964. (BRAVO, 1996)

Como resposta a essas mudanças governamentais e globais, o Serviço Social passa por um momento vanguardista, de renovação e resistência, resultando no movimento de reconceituação, considerado um grande marco para a profissão.

[...] reconceituação do serviço social como um movimento, que tem se caracterizado, para muitos de nós, como um processo de desconstrução de um paradigma dominante na formulação teórica e prática do serviço social e de construção de um paradigma questionador e crítico da ordem dominante, expresso de distintas formas, como: “serviço social crítico”, “serviço social dialético” ou “serviço social marxista” (FALEIROS, 2005, p. 22).

Apesar de ser lentamente introduzido dentro da previdência, o serviço social, principalmente na saúde começa a receber uma forte influência da modernização que se instaurou dentro das políticas sociais, tendo como grande eixo de atuação a área da assistência médica previdenciária.

O Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais. As clínicas e doenças enfatizadas foram a obstetrícia, tuberculose, doenças transmissíveis, cirúrgica, psiquiatria e clínica médica (BRAVO, 1996, p. 90-91).

A autora destaca que foi somente na década de 80, durante o processo de redemocratização do país, e no bojo da crise econômica, evidenciada pelos anos da ditadura militar, que ocorreu um feito significativo no que diz respeito à Saúde Coletiva, e consequentemente ao Serviço Social, que ampliou o seu debate teórico-crítico para dentro do nascente projeto profissional, trazendo impressões e concepções marxistas, juntamente com o comprometimento no movimento de ruptura com o projeto político vigente. No entanto, Netto (1993, e Bravo 1996) citado por Bravo (2009) evidencia que a discussão foi inserida em sua maioria, aos profissionais instalados nas universidades, onde dentro do processo de renovação da profissão, poucos intervêm efetivamente nos serviços.

E é ainda nesse período, que o projeto ético político da profissão começa a ser construído, sendo considerado um processo em contínuo desdobramento. Pautado na Lei de Regulamentação da Profissão, nº 8.662/93, e nas Diretrizes Curriculares do Ensino em Serviço Social, de 1996, o Código de Ética dos Assistentes Sociais, vem a instrumentalizar o projeto ético-político. O mesmo se

vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero (NETTO, 2009).

O projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. (NETTO, p. 155, 2009, In BRAVO)

Nota-se um maior engajamento e posicionamento crítico dos profissionais em congressos, apresentação de trabalhos, conselhos e elaboração de propostas quanto à políticas sociais de saúde, o que foi um dos maiores contribuintes para que o projeto conquistasse hegemonia no corpo profissional. Ele acompanhou o crescente movimento democrático que culminou na derrota da ditadura e na promulgação da constituição de 1988, considerado um grande marco progressista na história do Brasil. Onde a saúde, em conjunto com a assistência social e a previdência integram o tripé de seguridade social.

Na década de 90, mesmo com os avanços que se sucederam, continuava enquanto categoria desarticulada do movimento da Reforma Sanitária, e por isso, se encontrava distante dos espaços de organização política. Segundo Iamamoto (2009, p.2004),

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

É importante analisar a profissão nesse período, dado que foi nele que ocorreu a implantação do projeto neoliberal no país, que se confronta com o projeto profissional do Serviço Social, e com o projeto da Reforma Sanitária.

O caráter conservador do projeto neoliberal se expressa, de um lado, na naturalização do ordenamento capitalista e das desigualdades sociais a ele inerentes tidas como inevitáveis, obscurecendo a presença viva dos sujeitos sociais coletivos e suas lutas na construção da história; e, de outro lado, em um retrocesso histórico condensado no desmonte das conquistas sociais acumuladas,

resultantes de embates históricos das classes trabalhadoras. (IAMAMOTO, 2009, p.162)

A crise advinda dos anos anteriores se agravou, e ocasionou aos anos 90 um imenso impacto, devido ao ingresso dos representantes neoliberais das grandes capitais nos espaços de decisão política. Concomitantemente a burguesia brasileira, antes protegida pelo sistema ditatorial, assumiu o papel de defensora do neoliberalismo. Na defesa da privatização, ressalta-se como um dos seus desdobramentos a mercantilização da saúde e da previdência, e uma ampliação do assistencialismo.

Apesar da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que teve como um de seus aliados para a concretização o movimento da reforma sanitária, consolidou-se em 1990 o projeto de saúde privatista, já citado no primeiro capítulo. Que tem como um de seus compilados de propostas: o atendimento focalizado às populações em vulnerabilidade; a desconcentração dos serviços; a contenção dos gastos; a ampliação da privatização; o estímulo ao seguro privado; o questionamento da universalidade.

Bravo e Matos (2009, p.206) pontuam que ambos os projetos, vêm requisitando ao Assistente Social algumas demandas,

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Se faz indissociável pensar no projeto da reforma sanitária sem pensar no projeto ético-político da profissão, e é imprescindível uma postura comprometida do profissional na validação e na permanência desses projetos, que foram tecidos através de um viés emancipatório, em defesa da universalização das políticas sociais e da garantia dos direitos sociais. Não obstante, o papel da categoria na saúde perpassa o âmbito prático, e é necessária a inserção dos mesmos nas

esferas educacionais, nos espaços de controle social e na articulação com os projetos da reforma sanitária e ético-político.

## **CAPÍTULO II**

### **A PANDEMIA PELA COVID-19 E OS PERCALÇOS VIVIDOS PELOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL**

No primeiro item do capítulo, será discorrido sobre o novo coronavírus (SARS-cov-2), e sobre os seus desdobramentos no Brasil. Desde a sua aparição, até as atitudes “necropolíticas” do presidente.

No segundo item falarei sobre a reestruturação da atuação do serviço social na saúde durante a pandemia.

#### **2.1 MOMENTO PANDÊMICO: O VÍRUS, E OS SEUS DESDOBRAMENTOS NO BRASIL.**

Atualmente estamos vivendo um período de mudanças constantes e sem precedentes, ocasionados pela covid-19.

A pandemia pelo novo coronavírus, abreviado internacionalmente como “Covid-19” (denominado cientificamente como SARS-Cov-2), conhecido por causar uma síndrome respiratória severa e aguda, teve como epicentro a cidade de Wuhan, na China. Por pandemia, entende-se,

Uma pandemia é um fenômeno patológico que alcança simultaneamente um grande número de pessoas, numa zona geográfica muito vasta. Tanto a pandemia como a epidemia consiste num forte aumento de casos de uma dada enfermidade. Porém, a pandemia diferencia-se da epidemia justamente por sua maior dimensão, seja por sua propagação territorial, seja pela gravidade da ocorrência, o que resulta num número expressivo de casos severos ou mortes, em também numerosos países. (VENTURA, p.280, 2007)

Tem a sua origem associada à zoonose, que segundo a OMS (2016) são doenças ou infecções naturalmente transmissíveis entre animais vertebrados e seres humanos. Supostamente, foi resultado de uma mutação de um vírus do morcego, e do pangolim (animal residente especialmente na Indonésia, e no sul da china). Entretanto, a verdadeira origem do vírus ainda não foi descoberta, Yuen (2020) relata que “muitas hipóteses envolvendo recombinação, convergência e

adaptação têm sido apresentadas para sugerir o provável caminho evolucionário do SARS-CoV-2, mas nenhuma é apoiada por evidências diretas. Ainda não existe concordância sobre quais animais podem servir de reservatórios e hospedeiros intermediários do SARS-Cov-2”.

A especulação sobre a disseminação do novo vírus surgiu em dezembro de 2019, quando alguns pacientes apresentaram um quadro grave de pneumonia, porém, foi apenas no início do ano de 2020, que ganhou notoriedade, fazendo com que a OMS (Organização Mundial da Saúde) se pronunciasse a respeito, no dia 30 de janeiro, declarando que o surto constituía uma emergência de Saúde Pública e de Importância Internacional (OMS, 2020). E foi apenas no dia 11 de março de 2020, que a OMS caracteriza a situação como um “momento pandêmico”, sendo pronunciado pelo diretor geral, Tedros Adhanom Ghebreyesus, o seguinte repertório (sic),

(...) Atualmente, existem mais de 118 mil casos em 114 países e 4.291 pessoas perderam a vida. Outras milhares estão lutando por suas vidas em hospitais. Nos próximos dias e semanas, esperamos ver o número de casos, o número de mortes e o número de países afetados aumentar ainda mais. A OMS está avaliando esse surto 24 horas por dia e nós estamos profundamente preocupados com os níveis alarmantes de disseminação e gravidade e com os níveis alarmantes de falta de ação. Portanto, avaliamos que a COVID-19 pode ser caracterizada como uma pandemia. (Organização Mundial Da Saúde, 2020).

Diante desse cenário, foi imprescindível que os países se organizassem a fim de enfraquecer o processo de transmissão do vírus, que tem como meio de disseminação, o contato direto, indireto (através de superfícies ou objetos contaminados) ou próximo, com pessoas infectadas através de secreções como saliva e secreções respiratórias ou de suas gotículas respiratórias, que são expelidas quando uma pessoa tosse, espirra, fala ou canta (OMS, 2020).

Foram feitas, com necessária urgência, medidas de contenção e prevenção do vírus. No Brasil, foi sancionada a lei nº 13.979, no dia 6 de fevereiro de 2020. Que tem como um de seus preceitos o Art. 3º,

(...) poderão ser adotadas, entre outras, as seguintes medidas:  
I - isolamento;  
II - quarentena;  
III - determinação de realização compulsória de:

- a) exames médicos;
- b) testes laboratoriais;
- c) coleta de amostras clínicas;
- d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou
- e) tratamentos médicos específicos;
- IV - estudo ou investigação epidemiológica;
- V - exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver;
- VI - restrição excepcional e temporária de entrada e saída do País, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por rodovias, portos ou aeroportos;
- VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e
- VIII - autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa, desde que:
  - a) registrados por autoridade sanitária estrangeira; e
  - b) previstos em ato do Ministério da Saúde. (Diário Oficial Da União, 2020)

Os sintomas advindos da doença se dão de maneira variada. Segundo dados da OMS 80% dos pacientes com COVID-19 apresentam sintomas leves e sem complicações, 15% evoluem para hospitalização que necessita de oxigenoterapia e 5% precisam ser atendidos em unidade de terapia intensiva (UTI). Foi observado, que pessoas com pré-morbidades, e pessoas idosas, tendem a ter um progresso grave da doença. Dentre os principais sintomas estão:

Febre ( $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ); Tosse; Fadiga; Dispneia; Mal estar e mialgia; Sintomas respiratórios do trato superior; Sintomas gastrointestinais (mais raros).(OMS, p.13, 2020).

A transmissão do vírus sucede abruptamente, portanto poderia causar dano suficiente para sobrecarregar a infraestrutura de serviços de saúde, criando demandas extraordinárias e sustentadas nos sistemas de saúde e nos prestadores de serviços (Fonseca TGN). Sendo assim, seria necessário que o isolamento social fosse efetuado corretamente, assim, o sistema de saúde não sofreria com o aumento da demanda populacional, e não entraria em colapso.

