



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

SUELLEN REGINA DE FREITAS FERREIRA

SERVIÇO SOCIAL ANTE A URGÊNCIA DA URGÊNCIA:
impactos da pandemia da covid-19 no trabalho em Hospitais e Prontos-Socorros
Adultos do Amazonas

Manaus

2024

SUELLEN REGINA DE FREITAS FERREIRA

SERVIÇO SOCIAL ANTE A URGÊNCIA DA URGÊNCIA:
impactos da pandemia da covid-19 no trabalho em Hospitais e Prontos-Socorros
Adultos do Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do grau de mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Linha de pesquisa 1: Serviço Social, Trabalho e Políticas Públicas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Roberta Ferreira Coelho de Andrade

Manaus

2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pela autora.

F383s Ferreira, Suellen Regina de Freitas
Serviço social ante a urgência da urgência: impactos da
pandemia da covid-19 no trabalho em Hospitais e Prontos-Socorros
Adultos do Amazonas / Suellen Regina de Freitas Ferreira. 2024
150 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Roberta Ferreira Coelho de Andrade
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na
Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Trabalho profissional. 2. Serviço social. 3. Pandemia. 4. Política
de saúde. 5. Amazonas. I. Andrade, Roberta Ferreira Coelho de. II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

SUELLEN REGINA DE FREITAS FERREIRA

SERVIÇO SOCIAL ANTE A URGÊNCIA DA URGÊNCIA:
impactos da pandemia da covid-19 no trabalho em Hospitais e Prontos-Socorros Adultos do
Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, sob a orientação da Professora Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade, como requisito para obtenção do grau de mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Aprovada em 30 de setembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Presidente

Professora Dra. Lucilene Ferreira de Melo
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Membro Interno

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Membro Externo

Aos meus amados avós, Jovelina e Raimundo Nonato (*in
memorian*), cujo amor e cuidado são o calafeto da canoa da
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de uma jornada de dedicação pessoal, enriquecida pela contribuição inestimável de pessoas especiais, às quais dedico minha profunda gratidão. Agradeço primeiramente a Deus, por me fortalecer ao longo desta caminhada.

À minha família, especialmente meus pais, Socorro e Reginaldo, e minha irmã Jovana, por seu amor, paciência e compreensão, ao abrirem mão da minha convivência familiar. Ao meu marido, André, minha base inabalável, com quem enfrento qualquer adversidade;

À minha orientadora querida, Prof.^a Dr.^a Roberta Ferreira Coelho de Andrade, minha guia e fortaleza, cuja generosidade e acolhimento foram fundamentais, bem como à sua família, que me acolheu com muito amor no seio do seu lar;

À minha professora e incentivadora, Prof.^a Dr.^a Lucilene Ferreira de Melo, por seu constante apoio, mesmo durante minha ausência acadêmica, sendo parte essencial desta conquista;

Ao Professor Maurílio Matos pelas contribuições generosas no exame de qualificação;

À minha amiga Anelise, sempre presente, mesmo à distância, pelo suporte incondicional desde o início;

Às minhas irmãs do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS/UFAM), que me fortaleceram em todos os aspectos possíveis. Minhas amadas Escarlete, Shirley, Isadora e Evelyn, que, além de tudo, me ajudaram diretamente com a pesquisa. Adriana, Silvana e Marjory, pelo carinho, trocas e companheirismo;

Às assistentes sociais que participaram da pesquisa e compartilharam comigo suas vivências e resiliências durante a pandemia.;

À Shyrlen Cristiane Pinto, pelo apoio na obtenção de anuência junto à SES;

Ao Grupo de Estudos de Serviço Social, Trabalho e Direitos na Amazônia (ESTRADAS), pelo compartilhamento do processo de aprendizagem;

A toda equipe da Faculdade de Odontologia (FAO/UFAM), colegas de trabalho, que me deram apoio e foram compreensivos quando precisei me ausentar por diversas vezes. Em especial à Ingrid, Deisy, Ronilda, Rozilene e Prof.^a Flávia, pelo incentivo e suporte emocional;

Aos professores e professoras da Universidade Federal do Amazonas, em especial aos docentes do Departamento de Serviço Social (DSS) e do PPGSS, que contribuíram para minha formação;

À Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Amazonas (FAPEAM), pelo apoio financeiro e concessão da bolsa de mestrado, que viabilizaram a realização desta pesquisa.

RESUMO

A pesquisa intitulada SERVIÇO SOCIAL ANTE A URGÊNCIA DA URGÊNCIA: impactos da pandemia da covid-19 no trabalho em Hospitais e Prontos-Socorros Adultos do Amazonas tem como foco o trabalho profissional de assistentes sociais inseridos/as na urgência e emergência em meio à pandemia. Delimitou-se como *loci* os Hospitais e Prontos-Socorros Adultos (HPSAs) do Amazonas, que foram as unidades destinadas ao atendimento dos casos graves da covid-19, e que, pelo volume da demanda e dimensão da crise sanitária, com grande quantitativo de óbitos, precisaram de contêineres frigoríficos. Os sujeitos da pesquisa são assistentes sociais que atuam nos HPSAs supracitados, pois atuam e atuaram com o dobro da emergência: tanto pelo contexto de pandemia quanto pela finalidade dos hospitais. Desta forma, requisitados a responder mais rapidamente às problemáticas apresentadas no cotidiano profissional e a lidar com mais pressões da administração das unidades de saúde e da população que demanda o atendimento em caráter de urgência. Tem como objetivo geral: analisar os reflexos da pandemia da covid-19 na configuração do trabalho das/dos profissionais de Serviço Social dos Hospitais e Prontos-socorros Adultos do Amazonas. Os objetivos específicos são: problematizar a urgência e emergência no sistema de saúde do Amazonas e os efeitos da pandemia sobre os trabalhadores dos HPSAs do Amazonas; investigar as metamorfoses das condições e relações de trabalho das/dos assistentes sociais nestas unidades em meio à crise sanitária; caracterizar os embates e as estratégias dos/as assistentes sociais na urgência e emergência do Amazonas frente ao contexto pandêmico. Para o alcance destes objetivos, realizou-se pesquisa bibliográfica, documental e de campo, de natureza explicativa, sob o método materialista histórico-dialético e enfoque quali quantitativo. Os resultados indicam que os/as assistentes sociais trabalhadores da saúde sempre estiveram em disputa pelo respeito às atribuições e competências em conformidade com seu Código de Ética, Lei de Regulamentação e resoluções profissionais. Entretanto, com o advento da crise sanitária e humanitária, precisaram lutar pela reafirmação de seus direitos básicos à dignidade e à manutenção da saúde física e mental, bem como pelo resguardo de seus direitos profissionais.

Palavras-chave: trabalho profissional, serviço social, pandemia, política de saúde, Amazonas.

ABSTRACT

The research entitled "SOCIAL WORK IN THE FACE OF THE URGENCY OF EMERGENCY: impacts of the covid-19 pandemic on the work in Adult Hospitals and Emergency Rooms in Amazonas" focuses on the professional work of social workers in the emergency and urgent care units during the pandemic. The study's loci are the Adult Hospitals and Emergency Rooms (HPSAs) in Amazonas, which were designated to treat severe covid-19 cases. Due to the overwhelming demand and the scale of the health crisis, marked by a high number of deaths, these units even required refrigerated containers. The subjects of this research are the social workers operating in these HPSAs, as they dealt with a double emergency: both the pandemic context and the hospitals' purpose. Consequently, they were required to respond more quickly to daily professional challenges while facing increased pressures from both the health unit administrations and the population demanding urgent care. The general objective is to analyze the effects of the covid-19 pandemic on the configuration of social workers' practices in Adult Hospitals and Emergency Rooms in Amazonas. The specific objectives are: to problematize the urgency and emergency in Amazonas' healthcare system and the effects of the pandemic on HPSA workers; to investigate the transformations in the working conditions and relationships of social workers in these units during the health crisis; and to characterize the challenges and strategies of social workers in the urgency and emergency sectors in Amazonas during the pandemic. To achieve these objectives, bibliographic, documental, and field research was conducted, with an explanatory nature, grounded in the historical-dialectical materialist method and a qualitative-quantitative approach. The results indicate that social workers in healthcare have historically struggled to uphold the respect for their duties and responsibilities, in line with their Code of Ethics, Regulatory Law, and professional resolutions. However, with the onset of the health and humanitarian crisis, they had to fight to reaffirm their basic rights to dignity, as well as to maintain their physical and mental health, while safeguarding their professional rights.

Keywords: professional work, social work, pandemic, health policy, Amazonas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Assistentes Sociais por HPSAs.	61
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Evolução demográfica da cidade de Manaus de 1872 a 2000.....	30
Tabela 2: Unidades hospitalares estaduais em 1975 na capital.....	32
Tabela 3: Lógica de funcionamento do SUS no Amazonas – Níveis de complexidade por município.....	39
Tabela 4: Entes federativos na atenção primária, média complexidade e alta complexidade....	41
Tabela 5: Profissionais de saúde das unidades hospitalares e serviços de pronto atendimento do Amazonas em 2020, 2021 e 2023	45
Tabela 6: Profissionais de saúde das unidades hospitalares e serviços de pronto atendimento dos municípios de Anori, Santo Antônio do Içá, Itapiranga e Nova Olinda do Norte em 2020, 2021, 2022 e 2023 por tipo de vínculo de trabalho.....	47
Tabela 7: Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) disponíveis no Amazonas em 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.....	47
Tabela 8: Óbitos gerais no estado do Amazonas no período de 2019 a 2023, ordenados por municípios com maior proporção de óbitos no pico da pandemia (2021).....	48
Tabela 9: Óbitos por covid-19 no estado do Amazonas no período de 2020 a 2023.....	50
Tabela 10: Estabelecimentos de saúde que mais tiveram óbitos por ano no estado do Amazonas.....	56
Tabela 11: Assistentes Sociais dos HPSAs por vínculo de 2020 a 2023 conforme CNES.....	64
Tabela 12: Tipos de demandas alheias à profissão antes e no período crítico da pandemia.....	105

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Perfil das entrevistadas.....	62
Gráfico 2: Relações de trabalho – Assistentes sociais por cargo de vínculo, média remuneratória por vínculo e sentimento de compatibilidade remuneratória geral e por vínculo.....	69
Gráfico 3: Assistentes Sociais dos HPSAs com sentimento de segurança quanto à manutenção do trabalho.....	72
Gráfico 4: Assistentes Sociais dos HPSAs que possuem outro vínculo de trabalho.....	76
Gráfico 5: Formação acadêmica das assistentes sociais dos HPSAs	77
Gráfico 6: Distribuição da carga horária antes e no momento crítico da pandemia.....	82
Gráfico 7: Avaliação das entrevistadas quanto ao nível de suficiência do quantitativo de profissionais antes e no período crítico da pandemia.....	84
Gráfico 8: Ultrapassagem da jornada formal de trabalho antes e no período crítico da pandemia.....	85
Gráfico 9: Horas ultrapassadas na jornada formal de trabalho no período crítico da pandemia.....	86
Gráfico 10: Recursos disponíveis antes e no período crítico da pandemia.....	87
Gráfico 11: Avaliação das assistentes sociais sobre suficiência e necessidades de recursos para a realização do trabalho.....	88
Gráfico 12: Nível de autonomia para executar as ações profissionais antes e no período crítico da pandemia.....	91
Gráfico 13: Realização de planejamento das atividades profissionais antes e no período crítico da pandemia.....	96
Gráfico 14: Dificuldades para realização de planejamento das atividades profissionais antes e no período crítico da pandemia.....	97
Gráfico 15: Ocorrência de demandas alheias à profissão antes e no período crítico da pandemia.....	102
Gráfico 16: Solicitantes de demandas alheias à profissão antes e no período crítico da pandemia.....	103
Gráfico 17: Exercício profissional por onda e infecções da covid-19 entre as trabalhadoras.	117
Gráfico 18: Avaliação das participantes acerca dos impactos da pandemia sobre o trabalho.	120
Gráfico 19: Avaliação das participantes acerca dos impactos da pandemia sobre sua saúde física ou mental.....	121

Gráfico 20: Acompanhamento profissional e tratamento em saúde mental.....	122
Gráfico 21: Afastamentos por motivo de saúde na pandemia.....	123
Gráfico 22: Principais envolvidos nos conflitos vivenciados pelas assistentes sociais na pandemia.....	125
Gráfico 23: Principais motivos dos conflitos vivenciados pelas assistentes sociais na pandemia.....	126
Gráfico 24: Represálias por questionamento e/ou não atendimento a demandas alheias.....	127
Gráfico 25: Estratégias adotadas pelas participantes para lidar com as dificuldades do trabalho na pandemia.....	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: HPSAs do estado do Amazonas.....	57
Quadro 2: Assistentes Sociais dos HPSAs por vínculo – comparativo entre CNES, Portal da Transparência e Pesquisa de campo.....	65

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: População do Amazonas por municípios e percentuais.....	42
Mapa 2: Mapa do Amazonas com demarcações dos estabelecimentos de saúde por nível.....	44

LISTA DE SIGLAS

AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CECON	Centro de Oncologia do Amazonas
CEP	Código de Ética Profissional
CF88	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRES/AM	Conselho Regional de Serviço Social do Amazonas
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESTRADAS	Grupo de Estudos de Serviço Social, Trabalho e Direitos na Amazônia
FAB	Força Aérea Brasileira
FCECON	Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas
FMT	Fundação de Medicina Tropical
FSESP	Fundação de Serviços de Saúde Pública
HPS	Hospital e Pronto-Socorro
HPSA	Hospitais e Prontos-Socorros Adultos
HPSP	Hospitais e Prontos-Socorros Pediátricos
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPD	Índice de Permanência Domiciliar
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PEP	Projeto Ético-Político
PIB	Produto Interno Bruto
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SES/AM	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
SESAU	Secretaria de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento de Emergência
SISREG	Sistema de Regulação
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUDAM	Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEDE/UFAM	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal do Amazonas
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidades de Tratamento Intensivo
ZFM	Zona Franca de Manaus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO I - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA DE SAÚDE DO AMAZONAS.....	25
1.1. O Sistema Único de Saúde no Amazonas	25
1.2. A urgência e emergência e os HPSAs no Amazonas	35
1.3 A pandemia da covid-19 nos hospitais e prontos-socorros adultos do Amazonas.....	52
CAPÍTULO II - TRABALHO PROFISSIONAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PANDEMIA	58
2.1 Assistentes sociais em meio à pandemia: quem está por detrás das máscaras.....	58
2.2 Condições de trabalho: contrastes entre antes e durante a pandemia.....	788
2.3 Do planejamento à materialização do trabalho na urgência e emergência.....	944
CAPÍTULO III - EMBATES E ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL: RESISTÊNCIA NOS HPSAS EM MEIO À PANDEMIA	1011
3.1 As novas demandas e o recrudescimento das demandas antigas em razão da pandemia	101
3.2 Os efeitos sobre o trabalho e as/os trabalhadoras/es do Serviço Social.....	114
3.3 Resistência nos HPSAs em meio à crise sanitária.....	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
REFERÊNCIAS	1377
APÊNDICES	1466
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	1477
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	1499
APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	15050

1. INTRODUÇÃO

A pandemia da covid-19 impactou profundamente os sistemas de saúde do mundo inteiro, gerando uma crise sanitária e humanitária em nível global. No Brasil, a pandemia caiu como um meteoro, escancarando políticas públicas e direitos trabalhistas precários. No Amazonas, em especial na capital, a gravidade da crise sanitária foi excepcional, alcançando visibilidade mundial com as valas coletivas, a crise do oxigênio e o desenvolvimento de uma nova variante própria do vírus.