Entretanto, desde o golpe político que se deu em 2016, contra a ex-presidente Dilma Rousseff aliada ao PT, o Brasil vem sendo controlado por políticas de extrema-direita, e vem sofrendo extensos retrocessos no que diz respeito à proteção social, citado brevemente no capítulo anterior. O atual governo, cujo projeto

legislativo se encontra estruturado e pautado no negacionismo, desqualifica o vírus constantemente, dissipando a ideia de que a doença não resulta em grandes efeitos, e que seria apenas uma “gripezinha”. Não obstante, o próprio presidente da República faz questão de aparecer publicamente sem a utilização da máscara facial, a qual foi uma das medidas de segurança emitida pela OMS, no intuito de dificultar a disseminação da doença.

A ausência de uma coordenação federal responsável e qualificada, fez com que os governos estaduais realizassem um papel de mediador no combate à pandemia. Como estratégia, cada estado construiu um plano de combate, que consistia no fechamento dos comércios e serviços não essenciais, na suspensão das aulas nas escolas e universidades, no distanciamento social, na utilização obrigatória de máscara facial, entre outros. Tais medidas seriam flexibilizadas regionalmente caso houvesse uma diminuição dos casos diagnosticados, e dos óbitos pela doença.

O governo federal se pronunciou somente após a ocorrência dos primeiros óbitos pelo vírus, instituindo o “Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19” no dia 16 de março, que posteriormente se transformou no “Centro de Coordenação de Operações, no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19”.

A centralidade do capital financeiro na mão dos grandes donos dos meios de produção, exerce sobre a classe trabalhadora um intrínseco domínio, e traz consequências graves a essa parcela da população, com a manutenção de taxas elevadas de desemprego, insegurança e instabilidade nos empregos, crescimento do trabalho informal e precário, redução de salários, precarização das relações de trabalho, incluindo terceirizações e contratos por prazos determinados, assédios, sofrimentos e adoecimentos, entre outros aspectos. (YAZBEK, p.2, 2020).

Durante esse momento de crise sanitária, o governo federal centra a sua atenção às demandas dos empresários, como o socorro às empresas e a autorização para a demissão e suspensão de contratos com redução salarial. Pouco se pensa e oferece de políticas voltadas à sobrevivência dos que não estão conseguindo garantir o seu sustento. (Moreira, p.13, 2020).

A seguridade social se faz essencial dentro desse cenário, já que busca assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. No entanto

essas mesmas políticas vem sendo sucateadas em um cenário de contrarreformas neoliberais, principalmente com a realização da EC 95, que ao congelar os gastos públicos, concedeu ao já precário funcionamento do SUAS, do SUS, e da previdência, maiores fragilidades (YAZBEK, p.2, 2020).

Os benefícios eventuais se constituíram como alternativas para lidar com esse momento, no intuito de atuar para a manutenção da vida da população em maiores fragilidades econômicas, tais benefícios são garantidos por lei desde 1993 pela lei 8.742, de 1993, da Lei Orgânica Da assistência Social (LOAS),

Art. 22. Entendem-se por benefícios eventuais as provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do Suas e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.

No entanto, vivemos tempos em que o Estado se afasta de suas responsabilidades ante as questões sociais apresentadas, e deixa para a sociedade civil por meio da filantropia, do assistencialismo, da “ajuda ao próximo”, a responsabilidade que deveria ser dele.

é fundamental consolidar o entendimento de cidadania no processamento da prestação de benefícios eventuais, dado que estamos numa conjuntura de retrocesso e atraso a uma velocidade impressionante. (INFORME 3, p.7, 2020)

Uma das ações adotadas pelo governo federal, no intuito de minimizar os efeitos sociais trazidos pelas medidas restritivas e o distanciamento social, foi à criação do Auxílio Emergencial instituído pela Lei nº 13.982, de 2020, dirigido às famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), aos autônomos e trabalhadores informais; aos beneficiários do Bolsa Família como renda complementar; e, ainda, em caráter de parcela de adiantamento às pessoas com deficiência que requereram BPC ou auxílio doença e estão sem resposta tendo em vista sua concessão represada há pelo menos um ano (INFORME 3).

Vale ressaltar que o valor estipulado pelo ministro da economia sobre o auxílio inicialmente era de “R\$200,00 , que depois chegou aos R\$300,00 (Andrade, 2020) e que, no Congresso Nacional, consolidou-se no patamar dos R\$600,00 mensais” (PRAUN, 2020, p.3). O resultado só foi obtido através das reivindicações

dos movimentos, fóruns, colegiados, organizações sociais, pesquisadores, especialistas (INFORME 3) . Sobre o auxílio emergencial:

- Art. 2º Durante o período de 3 (três) meses, a contar da publicação desta Lei, será concedido auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) mensais ao trabalhador que cumpra cumulativamente os seguintes requisitos:
- I - seja maior de 18 (dezoito) anos de idade, salvo no caso de mães adolescentes; (Redação dada pela Lei nº 13.998, de 2020)
- II - não tenha emprego formal ativo;
- III - não seja titular de benefício previdenciário ou assistencial ou beneficiário do seguro-desemprego ou de programa de transferência de renda federal, ressalvado, nos termos dos §§ 1º e 2º, o Bolsa Família;
- IV - cuja renda familiar mensal **per capita** seja de até 1/2 (meio) salário-mínimo ou a renda familiar mensal total seja de até 3 (três) salários mínimos;
- V - que, no ano de 2018, não tenha recebido rendimentos tributáveis acima de R\$ 28.559,70 (vinte e oito mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e setenta centavos); e
- VI - que exerça atividade na condição de:
  - a) microempreendedor individual (MEI);
  - b) contribuinte individual do Regime Geral de Previdência Social que contribua na forma do **caput** ou do inciso I do § 2º do art. 21 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991; ou
  - c) trabalhador informal, seja empregado, autônomo ou desempregado, de qualquer natureza, inclusive o intermitente inativo, inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) até 20 de março de 2020, ou que, nos termos de autodeclaração, cumpra o requisito do inciso IV.

De acordo com Croda (et al., 2020) citado por Albuquerque (2020, p.39) no começo da disseminação do vírus, algo em torno de 46,1 milhões de brasileiros não apareciam em nenhuma lista do governo para recebimento do auxílio federal de R \$600,00. Ou seja, mais de um quinto de toda a população do país com direito ao auxílio, para poder ficar em isolamento, era ignorada pelo Estado. Para Moreira (p. 80,2020),

O auxílio covid” ou “covid voucher” é o auge do processo de supercapitalização e extermínio populacional. O que garantem os 600 reais? A mediação é completamente bancária e por um

aplicativo na internet. Inicia-se a destruição da assistência social como política, amplia financeirização (BEHRING, 2006) inclusive das políticas sociais, intensifica-se tecnocracia e a exclusão tecnológica, criminalização do pobres com as fiscalizações e conferências das condicionalidades rigorosas, o combate às fraudes e a reatualização do clientelismo, relacionando o benefício às condições eleitorais tacitamente trocando favores.(MOREIRA, p.80,2020)

No Brasil, todas as recomendações de isolamento doméstico, e higiene, ocorrem em conjunto com o desemprego, a ausência de moradia, a ausência de abastecimento de água e a falta de saneamento básico. O ato de lavar as mãos e a proteção de um teto não é igual para todos/as em um país onde parte considerável da população vive com menos de um salário mínimo e milhões estão desempregados/as ou subempregados/as (CFESS, 2020, p.1).

[...] esse momento exige medidas governamentais que se voltem para toda a classe trabalhadora e reafirmem a inclusão da população, em especial, das pessoas em situação de rua; negros/as; LGBTI; trabalhadores/as do sexo; catadores/as de lixo e cooperativados/as de reciclagem; populações ribeirinhas, pescadores artesanais; empregadas/os domésticas/os; diaristas; artesãs/ãos e camelôs (CFESS, 2020, p.1).

O presidente desde o início se posicionou contra o isolamento social, deixando claro seu pensamento neoliberalista, e apoiando a volta dos comércios, com a justificativa de que “a economia não pode parar”, mesmo com a eventual possibilidade de mortes da classe trabalhadora, afinal, o importante é a manutenção dos lucros do capital. Em uma de suas aparições, o presidente relativizou as mortes com a seguinte fala: “Alguns vão morrer? Vão morrer. Lamento, é a vida. Não pode parar uma fábrica de automóveis porque tem mortes no trânsito”.

Diante desse cenário é possível estabelecer comparações da atitude do atual presidente com o conceito de necropolítica estudado pelo filósofo camaronês Achille Mbembe. Segundo Mbembe (2015, p.135) “a soberania é a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é “descartável” e quem não é”. O poder de escolher quem morre e quem vive, faz parte de um conjunto de políticas de controle social através da morte e o Estado burguês deixa evidente, principalmente nesse momento de calamidade pública, a sua soberania em ditar sobre a vida da população.

Minha preocupação é com aquelas formas de soberania cujo projeto central não é a luta pela autonomia, mas “a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações”. (MBEMBE, 2015, p.125).

Nessa perspectiva, que se concretiza dentro de um cenário de extrema desigualdade racial, de gênero, e de classe, que é o território brasileiro, podemos ter uma compreensão sobre de quem são esses corpos descartáveis.

Segundo Albuquerque (2020, p.44), houve uma naturalização do Estado e uma desresponsabilização ante a perda fatal de pessoas em situação de vulnerabilidade social, idosos, imunodepressivos, e pessoas em estado de pauperização crônica. Formando assim um conglomerado de desaparecidos, pois os mesmos já estavam à margem da sociedade, subalternizados e esquecidos mesmo antes da pandemia.

Os óbitos pelo novo vírus ultrapassaram a marca de 164.000, atualizado até o dia 12/11/2020, segundo o “painel do coronavírus Brasil”, veículo utilizado como meio de comunicação sobre a situação epidemiológica da COVID-19 no país. É importante salientar que os dados equivalem ao número de óbitos notificados, ou seja, não sabemos a dimensão exata de vidas perdidas, visto que a existência de uma subnotificação de dados existe, de modo que as testagens não estão suprindo as demandas populacionais. Em comparação com outros países da América Latina, o Brasil tem sido um dos piores no quesito “confiança de informação” sobre o SARS-cov-2. Segundo Albuquerque

No final do mês de fevereiro, o Ministério de Saúde solicitou à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a entrega de apenas 25.000 kits de teste para o diagnóstico laboratorial da covid-19, que foi realizada até 20 de março de 2020, quando a capacidade semanal da Fiocruz em produção de kits de teste se encontrava entre 20.000 e 30.000. Desta maneira, o pedido para a produção de testes nem sequer esgotou a capacidade da Fiocruz — contradizendo orientações da Organização Mundial da Saúde, que recomenda testagem em larga escala. [...] O governo federal mudou a sua política de testagem radicalmente no mês de março ao procurar adquirir mais de 20 milhões de testes, mostrando que ele próprio considerou o número baixo de testes originalmente solicitados um equívoco.(ALBUQUERQUE, 2020, p.19-20)

Fora isso, em junho, o ministério da Saúde realizou mudanças na divulgação oficial de dados sobre a covid-19, o que acabou acarretando duras críticas de especialistas, pela falta de transparência no novo formato de divulgação.