Qualquer pessoa que já tenha precisado de atendimento de urgência em razão da saúde e que, de alguma maneira, tenha conhecido o cotidiano das unidades de saúde de urgência e emergência consegue ter ideia da sobrecarga e da pressão a que trabalhadores e trabalhadoras destes locais são submetidos. No entanto, em 2020, o Brasil e o mundo foram surpreendidos pela pandemia da covid-19, que aprofundou a precarização nos âmbitos social e econômico, atingindo todos os trabalhadores e, em especial, os da saúde, sobretudo os da urgência e emergência.

O caso específico de Manaus, Amazonas, foi de uma seriedade sem paralelos, marcado pelo sufocamento até a morte dos usuários que precisavam de oxigênio, pela corrida da população para a compra de oxigênio hospitalar por conta própria, na tentativa de socorrer familiares, e pela propagação deliberada do vírus, em concordância e apoio ao experimento de imunidade de rebanho defendido pelo então Presidente da República (2018-2022), que teve como resultado a “variante de Manaus”, o segundo colapso do sistema de saúde do Amazonas e o aumento exponencial de mortes.

Esta pesquisa tem como objeto o trabalho dos/as assistentes sociais inseridos/as na rede de urgência e emergência em meio à pandemia. Delimitou-se o universo pesquisado aos Hospitais e Prontos-Socorros Adultos (HPSAs) do Amazonas, que foram as unidades destinadas ao atendimento dos casos graves da covid-19, e que, pelo volume da demanda e dimensão da crise sanitária, estão entre as quatro primeiras unidades de saúde que mais tiveram óbitos e, inclusive, precisaram de contêineres frigoríficos para o armazenamento dos cadáveres.

A escolha do tema foi baseada na experiência de dez anos da pesquisadora no funcionalismo público com vínculo precário, cujos últimos anos (2020 a fevereiro de 2021), em decorrência da pandemia da covid-19, foram marcados pela acumulação das atribuições anteriores com as ações de atendimento às pessoas em calamidade pública. Dentre essas ações, a atuação na força tarefa do estado do Amazonas em medida de contingência em um HPSA e, posteriormente, como apoio em outro estado para acompanhar os pacientes transferidos em decorrência da falta de leitos, oxigênio e outros recursos no Amazonas.

Esta configuração do trabalho e o abalo sobre a saúde física e mental experimentados na pandemia não são individuais, mas sim coletivos, pois a crise humanitária e sanitária atingiu trabalhadores do mundo inteiro, provocando mudanças de ordem objetiva e subjetiva da vida humana.

A pesquisa foi pensada e realizada visando contribuir para os estudos do trabalho das/dos assistentes sociais em suas diferentes inserções, bem como para o fortalecimento da política pública de saúde e para investigar os reflexos da pandemia da covid-19 no trabalho das/dos assistentes sociais dos HPSAs do Amazonas.

O mercado de trabalho brasileiro, conforme Raichelis (2021), já vinha de uma conjuntura cumulativa e alarmante de informalidade, desemprego e desproteção trabalhista. O advento da pandemia agravou este quadro e as metamorfoses no mundo do trabalho incidiram fortemente no trabalho profissional dos/das assistentes sociais, acarretando a precarização das condições em que é exercido. Desta maneira, torna-se imprescindível investigar a classe trabalhadora em sua “nova morfologia”, nos termos de Raichelis, Vicente e Albuquerque (2018), buscando compreender as particularidades do Serviço Social em suas várias inserções.

Este estudo abordou o contexto contemporâneo, partindo da análise das determinações histórico-sociais, tendo como sujeito a/o assistente social trabalhador da rede de urgência e emergência na saúde, especificamente dos HPSAs, e investigou as particularidades do trabalho profissional na divisão técnica e social do trabalho coletivo nesta inserção.

Em 2022, em pesquisa exploratória para verificação da relevância e originalidade do tema, foram realizadas buscas de produções nos seguintes bancos de dados: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO Brasil) e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal do Amazonas (TEDE/UFAM).

Para obter as produções que abordassem o Serviço Social na Política Pública de Saúde no estado do Amazonas, utilizamos as palavras-chave “Serviço Social”, “Saúde” e “Amazonas” com incidência em qualquer campo, uma vez que entendemos que nem sempre todas as categorias estudadas vêm expressas no título. Foram encontrados 34 resultados que abordaram categoricamente os três termos pesquisados e 76 foram considerados incompatíveis por apenas citarem um ou mais termos buscados, sem necessariamente haver debate, desdobramentos ou reflexões acerca das categorias pesquisadas. Dentre os compatíveis, os trabalhos são do período de 2009 a 2021, com maior incidência no ano de 2021 com 6 resultados. Destes resultados, um era uma tese e todos os demais, dissertações.

Na busca por trabalhos sobre o contexto de pandemia, utilizamos as palavras-chave “Serviço Social”, “saúde” e “covid-19”. Obtivemos 12 resultados compatíveis e 10 incompatíveis. Dos trabalhos compatíveis, 10 são do ano de 2021 e 2 de 2022, com 8 artigos e 4 dissertações. Destes, somente 2 estão localizados no Amazonas e apareceram também na busca de estudos que tratavam sobre o Amazonas e sobre o trabalho profissional.

Em pesquisa sobre produções que abordavam o trabalho em contexto de pandemia, utilizamos as palavras-chave “Serviço Social”, “trabalho” e “covid -19” e obtivemos 17 resultados compatíveis (dentre os quais 10 também incidiram na busca anterior) e 2 incompatíveis. Entre os compatíveis, 12 são de 2021 e 5 de 2022, dos quais 14 são artigos e 3 dissertações (estas situadas no Amazonas).

Para localizar os estudos sobre o trabalho na urgência e emergência, utilizamos as palavras-chave “Serviço Social”, “trabalho” e “urgência e emergência” e obtivemos 8 resultados compatíveis e 7 incompatíveis. Os trabalhos compatíveis são do período de 2010 a 2018, havendo maior incidência em 2017 com 3 produções. Tratam-se de 7 dissertações e 1 tese e nenhum destes resultados se repetiu nas buscas anteriores. Somente 2 trabalhos abordaram as categorias “Serviço Social”, “saúde”, “trabalho” e “covid-19”, datados de 2021. No entanto, são poucos trabalhos que abordam as categorias “Serviço Social”, “trabalho” e “urgência e emergência”, e nenhum aborda o Amazonas e nem o contexto de pandemia.

Portanto, em 2022, constatou-se que não havia nenhum trabalho no Amazonas que abordasse e articulasse as categorias “urgência e emergência”, “trabalho” e “pandemia” ou “covid-19”, sendo a política de saúde, especialmente a rede de urgência e emergência, espaço de atendimento ao trabalhador repleto de complexidades e determinações, em que o Serviço Social se encontra inserido, demandado tanto pelo projeto da Reforma Sanitária, quanto pelo projeto privatista da saúde. Nesta inserção profissional, os reatamentos das metamorfoses do mundo do trabalho ocorrem de maneira exacerbada, dado o caráter imediato, urgente e tenso inerente a estes locais. Nesse sentido, avança em relação à produção já existente acerca do trabalho profissional na política de saúde, em especial na urgência e emergência, dando relevo a um espaço pouco explorado pela literatura.

Esta pesquisa possui relevância para o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS), na medida em que fortalece as pesquisas sobre Serviço Social, trabalho profissional e suas particularidades na área da saúde, ao abordar o trabalho na urgência e emergência num contexto de pandemia.

Destaca-se que a presente pesquisa está inserida no Grupo de Estudos de Serviço Social, Trabalho e Direitos na Amazônia (ESTRADAS) e faz parte do projeto “SERVIÇO SOCIAL NO AMAZONAS ENTRE SOMBRAS E LUZES: historiografia, formação e trabalho profissional”, em

que um dos objetivos específicos é “identificar as novas demandas ao trabalho profissional da/o assistente social no Amazonas em tempos de pandemia”.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar os reflexos da pandemia da covid-19 na configuração do trabalho das/dos profissionais de Serviço Social dos Hospitais e Prontos-socorros Adultos do Amazonas. Como objetivos específicos, buscou problematizar a urgência e emergência no sistema de saúde do Amazonas e os efeitos da pandemia sobre os trabalhadores dos HPSAs do Amazonas, investigar as metamorfoses das condições e relações de trabalho das/dos assistentes sociais nestas unidades em meio à crise sanitária e caracterizar os embates e as estratégias dos/as assistentes sociais na urgência e emergência do Amazonas frente ao contexto pandêmico. Foi adotada como questão norteadora central: quais os reflexos da pandemia nas configurações do trabalho dos/das assistentes sociais trabalhadores da urgência e emergência no Amazonas?

Tendo por objeto o trabalho dos/das assistentes sociais dos HPSAs no contexto de pandemia, utilizou-se o método mais adequado para alcançar a essência deste: o materialismo histórico-dialético. Este caminho decorre de três fatores extraídos de Netto (2011): o primeiro é que o método em Marx implica na posição (perspectiva) do pesquisador, em sua relação com o objeto, para extrair dele as suas múltiplas determinações. Esta pesquisa se posiciona em favor da classe trabalhadora e em direção aos seus interesses coletivos; o segundo, é que as análises em Marx têm pressupostos reais, como nesta pesquisa, que trabalha com indivíduos reais, sua ação e suas condições materiais de vida; e o último, é que a concepção do mundo da natureza, da história e do espírito, conforme este método, é de um mundo em constante mudança e desenvolvimento. Ao adotar o entendimento de que a realidade é dinâmica e fruto de processo histórico, a presente pesquisa coaduna com o método.

Portanto, esta pesquisa se dispõe a estudar a particularidade das configurações do trabalho profissional na urgência e emergência partindo da realidade que abrange o desmonte histórico das políticas sociais, dentre elas a política de saúde, os crescentes retrocessos dos direitos da classe trabalhadora e uma crise sanitária e humanitária global dentro de uma crise política nacional.

Prates (2012), ao expor o método em Marx, destaca que este método de investigação deve primar por uma pesquisa profunda e exaustiva da realidade, estabelecer categorias, grupos e relacioná-las, identificando contradições e conexões. Segundo ela, no método marxiano, as categorias são elementos estruturais de complexos relativamente totais, reais e dinâmicos. Podem ser definidas como elementos que constituem e auxiliam a explicar um fenômeno, uma relação e/ou um movimento da realidade, podendo orientar processos interventivos.

Para Netto (2011), o núcleo da concepção teórico-metodológica de Marx consiste na articulação de três categorias analíticas, quais sejam: totalidade, contradição e mediação. Portanto,

estas categorias foram utilizadas para conhecer e compreender a realidade e o objeto, ao passo que as categorias teóricas foram: trabalho, saúde pública e pandemia.

Segundo Kosik (1969), a totalidade concreta, como concepção dialético-materialista do conhecimento do real, é um processo indivisível constituído de três momentos: primeiramente destruir a pseudoconcreticidade (aparência superficial dos fenômenos); em segundo lugar, conhecer o caráter histórico do fenômeno, no qual se manifesta a dialética do individual e do humano em geral; por fim, conhecer o conteúdo objetivo, o significado do fenômeno, sua função objetiva e seu lugar histórico.

Ao articular a discussão das categorias trabalho, saúde e pandemia, utilizou a totalidade, uma vez que o trabalho profissional em urgência e emergência não se dá por si só, mas se insere no contexto da classe trabalhadora, da política de saúde e de um sistema socioeconômico que produz constantemente crises, inclusive as ambientais como a que propiciou o surgimento do coronavírus.

Segundo Netto (2011), a contradição é inerente à totalidade concreta. As contradições estão em contínua transformação e, por isso, a natureza, os ritmos, as condições de seus limites, controles e soluções dependem da estrutura de cada totalidade, cabendo à pesquisa descobri-las. À luz da categoria contradição, buscou-se interpretar o movimento contraditório presente no trabalho dos/das assistentes sociais, sobretudo na urgência e emergência, e no contexto pandêmico.

De acordo com o autor, a mediação busca captar um fenômeno no conjunto de suas relações com os demais fenômenos e no conjunto das manifestações daquela realidade. Isto só é possível de maneira concreta por meio da historicização desse fenômeno. A mediação permite que o pensamento não se petrifique, uma vez que, quando busca o real, adquire o seu movimento. Além de ter sido essencial para articular as totalidades que constituem as categorias desse estudo, por meio da mediação enriqueceu-se processo reflexivo feito no caminho de volta ao objeto, momento em que a inicial representação caótica do todo se tornou síntese das determinações, ou seja, o concreto pensado.

O *locus* da pesquisa foram os HPSAs do Amazonas, pois são os principais prontos-socorros do Amazonas e, durante as crises do sistema de saúde, foram as unidades designadas para o atendimento e internação dos pacientes graves de covid-19 quando ocorreu o aumento de casos da doença. Destaca-se que, durante as duas crises, os HPSAs João Lúcio, Platão Araújo e 28 de agosto foram geridos pelo estado e por atenderem os pacientes por demanda espontânea, foram designados como “porta aberta”, ou seja, para recebimento de usuários por demanda espontânea. Já o HPSA Delphina Aziz é gerido por uma Organização Social (OS) por meio de Parceria Público Privada e, por atender mediante transferência por meio do sistema de regulação de leitos (SISREG), não é um hospital “porta aberta”, portanto não entrou na delimitação da pesquisa. No Relatório Anual de Gestão

de 2022 (RAG 2022), este hospital não é mais caracterizado como HPSA, mas sim como Hospital Adulto e, por motivo da tipologia de estabelecimentos, também ficou fora dos critérios.

Os sujeitos da pesquisa foram assistentes sociais destes HPSAs, pois trabalharam com o dobro da emergência: primeiro pelo contexto de pandemia e depois pela finalidade dos hospitais. Requisitados a responder mais rapidamente às problemáticas apresentadas no cotidiano profissional e a lidar com mais pressões da gestão, da equipe de saúde, de instituições externas e da população que demanda o atendimento em caráter de urgência. Portanto, estes/as profissionais são os indivíduos sociais com vinculação mais significativa para o problema investigado.

Os HPSAs, até dezembro de 2023, segundo o Portal da Transparência do Governo do Estado do Amazonas, contavam com 24 assistentes sociais em seus quadros, entre 11 estatutários e 13 temporários. Desta forma, em geral, o universo da pesquisa fez um total de 24 assistentes sociais. Os critérios utilizados para inclusão foram pertencer aos quadros de trabalhadores formais da SES e ter trabalhado como assistente social durante a crise da pandemia de covid-19, ou seja, em pelo menos um dos dois momentos críticos. Foram excluídos da pesquisa os profissionais licença ou aposentados. Com isso, alcançou-se uma amostra de 20 profissionais que atendiam aos critérios, visto que duas estavam de licença e duas adentraram às instituições após os períodos críticos da pandemia.

Esta pesquisa é quantiquantitativa ou mista, pois se valeu de características de ambos os enfoques, de modo a “dar voz aos sujeitos pesquisados e contribuir com a elevação de sua consciência, valorizando o processo e apontando sugestões no sentido de contribuir com mudanças que possam ter impactos na melhoria da vida dos sujeitos” (Prates, 2012, p.124).

Com relação à natureza, é uma pesquisa explicativa, porque preocupou-se em identificar os fatores determinantes para a ocorrência dos fenômenos estudados com o aprofundamento do conhecimento da realidade (Gil, 2008). A natureza explicativa da pesquisa é demonstrada pela identificação e análise das determinações que impactaram no contexto investigado.

A pesquisa articulou uma série de técnicas e estratégias metodológicas, como: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, elaboração dos instrumentos de pesquisa, exame de qualificação, solicitação de anuência da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES, submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (por envolver seres humanos, conforme resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde), pesquisa de campo, tabulação, análise e exposição dos dados, redação e defesa da dissertação.

Quanto às fontes, foram utilizados livros, artigos científicos, jornais, teses e dissertações; bem como documentos oficiais, contratos, relatórios de pesquisa, relatórios institucionais, produções estatísticas, boletins, dentre outros. Em relação às técnicas de coleta direta de dados, realizou-se

entrevista, conduzida pela pesquisadora responsável, sob a orientação de um formulário com perguntas abertas e fechadas.

A dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro, intitulado “Urgência e emergência no sistema de saúde do Amazonas”, foi realizado um resgate histórico acerca da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Amazonas, a reflexão sobre a inserção da urgência e emergência na política de saúde e a caracteriza os HPSAs no estado, e a análise das múltiplas dimensões da crise sanitária desencadeada pela pandemia da covid-19 no Amazonas, com repercussões na vida dos trabalhadores e dos usuários do SUS, especialmente nos HPSAs.

No segundo capítulo – “Trabalho profissional na urgência e emergência e pandemia” – buscou-se retirar os/as assistentes sociais do anonimato, em meio a tantos outros profissionais que tiveram um papel igualmente importante no contexto pandêmico, revelar e discutir os as condições de trabalho destes/as profissionais, realizando contrastes entre antes e durante a pandemia, além de debater sobre o planejamento e a materialização do trabalho na urgência e emergência.

O terceiro, com o título “Embates e estratégias dos profissionais de serviço social: resistência nos HPSAs em meio à pandemia”, buscou conhecer e discutir as novas demandas e o recrudescimento das demandas antigas em razão da pandemia, os efeitos sobre o trabalho e as trabalhadoras do Serviço Social, e as estratégias de resistência nos HPSAs em meio à crise sanitária.

Como produto deste trabalho, almejamos possibilitar o afinamento da análise sobre o Serviço Social, ampliar a autoconsciência crítica do trabalho de seus/suas profissionais e possibilitar a construção de respostas que resguardem a relativa autonomia profissional e instrumentalizem a categoria.

CAPÍTULO I

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA DE SAÚDE DO AMAZONAS

Para pensar o trabalho profissional dos/as assistentes sociais na política de saúde, particularmente na urgência e emergência no Estado do Amazonas, torna-se imprescindível situar o solo histórico sobre o qual esse trabalho se constrói, reconhecendo a política de saúde como espaço privilegiado de exercício profissional da categoria, responsável por viabilizar o acesso dos usuários a um dos mais importantes sistemas de saúde do mundo: o Sistema Único de Saúde (SUS), que, na realidade brasileira, é responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde, política esta que é um dos importantes pilares da Seguridade Social brasileira, em conjunto com a assistência social e a previdência social.

Este capítulo problematiza a urgência e emergência no sistema de saúde do Amazonas e os efeitos da pandemia sobre estes espaços e seus trabalhadores. Busca, especificamente, refletir sobre a consolidação do SUS no Amazonas, caracterizar a rede de urgência e emergência do estado e analisar os efeitos da pandemia sobre os Hospitais e Prontos-socorros Adultos, que foram os principais catalisadores da tragédia sanitária e humanitária no estado.

O primeiro tópico discute a origem e o desenvolvimento do SUS no Brasil e no Amazonas para dar base histórica e contextual ao debate sobre a urgência e emergência, que será tratado no segundo tópico, para evidenciar os múltiplos determinantes que caracterizam as especificidades da política de saúde e da rede de urgência e emergência do estado. O terceiro tópico aborda a pandemia da covid-19 e seus desdobramentos no cenário relatado nos dois primeiros tópicos, a fim de trazer à luz os porquês da repercussão catastrófica da pandemia sobre o sistema de saúde, com especial atenção aos HPSAs (hospitais responsáveis pelos atendimentos dos casos graves de todo o Amazonas) e sobre o trabalho e os trabalhadores destas unidades de saúde em contexto de crise sanitária.

1.1. O Sistema Único de Saúde no Amazonas

A discussão que envolve a origem, a implantação, as tensões e os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada por divergentes ideias e lutas. É inegável que o SUS configurou um grande avanço no Brasil, tanto do ponto de vista de acesso aos bens socialmente produzidos, na forma de universalidade, quanto do viés democrático e de participação popular na gestão da política pública, com a inserção dos trabalhadores nas instâncias deliberativas e de controle social. Embora sua gênese oficial tenha se dado em 1990, suas origens remetem às

décadas anteriores, marcadas pela disputa entre os projetos privatista e de Reforma Sanitária na política de saúde brasileira¹.

Bravo (2009), ao realizar um resgate da intervenção estatal na saúde brasileira em período anterior ao SUS, reitera que não havia um planejamento de ações de saúde e a política de saúde era composta basicamente por dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. A saúde pública centrava-se na criação de condições sanitárias mínimas, com campanhas de saúde, serviços de combate a endemias e epidemias. Já a medicina previdenciária, que surgiu em 1930 com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), visava atender algumas categorias de trabalhadores.

Teixeira (2011) analisa que este mecanismo institucional previdenciário foi basilar na cooptação de frações dos trabalhadores ao projeto estatal, servindo ainda como canal de escoamento da demanda política e social desses grupos. Para a autora, o resultado deste processo foi a criação e a consolidação de sistemas previdenciários fragmentados, desiguais e focalizados em categorias estratégicas. A autora constata que o sistema institucional de previdência social contribuiu ativamente para a corporativização da sociedade, o predomínio do poder do Estado, a segmentação da classe trabalhadora e, conseqüentemente, o enfraquecimento da luta por direitos universais.

Ainda não havia a compreensão ampla de seguridade social, como teremos a partir da constituição de 1988. Saúde e previdência social não eram articuladas. A previdência estava restrita àqueles que pertenciam a determinadas categorias profissionais. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, os institutos e as caixas de aposentadorias e pensões foram unificados. A fundação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977 fez uma conjugação de saúde e previdência, mas não na perspectiva de universalidade e sim como estratégia de legitimidade do governo civil-ditatorial que restringia o acesso às políticas sociais, com ênfase no atendimento curativo e individualizado em detrimento de um acesso universal (Behring; Boschetti, 2011).

Na década de 1970, com o surgimento de novos sujeitos sociais que passaram a lutar contra a ditadura civil-militar, nasceu também um movimento que postulava a democratização da saúde, opondo-se a interesses que buscavam utilizar a saúde para lucratividade em

¹ A trajetória histórica da política de saúde tem sido objeto de análise de diferentes autores, inclusive no Serviço Social. Para um detalhamento sobre as protoformas e o desenvolvimento do Sistema de Saúde no Brasil, consultar: Cohn e Elias (2005), Mota *et al.* (2009) e Paim *et al.* (2011). Considerando os objetivos adotados para esta dissertação, fizemos a opção de fazer um recorte para as ações de saúde no Estado do Amazonas no contexto anterior ao SUS e a nova organização da saúde a partir do SUS.

detrimento de uma política de saúde universal e gratuita. Este debate de interesses prolonga-se até a contemporaneidade, mas ganhou maior proeminência a partir da década de 1980: de um lado, o projeto privatista ou, nos termos de Bravo (2009), projeto de saúde articulado ao mercado, que trazia como principais propostas a contenção de gastos, a desresponsabilização do estado e o privilegiamento do setor privado para o atendimento dos que podem pagar. Por outro, o projeto de reforma sanitária² postulava a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a descentralização decisória entre as esferas de poder, o financiamento efetivo e a democratização do poder com novos mecanismos de gestão coletiva. Este último será fundamental para inspirar as lutas que levaram à conquista da garantia constitucional do direito à saúde.

Paim (2008) interpreta a Reforma Sanitária brasileira como um fenômeno histórico e social que pode ser analisado como ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Como ideia, visto que se expressa em percepção, representação e pensamento; proposta, porque é um conjunto articulado de princípios e proposições políticas; movimento, enquanto articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; que encadeia atos em diferentes momentos e espaços.

Schweickardt e Martins (2017) avalizam que o primeiro movimento sanitário teve origem nas expedições científicas para o interior do Brasil, na segunda década do século XX, que resultaram no conhecimento da realidade brasileira e na contribuição para a formulação de políticas para as regiões remotas do país. Estes pioneiros eram intelectuais, cientistas e políticos que se envolveram para propor medidas de saneamento para os sertões brasileiros e tiveram como protagonistas importantes nomes, como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas.

Conforme Paim (2008), em meados da década de 1970, em meio à efervescente conjuntura de redemocratização do Brasil, tomou força o movimento sanitário que, postulando a democratização da saúde, articulou-se aos novos sujeitos sociais que emergiam na luta contra a ditadura. Após a conquista da democracia em 1985, teve como marco histórico a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano seguinte, evento que reafirmou o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendou a organização de um sistema de saúde único e produziu um corpo doutrinário, bem como um

² A Reforma Sanitária brasileira foi o processo de democratização da saúde ocorrido na década de 1980. Ela foi concebida e propugnada pelo movimento surgido na década de 1970 (movimento sanitário), composto por diversos sujeitos sociais que se aliaram pelo fim da ditadura, que postulavam a democratização da saúde. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, criou-se um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas que visavam à democratização da vida social e a Reforma Democrática do Estado (Paim, 2008).

conjunto de proposições políticas que objetivavam a democratização da vida e uma reforma democrática do Estado. Este processo ficou cunhado como Reforma Sanitária.

O grande divisor de águas na sociedade brasileira foi a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF88), um marco na efetivação de importantes avanços na Seguridade Social, como o direito universal à saúde “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, Art. 196). Em 1990, o SUS foi regulamentado como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados e/ou custeados pelo poder público brasileiro, que tem como diretrizes a descentralização de gestão, o atendimento integral e a participação da comunidade, e tem como norte princípios como universalidade de acesso, assistência integral e democratização de informações (Brasil, 1988; 1990).

Todavia, Bravo e Matos (2012) apontam que, em meio à reação do movimento privatista, com constantes questionamentos ao projeto da Reforma Sanitária, a política de saúde se consolidou articulada ao mercado, pautada na política do ajuste, contenção de gastos, racionalização da oferta e isenção de responsabilidade do poder central.

Para Nogueira e Míoto (2009, p. 218):

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS – tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS.

Enquanto política pública de âmbito nacional, o SUS se consolidou no Brasil assumindo diferentes faces em cada região. Segundo Sousa *et al.* (2017), se a garantia da universalidade e integralidade de assistência à saúde no Brasil continental de cenários desiguais é um desafio, no Brasil Amazônico este desafio é ainda maior. Barbosa (2016) aponta como dificuldades para implementação do SUS no Amazonas: as resistências impostas pela estrutura de poder local, dominada por grupos oligárquicos; as condições de vida da população; a baixa densidade populacional; a diversidade étnica; a pobreza; a insuficiência de infraestrutura assistencial e sanitária; e as peculiaridades geofísicas e o isolamento.