Uma subnotificação de casos dificulta um enfrentamento adequado à pandemia, mas uma subnotificação tão grande de óbitos pode fazer com que a real dimensão dessa pandemia no país nunca seja realmente conhecida. (ALBUQUERQUE, 2020, p.20)

Essa situação foi convertida através de uma intervenção do Supremo Tribunal Federal, ao realizar um pedido para que os dados continuassem a ser divulgados como no formato anterior.

O governo federal, além de outros atos insensatos, incentivou a população a utilizar um medicamento chamado cloroquina, sem comprovação científica de eficácia contra a doença e utilizou do dinheiro público para a produção da mesma.

No mais, as autoridades não aparentam preocupação com a produção e a eficiência das possíveis vacinas que vem sendo estudadas e desenvolvidas no país, deixando explícito o seu posicionamento negligente a respeito da pesquisa científica brasileira. Um fato que auxilia a comprovação dessa afirmação se deu através de uma campanha publicitária promovida pelo governo federal no qual continha a seguinte frase “ninguém pode ser obrigado a tomar vacina”, sendo a vacinação obrigatória uma das medidas de estratégia no combate à pandemia da Covid-19, conforme Lei 13.979 de 2020.

Em meio a essa crise sanitária, que tem como personagem coadjuvante o governo federal o qual atualmente violenta a população incontavelmente, principalmente a classe trabalhadora, o presidente fez um decreto no dia 26/10/2020, sobre uma possível privatização das portas de entrada ao SUS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), entretanto, devido à pressão popular e aos questionamentos dos profissionais da saúde, o decreto logo foi revogado (BBC News, Brasil).

Vivemos tempos de regressão que banalizam a vida, e desenfreadamente somos engolidos por um capitalismo financeiro, que nos coloca frente a um conservadorismo e uma desproteção da classe trabalhadora, permitindo a morte em vida dessa população que sofre com as inúmeras expressões da questão social.

## **2.2. BREVE REFLEXÃO SOBRE OS PROCESSOS DE REORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL NESSE PERÍODO.**

O panorama que tem sido revelado através do agravamento das questões sociais, antecede a pandemia, o qual serviu para intensificar a situação de calamidade e descaso político inseridos em âmbito nacional. Esses efeitos intensificados se instituíram em toda a sociedade de forma devastadora, no entanto, houve grupos mais expostos a adoecerem e a sofrerem impactos mais severos em suas condições de subsistência, como os segmentos que vivem nas periferias, a população em situação de rua, os idosos, as pessoas com deficiências, as crianças e adolescentes institucionalizados, as mulheres em situação de violência doméstica, a população encarcerada, os indígenas, os refugiados, dentre outros (YAZBEK, 2020, p.20).

[...] a atual situação de desproteção e de ameaça à vida de todos os brasileiros, mas, sobretudo, ameaça a vida de 12 milhões de trabalhadores desempregados; 40 milhões de trabalhadores informais precarizado e as 14 milhões de famílias (42 milhões de pessoas) do Cadastro Único.(YAZBEK, 2020, p.14)

A pandemia impôs reestruturações aos serviços de saúde, conforme refere Matos (p. 2-3, 2020) foi realizada a “suspensão de cirurgias eletivas nos ambulatórios especializados e hospitais; “transformação” de leitos direcionados para os agravos decorrentes do COVID-19; suspensão de consultas ambulatoriais de rotina para evitar aglomerações e etc. Nessa reestruturação cada serviço de saúde estabeleceu suas prioridades de atendimento. Os serviços de saúde precisaram ficar atentos às orientações e protocolos do ministério da saúde, no intuito de evitar aglomerações, fazer uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) em todos os atendimentos; tomar todas as medidas de higienização (lavagem de mãos e etc.), dentre outras. Portanto, isso envolve a exigência desses insumos nos locais de trabalho e apropriação correta da sua forma de uso (MATOS, p.5, 2020).

O serviço social também precisou se reinventar para atuar dentro dessa nova realidade conduzida pela pandemia, já que enquanto categoria, os assistentes sociais estão inseridos dentro dos espaços de contradição e dispõem de percepções críticas sobre a população e o território vivido. Além do mais, é preciso estar apto em proporcionar respostas às demandas urgentes e múltiplas que são postas, sem

perder de vista os compromissos e conquistas históricas acumulados pela profissão no Brasil nas últimas décadas (YAZBEK, 2020, 20-21).

Os profissionais são desafiados a reafirmar o seu compromisso ético político na defesa da vida, da liberdade, e da emancipação humana, que são princípios e valores fundamentais do Projeto Ético-Político do Serviço Social e que devem balizar a atuação profissional, principalmente em situações de exceção como esta.

De acordo com a lei que regulamenta a profissão e com o Código de Ética Profissional, não se pode negar atendimento à população mesmo numa situação de calamidade pública, em que a vida dos profissionais também corre riscos. Constata-se no artigo 3º do código de ética profissional que um dos deveres do/a assistente social, é “d- participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidade”.

A prestação dos serviços de saúde, assistência, e previdência são essenciais para a população e grande parte da categoria integra a linha de frente no combate à pandemia do novo Coronavírus, no entanto, a parcela inserida na política de saúde, acaba ficando mais exposta ao contágio do que outros profissionais e emerge em um território pertencente ao medo e ao estresse, inerente aos seres humanos durante esse contexto.

Esse trabalhador faz parte de um segmento que não foi afastado do trabalho, nem estão em trabalho remoto como outros profissionais, ao contrário, tiveram férias suspensas e estão nos serviços de saúde trabalhando. (MATOS, p.2, 2020).

Os profissionais e os trabalhadores de saúde envolvidos direta e indiretamente no enfrentamento da pandemia estão expostos cotidianamente ao risco de adoecer pelo coronavírus, sendo que a heterogeneidade que caracteriza este contingente da força de trabalho determina formas diferentes de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos fatores associados às condições de trabalho. Problemas como cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais, ademais, não afetam da mesma maneira as diversas categorias, sendo necessário atentar para as especificidades de cada uma, de modo a evitar a redução da capacidade de trabalho e da qualidade da atenção prestada aos pacientes (TEIXEIRA, p.2, 2020)

Nesse contexto, percebe-se a intensificação da carga horária de trabalho desses profissionais que integram a linha de frente ao combate à pandemia, a

intensificação não ajudará a controlar a pandemia, pelo contrário, colocará esses/as profissionais em grande risco. (CFESS manifesta, p.3 2020)

Foi necessário pensar sistematicamente em possíveis orientações para tentar promover minimamente a proteção dos profissionais nesse momento, partindo do pressuposto garantido por lei, conforme o artigo 7º do código de ética onde refere que é direito do profissional de serviço social “a – dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional”.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em conjunto com o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) publicou na segunda quinzena de março notas de recomendações e orientações sobre o exercício profissional de assistentes sociais mediante a pandemia do novo coronavírus. Apesar da profissão estar incorporada ao contexto de formação generalista, seguindo como ponto de partida as questões da expressão social, destaca-se em uma das orientações emitidas pelo CRESS-SP a importância dos profissionais estarem coletivamente organizados de modo a frisarem os limites de atuação no espaço institucional, e para isso, é preciso estar atento às atribuições privativas e às competências profissionais que regulamentam a profissão com a Lei Federal n.º 8.662 de 07/06/1993,

**Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:**

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

**Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:**

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

No dia 31 de março, foi publicada a orientação normativa n. 3/2020, dispondo sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais, onde consta que,

1. É garantido às famílias o direito de serem devidamente informadas sobre o óbito de seus entes e sobre as causas que resultaram no falecimento.

2. A comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social.

3. A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais

e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes.

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

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

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

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

Sabe-se que o assistente social dispõe de contribuições essenciais para a vida dos sujeitos presentes nos espaços ocupacionais, principalmente nesse momento de calamidade pública e regressão dos direitos sociais, que vão acabar afetando principalmente a população pauperizada. Compreende-se, segundo Bravo (BRAVO; MATOS, 2016) citado por Matos (2020), que na saúde, o objetivo do Serviço Social é a identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais que atravessam o processo saúde-doença para assim mobilizar recursos para o seu enfrentamento, articulado a uma prática educativa, que emancipe as classes subalternas.

Essa dimensão educativa busca por medidas e estratégias de informação e orientação à população a respeito do acesso aos serviços públicos, das informações oficiais sobre a doença, sua prevenção e tratamento, bem como e principalmente na defesa pela viabilização de acesso aos programas, serviços e benefícios sociais, e na contribuição para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação da instituição com as/os usuárias/os (CRESS-SP, p.11, 2020).

## CAPÍTULO III

### 3. LOCAL DA PESQUISA, MÉTODO E PERFIL DOS ENTREVISTADOS

#### 3.1 LOCAL DA PESQUISA

O hospital em questão constitui a alta complexidade, dado o seu conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, envolvendo procedimentos que necessitam de alta tecnologia e/ou alto custo como: oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumato-ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo), entre outros.

Tem como foco de atendimento os convênios privados, o atendimento particular e o SUS. Segundo a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do SUS,

Art.3- os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Atualmente, o hospital se caracteriza como um hospital de grande porte, possuindo 339 leitos, dos quais 204 são destinados ao atendimento de usuários do SUS, e tem como um de seus eixos constitutivos o fazer humanizado, pautado na Política Nacional de Humanização.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, é conhecida também como HumanizaSUS busca incluir os trabalhadores, usuários e gestores na produção do cuidado e dos processos de trabalho. Sua finalidade é colocar em prática os princípios do SUS, e possui como diretrizes norteadoras (PNH,2013),

**Acolhimento:** acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de

forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

**Gestão Participativa e cogestão:** cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

**Ambiência:** criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

**Clínica ampliada e compartilhada:** é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

**Valorização do Trabalhador:** é importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

**Defesa dos direitos dos usuários:** os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

O hospital institui as ações com o intuito de trabalhar com profissionais qualificados que valorizam os indivíduos, respeitando a história que os acompanha, na tentativa de marcar de forma positiva e humana o momento de fragilidade que o paciente vem a vivenciar.

Conta com o programa de residência multiprofissionais, que em 2005 foi instituída pela lei federal 11.129/0543:

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. (Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão).

### 3.2 MÉTODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada a partir de uma abordagem qualitativa, que segundo Godoy (1995, p.21),

hoje em dia a pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes.

A presente pesquisa qualitativa ocorre em nível exploratório e descritivo para geração de dados que contribuam na análise e reflexão acerca da interface entre serviço social e saúde em tempos de pandemia. O estudo exploratório permite ao investigador aumentar a sua experiência em torno de determinado problema ((TRIVIÑOS, 1987, p. 109), enquanto o descritivo visa efetuar a descrição de processos, mecanismos e relacionamentos existentes na realidade do fenômeno estudado, utilizando, para tanto, um conjunto de categorias ou tipos variados de classificações (GIL, 1999; CERVO; BERVIAN, 2002).