O estado do Amazonas, maior unidade federativa do Brasil em extensão territorial, é marcado pela geografia dos rios e pelos fluxos e movimentos da população. A soma entre baixa densidade populacional, longas distâncias e os ciclos das águas influencia diretamente nos meios de vida da população (Schweickardt *et al.*, 2021). Tendo os rios como centro da

organização social, cultural e econômica, grande parte da população do Amazonas os utiliza predominantemente (muitas vezes exclusivamente) para locomoção e acesso a bens e serviços. Estas peculiaridades trazem dificuldades tanto à implementação de políticas públicas de maneira equitativa no estado, quanto a dificuldade de acesso dos usuários.

Conforme Schweickardt e Martins (2017), o modelo de assistência à saúde implementado no Amazonas, antes de sua aderência ao SUS, pode ser resumido pela centralização das ações de saúde no hospital, campanhas de erradicação de doenças, convênios das instituições do Estado com o sistema de Previdência Social e parcerias entre o estado e diferentes instituições na prestação de serviços à saúde nas demais regiões.

Ao pesquisar as produções acerca da história do Amazonas e do SUS no estado, ficou claro que dois eventos históricos são determinantes basilares para entender a dinâmica política, econômica, social e cultural que implicaram no processo de organização da política de saúde no estado: o período econômico da borracha e a criação da Zona Franca de Manaus (ZFM).

Segundo Leal (2010), o período da economia gomífera inaugura a primeira contribuição expressiva da Amazônia à acumulação mundial, provocando transformações históricas em toda a região. A floresta era vista como um obstáculo à fase produtiva da Amazônia. Além disso, havia a falta de trabalhadores e a impossibilidade de obtê-los, tanto pelo alto custo da importação de mão de obra assalariada, quanto pela grande resistência dos povos indígenas à exploração. Assim, realizou-se a transferência de grandes contingentes de população excedente do Nordeste para as áreas de exploração de borracha na Amazônia. Formou-se, desta maneira, uma burguesia local subordinada às exigências globais de acumulação e uma superpopulação de trabalhadores explorados em condições profundamente desumanas, sujeitos a uma miséria ainda mais aguda do que a produzida nos períodos anteriores.

O início do declínio do período econômico da borracha se deu em 1911, quando, após a Inglaterra ter contrabandeado sementes de borracha para a Ásia, a Amazônia foi descartada como região de produção de borracha, conduzindo o Amazonas a uma grave crise durante a primeira metade do século XX. A miséria social e a letargia econômica só foram interrompidas brevemente durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), quando o suprimento amazônico de borracha foi usado para ajudar a coalizão comandada pelos Estados Unidos (Leal, 2010).

Durante este período, de acordo com Schweickardt e Martins (2017), o Amazonas passou por duas experiências de estruturação de serviços de saúde. A primeira foi na década de 1920, por meio de um convênio entre o estado e o Governo Federal, com a criação do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural no Amazonas, que contemplava a abertura de postos rurais e

itinerantes nas principais calhas de rios. A segunda foi em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), já no contexto da Segunda Guerra Mundial, quando houve novamente uma grande mobilização populacional para trabalhar na extração de borracha. A infraestrutura de serviços de saúde e saneamento, criada pelo SESP em diferentes regiões da Amazônia, contribuiu para a assistência e para a formação de recursos humanos em saúde.

O SESP, posteriormente transformado em Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), foi o primeiro serviço a consolidar uma rede fixa de assistência à saúde no interior do estado, de maneira sistemática e permanente, que além de voltar ações para vigilância sanitária ou combater endemias (principalmente doenças tropicais, como a malária), visava implantar educação sanitária, saneamento do meio e formação de profissionais de saúde. Embora inicialmente o SESP tenha sido criado com o objetivo de “manter saudáveis” os soldados da borracha, tornou-se o mais importante prestador de saúde às populações do interior do Amazonas até a implantação do SUS (Schweickardt et. al., 2017, p. 13).

Em 1964, com a instauração da ditadura civil-militar, o impacto no Amazonas pode ser demonstrado pela discrepância entre os índices populacionais de antes e depois do golpe. Schweickardt e Martins (2017) relatam que, no início do século XX até 1960, a população da capital do Amazonas, Manaus, aumentava entre 20 a 25% a cada dez anos. Os anos que se seguiram, nas décadas de 1960 e 1970, foram marcados por mudanças profundas na região amazônica em decorrência do projeto dos governos civil-militares para a Amazônia, e a taxa de aumento da população a cada dez anos saltou para 80 a 100%. A população de Manaus passou de aproximadamente 173 mil, em 1960, para 312 mil, em 1970, chegando em 1980 a aproximadamente 634 mil habitantes (IBGE, 2010).

Tabela 1: Evolução demográfica da cidade de Manaus de 1872 a 2000

Período de 1872 a 1940						
Ano	01.09.1872	31.12.1890	31.12.1900	01.09.1920	01.09.1940	-
Crescimento	29 334	38 720	50 300	75 704	106 399	-
Período de 1960 a 2000						
Ano	01.09.1960	01.09.1970	01.09.1980	01.09.1991	01.08.1996	01.08.2000
Crescimento	139 620	311 622	633 392	1 011 501	1 157 357	1 405 835

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base no Censo demográfico 1940-2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A proposta civil-militar para a Amazônia seguia a política desenvolvimentista que, para Schweickardt e Martins (2017), consistia em desenvolver a região por meio de investimentos e planejamento estatal ostensivo e impositivo, ignorando e negando o meio de vida e a população local. Mais uma vez, a natureza era entendida como um impedimento do desenvolvimento da região e como

algo a ser superado. A Amazônia era vista como vazio demográfico, desordenado, selvagem, que precisava ser ocupado, domesticado e integrado, tendo como *slogan* “integrar para não entregar”. Foram implantados grandes projetos de infraestrutura socioeconômica como a Zona Franca de Manaus (ZFM), a construção de rodovias e hidrelétricas e projetos de colonização de reforma agrária.

Na análise dos autores, a criação da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), em 1966, promoveu incentivos fiscais para as novas indústrias na região, e a ampliação da ZFM, em 1967, criou uma área de livre comércio, importação, exportação e incentivos fiscais especiais para viabilizar a industrialização na Amazônia. Foi a partir deste cenário que ocorreram mudanças substanciais nas formas de ocupação da terra e na relação com a natureza, refletindo diretamente na estrutura urbana de Manaus, que não conseguiu responder à crescente demanda de serviços de saneamento, moradia, educação e saúde.

Em estudo desenvolvido por Barbosa (2016), com a criação da ZFM, o Amazonas foi o estado da Região Norte do Brasil que teve o crescimento populacional mais acelerado. Em 1970, a situação no estado evidenciava baixos níveis de saúde, elevadas taxas de mortalidade e morbidade, especialmente relacionadas ao grupo de doenças transmissíveis, como tuberculose, sarampo, coqueluche, hepatite infecciosa, malária e hanseníase.

A análise da autora, em relação aos relatórios da Secretaria de Saúde (SESAU) à época, demonstra que a falta de saúde no interior do estado ocorria por ausência de assistência médico-sanitária, precariedade em saneamento básico e nas condições da rede hospitalar. A dispersão e descontinuidade de ações de saúde no interior se davam pela parca estrutura médico-sanitária, falta de recursos financeiros, distância, isolamento da região e dificuldade de comunicação. Todos estes fatores foram relatados como causas da dificuldade, ou até impossibilidade, de implementação dos programas propostos pelo então Ministério da Saúde (MS).

Schweickardt e Martins (2017) afirmam que, na esfera estadual, em 1970, seguia-se a política nacional de combate às endemias rurais e doenças transmissíveis, pois eram consideradas pelo governo federal como obstáculos ao desenvolvimento da região. Os programas nacionais tinham como marca as campanhas de erradicação de doenças. Em Manaus, criaram-se instituições de referência para o tratamento e controle das doenças, como a Fundação de Medicina Tropical (FMT) e o Centro de Oncologia do Amazonas (CECON).

Os autores constataram que, em 1971, a rede de saúde em Manaus constituía-se de três instituições de saúde para atendimento especializado: Alfredo da Matta para hanseníase; Cardoso Fontes para tuberculose; e Eduardo Ribeiro para saúde mental. Embora já houvesse certa estrutura de saúde, com cinco hospitais e seis postos de saúde da administração direta do governo do estado, além

de hospitais filantrópicos (que atendiam grande parte da população), devido ao crescimento populacional, a rede de saúde não possuía mais capacidade de atender a demanda. No interior do estado, a situação era ainda pior, tendo como justificativa a grande dimensão territorial. Doenças como malária, leishmaniose, tuberculose e hanseníase se perpetuavam desde o início do século.

De acordo com mapeamento realizado por Barbosa (2016) e Schweickardt e Martins (2017), as unidades hospitalares de Manaus não contavam com estrutura física capaz de atender às demandas de saúde e eram compostas pelos seguintes hospitais da tabela 2:

Tabela 2: Unidades hospitalares estaduais em 1975 na capital

Bairro	Tipo	Atendimento	Número De Leitos
Centro	Hospital Geral Getúlio Vargas	Clínica médica e cirúrgica geral e especializada. Emergência e ambulatorial.	238
Centro	Maternidade Ana Nery	Assistência clínica e cirurgia ao parto.	100
Centro	Hospital Geral Infantil Dr. Fajardo	Clínica médica geral e especializada e ambulatorial a crianças.	115
Flores	Hospital Geral Psiquiátrico Eduardo Ribeiro	Assistência clínica a psicopatas	250
Aleixo	Hospital Hansenianos Antônio Aleixo	Assistência clínica, cirúrgica e social a pessoas com hanseníase.	1200
Aleixo	Hospital para doentes irrecuperáveis Chapot Prevost	Assistência clínica a doentes irrecuperáveis.	45
Estrada Dom Pedro I	Hospital de Doenças Tropicais	Assistência clínica e pesquisas de doenças transmissíveis em regime de isolamento.	57
Conj. Dom Pedro I	Centro de Controle de Câncer do Estado do Amazonas	Tratamento, Prevenção, controle, ensino e pesquisas de câncer.	32
Distrito Industrial	Centro de Medicina Ocupacional	Tratamento, Prevenção, controle, ensino e pesquisas de doenças profissionais (atendimento de acidente de trabalho).	7

Fonte: Quadro adaptado pela autora com base em Barbosa (2016) e Schweickardt e Martins (2017) – Relatório das Atividades da SESAU no Quadriênio 1971-1974; Relatório 1975.

Para contemplar parte do interior do estado do Amazonas, a estratégia adotada foi firmar convênios com a Igreja Católica, o SESP, instituições filantrópicas, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e instituições de gestão federal. Cabe destacar que, quanto ao direcionamento dos protocolos e padrões de atendimentos, cada hospital desenvolvia seu próprio sistema de atendimento (Schweickardt; Martins, 2017).

Dos 43 municípios do interior existentes naquele período, somente 15 possuíam alguma estrutura de saúde: Benjamim Constant, Barcelos, Borba, Carauari, Coari, Fonte Boa, Humaitá, Itacoatiara, Manacapuru, Maués, Parintins, Santa Izabel do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença e Tefé (Barbosa, 2016).

No Amazonas, na década de 1980, o estado adotou o modelo de fundações e as instituições de saúde existentes foram transformadas. Foi neste contexto que surgiram as seguintes fundações: Fundação Alfredo da Matta, Fundação de Hemoterapia do Amazonas, Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON), Fundação de Medicina Tropical e Fundação Hospital Adriano Jorge. Neste ínterim, houve a descentralização de algumas ações de saúde no âmbito do estado que ainda não passavam pelo princípio da municipalização, uma vez que a preocupação era estender a assistência para dar conta do crescimento territorial e populacional. Portanto, a descentralização foi, na verdade, uma estratégia centralizada comandada pela gestão estadual (Schweickardt; Martins, 2017).

Em 1985 teve fim o regime civil-ditatorial no Brasil, iniciando o processo de construção de uma nova constituição com a participação ampla da sociedade e o acirramento da disputa entre projetos privatistas e de reforma sanitária. Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o acontecimento mais importante na direção do aprofundamento do nível da consciência sanitária para alcance da visibilidade necessária para inclusão das demandas da Reforma Sanitária na agenda governamental (Bravo, 2009).

Esta conferência criou um espaço em que a sociedade civil se fez representar em toda sua diversidade, estabelecendo um fórum legítimo de discussão. No âmbito administrativo e político foram criadas as condições materiais para o desenvolvimento histórico de um projeto de transformação, com a adesão de governadores e secretários estaduais, além do efetivo envolvimento de deputados constituintes com a aprovação do capítulo da Seguridade Social (Teixeira, 2011).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal brasileira, o direito universal à saúde foi previsto no art. 196 e, em 1990, o SUS foi regulamentado. Barbosa (2016) indica que na década de 1990, o processo de descentralização do SUS foi implementado a partir das Normas Operacionais Básicas (NOBs), emitidas pelo Ministério da Saúde, com importante reorganização dos serviços de saúde no Brasil. Emergiram diversos problemas relacionados às diferenças regionais, levando à necessidade da emissão de sucessivas NOBs (1991, 1993 e 1996).

No Amazonas, de acordo com Schweickardt e Martins (2017), com o processo de implantação do SUS, as unidades de saúde assistenciais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), política de saúde que vigorava até então, foram transferidas para a SESAU por meio de termo cessão. Em 1991 foram assinados 52 Termos de Adesão ao SUS e 33 Termos Aditivos em formalização do processo de descentralização da gestão de saúde.

Os autores esclarecem que, dentre as ações do estado do Amazonas, no processo de transição para o SUS, houve a implantação do Sistema Integrado de Atendimento de Emergência (SIATE), a ampliação do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) para o Centro de Saúde Coroado e outros, o

abastecimento de todas as unidades básicas e hospitalares na capital e interior com medicamentos, materiais permanentes, cirúrgicos, odontológicos e de expediente, recuperação de veículos, aparelhos, equipamentos de oftalmologia, raio x, odontológicos, cirúrgicos, laboratoriais e de fisioterapia.

Na análise dos autores, a implantação do SUS proporcionou uma nova realidade para a saúde no estado do Amazonas, no entanto, a descentralização e a implantação da política de atenção básica foram lentas e ainda hoje as marcas de um modelo centralizado de gestão da saúde permanecem.