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista no formato semiestruturada, possibilitando ao entrevistado falar sobre o tema em pauta sem se prender às perguntas a ele dirigidas, pois permite a combinação de perguntas fechadas e abertas. (QUARESMA; BONI, 2005). As entrevistas fazem parte de uma técnica de coleta de informações, diretamente solicitadas aos sujeitos pesquisados, se tratando de uma interação entre pesquisador e pesquisado, a fim de apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam. (SEVERINO, p.124, 1941). Desta forma, foi possível investigar os fatores que abarcam a temática, analisando os percalços e os processos vividos pelos entrevistados durante esse momento de pandemia.

As questões da entrevista (anexo B) foram elaboradas com o apoio da orientadora, sendo realizadas individualmente de forma remota através da plataforma digital Google Meet, gravadas e transcritas para o Microsoft Word.

### 3.3 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

**QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO ENTREVISTADOS (AS)**

ENTREVISTADO (A)	SEXO
Aldévila	F
Alexandra	F
Ana Maria	F
Cassiana	F
Denise	F
Edilvane	F

Fonte: Gabriela Jachetta – Aluna entrevistador

Foram entrevistadas seis mulheres no período entre agosto e outubro de 2020, que atuam como assistente social em um Hospital de grande porte da região metropolitana de Campinas. Dentre elas, quatro são residentes, sendo que uma faz parte do programa de saúde da mulher, outra do programa de saúde da criança e as outras duas do programa de urgência e trauma.

As entrevistadas são chamadas por nomes fictícios, sendo todos os nomes escolhidos pela entrevistadora, os quais foram retirados de um memorial dedicado aos assistentes sociais que tiveram as suas vidas perdidas enquanto atuavam na linha de frente durante esse momento de pandemia. O intuito é tentar homenagear esses profissionais que tanto lutaram e dedicaram as suas vidas até os seus últimos suspiros por uma sociedade mais justa e humana.

O memorial pode ser encontrado no site do CFESS, denominado “Nosso Luto, Nossa Luta”.

## CAPÍTULO IV

### LUTO E LUTA: UMA ANÁLISE DOS DADOS SOBRE A REALIDADE VIVIDA PELOS ASSISTENTES SOCIAIS DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DA CIDADE DE CAMPINAS DURANTE ESSE PROCESSO.

*(...) Saudades dos que ficaram na história  
Dos que se ergueram diante do último tiro  
Pelos que derramaram quimeras vermelhas  
É tempo de recontar, de se armar, de conhecer  
E se preparar para entrar na história das emancipações (...).*  
*(Daniela Castilho)*

A análise e interpretação dos dados se deu a partir de cinco categorias de análise, sendo selecionados os fragmentos das falas mais expressivas de acordo com cada categoria: principais desafios, demandas recorrentes, estratégias adotadas para realizar os atendimentos, como humanizar o desumanizado; sentimentos frente ao inimaginável.

#### 4.1 PRINCIPAIS DESAFIOS

Como estudado no primeiro capítulo, o serviço social passa por momentos históricos de atuação profissional, desde as ações assistencialistas, até a concretização, influenciada pelo movimento de reconceituação, de uma atuação pautada e constituída pelo entendimento da questão social e das múltiplas expressões sociais a ela derivadas. Ou seja, de uma atuação crítica, organizada e operacionalizada no coletivo, respeitando os sujeitos e as suas histórias, a fim de mediar entre os serviços do território formas de viabilizar o acesso da população aos seus direitos e acesso a políticas sociais.

Quando perguntadas sobre os maiores desafios encontrados no exercício da profissão durante esse momento de pandemia, enquanto profissionais inseridas na política de saúde, e em um hospital terciário, as entrevistadas relatam:

*“os casos aumentaram, mas sem a gente poder contar com políticas públicas, sendo que os braços que a gente conta que são as ongs, enfim, esses serviços não estavam atendendo. A gente está trabalhando com a fragilidade desses serviços, porque o INSS mesmo se organizou para fazer tudo online, mas muitos pacientes estavam a dois meses sem receber e não tinham conseguido ser atendidos.” (Ana Maria)*

*“Está tudo demorando, os benefícios dos pacientes oncológicos estão demorando muito mais, a população mais idosa tem mais dificuldade ainda porque não tem um CRAS aberto, a perícia que eles conheciam do INSS, que era presencial está sendo tudo online, então quando não se tem uma rede de apoio desses pacientes fica uma sobrecarga pra gente também, porque a gente precisa ensinar eles a fazerem essa solicitação também, e não só encaminhar e orientar.”(Alexandra)*

*“Era difícil tentar articular com a rede de serviços, tanto de saúde quanto os serviços da assistência, sendo que eles estavam com o atendimento reduzido também né, então atendimento reduzido, trabalhando remotamente, muita coisa mudou, muitas orientações e processos mudaram. O INSS, por exemplo, o CRAS, o CADÚnico, a defensoria, o centro de saúde, todos estavam com um novo funcionamento. É difícil articular isso com um paciente que tem poucos recursos remotos ou condições mais urgentes a serem trabalhadas, então acho que o mais difícil era fazer essa articulação para tentar pelo menos conseguir uma alta segura para o paciente. O processo de trabalho continuou o mesmo só que muito mais intensificado, vezes 100, e enfim, continuavam todos os desafios, só que muito mais intensificados pela carga horária e pelas demandas novas também” (Denise)*

*“Eu vi uma dificuldade maior em relação às demandas que a gente já tinha, então se antes a gente conseguia articular uma alta de um paciente com mais facilidade, hoje já fica mais difícil porque se a gente precisa fazer articulação com rede, tem muito serviço que está parado”(Cassiana)*

Foi enfatizada na fala dessas quatro entrevistadas, uma dificuldade agravada em articular com as redes socioassistenciais como por exemplo: CRAS, INSS, Defensoria Pública , já que com a pandemia, ocorreu uma reorganização nos serviços, que afetou os horários de funcionamento e a viabilidade dos mesmos. Muitos profissionais estão em trabalho remoto ou encontram-se afastados por se constituírem como grupo de risco nos espaços sócio ocupacionais, como na assistência e na previdência.

Essa dificuldade em se articular com os serviços do território, e a diminuição dos recursos humanos nos serviços, sobrecarrega os profissionais, além de instigar um sentimento de frustração por não conseguir viabilizar ações em sua totalidade.

Ana Maria conta: *“nós ficamos em um determinado período com 9 atestados, éramos em 18. Esse período foi muito difícil porque somos 18 e já é muito corrido, dentro disso, desses 18 têm auxiliar administrativo também. Esse período de pandemia foi um desafio muito grande”*. Nesse sentido a fala de Aldévila reafirma: *“ficamos esse tempo trabalhando com poucos profissionais, ficou muito pesado e exaustivo, porque era a demanda de muitas pessoas que ficaram pra poucas”*.

Ainda se referindo às dificuldades enfrentadas nesse novo cenário, Aldévila relata:

*“Eu acho que é um momento de muita incerteza e de muita angústia, né!? Principalmente por ser uma doença muito nova, a qual está atingindo a maior parte da população e a gente não sabe como são os agravos dessa doença... Algumas pessoas ficam bem, outras não.” (Aldévila)*

A entrevistada nesse contexto afirma que a situação de calamidade pública, ao convocar os profissionais de serviço social a integrar a linha de frente no combate a Covid-19, fez com que eles experimentassem um “território permeado de medo” , onde esse sentimento como já explicitado por Matos (2020) se faz inerente durante esse contexto. Cassiana também relatou:

*“o desafio muito grande que a gente enfrentou e vem enfrentando é que além de precisarmos lidar com os pacientes e com as doenças em si, a gente se vê tão próximo da realidade, precisamos lidar com nós mesmos, com a relação com os colegas e com os pacientes, e com tudo que vem acontecendo por fora.” (Cassiana)*

As entrevistadas também apresentaram preocupação devido à dificuldade de articular e acessar outros serviços, como evidenciam as falas de Edilvane e Denise:

*“Para mim o maior desafio é você saber que está fazendo as articulações ideais, corretas, em tão pouco tempo, sem conhecer direito seu paciente. Hoje mesmo eu tive uma paciente que eu conversei com ela hoje, e ela teve alta hoje!. Foi vítima de múltiplos ferimentos por arma branca, situação de rua, drogadição, tinha uma rede de apoio familiar que conseguimos contatar para desospitalizar, mas eu conheci o mínimo dela, eu conversei com ela por 40 minutos, e ela foi embora, eu consegui orientar a delegacia, o IML, CEAMO, não cheguei no CAPS porque ela não tem intenção de parar de usar, mas são orientações, você não consegue trabalhar isso com a paciente de maneira adequada.” (Edilvane)*

*“A gente continuava com o nosso papel principal, que é tentar garantir que o paciente tenha acesso aquele direito que é dele e que vem sendo violado, e também dificultado por conta da pandemia. Com certeza, muitos pacientes ficaram desassistidos nesse momento, porque estávamos em menos pessoas, a gente não dava conta, então muitos devem ter ficado sem uma orientação básica de direitos. Vários outros direitos que a gente costumava orientar para que o paciente dê seguimento após a alta, para que a pessoa tivesse acesso aos recursos, acabou não sendo prioridade. Mais uma vez, a população fica desassistida, porque não temos recursos humanos o suficiente.” (Denise)*

Com tais falas foi identificado que as profissionais apresentam preocupações, apesar das adversidade postas, em realizar uma prática fundamentada na garantia aos direitos, que se consolida juntamente com o compromisso ético-político da profissão, e com a progressiva luta pela reforma sanitária, no que diz respeito à defesa da vida, da liberdade e da emancipação humana.

Ana Maria ao comentar: *“os casos aumentaram, mas sem a gente poder contar com políticas públicas”*, denuncia a fragilidade dessas políticas, ressaltada por Yazbek (2020) quando a mesma refere-se às políticas, que vem sendo sucateadas em um cenário de contrarreformas, principalmente com a realização da EC 95, que congela os gastos públicos por 20 anos. Além de apontar o incessante enfrentamento dos assistentes sociais frente ao projeto privatista que vem sendo implantado no Brasil, conforme já discorrido no segundo item do capítulo um, o projeto é pautado na política de ajustes, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.(BRAVO, 2009).

Portanto, essa situação agrava o já funcionamento inconsistente dos serviços de seguridade, no que engloba o funcionamento prático do cotidiano, fere a efetivação de um dos princípios norteadores do SUS, a integralidade, já que falta tempo e recurso em rede para atender os usuários de maneira mais integral.