Albuquerque (2013) afirma que após a CF 88 e a Lei Orgânica da Saúde (LOS), como estratégia de operacionalização da regionalização da assistência à saúde, foram publicadas três diretrizes nacionais: a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de 2001; o Pacto pela Saúde, de 2006; e o Decreto nº 7.508, de 2011. A autora considera que estas normativas foram importantes etapas para o avanço do processo de regionalização da saúde no Brasil, além de disporem de regras, definições, instrumentos e toda uma robustez que conferiu institucionalidade, complexidade técnica, informacional, normativa e política ao progresso da regionalização da política.

A autora pondera que uma das principais contribuições do Pacto pela Saúde foi a diminuição da fragmentação do sistema de financiamento federal da saúde com a reorganização em cinco blocos: Atenção Básica; Atenção Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS.

Sousa *et al.* (2017) evidenciam que o Amazonas foi o último estado a aderir ao Pacto pela Saúde. Além disso, as análises disponíveis revelam que o estado possui uma institucionalidade incipiente e governança indefinida, com impactos e inovações institucionais embrionários no que diz respeito à regionalização em saúde.

Na leitura da autora, a lentidão e a pouca importância dada ao processo de regionalização são contraditórios quando se leva em consideração as necessidades em saúde do estado, perpetuando uma realidade desigual. Mesmo após uma longa jornada do movimento da Reforma Sanitária pela universalização da política de saúde, ainda hoje observa-se no estado a concentração dos recursos de saúde em um único município: Manaus. Tal retrocesso obriga os usuários moradores dos municípios do interior do estado a se locomoverem para Manaus, até mesmo para realização de exames simples e atendimentos especializados inexistentes nos municípios menores.

A tensão entre o projeto privatista e projeto sanitário permanece latente no cenário brasileiro e amazonense, com o escoamento maciço dos recursos públicos de saúde para o mercado, ilustrado pela presença expressiva de cooperativas, da rede de saúde privada, que conforme a legislação deveria ser complementar ao SUS, além da crescente precarização dos postos de trabalho. Portanto, em tempos de acirramento dos desmontes de direitos adquiridos, urge a necessidade de uma ampla

mobilização, nos moldes dos anos de democratização, para a defesa do SUS e dos direitos sociais historicamente conquistados.

A despeito das dificuldades enfrentadas pela região Amazônica por sua especificidade histórica, política, geográfica, social e cultural, pela análise de todo o exposto, observa-se que a implantação do SUS, e todo o processo de organização que a envolveu, produziu uma nova realidade para o cenário da saúde no estado do Amazonas. No entanto, o alcance de uma saúde descentralizada, regionalizada, de maneira a ser acessada equitativamente por toda a população, especialmente aquelas localizadas em regiões mais remotas do estado, ainda continua sendo um desafio.

1.2. A urgência e emergência e os HPSAs no Amazonas

No período antecedente ao SUS, o sistema de saúde era marcado por enorme exclusão da maioria dos cidadãos e centralização na doença em detrimento da saúde preventiva. A saúde era compreendida como um favor e era marcada pelo assistencialismo. As ações possuíam caráter fragmentado, com pouca efetividade e inacessível à participação da população (Bravo, 2009).

Desde 1970, o movimento da Reforma Sanitária defendeu a garantia de saúde como direito universal e integral, direito este que foi consagrado na CF88 e na Lei nº 8080/90. Na década de 1980, o cenário brasileiro era de luta pela redemocratização do país e a agenda do movimento sanitário foi fortalecida pela mobilização de vários segmentos da sociedade. A grande pauta do movimento era a democratização da saúde no Brasil (Paim, 2008).

Em 1987, sob forte influência do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Com o SUDS, ocorreu a divisão de tarefas entre os entes federativos. Assim, a Atenção Primária (AP) ficou sob responsabilidade dos municípios, e a média e alta complexidade se tornaram encargos dos estados. O mecanismo de integração do SUDS passou a ser a transferência dos serviços de saúde da esfera federal para os estados e municípios (Albuquerque, 2013).

Com a Constituição em 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990, foi instituído o SUS e, com ele, estabelecidos princípios orientadores da política de saúde, dentre os quais o da descentralização político-administrativa, que ressalta a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. A regionalização e a hierarquização são princípios organizativos do SUS que definem que os serviços em saúde pública devem ser estruturados em níveis crescentes de complexidade, dentro de uma determinada área geográfica e planejados a partir de critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização consiste na articulação entre serviços de uma determinada região, com comando unificado. A hierarquização é a divisão em níveis de atenção

à saúde que objetiva garantir o acesso a serviços de maneira a atender integralmente o usuário, desde a sua necessidade mais básica, até as suas necessidades mais complexas (BRASIL, 2023).

O caminho da regionalização e hierarquização do SUS foi repleto de percalços, e, segundo Schweickardt *et al.* (2015), apesar da criação de relação interfederativa, a década de 1990 foi marcada pela dissociação entre as estratégias de municipalização e regionalização, resultando no isolamento dos municípios em busca de soluções para as demandas, o que criou “sistemas locais isolados” e perpetuou a iniquidade, a fragmentação e a desorganização das ações e serviços de saúde.

No entanto, a implantação do SUS na década de 1990 também criou um contexto favorável para as discussões sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que esta política estabeleceu como diretrizes a universalização do acesso, a descentralização, a regionalização e a integração de redes assistenciais (Medeiros, 2020).

Na investigação da autora, nos anos 2000 o Brasil passou a priorizar a organização da assistência em saúde a partir das RAS com o objetivo de assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços integrados de qualidade. A organização em RAS tem como principal estratégia a Atenção Básica e as redes temáticas, como a rede de assistência obstétrica e neonatal, a rede às doenças crônicas, a rede de atenção à saúde mental, a rede de urgências e emergências, dentre outras. Esta última será a que daremos maior destaque ao longo desta dissertação.

Em 2010, de acordo com Brasil (2014), como fruto de um grande acordo tripartite entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, foi publicada a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cuja definição é a seguinte: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 4). Neste sentido, Santos-Melo *et al.* (2018, p. 1) ressaltam que

[...] a RAS deve ser considerada como um conjunto de intervenções preventivas e curativas, realizadas de forma harmoniosa entre os serviços de saúde em seus diferentes níveis, com o objetivo comum de garantir atenção integral aos usuários de acordo com suas necessidades.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta preferencial de entrada de usuários no SUS, onde os problemas de saúde podem ser resolvidos ou encaminhados para a rede de atenção especializada, nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Os estabelecimentos da APS são as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou postos de saúde, como são conhecidas em muitos locais, onde as ações e atendimentos são voltados à prevenção e promoção da saúde. Nestes estabelecimentos, é possível realizar exames e consultas de rotina com equipes multiprofissionais. Além do atendimento nesses

locais, as equipes podem atender em espaços coletivos e realizar visitas domiciliares. As equipes profissionais da APS se dividem em Saúde da Família, Saúde da Família Ribeirinha, Prisional, Consultório na Rua, Atenção Primária, Saúde Bucal, dentre outras (BRASIL, 2010).

Esta legislação estabelece que a Atenção Especializada é dividida em atenção secundária e terciária, que são a média e alta complexidade, respectivamente. A média complexidade é o conjunto de serviços especializados, localizados em ambulatórios e hospitais, e envolve atendimento pediátrico, ortopédico, cardiológico, oncológico, neurológico, psiquiátrico, ginecológico, oftalmológico, dentre outros. São exemplos de estabelecimentos da média complexidade as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as policlínicas, os hospitais e os centros de atendimento, que concentram atendimentos de complexidade intermediária, que concentram exames avançados como ecocardiogramas, endoscopia, dentre outros.

Em continuidade, a alta complexidade é composta por hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, unidades de ensino e pesquisa, dentre outros, que têm leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), centros cirúrgicos grandes e complexos, realizando assistência em cirurgia reparadoras, processos de reprodução assistida, distúrbios genéticos e procedimentos que demandam alta tecnologia, como oncológicos, cardiovasculares, transplante e parto de alto risco.

Em 2011, o governo federal elencou as redes temáticas prioritárias da RAS: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas. Para Schweickardt *et al.* (2015), o decreto 7.508 de junho de 2011 surgiu no contexto dos dilemas da busca pela universalidade e integralidade 22 anos após a criação do SUS. A perspectiva deste novo marco legal era de reorganizar a gestão do SUS, garantir maior segurança jurídica nas relações entre os entes, determinar uma gestão interfederativa e estruturar as RAS a partir das regiões de saúde como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em “níveis de complexidade crescentes” (Albuquerque, 2013).

Em relação às urgências e emergências, rede de atenção sobre a qual este trabalho dará enfoque, Medeiros (2020) considera que, embora em 1998 o governo federal tenha criado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento em urgência e emergência, foi somente nos anos 2000 que elas obtiveram destaque com a implantação dos serviços pré-hospitalares, como o SAMU e as UPAs.

Para a autora, o determinante que evidenciou a premente necessidade de uma RUE resolutiva foi o crescimento de mortes por causas externas, como as violências e traumas, as doenças crônicas não transmissíveis, dentre outros, configurando-se como graves problemas de saúde, exigindo uma RUE organizada e eficiente para atender a essas demandas.

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS e define a finalidade da RUE como “articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna” (BRASIL, 2011, p. 2).

Esta normativa designa que compõem a Rede de Atenção às Urgências: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPAs e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar.

Desta maneira, salienta-se que o atendimento às urgências e emergências no SUS vão muito além dos HPSs ou mesmo da assistência hospitalar, mas articula e integra todos os equipamentos de saúde, com destaque especial para a Atenção Básica, que desempenha papel central na comunicação da própria RAS, constitui-se como um dos componentes da RUE, devendo realizar os primeiros atendimentos ao usuário que necessita de atendimento urgente e, se necessário, encaminhá-lo para os demais equipamentos da RAS.

Dentre a diversidade dos componentes da RUE, referidos por Brasil (2011, p. 3), queremos ressaltar serviços que mais se aproximam ao objeto deste estudo, na medida em que atendem a média e a alta complexidade:

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I – a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

II – as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

Portanto, de acordo com a referida regulamentação, a RUE traz a proposta de articular e integrar os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos usuários a um atendimento humanizado, integral e de maneira ágil.

Este trabalho se preocupará em discutir acerca do componente hospitalar, ou seja, as Portas Hospitalares de Urgência que atendem aos usuários adultos em geral, em especial os Hospitais e

Prontos-Socorros Adultos. Estes hospitais estão localizados apenas em Manaus, capital do Amazonas, e se constituem de 4 estabelecimentos hospitalares da alta complexidade estadual, quais sejam: Hospital e Pronto Socorro Doutor João Lúcio Pereira Machado, Hospital e Pronto-Socorro 28 de Agosto e Hospital e Pronto-Socorro Doutor Aristóteles Platão Bezerra de Araújo, gerenciados pelo governo do estado do Amazonas, e Hospital e Pronto-Socorro da Zona Norte Delphina Aziz, gerenciado por uma Organização Social de Saúde (OSS). Para fins da coleta de dados, a ser apresentada nos capítulos subsequentes, esta última unidade hospitalar será excluída, visto que, embora traga o termo “hospital e pronto-socorro” em seu nome, ela não atende por demanda espontânea, ou seja, atua como hospital regulado, sem a função de pronto-socorro na prática. Além disso, no RAG de 2022, o Delphina Aziz, não consta mais como Hospital e Pronto-Socorro Adulto (HPSA), mas sim como Hospital Adulto.

Ao organizarmos os estabelecimentos conforme os níveis de complexidade, verificamos que, dos 62 municípios, somente 9 (Manaus, Parintins, Manacapuru, Tefé, Novo Airão, Borba, Itacoatiara, Lábrea e Itapiranga) contam com os de alta complexidade, como indicado na tabela 3.

Tabela 3: Lógica de funcionamento do SUS no Amazonas – Níveis de complexidade por município

Município	Atenção Primária	Média Complexidade	Alta Complexidade	Total
Manaus	930	1151	75	2156
Parintins	28	63	5	96
Itacoatiara	25	48	1	74
Manacapuru	23	39	5	67
Humaitá	21	40	-	61
São Gabriel Da Cachoeira	42	13	-	55
Tabatinga	17	32	-	49
Atalaia Do Norte	40	5	-	45
Tefé	11	31	2	44
Lábrea	27	14	1	42
Presidente Figueiredo	14	25	-	39
Maués	20	18	-	38
Iranduba	25	9	-	34
Barcelos	26	7	-	33
Coari	17	15	-	32
Nova Olinda Do Norte	18	13	-	31
São Paulo De Olivença	16	14	-	30
Manicoré	15	13	-	28
Autazes	21	6	-	27
Santa Isabel Do Rio Negro	20	5	-	25
Benjamin Constant	16	9	-	25
Boca Do Acre	9	16	-	25
Rio Preto Da Eva	19	5	-	24
Nhamundá	18	5	-	23
Barreirinha	17	5	-	22
Careiro	16	6	-	22
Careiro Da Várzea	17	4	-	21
Santo Antônio do Içá	16	5	-	21

Município	Atenção Primária	Média Complexidade	Alta Complexidade	Total
Apuí	7	13	-	20
Borba	13	3	2	18
Eirunepé	7	11	-	18
Tapauá	11	5	-	16
Carauari	10	6	-	16
Codajás	9	7	-	16
Urucurituba	9	7	-	16
Fonte Boa	6	10	-	16
Tonantins	10	5	-	15
Jutaí	7	8	-	15
Novo Aripuanã	7	7	-	14
Novo Airão	5	7	2	14
Manaquiri	5	8	-	13
Guajará	2	11	-	13
Boa Vista Do Ramos	7	4	-	11
Japurá	7	4	-	11
Alvarães	8	2	-	10
Anamá	8	2	-	10
Ipixuna	7	3	-	10
Maraã	7	3	-	10
Itapiranga	4	5	1	10
Beruri	6	3	-	9
Urucará	6	3	-	9
Uarini	5	4	-	9
Anori	5	3	-	8
Silves	5	3	-	8
Itamarati	4	4	-	8
Amaturá	3	5	-	8
Caapiranga	5	2	-	7
São Sebastião Do Uatumã	5	2	-	7
Juruá	4	2	-	6
Pauini	4	2	-	6
Envira	4	1	-	5
Canutama	3	2	-	5
Total	1.699	1.783	94	3.576
Total Em Percentuais	47,51%	49,86%	2,63%	100%

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base em Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2023

A tabela 3 evidencia que, embora haja dificuldades no processo de regionalização da rede de saúde no Amazonas no aspecto da divisão equitativa de estabelecimentos e serviços, o SUS proporciona o acesso à saúde em todos os 62 municípios do estado, em que cada município conta, no mínimo, com a Atenção Primária e a Média Complexidade. Entretanto, do ponto de vista da divisão dos estabelecimentos por município, a tabela demonstra a concentração de estabelecimentos na capital do estado. Manaus conta com 54,73% (930) de toda a Atenção Primária do estado (1.699), 64,55% (1.151) da média complexidade (1.783) e 79,78% (75) da alta complexidade (94), totalizando 60,29% (2.156) de todos os estabelecimentos de saúde do Amazonas (3.576).