## **4.2 DEMANDAS RECORRENTES**

Foi perguntado às profissionais se elas sentiam diferença em relação às demandas antes e pós pandemia, a que quatro delas responderam:

*“Cresceu muito a demanda de situação de rua, saúde mental e violência, violência não só contra a mulher, violência de uma forma geral, física. Quando eu entrei a minha R2 falou pra mim “desconhecido eu peguei um, na minha residência”, e eu já peguei uns sete.” (Edilvane)*

*“Sim, tanto pelo número de internações que aumentou muito, já que que o hospital acabou virando referência de urgência e trauma, aumentou o número de casos sociais, pacientes que chega com demanda de briga de rua mesmo, violência urbana” (Ana Maria)*

*“eu acho que o nosso público alvo que procura o serviço social nesse momento, vem se deparando com uma realidade muito mais vulnerável do que já era né, porque daí os serviços param, as empresas param, mas a vida não para. Então as pessoas estão sendo mandadas embora, tendo que correr atrás de auxílio emergencial, ou mesmo tendo que usar o transporte público para ir trabalhar ou para ir fazer tratamento.” (Cassiana)*

*“tem algumas diferenças acho que principalmente nas mudanças de legislação que eu falei. Por exemplo, a gente tem um benefício novo agora que é o auxílio emergencial, então a gente precisou estudar para poder fazer a orientação, adequação e possibilitar o acesso da população a esse benefício” (Aldévila)*

*“Apareceram muito mais demandas que nós não estávamos esperando em relação à vulnerabilidade social mesmo. Teve também muita mudança de legislação, frente à orientação de óbito, mudou tudo que a gente tinha de conhecimento, os protocolos mudaram, principalmente no começo, cada semana tinha um protocolo diferente, de EPI's de tudo.” (Alexandra)*

Segundo as entrevistadas, houve um aumento exponencial no número de pessoas em situação de vulnerabilidade social, ou acometidas por alguma violência, além do agravamento das demandas já trabalhadas.

Edilvane aponta um aumento significativo de pessoas em situação de rua, que chegam nos hospitais como “desconhecidas”, além de especificar a ocorrência de violência física, não apenas com mulheres, e sim no geral.

Conforme visto nos capítulos anteriores, o país vem sendo encabeçado por políticas contencionistas, de direita e de cunho privatista, que reforça a centralidade financeira aos donos dos meios de produção, e ajudam a concretizar o papel intrínseco do capitalismo em massacrar a classe trabalhadora.

Como afirma Cassiana, “os serviços param, as empresas param, mas a vida não para”. Essa situação de desproteção social tem sido extremamente agravada pela pandemia, e afeta principalmente a classe trabalhadora, ou como relatado por

Yazbek na página 38, afeta “12 milhões de trabalhadores desempregados; 40 milhões de trabalhadores informais precarizado e as 14 milhões de famílias do Cadastro Único.

Entre as novas demandas, as mesmas também se referiram às mudanças na legislação e nos protocolos, além de novas orientações em relação ao auxílio emergencial, aos benefícios eventuais e à orientação de óbito.

Ou seja, foi exigido além de todas as demandas, uma atualização das profissionais para tentar garantir os direitos desses usuários. Como afirma Edilvane “tínhamos que ler muito para entender todos os critérios, se atualizar diariamente quanto aos meios de acessos para orientá-los adequadamente.”

Vale ressaltar, que o hospital, como conta Ana Maria, acabou virando referência para atendimento em urgência e trauma, uma especialidade que consiste no atendimento imediato de pessoas que sofreram algum tipo de violência, acidente, entre outros. No entanto, apesar do hospital ter sido referência para essa especialidade, Ana e Denise sinalizam:

*“O hospital foi referenciado para atender os casos de violência e acidente, chegou uma hora que estávamos em duas UTI’s, e chegou um momento que estávamos com 3 UT’is e a UCO só atendendo Covid, então pronto socorro só atendendo Covid, o paciente evoluia a óbito no pronto socorro porque não tínhamos vaga, e não tinha vaga aqui e nem em outros hospitais, o que era muito doloroso”(Ana Maria)*

*“Nós tivemos momentos aqui, das utis lotadas de Covid-19, ou da unidade de enfermagem inteira lotadas de Covid, até as unidades que não eram de referência, com 5 casos de Covid, e a gente na linha de frente, tentando se adequar para atender tudo isso.”(Denise)*

Sendo assim, o número de pessoas hospitalizadas por Covid-19 no hospital foi significativo, e revelou uma ineficiência nos serviços do município, que também ficou sem conseguir ofertar vagas de leitos em alguns momentos, negligenciando a saúde da população.

Segundo Denise :“*estava um caos, ou o paciente estava morrendo por Covid ou por acidente, ou violência*”, ela reitera “muitos iam com uma demanda, pegavam Covid lá, e morriam, foi bem difícil para a família e para a gente lidar, porque teve

um pico disso acontecendo e foi tudo ao mesmo tempo”. A entrevistada demonstra um sentimento de revolta em relação às subnotificações dos óbitos por Covid-19:

*“Chegou um momento que não estava sendo tão noticiado mais, e dava aquela impressão de que as coisas estavam melhorando, mas nós que estávamos dentro do hospital sabíamos que não estava melhorando, muito pelo contrário estava o caos” (Denise)*

Tais situações demarcam a irresponsabilidade das instâncias governamentais principalmente a Federal frente à falta de ações emitidas para impedir a contaminação do vírus. O presidente, além de ignorar o colapso, reforça o “negacionismo” de parte da população, que acaba não respeitando as ações de contenção do vírus emitidos pela OMS, naturalizando a morte de centenas de pessoas.

As mortes pelo vírus ultrapassam a marca de 164.000, e vem favorecendo o agravamento de questões relacionadas à subsistência de milhões de brasileiros. O conceito de política da morte referenciado por Mbembe no capítulo dois, procede, já que o posicionamento do governo e as subnotificações geram uma falta de esclarecimento, ademais, como reitera Albuquerque (2020), uma subnotificação tão grande afeta a compreensão sobre a real dimensão da pandemia no país.

#### **4.3 ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA REALIZAR OS ATENDIMENTOS.**

A pergunta referente à realização da análise dessa categoria, busca entender as estratégias adotadas pelas profissionais para tentar manter a qualidade no atendimento e a defesa do posicionamento ético-profissional.

O projeto ético-político tecido pela categoria profissional, se fomenta através da busca de uma nova ordem societária sem exploração de classe, ou de qualquer forma de supremacia, esse projeto, como referido na página 27, tem como objetivo materializar através de ações práticas a liberdade do sujeito alienado ao sistema capitalista. A atuação dos assistentes sociais nos campos sócioocupacionais pode facilitar ao sujeito, como refere Netto (2009, in BRAVO) “possibilidades de escolher entre alternativas concretas”, por isso, é preciso que o profissional mantenha o

compromisso com a autonomia, a emancipação e a expansão dos sujeitos individuais.

Sobre isso, as profissionais enfatizaram:

*“A gente tem seguido bastante as orientações que o CFESS tem dado frente à pandemia, porque o serviço social ele sempre se depara com bastante demanda que não é atribuição da gente, e neste momento não está sendo diferente, o MS disponibilizou uma cartilha orientando que a gente daria a notícia do óbito, mas o CFESS em seguida se posicionou dizendo que não é nossa atribuição e que é negado ao assistente social. A gente não informa óbito. Mesmo porque a gente não identifica óbito, o médico identifica e descreve os motivos para as famílias” (Ana Maria)*

*“Acho que a gente tem feito bastante discussões de caso, enquanto assistente social residente a gente leva bastante esses casos para a preceptoría e para a coordenação para tentar discutir, não se calar mesmo, se a gente acha que está em desacordo com o nosso projeto ético político, com a nossa ética, com as nossas atribuições, a gente tem que levar adiante essa queixa, mas tem sido muito difícil ter algum resultado, porque não tem quem faça, sobra sempre para o serviço social, e sempre camuflado desse jeito de “ai porque vocês são mais humanizados” “tem um jeitinho de assistente social”, mas é isso, infelizmente não consigo falar que a gente se mantém fazendo coisas que são nossas atribuições, pelo contrário acho que é um processo que vai vir depois da pandemia, a gente perdeu bastante coisa que a gente já tinha encaminhado enquanto serviço para tirar do serviço social porque não era nossa atribuição, mas que acabou voltando para gente por causa da pandemia.” (Alexandra)*

*“A gente começou a ter critério de elegibilidade de atendimento, então cada assistente social, de cada a área, cada unidade, vai atender enquanto prioridade. Nosso maior sofrimento, é que tudo chega ao serviço social, então não tem como falar não isso a gente não pode atender, mas enquanto profissionais a gente tem buscado, para esse momento, nesse entra e sai muito intenso dentro do hospital, principalmente no pronto socorro que o paciente fica muito pouco tempo, enfim, a gente tem buscado essa questão de critérios de elegibilidade visto gravidades da situação.” (Edilvane)*

*“A gente tenta fazer as orientações, é meio desesperador porque a informação não chega para todos da mesma forma, é muito difícil ver as pessoas usando certo a máscara, porque é uma família muito vulnerável e não tem tanto acesso à informação, os pacientes que ficam em situação de rua, por exemplo, é difícil eles não tocarem na máscara, ou posicionar no rosto de forma correta, ou lavar a máscara a cada vez que usa, é quase impossível. A gente sabia que o risco era iminente, a qualquer momento podíamos nos contaminar ou contaminar outra pessoa, porque a maior barreira que nós tínhamos não era usada corretamente.” (Denise)*

*“Na medida do possível, a gente continua focado no nosso projeto ético político sem deixar que essas demandas emergências que vem*

*surgindo também, mas sempre trabalhando a questão de que é emergencial, entendendo que é importante nesse momento, a gente também precisa garantir o básico, foi um auxílio trabalhado também, as pessoas não chegaram lá e receberam uma doação de alguma coisa, a gente entendeu que poderia ser útil nesse momento para alguns usuários que a gente já conhecia. Seguimos firmes entendendo o nosso papel enquanto serviço social, embasado sobre o que é nosso e o que não é, porque ainda é muito comum pessoas confundirem o serviço social com aquele serviço que tá lá para acolher qualquer coisa que ninguém sabe o que faz e vai para o serviço social.” (Cassiana)*

*“Acho que uma das estratégias foi essa do serviço social, o telefone para continuar as abordagens, as orientações, junto com a psicologia que também fez isso. E acho que uma das estratégias nossa, que acho que todo mundo se empenhou muito, foi na questão da legislação, que estavam saindo agora, para poder amparar essa onda econômica que vai chegar de pobreza.”(Aldévila)*

A tentativa de validar o projeto ético político, conforme o que foi discorrido, vem sendo realizada por todas as profissionais entrevistadas, conforme enunciado, e a materialização tem se dado, entre outros aspectos, através da garantia de direitos, o que nem sempre acaba sendo totalmente efetivo, já que o momento revela diversas dificuldades, as quais já foram comentadas na primeira categoria. Edilvane declara de forma expressiva que para tentar validar o fazer profissional:

*“é preciso até mesmo bater de frente com as outras equipes, contestando que não pode desospitalizar o paciente agora porque a gente não tem como garantir uma desospitalização segura para ele, e isso é o mínimo, garantia de direito mínimo!, direito à vida, à saúde, enfim, é mínimo. Os médicos querem desospitalizar porque não tem porque a pessoa estar ali, clinicamente, mas socialmente não tem outro lugar para ele ir, e eu to preocupada sim com a desospitalização segura desse paciente, mas muitas vezes a equipe parece que não está.” (Edilvane)*

Ana Maria relata que para defender o posicionamento, foi preciso estar atento às publicações realizados pelo CFESS frente à pandemia, já Alexandra refere que foram feitas diversas discussões de caso e que foi preciso sinalizar para equipe os casos que vinham a sugerir uma violação ao Código de Ética, as atribuições profissionais e ao projeto profissional. Para Edilvane uma das estratégias da equipe foi aderir critérios de elegibilidade, fazendo com que fosse priorizado o atendimento “visto a gravidade das situações”, como ela mesmo cita.