Ao tomarmos os 62 municípios e os diversos níveis de complexidade, identificamos que os entes federativos se responsabilizam por diferentes serviços, como nos evidencia a tabela 4:

Tabela 4: Entes federativos na atenção primária, média complexidade e alta complexidade

Ente responsável	Atenção Primária		Média Complexidade		Alta Complexidade	
	N	%	N	%	N	%
Dupla	4	0,24	30	1,68	2	2,13
Estadual	0	0	636	35,67	72	76,59
Municipal	1695	99,76	1.117	62,65	20	21,28
Total	1699	100	1783	100	94	100

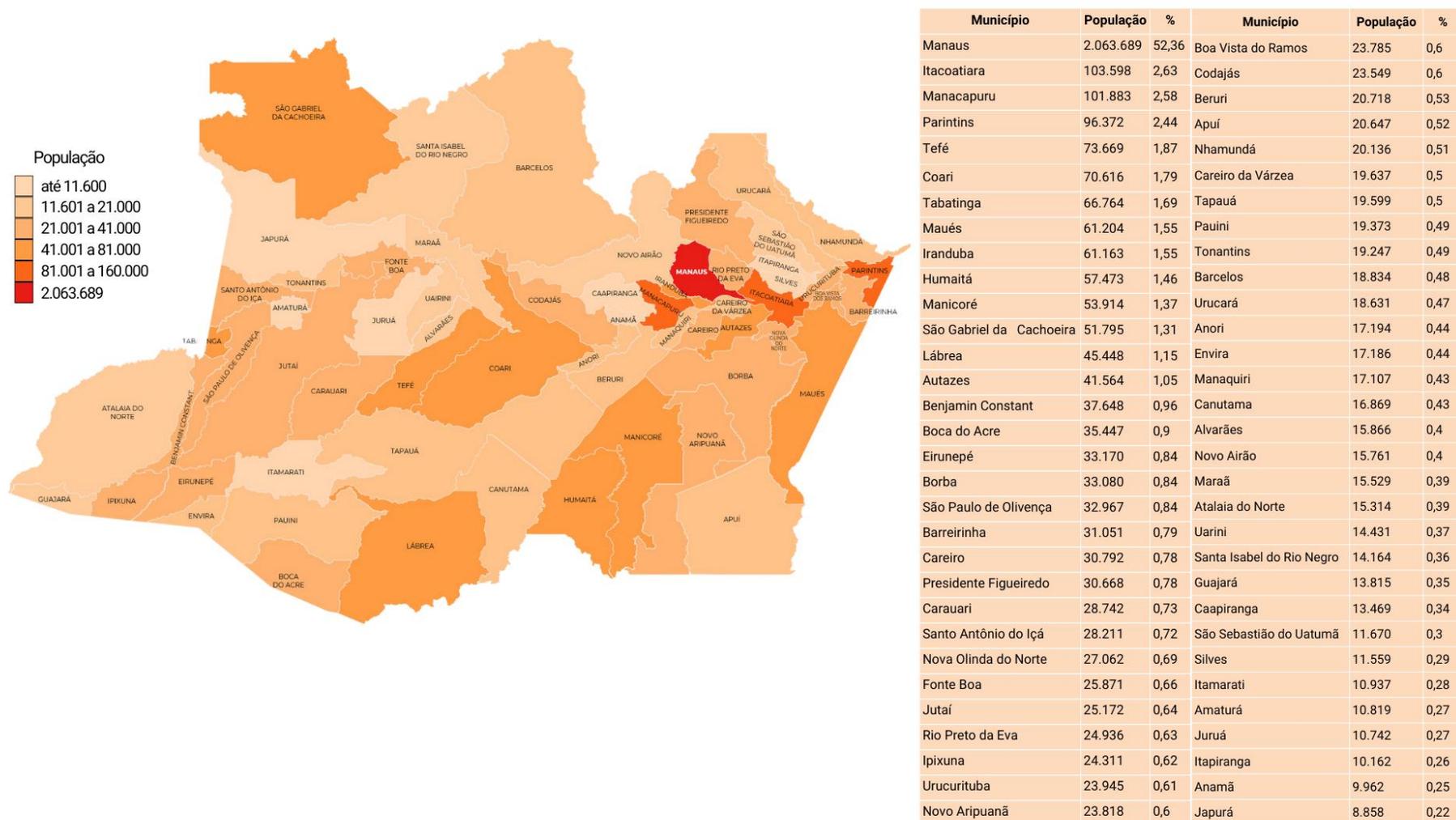
Fonte: Quadro elaborado pela autora com base em Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES/TABNET, 2023

A tabela 4 expressa a concentração da gestão da Atenção Primária sobre os municípios (99,76%), o que corrobora a pactuação da divisão por nível de complexidade firmada no processo de descentralização. No entanto, ao verificarmos a média e a alta complexidade, os municípios aparecem com relevante percentual na gestão destes serviços, sendo de 62,65% (1.117) e 21,28% (20), respectivamente. Embora o estado apareça com responsabilidade predominante na gestão da alta complexidade (76,59%), se levarmos em consideração toda a rede, os municípios são responsáveis por 79,2% do total de estabelecimentos.

Cabe destacar que um dos 27 estabelecimentos hospitalares da alta complexidade (4%), o Delphina Aziz, e um dos 86 hospitais da média complexidade (1,2%), a UPA Campos Sales, localizados em Manaus, são gerenciados por uma OSS, fazendo parte de uma ação denominada “Operacionalização das Unidades Assistenciais Administrativas por Organizações Sociais” de um programa chamado “Saúde em Rede” (Amazonas, 2020a).

Em termos de percentuais de população, conforme o mapa 1, Manaus possui 52,36%, do total de 3.941.613 habitantes do Amazonas (considerando os dados do IBGE, 2022), enquanto aproximadamente metade deste total encontra-se distribuído no restante dos 61 municípios. Ainda que a maior parte da população do estado se encontre na capital, o direito de todo cidadão brasileiro à saúde integral não diminui, tornando-se injustificável a necessidade de deslocamento destas populações à cidade de Manaus para realização de serviços especializados em saúde.

Mapa 1: População do Amazonas por municípios e percentuais



Fonte: Mapa elaborado pela pesquisadora com base no censo do IBGE, 2022.

As OSSs são entidades privadas que passaram a gerir as políticas sociais a partir da reestruturação político-econômica iniciada na década de 1990. Com a justificativa de enfrentamento da crise fiscal do Estado, iniciou-se um processo de minimização das respostas às demandas da classe trabalhadora e maximização das demandas do capital. Desta maneira, o fundo público tem sido repassado para o setor privado, por meio de contratos, ampliando a desresponsabilização do Estado frente à gestão das políticas sociais (Bravo; Lima; Correia, 2020).

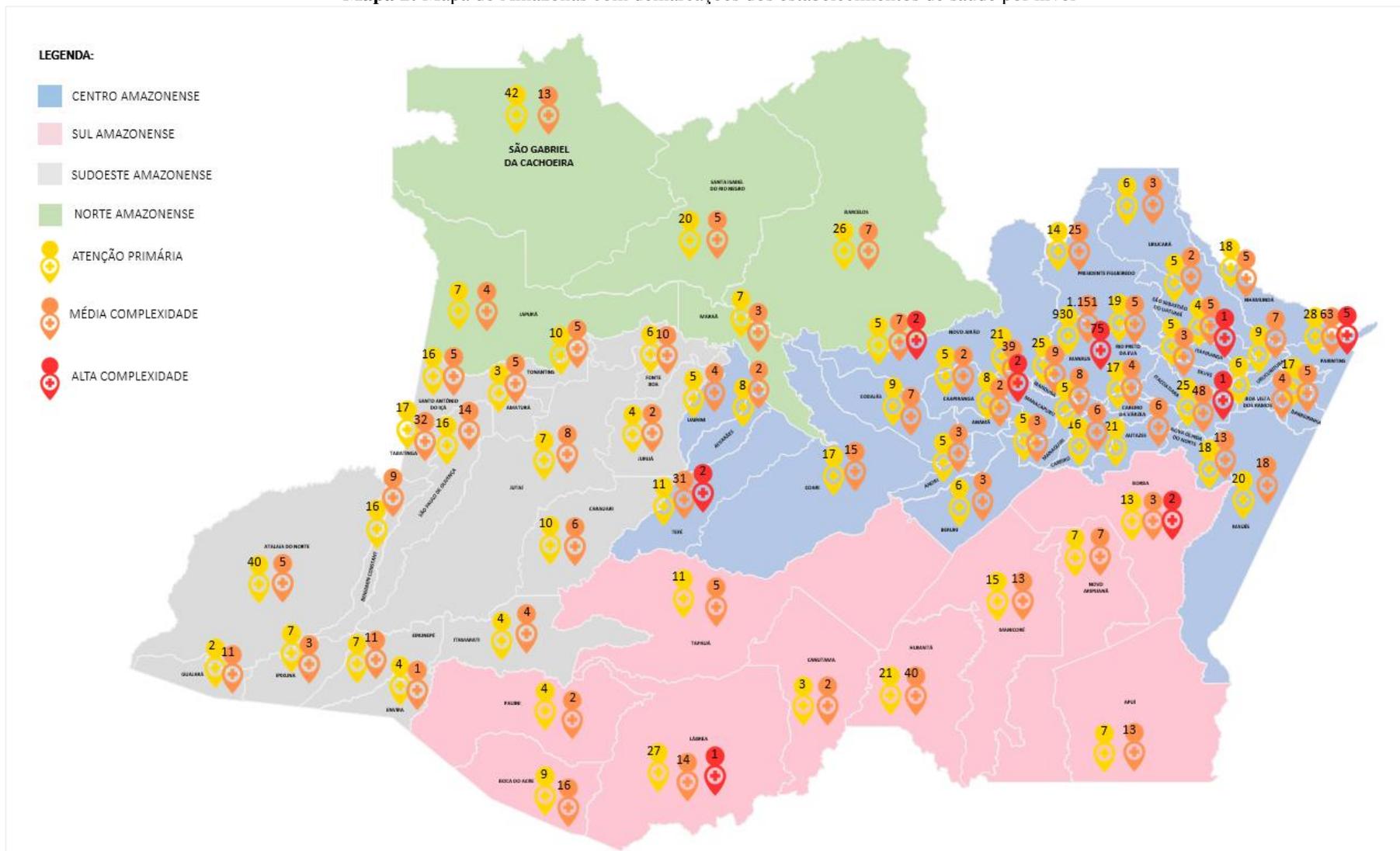
De acordo com Amazonas (2020b), o Amazonas está dividido em 4 mesorregiões em consonância com as calhas de rios: Centro Amazonense, Norte Amazonense, Sudeste Amazonense e Sul Amazonense. Ao demarcarmos os estabelecimentos de atenção primária, média e alta complexidade no mapa, verificaremos que a mesorregião do Centro Amazonense está majoritariamente atendida com unidades da alta complexidade, com exceção apenas do município de Lábrea, que se encontra no Sul Amazonense, conforme mapa 2.

Embora a RUE determine que todos os diversos equipamentos de saúde da Atenção Primária, média e alta complexidade se articulem para suprir as demandas imediatas dos usuários, na prática, os usuários que chegam com demandas de urgência e emergência em unidades sem esta finalidade são direcionados para os SPAs, UPAs e HPSs sem a realização dos primeiros atendimentos, preconizados na política.

Esta realidade se apresenta diferente nos municípios do interior, cuja maioria conta com apenas uma unidade hospitalar, com exceção de Itacoatiara (2), Parintins (2), São Gabriel da Cachoeira (2), Tabatinga (4) e Urucurituba (2). Nos municípios do interior, mesmo não havendo SPAs, UPAs e HPSs, todos os usuários com demandas de urgência e emergência recebem os primeiros atendimentos imediatos na unidade hospitalar e, quando necessário, são encaminhados para os demais equipamentos da RAS.

Nem todos os usuários do estado dispõem de serviços de alta complexidade em decorrência da distribuição desigual entre os municípios. Entender como está configurada a urgência e emergência no Amazonas é fundamental para melhor situarmos os impactos da pandemia da covid-19 sobre o sistema de saúde e, por conseguinte, sobre a vida dos trabalhadores da saúde e da sociedade. Para apresentar a configuração da rede de saúde, construímos o mapa 2.

Mapa 2: Mapa do Amazonas com demarcações dos estabelecimentos de saúde por nível



Fonte: Mapa elaborado pela pesquisadora com base em Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2023.

Para fins de análise do quadro geral dos trabalhadores da urgência e emergência na política de saúde do Amazonas, se levarmos em consideração as unidades de saúde que concretamente atendem os casos de urgência e emergência nos municípios, poderemos considerar como *loci* principais para estes profissionais as unidades hospitalares (em municípios do interior), as unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência e as unidades de pronto atendimento, que são locais que contam com leitos de internação e/ ou trabalham com atendimentos imediatos às necessidades de saúde dos usuários. A partir de março de 2020, o sistema de saúde foi sacudido por um novo e inesperado evento: a pandemia da covid-19, como conversaremos no próximo item. Se olharmos para o próprio quadro de profissionais da urgência e emergência, percebemos um salto quantitativo em alguns municípios, enquanto outros não tiveram suas equipes recompostas para atender nesse novo cenário, como mostra a tabela 5.

Tabela 5: Profissionais de saúde das unidades hospitalares e serviços de pronto atendimento do Amazonas em 2020, 2021 e 2023

MUNICÍPIO	2020 Antes da pandemia (fev)	2021 Ápice da crise pandêmica (abril)	% DE CRESCIMENTO 2020-2021	2023 atualmente	% DE CRESCIMENTO 2020-2023
Anori	42	33	-21,43%	139	230,95%
Santo Antônio do Içá	52	55	5,77%	162	211,54%
Itapiranga	29	74	155,17%	84	189,66%
Nova Olinda do Norte	66	165	150,00%	134	103,03%
Manicoré	104	104	0,00%	196	88,46%
Manaquiri	50	69	38,00%	92	84,00%
Codajás	66	60	-9,09%	119	80,30%
Tapauá	78	86	10,26%	130	66,67%
Benjamin Constant	94	114	21,28%	155	64,89%
Tefé	252	293	16,27%	414	64,29%
Envira	107	106	-0,93%	175	63,55%
Carauari	73	87	19,18%	115	57,53%
Coari	284	375	32,04%	447	57,39%
Parintins	494	565	14,37%	760	53,85%
Borba	138	178	28,99%	212	53,62%
Manaus	19213	28233	46,95%	29510	53,59%
Manacapuru	441	746	69,16%	669	51,70%
Juruá	49	60	22,45%	74	51,02%
Iranduba	170	170	0,00%	254	49,41%
Beruri	49	65	32,65%	73	48,98%
Barreirinha	100	109	9,00%	148	48,00%
Canutama	73	80	9,59%	107	46,58%
Atalaia do Norte	94	116	23,40%	137	45,74%
Maués	180	218	21,11%	258	43,33%
Presidente Figueiredo	196	201	2,55%	280	42,86%
Novo Aripuanã	71	97	36,62%	101	42,25%
Amaturá	54	50	-7,41%	76	40,74%
Pauini	59	64	8,47%	82	38,98%
São Paulo de Olivença	95	101	6,32%	131	37,89%
Itacoatiara	572	742	29,72%	785	37,24%

MUNICÍPIO	2020 Antes da pandemia (fev)	2021 Ápice da crise pandêmica (abril)	% DE CRESCIMENTO 2020-2021	2023 atualmente	% DE CRESCIMENTO 2020-2023
Fonte Boa	136	138	1,47%	185	36,03%
Urucurituba	128	123	-3,91%	172	34,38%
Careiro	131	128	-2,29%	176	34,35%
Nhamundá	116	174	50,00%	154	32,76%
Tonantins	101	143	41,58%	134	32,67%
Itamarati	48	48	0,00%	61	27,08%
Maraã	63	76	20,63%	80	26,98%
Uarini	108	115	6,48%	136	25,93%
Boca do Acre	101	112	10,89%	127	25,74%
Ipixuna	56	56	0,00%	69	23,21%
Caapiranga	83	99	19,28%	101	21,69%
Urucará	121	118	-2,48%	145	19,83%
Lábrea	156	184	17,95%	186	19,23%
Eirunepé	151	153	1,32%	180	19,21%
Silves	96	106	10,42%	112	16,67%
São Gabriel da Cachoeira	147	124	-15,65%	170	15,65%
Humaitá	279	427	53,05%	313	12,19%
Rio Preto da Eva	168	191	13,69%	179	6,55%
Barcelos	123	121	-1,63%	128	4,07%
Japurá	80	80	0,00%	83	3,75%
Tabatinga	715	747	4,48%	735	2,80%
Jutaí	77	77	0,00%	79	2,60%
Novo Airão	178	175	-1,69%	182	2,25%
Boa Vista do Ramos	120	120	0,00%	120	0,00%
Anamá	119	119	0,00%	117	-1,68%
São Sebastiao do Uatumã	104	98	-5,77%	102	-1,92%
Autazes	55	57	3,64%	53	-3,64%
Apuí	80	77	-3,75%	76	-5,00%
Guajará	93	100	7,53%	83	-10,75%
Santa Isabel do Rio Negro	90	59	-34,44%	78	-13,33%
Alvarães	103	101	-1,94%	89	-13,59%
Careiro da Várzea	0	45	-	92	-
Total	27471	37907	37,99%	40716	48,21%

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base em Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2023

Com base na tabela 5, é possível verificar que houve um aumento de 48,21% de 2020 a 2023 no quantitativo dos profissionais de saúde que atendem urgências e emergências no Amazonas. Tal aumento evidencia o quanto o contingente de profissionais existentes anteriormente à pandemia não era suficiente para atender a demanda abissal que ela desencadeou.

A porcentagem de aumento de profissionais dos quatro primeiros municípios da tabela 6 (Anori, Santo Antônio do Içá, Itapiranga e Nova Olinda do Norte) ressalta diante dos demais, e, ao verificarmos os vínculos de trabalho dos profissionais destes municípios, percebemos que o maior percentual de aumento, com 491%, foi de trabalhadores contratados.

Tabela 6: Profissionais de saúde das unidades hospitalares e serviços de pronto atendimento dos municípios de Anori, Santo Antônio do Içá, Itapiranga e Nova Olinda do Norte em 2020, 2021, 2022 e 2023 por tipo de vínculo de trabalho

VÍNCULO DE TRABALHO	2020	2021	2022	2023	% CRESCIMENTO 2020-2023
Contrato	53	150	189	313	491%
Estatutário	93	132	156	179	92%
Emprego público	38	40	37	18	-53%
Cargo comissionado	5	5	7	9	80%

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base em Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2023

Portanto, a grande maioria do acréscimo de profissionais decorreu da realização de contratações iniciadas no período pandêmico para complementação do contingente de pessoal, tendo em vista a desproporção entre a demanda de pessoas que necessitavam do atendimento de saúde e o quantitativo de trabalhadores existentes. Ao mesmo tempo em que a pandemia desencadeou o aumento da contratação de trabalhadores da saúde, percebe-se que a maior parte deste incremento veio em forma de contratos temporários, com a fragilização dos vínculos e, conseqüentemente, das relações e condições de trabalho.

Concomitante ao aumento de profissionais, alguns municípios receberam leitos de UTIs como parte das iniciativas do governo do Estado para fazer frente à grande demanda de casos graves e aumento de óbitos. A tabela 7 ilustra a presença de leitos de UTIs nos municípios do Amazonas de 2019 a 2023. Entretanto, embora os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES) demonstrem quantitativos nos municípios de Borba, Coari, Jutai e Novo Aripuanã no ano de 2020, foi somente em outubro de 2021 que o interior do Amazonas teve inaugurada a primeira ala de UTI (Amazonas, 2021a), no município de Parintins, sendo também o marco da primeira estrutura de alta complexidade a ser alocada no interior do Estado.

Tabela 7: Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) disponíveis no Amazonas em 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023

Município	2019	2020	2021	2022	2023
Borba	-	12	12	-	-
Coari	-	5	5	-	-
Jutai	-	3	-	-	-
Manaus	533	780	823	703	765
Novo Aripuanã	-	4	-	-	-
Parintins	-	-	15	15	15
Tabatinga	-	-	-	10	10
Tefé	-	-	-	10	10
TOTAL	533	804	855	738	800

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base em Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2023

Em janeiro de 2021, uma das situações que os amazonenses do interior vêm passando historicamente, graças à distribuição desigual da RAS entre os municípios, ganhou notoriedade nas notícias, durante a 2ª onda da pandemia, como veremos no próximo item. De acordo com

levantamento da Defensoria Pública do Médio Solimões, somente no mês de janeiro pelo menos 14 pessoas morreram nos municípios que compõem a região (Tefé, Uarini, Maraã, Fonte Boa, Jutáí, Juruá e Japurá) à espera de transferência para Manaus (Correio Braziliense, 2021).

Verificando o panorama (até dezembro de 2023) de leitos de UTI no Amazonas (tabela 7), contabilizam-se 800 unidades em todo o estado, dentre as quais 95,6% estão em Manaus. Ou seja, mesmo com toda situação de barbárie vivenciada no estado, menos de 5% dos leitos de UTI foram destinados ao interior, especificamente aos municípios de Parintins (15), Tabatinga (10) e Tefé (10).

Ao correlacionarmos a distribuição de leitos de UTI aos percentuais de aumento de óbitos nos municípios do Estado, percebemos que nenhum dos quinze municípios que tiveram maior crescimento proporcional de óbitos foi contemplado com estas unidades. Ao ordenarmos os municípios que, proporcionalmente, mais tiveram óbitos no auge da crise sanitária no Amazonas (2021), Manaus é a 16^a, Parintins, a 18^a, Tefé está em 29^a e Tabatinga 47^a (tabela 8).

Tabela 8: Óbitos gerais no estado do Amazonas no período de 2019 a 2023, ordenados por municípios com maior proporção de óbitos no pico da pandemia (2021)

Município	2019	2020	% 2019 - 2020	2021	% 2019 - 2021	2022	% 2019 - 2022	2023	% 2019 - 2023
Juruá (Tefé)	22	52	136,36%	49	122,73%	27	22,73%	11	-50,00%
Irlanduba (Manaus)	225	325	44,44%	469	108,44%	324	44,00%	108	-52,00%
Amaturá (Tefé/Tabatinga)	28	53	89,29%	58	107,14%	28	0,00%	12	-57,14%
Santa Isabel do Rio Negro (Manaus)	45	88	95,56%	91	102,22%	83	84,44%	15	-66,67%
Tonantins (Tefé/Tabatinga)	39	56	43,59%	77	97,44%	37	-5,13%	6	-84,62%
Manacapuru (Manaus)	383	627	63,71%	743	93,99%	461	20,37%	127	-66,84%
Maraã (Tefé)	30	51	70,00%	58	93,33%	38	26,67%	13	-56,67%
Uarini (Tefé)	39	50	28,21%	75	92,31%	45	15,38%	10	-74,36%
Urucurituba (Parintins)	48	59	22,92%	87	81,25%	83	72,92%	34	-29,17%
São Paulo de Olivença (Tefé/Tabatinga)	103	142	37,86%	180	74,76%	139	34,95%	50	-51,46%
Presidente Figueiredo (Manaus)	120	172	43,33%	209	74,17%	148	23,33%	53	-55,83%
Careiro (Manaus)	137	163	18,98%	233	70,07%	182	32,85%	53	-61,31%
Itacoatiara (Parintins)	429	599	39,63%	724	68,76%	495	15,38%	166	-61,31%
Silves (Parintins)	39	45	15,38%	65	66,67%	44	12,82%	15	-61,54%
Borba (Manaus)	117	151	29,06%	194	65,81%	165	41,03%	51	-56,41%
Manaus	11.339	15.588	37,47%	18.728	65,16%	12.036	6,15%	4.088	-63,95%
Rio Preto da Eva (Manaus)	103	126	22,33%	170	65,05%	120	16,50%	47	-54,37%
Parintins	459	539	17,43%	747	62,75%	497	8,28%	158	-65,58%
Anori (Manaus)	44	70	59,09%	71	61,36%	60	36,36%	20	-54,55%
Pauini	57	60	5,26%	89	56,14%	68	19,30%	23	-59,65%
Barcelos	62	99	59,68%	96	54,84%	75	20,97%	24	-61,29%

Município	2019	2020	% 2019 - 2020	2021	% 2019 - 2021	2022	% 2019 - 2022	2023	% 2019 - 2023
Nova Olinda do Norte	99	166	67,68%	153	54,55%	128	29,29%	35	-64,65%
Itamarati	24	36	50,00%	37	54,17%	40	66,67%	9	-62,50%
Autazes	135	191	41,48%	208	54,07%	174	28,89%	46	-65,93%
Humaitá	192	275	43,23%	293	52,60%	251	30,73%	94	-51,04%
Novo Airão	67	78	16,42%	102	52,24%	65	-2,99%	24	-64,18%
Careiro da Várzea	53	81	52,83%	80	50,94%	68	28,30%	23	-56,60%
Jutaí	63	102	61,90%	93	47,62%	86	36,51%	24	-61,90%
Tefé	274	419	52,92%	400	45,99%	309	12,77%	113	-58,76%
Beruri	64	69	7,81%	93	45,31%	64	0,00%	26	-59,38%
Itapiranga	47	60	27,66%	68	44,68%	39	-17,02%	18	-61,70%
Apuí	63	78	23,81%	91	44,44%	94	49,21%	34	-46,03%
Maués	234	299	27,78%	338	44,44%	284	21,37%	95	-59,40%
Codajás	79	102	29,11%	114	44,30%	95	20,25%	21	-73,42%
Manaquiri	73	86	17,81%	105	43,84%	68	-6,85%	16	-78,08%
Nhamundá	69	81	17,39%	98	42,03%	78	13,04%	26	-62,32%
Tapuá	58	73	25,86%	82	41,38%	80	37,93%	15	-74,14%
Coari	331	465	40,48%	457	38,07%	363	9,67%	130	-60,73%
Envira	66	62	-6,06%	91	37,88%	65	-1,52%	28	-57,58%
Manicoré	181	197	8,84%	249	37,57%	199	9,94%	85	-53,04%
Urucará	71	76	7,04%	96	35,21%	81	14,08%	21	-70,42%
Barreirinha	132	142	7,58%	178	34,85%	129	-2,27%	37	-71,97%
São Sebastião do Uatumã	26	20	-23,08%	35	34,62%	43	65,38%	11	-57,69%
Santo Antônio do Içá	82	105	28,05%	110	34,15%	104	26,83%	24	-70,73%
Alvarães	52	75	44,23%	68	30,77%	44	-15,38%	18	-65,38%
São Gabriel da Cachoeira	252	336	33,33%	329	30,56%	305	21,03%	82	-67,46%
Tabatinga	302	406	34,44%	372	23,18%	322	6,62%	118	-60,93%
Boca do Acre	145	215	48,28%	178	22,76%	180	24,14%	56	-61,38%
Caapiranga	40	51	27,50%	49	22,50%	55	37,50%	10	-75,00%
Boa Vista do Ramos	64	77	20,31%	77	20,31%	61	-4,69%	27	-57,81%
Anamá	35	39	11,43%	42	20,00%	26	-25,71%	9	-74,29%
Novo Aripuanã	83	99	19,28%	98	18,07%	86	3,61%	28	-66,27%
Fonte Boa	95	122	28,42%	111	16,84%	89	-6,32%	27	-71,58%
Lábrea	174	198	13,79%	203	16,67%	153	-12,07%	55	-68,39%
Carauari	123	125	1,63%	135	9,76%	99	-19,51%	45	-63,41%
Eirunepé	176	172	-2,27%	188	6,82%	192	9,09%	62	-64,77%
Guajará	60	64	6,67%	64	6,67%	54	-10,00%	13	-78,33%
Benjamin Constant	169	223	31,95%	180	6,51%	184	8,88%	44	-73,96%
Atalaia do Norte	58	49	-15,52%	59	1,72%	55	-5,17%	16	-72,41%
Japurá	26	20	-23,08%	23	-11,54%	28	7,69%	5	-80,77%
Ipixuna	65	48	-26,15%	56	-13,85%	55	-15,38%	20	-69,23%
Canutama	51	49	-3,92%	40	-21,57%	34	-33,33%	8	-84,31%
Município indefinido	6	19	216,67%	24	300,00%	30	400,00%	1	-83,33%
Total	18.327	24.765	35,13%	29.080	58,67%	20.114	9,75%	6.683	-63,53%

● Municípios com menor taxa de crescimento de quantitativo de profissionais da saúde.