As depoentes verbalizam dificuldades em delimitar as atribuições profissionais, como diz Edilvane: “tudo chega ao serviço social”, Alexandra expõe: “sobra sempre ao serviço social”, Cassiana reitera: “é muito comum pessoas confundirem o serviço social com aquele serviço que tá lá para acolher qualquer coisa que ninguém sabe o que faz e vai para o serviço social.” A fala de Alexandra completa: *“aí porque vocês são mais humanizados” “tem um jeitinho de assistente social”*.

Muitos profissionais de outras áreas não compreendem o papel do assistente social no espaço. A falta de entendimento não se limita à visão de outros profissionais. O ministério da saúde durante a pandemia, segundo Ana Maria, emitiu uma cartilha com uma nota equivocada, convocando os assistentes sociais a comunicarem aos pacientes a notícia do óbito, no entanto, isso não é atribuído ao assistente social, já que os mesmos não identificam as causas mortis do paciente. O papel do assistente social em relação ao universo do óbito, segundo o que foi citado no capítulo dois, a partir de uma nota do CFESS (2020), “é informar os familiares a respeito de direitos e benefícios, relacionados muitas vezes à previdência, aos seguros sociais, entre outros”.

Os informes pós óbito, relacionados a velório e enterro não se limitam ao assistente social, Alexandra pontua sobre a orientação pós óbito: “não necessariamente precisa ser feito pelo Serviço Social, eu vejo que a gente faz isso para tentar humanizar esse momento, mas todos deveriam ser humanizados, não tem que ser só uma questão do serviço social.”

Ainda sobre as respostas das entrevistadas, Denise relatou sentir um certo desespero ao passar as informações, ela entende que muitas vezes essa informação não chega a algumas pessoas da forma como deveria. São sujeitos em estado de vulnerabilidade social, ao qual muitas vezes foi negado o acesso aos direitos fundamentais. A fala de Ana Maria reitera: “O público que a gente atende não está em isolamento, está em isolamento em uma casa pequena para 10 pessoas”.

Uma das estratégias a que Adélvila se referiu, condiz com o oferecimento temporário dos benefícios eventuais, como a entrega de cestas básicas, que vem

sendo oferecida aos usuários em estado de maior emergência. A entrevistada compartilha que o benefício foi repassado com responsabilidade, sendo trabalhado com a equipe, e com os usuários. O entendimento das assistentes sociais do hospital sobre o repasse desse benefício também demonstra um comprometimento firmado com o projeto ético-político. É importante evidenciar a importância de a categoria entender tal questão, sendo que é dever do Estado fornecer as cestas básicas em casos de calamidade, e quando essa responsabilidade é transferida para a sociedade civil, a ação se transforma em caridade.

Fora isso, exige-se do assistente social um profundo entendimento sobre as suas atribuições e competências profissionais, a fim de bater de frente para defendê-las, dado que a profissão ainda é vista por boa parte dos integrantes dos serviços com estigma assistencialista, de ajuda, de caridade, uma prática que precisa ser superada, e que não se vincula aos ideários da atual conjuntura do serviço social.

#### **4.4 COMO HUMANIZAR O DESUMANIZADO**

Os princípios do hospital em questão vêm sendo respeitados, entre outras formas, com a realização de ações humanizadas aos pacientes inseridos no serviço de saúde, as ações são pautadas em ideais vinculados à política nacional de humanização, que busca colocar em prática os principais valores do SUS: universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde.

Por conseguinte a pandemia afetou a sociedade de maneiras imensuráveis, principalmente pelo fato de evidenciar números significativos de mortes, e de pessoas inseridas em serviços de saúde. Constituiu-se e vem se constituindo, como um acontecimento atípico, inimaginável, sobre o qual Denise em um dos momentos compartilhou: *“eu tive a oportunidade de ouvir de outros profissionais que estão no hospital há muitos anos, 20, 30 anos que nunca viu e viveu nada parecido com o que a gente estava vivendo”*. .

Sendo assim, foi pensado em decorrência do atual processo de desumanização, nessa categoria de análise. Desse modo, ela busca tentar refletir e entender sobre como tem sido trabalhado pelos profissionais o universo de humanização nesse período. A pergunta realizada foi: “é possível um atendimento humanizado em um hospital nesse momento de pandemia?”.

Ana Maria responde: *“Tem sido mais difícil adaptar as atividades humanizadas”*; Para Denise: *“Foi muito difícil, cada um lida de uma forma, e durante esse tempo o hospital se transformou em um ambiente muito mais estressante, triplicou o que era.”*; Aldévila diz: *“Por parte individual, continua, pelo menos pela minha atuação, não é porque a família não está presente, porque o paciente está em isolamento que não vai receber atendimento do serviço social.”* Cassiana discorre: *“O atendimento humanizado tem sido um grande foco, na medida do possível”*; já Alexandra conta *“Acho que a gente precisa tentar ir se adaptando”*.

As entrevistadas em sua maioria anunciaram que vem sendo difícil manter as ações humanizadas durante esse período. Durante a troca com Denise, ela compartilha:

*“eu acho que falando por mim mesma, nós temos que nos esforçar muito para não se acostumar com a situação, porque chega uma hora que a gente fala “mais um Covid, tudo bem, já foram 10 hoje, o que são 11”, é se esforçar para não se acostumar, não banalizar o paciente que está nessa condição, é importante validar a dor do paciente e do familiar, e não banalizar a dor que eles estão sentindo.”(Denise)*

A pandemia vem solicitando dos serviços uma reorganização, mas além de tudo, a realidade, exige que os profissionais estejam atentos em realizar atuações voltadas a partir da compreensão do paciente enquanto sujeito biopsicossocial. O novo conceito de saúde, citado no capítulo um, foi estabelecido em 1948 pela OMS, mudando a concepção de saúde para “um total bem estar físico, mental e social”. Ou seja, em teoria o sujeito passa a ser compreendido por sua totalidade, Edilvane em contraponto, sinaliza:

*“Eu acho que visto o momento que estamos vivendo, e eu falo isso porque eu entrei no hospital nesse momento, a pressa é tanta, para desospitalizar esse paciente, que a parte do humanizado, de entender esse paciente como pessoa de direito, vem só da nossa profissão. A questão do biopsicossocial é entendida, só pelo psicossocial, o bio não entende, isso é fato. O psicossocial, olha para o bio, entende e consegue falar em biopsicossocial, já o bio, de forma geral, tem uma compreensão difícil. E quando você não compreende o biopsicossocial, principalmente estando do lado de cá, de quem tem que compreender para aplicar isso de forma adequada para o paciente, a parte do humanizado fica de lado, a preocupação é com o quadro clínico. Então o atendimento humanizado, que respeita esse paciente integralmente quanto pessoa de direitos, fica*

*restrito a poucas profissões que compõem a equipe, que deveria se preocupar de maneira unida, pelo biopsicossocial.”(Edilvane)*

No caso relatado, podemos ver que Edilvane se indigna com o fato do processo saúde-doença não ser uma preocupação de parte dos profissionais que constituem a área biológica, muitas vezes a maior preocupação desses profissionais se limita estritamente ao quadro clínico do paciente, favorecendo um olhar desumanizado sobre o sujeito enquanto ser integral e multifacetado, focando no processo da doença.

Apesar de ter sido difícil conciliar as ações de humanização com o caótico momento pandêmico, as mesmas relataram que alguns projetos foram pensados especificamente para esse momento, já que ele modificou todas as formas de interação face a face, devido às medidas emitidas pela OMS, como o uso de EPI's nos serviços de saúde. Sobre isso a fala de Cassiana amplifica *“ficamos muito preocupados com o paciente que vem com uma demanda de Covid-19 e precisa ficar isolado, longe da família e que o único contato que tem é com a equipe médica, uma equipe que vem toda paramentada, disfarçada”*.

*Entre os projetos e métodos de humanização colocados em prática estão:*

*“a gente tem feito algumas coisas como colocar uma mensagem em cima das marmitas, o projeto chama “banquete de carinho”, a mensagem vai para quem está no hospital em isolamento, vem escrito “estamos com você” “você vai vencer” “sorria, você está sendo amado” “confie em quem escreve a sua história”. Fizemos esse projeto junto com as equipe de nutrição. Para as crianças isoladas, ao invés da mensagem vai um desenho. Tem o processo junto com os hospitalhaços, no qual se mantém por atendimento remoto, e as pessoas estão aceitando bem.”(Ana Maria)*

*“começamos com o projeto de deixar mensagens aos pacientes nas marmitas de almoço e jantar. Fizemos na unidade que estão recebendo os pacientes, crachás com uma foto grande do profissional, para que a pessoa reconheça o profissional que está lá. Nas alas de enfermaria, as visitas continuaram acontecendo, restrita, mas continuamos permitindo com as orientações de paramentação, mas mesmo assim muitos optaram por ficar sozinho, então permitimos o uso do celular para conseguir manter o contato com a família. Começamos a liberar as visitas aos pacientes mais críticos também, porque na UTI covid-19 eles ficam em quarto individual com porta de vidro, e o familiar não precisa entrar no quarto, mas como tem alguns pacientes em situações mais graves, entubados e inconscientes, tudo com horário agendado para evitar ao máximo o contágio. Conseguimos fazer com que o familiar pelo menos pudesse ver, para tentar garantir que ficasse um pouco mais humano porque*

*é isso, uma paciente tava entrando, alguns iam a óbito e a última vez que a família tinha visto era quando o paciente chegou no hospital. [...] Junto a isso os familiares estão recebendo o boletim médico por telefone, pelos próprios médicos. Na enfermaria a gente manteve o acompanhamento para idosos e crianças, até porque é direito deles. Conseguimos em conversa com os familiares para que eles fossem aos poucos para tentar evitar aglomeração e garantir o direito ao paciente. Orientamos que se puder, é melhor não ficar pelo risco, mas entendemos a necessidade de cada um.*

A partir dessas narrativas verificamos o engajamento não só do serviço social, e sim de um conglomerado de profissionais do hospital, preocupados em tentar viabilizar sistemicamente um momento mais humano a esses pacientes e familiares em significativa fragilidade. Para isso foi preciso pensar coletivamente com profissionais de outros setores, respeitando a individualidade de cada sujeito e concomitantemente a sua história.

#### **4.5 SENTIMENTOS FRENTE AO INIMAGINÁVEL**

Como discutido no referencial teórico, os assistentes foram convocados para pelo 3º artigo do código de ética a “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidade”.

Como citado no segundo capítulo, os assistentes sociais que integram a linha de frente na saúde nesse momento compõem um segmento da categoria que precisou continuar trabalhando, apesar dos riscos, incessantemente nos serviços de saúde.

Nesse sentido, quando perguntadas sobre como elas vem se sentindo profissionalmente e pessoalmente durante esse período, obtivemos as seguintes respostas:

“É um momento de fragilidade muito grande para todo mundo, ter ficado um período muito grande longe dos meus pais foi difícil. O isolamento mexe muito com a gente, mas eu gosto de estar trabalhando na linha de frente, é pesado, mas eu prefiro estar trabalhando do que não estar. Eu acredito que tudo tem um propósito, no início eu fiz sessões com a minha terapeuta.” (Ana Maria)

“No começo foi muito mais difícil, eu estava com muito medo, deixei de ver a minha família porque eu não queria contaminar ninguém. Os colegas começaram a ficar infectados, éramos em poucas e ficou

muito corrido, o que acabou gerando uma ansiedade, aos poucos vamos aprendendo a ficar mais atento ao que precisamos cuidar e vamos ficando mais tranquilo [...] ainda fico frustrada e com medo quando vejo as pessoas agindo como se tudo estivesse normal, já tivemos semanas que tivemos 5 óbitos de Covid, e estamos nesse fluxo do óbito junto a família, então me deixou muito impressionada, principalmente essa questão de não poder velar e não poder fazer nada.”(Cassiana)

“Não foi fácil, durante o início da pandemia eu estava mais tranquila, pensando positivo que tudo ia dar certo, ainda não estávamos atendendo os pacientes dessa forma, a gente sabia que poderia acontecer um caos generalizado, e muitas pessoas não teriam leito, era meio difícil imaginar, porque a gente não tinha vivido isso ainda, não ter leito em nenhum lugar, era difícil visualizar. Os casos começaram a aparecer, o processo de trabalho foi se intensificando, o que foi muito complicado foi enquanto residente mesmo, porque a gente não está no hospital 6 horas, à gente está 12 horas, e lá em junho as nossas aulas acabaram e dava uma ajudada a sair do ambiente hospitalar, a gente se sentia mais segura em casa, e quando entramos de férias a gente ficava 12 horas todos os dias no hospital. Enquanto residente da urgência e trauma eu estava direto com pacientes com covid, demanda de acidente, violência, então ficou muito pesado, ninguém mais estava afastado, mas muito pesado atender esse tipo de demanda todos os dias, eu fiquei muito mal de saúde mental, foi terrível...eu estava tendo crise de choro em quase todos os plantões, tinham muitos pacientes que eu acabava me vinculando e acabava indo a óbito, situações que geralmente eu lido com mais facilidade eu já não estava conseguindo lidar. Eu perdi peso, fiquei sem apetite, troquei comer por dormir porque tudo estava muito cansativo. Eu estou tentando lidar, mas é muito triste ver as pessoas morrendo, quando a gente pensou né, que íamos passar por uma pandemia. A gente não tem perna para auxiliar todo mundo, isso enquanto serviço social, mesmo sem pandemia, tem coisas que não podemos fazer, e o paciente vai sair dali e vai sofrer mesmo.” (Denise)

É um misto de cansaço, desafio, não sei a gente fica meio instável emocionalmente, de muito cansaço, muita pressão, muita mudança. [...] enquanto residente a gente fica muito desamparado, principalmente nos casos que ocorreram a doença, porque a gente não tem direito a afastamento por saúde, então temos que pagar essas horas de qualquer jeito. Foi feita uma proposta de pagar essas horas numa prática, fazendo alguns trabalhos, mas mesmo assim a gente precisa pagar, mesmo com atestado, exame comprovando que pegamos a doença, e mesmo assim depois a gente teve que trabalhar a mais por isso. A angústia também de alguns serviços não estarem funcionando e a gente vê a população precisando dessa articulação entre serviço e assistência e ela ter ficado um tempo parada” (Aldévila)

“Profissionalmente eu estou exausta, porque a residência já é um processo exaustivo, de 60 horas, de muita dedicação. Recentemente eu perdi uma pessoa querida, por conta do Covid, então eu acho que é muito importante a gente fazer uma terapia, alguma coisa, e

enquanto residente é praticamente impossível, por conta da carga horária. A gente além de estar perdendo pessoas queridas, a gente está acolhendo famílias que estão perdendo pessoas diariamente no hospital, então é um processo que precisam ser trabalhados com a gente. Exige muito da nossa saúde mental, mais do que da física, porque a física a gente descansa, dorme, o mental não. [...] O hospital começou a disponibilizar um atendimento psicológico durante essa pandemia para os residentes, mas fica difícil ir, a gente não consegue se desligar, deixar de atender um paciente para cuidar da gente. (Alexandra)

“Profissionalmente eu me sinto muito competente. Porque realmente não está fácil, temos que ter um domínio muito grande, e pessoalmente é ter em quem se apoiar, porque tem dias que são bem pesados, que você se questiona enquanto assistente social mesmo, que não pude fazer mais por aquele paciente, e não porque eu não quis, ou porque não consegui elaborar estratégias de ação boas o suficiente, mas porque eu não tenho com quem articular, não tenho Leis em que me apoiar. Estamos apoiados em garantias de mínimos, e trabalhando onde estou hoje e vendo o que vejo, percebo que esses mínimos, são quase inexistentes. Que garantia é essa? Garantia nenhuma, sinceramente, ter que desospitalizar um paciente para rua, pois ele não tem para onde ir, e não tem nada para receber, não têm benefício, o máximo que eu posso fazer é uma articulação com os serviços que estão na rua, mas ainda assim é um serviço que não vai acompanhar integralmente esse paciente, e sim pontualmente. É muito frustrante em muitos momentos, perceber que o que você pode fazer é praticamente insignificante para muitas pessoas, e você está fazendo tudo que pode.”(Edilvane)

Através de suas falas, verifica-se que o momento pandêmico afetou a todas de forma negativa, sendo referidos, diversas vezes, sentimentos como: medo, frustração, cansaço, angústia, tristeza, e ansiedade.

Como abordado no capítulo dois, não se sabe ao certo sobre a origem do vírus, e sobre os seus reais desdobramentos, já que ele afeta as pessoas de maneira muito variável, sendo que “80% dos pacientes com COVID-19 apresentam sintomas leves e sem complicações, 15% evoluem para hospitalização que necessita de oxigenoterapia e 5% precisam ser atendidos em unidade de terapia intensiva (UTI)” (OMS).

Ou seja, esse é um momento de muita incerteza para toda a sociedade, causa medo, principalmente aos profissionais que se deparam com isso no dia a dia, e reconhecem que ao compartilharem desse espaço, o risco de contaminação tende a se agravar. Ana Maria e Cassiana, por exemplo, disseram que nesse momento, foi

preciso ficar distante da família, já que tinham muito medo de transmitir a Covid para ela. Então, além de ser um momento muito pesado, o profissional precisou se afastar fisicamente de pessoas que poderiam servir como suporte para ajudá-los a passar por isso.

A questão dos profissionais precisarem orientar um pós óbito que passou a ser vivido de forma tão “fria”, também foi muito difícil, porque além de ser doloroso ver o outro sofrer, essa é uma realidade que qualquer um pode viver nesse momento, e por elas estarem ali, expostas, essa realidade parece estar muito mais próxima. Como fala Cassiana: “me deixou muito impressionada, principalmente essa questão de não poder velar e não poder fazer nada”, e como relata Denise “Eu estou tentando lidar, mas é muito triste ver as pessoas morrendo”.

Também foram unânimes os apontamentos das profissionais de residência multidisciplinar, que declaram um cansaço mais exacerbado pelo fato de estarem inseridas no hospital por mais tempo, o que pode intensificar ainda mais a carga horária e o cansaço psicológico vivido por elas. Entre as declarações elas contam que sentiram-se desamparadas em alguns momentos, porque enquanto residentes, mesmo com a apresentação do atestado de saúde, por exemplo, as horas precisam ser pagas, conforme comentário de Aldévila: “foi feita uma proposta de pagar essas horas numa prática, fazendo alguns trabalhos, mas mesmo assim a gente precisa pagar, mesmo com atestado, exame comprovando que pegamos a doença”.

Entre as residentes, Alexandra desabafa que perdeu uma pessoa muito querida por conta da Covid, e particularmente está exausta, reforçando: “Acho que quem não tinha alguma questão de saúde mental vai desenvolver porque não tem como, tem sido bem difícil”.

Por se tratar de um cenário atípico, pendendo ao inimaginável, Denise afirma que no começo estava positiva, porque ficava muito difícil visualizar uma conjuntura com todos os leitos ocupados, porém, com o tempo se formou um “caos generalizado”, propulsionado pela extensa carga horária vivenciada enquanto residente e pelo agravamento dos casos sociais, fazendo com que ela se sentisse totalmente esgotada.

Cabe ressaltar que o hospital oferece serviço psicológico aos profissionais contratados, e começou a ofertar aos residentes também, que segundo elas, se deu depois de muitos questionamentos. Entretanto, aos residentes a proposta chegou tardiamente, e além disso, como consta Alexandra: “fica difícil ir, a gente não consegue se desligar, deixar de atender um paciente para cuidar da gente.” E fora do hospital fica quase impossível aos residentes realizar um processo terapêutico, já que eles passam 60 horas semanais dentro dos espaços hospitalares.

Em contrapartida, Edilvane refere se sentir competente enquanto profissional, a fala dela amarra todas as categorias. Ela se vê frustrada e nos leva a questionar a atuação profissional. Ela relata com extrema inquietação: *“Estamos apoiados em garantias de mínimos, e trabalhando onde estou hoje e vendo o que vejo, percebo que esses mínimos, são quase inexistentes. Que garantia é essa!?”*.

Nesse contexto, é confirmada a hipótese do CFESS localizada na página 30, que cita que “a intensificação não ajudará a controlar a pandemia, pelo contrário, colocará esses/as profissionais em grande risco”. A problemática da saúde mental foi trazida como fator interveniente, através da pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho teve como objetivo abordar e analisar os desafios e os percalços enfrentados pelos profissionais de serviço social, que integram a linha de frente na política de saúde, inseridos em um hospital de grande porte, em tempos de pandemia.

Isso se deu a partir da compreensão dos processos históricos do serviço social na política de saúde, e da implementação do SUS como política social, que vem a operacionalizar a definição de saúde, situada na Constituição Federal de 1988. Notou-se que as demandas apresentadas pela população chegaram mais agravadas, observando-se a fragilização física, psicológica e social dos usuários, diante de múltiplas violências nas mais diversas instâncias

O processo histórico da "sucateização" e uma atuação irresponsável do desgoverno protagonizado pelo Presidente da República, em exercício no ano de 2020, com a falta de interesse em contemplar os direitos instituídos na Constituição Federal desumaniza diariamente a população, e os profissionais, causando uma crescente precarização no trabalho. Esse fenômeno afeta as diversas camadas sociais, sendo extenuante nas mais subalternizadas, mais afetadas pelas condutas "necropolíticas" do desgoverno federal.

Em consequência, todo o processo vivenciado na pandemia foi intensificado e agravou as já ineficientes políticas sociais que englobam o tripé de seguridade social. Tal cenário, baseado nas entrevistas, foi sendo delineado, as questões de culpabilização individual e adoecimento foram evidenciados em atuações que não atenderam as expectativas da maioria das profissionais, gerando constantes indagações sobre o fazer profissional e a ética, visto que são negados a sociedade de forma geral os direitos básicos e aos trabalhadores do serviço social a impossibilidade de atuação em sua plenitude do projeto ético político, havendo um confronto entre o ideal e a realidade.

A humanização em sua concepção clássica, se torna progressivamente distante visto tantas demandas. Para tanto, se apresenta como necessário e sugestivo deste trabalho o olhar crítico para a concepção de humanização perante a pandemia compreendida de outra forma, pois o fazer real das entrevistadas ressaltam sempre a preocupação apesar de medidas feitas muitas vezes de forma

rápida, atropelada, sendo um processo vivenciado dia a dia, “entre erros e acertos” de uma busca por fazer saúde integral em calamidade e sem referências anteriores. A promoção e a prevenção da saúde na prática estão sendo negligenciadas devido às implicações técnicas cotidianas focadas nas intervenções emergenciais.

Novas questões vão surgindo a partir de tais reflexões, como continuar a exercer a profissão dessa maneira? ou até mesmo a convivência entre a atuação e a manutenção dos objetivos capitalistas liberais? Como cuidar desses profissionais pós pandemia? É possível preparar os estudantes a fim de enfrentar possíveis situações adversas como essa? Enfim, o que é ser assistente social no ambiente pandêmico e como ficaremos em um contexto pós pandemia? São respostas ainda muito incipientes em um contínuo, atual e dolorido processo de construção e desconstrução de uma profissão que se faz na luta e no coletivo.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Renan; et al. **Os desaparecidos da COVID-19** - Quarentenas Amazônicas - Volume 6, Alexa Cultural: Embu das Artes/SP, EDUA: Manaus/AM, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54727328>. Acesso em: 25 out. 2020

Auxílio Emergencial. **Site da caixa.** Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/auxilio/PAGINAS/DEFAULT2.ASPX>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2001

BRAVO, Inês de Souza; MOTA, Ana Elizabete; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; Marsiglia; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009;

BRAVO, Inês de Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: Fundamentos Sócio-Históricos.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014. Livro eletrônico, Kindle.

BOSCHETTI, **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação.**

**Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

COELHO. C. C. **Acesso, Qualidade e Humanização na Assistência Farmacêutica com Controle Social.** 2003. Fpolis/UFSC/Mimeo.

COSTA, Laila, T, C et al. **Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde.** Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.4, p.1094-1104, 2018.

CHUPEL, C. P. **O acolhimento em saúde para os profissionais do Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância**

**junto aos processos socioassistenciais.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2005.

CFESS MANIFESTA. **Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social.** Brasília (DF), 23 de março de 2020. Gestão É de batalhas que se vive a vida!. Disponível: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>.

CRESS. **Novas orientações do cress-sp para assistentes sociais sobre o trabalho profissional diante da pandemia do coronavírus Covid-19.** CRESS-SP. 2020. Disponível: [http://cress-sp.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Nota-Nova-Orientacao-do-CRESS-Covid-19-vers%C3%A3o\\_final.pdf](http://cress-sp.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Nota-Nova-Orientacao-do-CRESS-Covid-19-vers%C3%A3o_final.pdf). Acesso: 10 nov. 2020

Diário oficial da União. **LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020** Publicado em: 07/02/2020 | Edição: 27 | Seção: 1 | Página: 1. Órgão: Atos do Poder Legislativo.

Disponível: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso: 01 Set. 2020.

ENGELS, Friedrich. **A Situação da Classe Trabalhadora Na Inglaterra.** Edição revista. - São Paulo : copyright da tradução © boitempo editorial, 2007, 2010 traduzido do original alemão: Die Lage der Arbeitenden Klasse in England. Leipzig, Otto Wigand Verlag, 1845.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social.** In: Machado R, organizador. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 1972. p. 79-98.

FLEURY, Sonia; LOBATO, C, V, L. **Participação, Democracia e Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Reconceituação do Serviço Social no Brasil: uma questão em movimento?** Revista Serviço Social & Sociedade nº 84. p 21-36. São Paulo: Cortez, 2005.

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil [online].** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa Qualitativa, tipos fundamentais.** Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. 1995

RIBEIRO, Lourival. **O Barão do Lavradio e a Higiene no Rio de Janeiro.** Editora Itatiaia limitada, Belo Horizonte- Rio de Janeiro, 1992.

KAZLOWSKI, S. Z. **Como a família se organiza no processo de recuperação da saúde: o papel dos acompanhantes..** 80f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de dezembro de 1990.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

LIMA, André Rômulo. **A lei geral de acumulação capitalista e as crises cíclicas.** Mestrando em Economia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Leituras de Economia Política, Campinas, (16): 87-110, jun. 2010.

LOAS - **Lei nº 8.742 de 07 de Dezembro de 1993.**

Disponível:<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/11355697/paragrafo-1-artigo-22-da-lei-n-8742-de-07-de-dezembro-de-1993>. Acesso: 13 nov. 2020

MARX, Karl. H; ENGELS, Friedrich. **O Manifesto Comunista.** Edição Eletrônica. 1848.

MBEMBE, Achille. **NECROPOLÍTICA.** Arte & Ensaios | revista do ppgav/eba/ufrj | n. 32|dezembro de 2016.

MATOS, Maurílio, C. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde.** Rio de Janeiro, 06 de abril de 2020.

NEGRI, Fabiana L; Maria Teresa dos Santos; Tânia Regina Krüger **.Atuação da/o assistente social em face da pandemia da Covid19: orientações técnicas elaboradas pelo conjunto cfess/cress.** Abril 2020. [online].

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. In: LEORATO, Samara. **O MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO.** Revista Maiêutica, Indaial, v. 4, n. 01, p. 25-33, 2017.

OLIVEIRA, Jaime; et al. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes; Abrasco, 1986. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf>. Acesso em: 8 Ago. 2020.

**ORIENTAÇÃO NORMATIVA n.3/2020.** CFESS, conselho federal de serviço social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Zoonoses.** Disponível em: <http://www.who.int/topics/zoonoses/en/>. Acesso em 13 de set. de 2020.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812). Acesso: 01 de set. 2020.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Séries de seis fascículos em Saúde no Brasil. Publicado online, em 9 de maio de 2011.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PRAUN, Luci. **A Espiral da Destruição: legado neoliberal, pandemia e precarização do trabalho**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00297129. DOI: 10.1590/1981-7746- sol00297

PNH. **Política Nacional de Humanização**. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília-DF, 2013. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso: 10 nov. 2020

SEVERINO, Antônio. J. **Metodologia do trabalho científico**. Cortez Editora. 23ª Edição. 2015, SP.

TEIXEIRA, C.F.S, Soares, C.M., Souza, E.A, Lisboa, E.S, Pinto, I.C.M., Andrade, L, Esperidião, MA. **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19**. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2020/Jun). [Citado em 17/11/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-pandemia-de-covid19/17634?id=17634>

TRIVIÑOS, A. N. S. CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A; GIL, A. C. In SILVA, A. J. H. **Metodologia de pesquisa: conceitos gerais**. Unicentro, Paraná.

VENTURA, Deisy; SILVA, Marcelo D. **LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE ET LES GRANDES PANDÉMIES**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 280-283. Jul./Out. 2008.

World Health Organization. **Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance, 4 April 2020**. Geneva: World Health Organization; 2020.

YAZBEK, Maria Carmelita, **Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 138, p. 207-213, maio/ago. 2020.

YAZBEK, Maria Carmelita. In: PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; Cronemberger, Izabel Herika Gomes Matias (Orgs). **SERVIÇO SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA: provocações ao debate**. EDUFPI.Teresina, 2020. Ebook. prefácio:p. 14-20.

YUEN, Kit-San; Ye, Zi-Wei; Fung, Sin-Ye; et al. **SARS-CoV-2 e COVID-19: as questões de pesquisa mais importantes**. Publicado em: Cell & Bioscience, 16 Mar. 2020. Tradução por: Rocha, Brenda Malucelli et al. Disponível em: <http://www.toledo.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2020/03/SARS-CoV-2-e-COVID-19-as-questoes-de-pesquisa-mais-importantes.pdf>.

**Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso: 20 de out. de 2020.

**LEI Nº 13.982, DE 2 DE ABRIL DE 2020.**

Disponível:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm).

Acesso: 10 nov. 2020.

CREPALDI, M. A. Schmidt, B., Noal, D. S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). **Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas**. Estudos de Psicologia (Campinas), 37, e200090. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.

**Em tempos de pandemia: propostas para a defesa da vida e de direitos sociais/** [organizadores] Elaine Moreira, Rachel Gouveia [et al]. - Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020. 155p. (versão online)

INFORME 3. **Os benefícios eventuais do suas em tempo de pandemia**. Frente Nacional em defesa do SUAS e da seguridade social.2020.

**Os impactos da 'Reforma' da Previdência na classe trabalhadora**. Brasília (DF), 28 de outubro 2019. Gestão É de batalhas que se vive a vida! Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2019-manifesta-previdencia-outubro.pdf>. Acesso: 10 Out. 2020.

**ANEXO A: Termo de Consentimento livre e esclarecido****ANEXOS****Anexo A - Termo de consentimento livre e esclarecido**

Eu \_\_\_\_\_,

R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada na pesquisa de campo referente ao projeto de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “A Interface entre Serviço Social e Saúde em Tempos de Pandemia pelo Novo Covid-19”, sob a responsabilidade do aluno Gabriela Jachetta e orientada pela Profa Dra Jeanete Liasch Martins de Sá, desenvolvido através da Faculdade de Serviço Social – Centro de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fui informada, ainda, de que poderei contatar/consultar a orientadora, a qualquer momento que julgar necessário, através do telefone 3343-7019 ou e-mail [fss.cchsa@puc-campinas.edu.br](mailto:fss.cchsa@puc-campinas.edu.br).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais, busca refletir e analisar por meio qualitativo, sobre a Interface entre Serviço Social e Saúde em Tempos de Pandemia pela Covid-19”.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo seus orientadores.

A aluna responsável pela pesquisa me ofereceu uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da aluna: \_\_\_\_\_

**ANEXO B:** Roteiro para entrevista com as assistentes sociais que contemplam um hospital de grande porte de Campinas.

## **Roteiro para entrevista**

### **PERFIL DO ENTREVISTADO**

**1. Sexo:**

( ) Feminino

( ) Masculino

**2. Vocês estão fazendo escala?**

( ) Sim

( ) Não

**Se sim, como está funcionamento?**

---

**3. É residente?**

( ) Sim ( ) Não

### **PRÉ X PÓS PANDEMIA**

1. Qual têm sido os principais desafios com os quais vocês vêm se deparando no exercício da profissão?

2. Você sente diferença em relação à demanda do serviço antes da pandemia e atualmente? Se sim, quais as demandas mais recorrentes hoje?

3. Que estratégias vocês tem adotado para manter a qualidade no atendimento, e a defesa de nosso posicionamento ético?

4. Como a população usuária tem percebido a atuação do Serviço Social nesta unidade, durante esse tempo?

5. Como é possível o atendimento humanizado em um hospital diante um cenário de pandemia?

6. Como você vem se sentindo nesse momento? (tanto no âmbito profissional quanto no pessoal).

.