● Municípios com UTI em 2021.

● Municípios com maior taxa de crescimento de quantitativo de profissionais da saúde.

● Municípios com UTI a partir 2022.

Fonte: Esquematizado pela pesquisadora com base no Ministério da Saúde – Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10 da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVS/SUS).

Ao buscarmos comparar aos números absolutos de óbitos por covid-19, notamos que, desta vez, os municípios contemplados com leitos de UTI assumem relativa dianteira, com

Manaus em 1º, Parintins em 4º, Tefé em 7º e Tabatinga em 19º (tabela 9). Verificamos que a lógica da distribuição de leitos de UTI guiou-se em grande parte pela divisão das Novas Regiões Geográficas, ou seja, pelas Regiões Geográficas Intermediárias (Manaus, Tefé, Lábrea e Parintins) e Regiões Geográficas Imediatas (onde aparece Tabatinga), e pelos quantitativos absolutos, deixando de lado o critério de proporcionalidade e tempo de deslocamento para o socorro. Um exemplo da desproporção é o 4º município com maior aumento proporcional de óbitos, Santa Isabel do Rio Negro, que, mesmo pertencendo à Região Geográfica Intermediária de Manaus, tem em média o tempo de deslocamento até a capital de 5 dias.

Tabela 9: Óbitos por covid-19 no estado do Amazonas no período de 2020 a 2023

Município	2020	2021	2022	2023	Total
Manaus	3.380	6.134	392	38	9.944
Manacapuru	172	234	13	2	421
Itacoatiara	98	218	21	1	338
Parintins	161	197	2	0	360
Irlanduba	60	108	10	0	178
Coari	137	100	12	0	249
Tefé	106	95	3	1	205
Maués	49	81	8	1	139
Presidente Figueiredo	41	70	11	1	123
Humaitá	84	67	8	1	160
Manicoré	36	67	7	0	110
Careiro	25	62	3	3	93
Rio Preto da Eva	24	61	1	0	86
Autazes	38	58	6	0	102
São Gabriel da Cachoeira	59	51	3	0	113
Borba	26	44	1	0	71
Benjamin Constant	46	42	1	0	89
Nova Olinda do Norte	30	39	2	0	71
Tabatinga	88	39	3	0	130
Urucará	16	38	1	1	56
Barreirinha	27	37	5	0	69
Lábrea	45	36	5	1	87
Carauari	23	34	2	0	59
São Paulo de Olivença	32	34	1	1	68
Barcelos	28	32	0	1	61
Santa Isabel do Rio Negro	22	32	3	0	57
Manaquiri	23	30	2	0	55
Itapiranga	15	28	3	0	46
Apuí	7	26	3	0	36
Urucurituba	11	25	3	1	40
Eirunepé	12	22	1	0	35
Fonte Boa	22	22	1	0	45
Alvarães	25	21	0	0	46
Nhamundá	17	21	3	1	42
Novo Airão	12	21	4	0	37
Beruri	14	20	1	0	35
Careiro da Várzea	6	19	3	0	28
Jutaí	17	19	5	3	44
Tonantins	21	18	3	0	42

Município	2020	2021	2022	2023	Total
Novo Aripuanã	14	17	0	0	31
Maraã	7	16	0	0	23
Santo Antônio do Içá	29	16	3	2	50
Anori	18	15	0	0	33
Codajás	10	15	2	1	28
Silves	7	15	0	0	22
Tapauá	10	14	2	0	26
Caapiranga	9	13	2	0	24
Guajará	16	13	2	0	31
Pauini	10	12	2	0	24
Uarini	14	12	0	0	26
Envira	2	11	1	0	14
São Sebastião do Uatumã	8	11	0	0	19
Boca do Acre	18	10	4	2	34
Anamã	1	9	1	0	11
Japurá	2	9	1	0	12
Amaturá	10	8	1	0	19
Juruá	8	8	1	1	18
Ipixuna	12	7	2	0	21
Boa Vista do Ramos	7	6	1	0	14
Atalaia do Norte	5	5	1	0	11
Canutama	6	4	1	0	11
Itamarati	7	2	0	0	9
Total	5.285	8.550	583	63	14.481

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base em Ministério da Saúde – Portal covid-19/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/SUS), 2023.

Em contraste entre as tabelas 8 e 9 percebemos números diferentes de óbito, porque a tabela 8 abarca todos os tipos de óbito, enquanto a tabela 9 restringe-se aos óbitos por covid. Considerando Pilar e Almeida (2023), podemos inferir que o crescimento do total de óbitos no período da pandemia pode ser indicador de que houve grande subnotificação dos óbitos por covid-19. Conforme as estimativas do demógrafo José Eustáquio Alves (*apud* Pilar e Almeida, 2023), as mortes podem ter chegado a mais 1 milhão no país diante da subnotificação.

Quando realizamos o cruzamento das variáveis “aumento de profissionais”, “UTIs por município” e “aumento proporcional de óbitos”, visualizamos que o aumento de trabalhadores, quando não aliado à melhoria da estrutura para atendimento, não consegue impactar efetivamente nos indicadores de resultado. Um exemplo é o município de Anori, distante 195 km de Manaus, cujo tempo de deslocamento é de 6 horas por meio de embarcação a jato e 16 horas de embarcação recreio. De acordo com a tabela 5, Anori foi o município que teve o maior aumento proporcional de profissionais de saúde em seu hospital, porém ele aparece em 19º lugar no *ranking* de aumento proporcional de óbitos, com 61,36% em 2021. Inferimos que o fato de as UTIs de sua região estarem a no mínimo 6 horas de distância influenciou decisivamente na proporção de óbitos do município.

1.3 A pandemia da covid-19 nos hospitais e prontos-socorros adultos do Amazonas

Em 2020, com a instauração de uma pandemia, os sistemas de saúde no mundo inteiro foram exauridos. Na leitura de Souza (2021a), os sistemas de saúde no mundo inteiro, por razões políticas e econômicas preceituadas pelo ideário neoliberal, vêm sendo sistematicamente sucateados, assim como todas as políticas sociais. No Amazonas, com peculiaridades históricas e regionais, o sistema de saúde foi levado à exaustão, com repercussão no mundo inteiro. Entretanto, quando se referencia o sistema de saúde, cabe ressaltar que ele não é formado somente por prédios, estruturas físicas e equipamentos. O sistema de saúde é, sobretudo, formado por trabalhadores da saúde, que em todo o período de crise sanitária, excederam seus limites físicos, psicológicos e emocionais.

É importante explicar que a covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus – SARS-CoV-2 (Brasil, 2021), que ocasionou o surto mundial e, em 30 de janeiro de 2020, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Foi a sexta vez na história que uma ESPII foi declarada. As outras foram: a pandemia de H1N1, em 2009; a disseminação internacional de poliovírus, em 2014; o surto de ebola na África Ocidental, 2014; o vírus zika e o aumento de casos de microcefalia, em 2016; e o surto de ebola na República Democrática do Congo, em 2018 (OPAS, 2020). Somente recentemente, em 05 de maio de 2023, a OMS reconheceu o fim da ESPII, embora a covid-19 permaneça uma ameaça à saúde, caracterizada como uma pandemia, resultando em uma morte a cada minuto na semana do dia 24 ao dia 30 de abril do corrente ano (OPAS, 2023).

Souza (2021a) analisa que esta pandemia assumiu o *status* de mais grave desde o início do século XX, destacando-se pela rápida disseminação e alcance. Para o autor, ela reflete o caráter global e acelerado da dinâmica social contemporânea. No caso do Brasil, Barreto (2021) avalia que, com toda a potência SUS minada por medidas econômicas de austeridade fiscal, a política de saúde brasileira enfrentou também, durante a gestão da crise sanitária (2020-2021), o enfraquecimento das instâncias interfederativas de gestão consensual, ou seja, de seu próprio princípio democrático.

No Amazonas, o primeiro caso de covid-19 foi confirmado em 13 de março de 2020. Em 22 de abril, quarenta dias depois, já havia 2.479 casos confirmados e 206 óbitos pela doença. Diante da rápida evolução do quadro epidemiológico, foi instituído um Plano de Contingência para a Infecção Humana pela covid-19, a fim de organizar o processo de tomada de decisão, capitaneado pelo governo do estado, pela SES e pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (Amazonas, 2020a).

O Plano de Contingência Estadual para Enfrentamento da Pandemia de covid-19 (Amazonas, 2021) classificou a evolução temporal dos casos da doença em duas ondas. A primeira, no período de 13 de março até 30 de maio de 2020. A segunda, de 23 de dezembro de 2020 a 24 de janeiro de 2021,

com o aumento acelerado de casos do que na onda anterior em decorrência da circulação da variante P1, produto das aglomerações ao final de 2020 (campanhas eleitorais de prefeituras e festividades de natal e ano novo) e do período sazonal de circulação de vírus respiratórios no Amazonas.

Schweickardt *et al.* (2022) destacam o fenômeno da interiorização da pandemia na Amazônia, que envolveu a dinâmica dos rios e seus transportes. Inicialmente, houve a preocupação em estabelecer barreiras sanitárias nos portos, com proibição do transporte fluvial de passageiros e mercadorias. Posteriormente, estes bloqueios foram liberados com o intuito de não impedir a chegada de alimentos para as populações do interior. No entanto, o vírus correu os rios mais rápido do que as medidas sanitárias e a covid-19 chegou e se alastrou pelos municípios. No subitem anterior mencionamos a dificuldade de acesso nessas regiões e o quanto as peculiaridades locais foram determinantes para um SUS que ainda padece de desigualdades e fragilização dos processos de regionalização e descentralização. Portanto, em meio a uma das piores pandemias do século, a oferta de infraestrutura local e de serviços hospitalares permaneceu um obstáculo ao exercício do direito à saúde por parte da população amazônica.

No Plano Estadual de Saúde 2020-2023 (Amazonas, 2020), verifica-se que, em 2020, ano da chegada da pandemia, 100% dos serviços de alta complexidade do estado do Amazonas concentravam-se na capital. A RUE, que foi grande responsável pela absorção da demanda dos casos graves da covid-19, tinha suas principais unidades de média e alta complexidade em Manaus e na sede das regiões de saúde de maior concentração populacional (Manacapuru, Itacoatiara e Alto Solimões). Neste mesmo documento, ressalta-se que a realidade dos leitos SUS em 2020 era de 46,81% de leitos clínicos e cirúrgicos localizados em HPSs em geral e Hospitais de Retaguarda para a RUE. Além disso, 49,88% dos leitos de terapia intensiva estavam dentro destas mesmas unidades. Portanto, aproximadamente metade dos principais leitos do estado são destinados à RUE.

Em levantamento realizado por Barreto *et al.* (2021), o estado do Amazonas editou 14 decretos para contenção da propagação do vírus durante a gestão da crise sanitária provocada pela pandemia, dos quais oito foram de 16 de março até 30 de novembro de 2020 e seis entre 01 de dezembro de 2020 e 31 de janeiro de 2021. Com as pressões, começaram a ser lançados decretos de relaxamento. O primeiro reabriu os *shoppings*, seguidos de bares, restaurantes, reuniões, lojas de brinquedo, papelaria e escritórios, sob a imposição de condições sobre medidas de higiene, quantidade de pessoas, capacidade do local, distanciamento entre pessoas, dentre outros.

No entanto, Andrade *et al.* (2022) examinam que, embora no momento deste e dos demais decretos de flexibilização das medidas restritivas as notificações da doença estivessem em declínio, o Amazonas figurava no pódio do *ranking* de letalidade. Barreto *et al.* (2021) avaliam que as aberturas

foram autorizadas ainda em plena pandemia em Manaus, tanto do ponto de vista da incidência, quanto dos óbitos por covid-19.

Cabe ressaltar que, desde o início da pandemia, o governo federal à época não apenas minimizou o impacto da pandemia, mas agiu ou deixou de agir ao ponto de prejudicar o combate à disseminação do vírus. Calil (2021) aponta que o desastre ocorrido no Brasil, ao contrário de falta de estratégia, foi na verdade uma estratégia bem definida que tinha como principal objetivo o atingimento veloz de uma pretensa imunidade coletiva. Para este fim, buscou intensificar a contaminação, valendo-se da disseminação de dados incorretos ou inteiramente falsos, da demonstração exemplar de comportamentos propícios à contaminação, da desqualificação da pandemia, do estímulo a atitudes contrárias às recomendações do uso de máscara e do distanciamento social.

A capital do Amazonas, que conferiu vitória com 65,72% dos votos, em 2018, ao governo que geriu desastrosamente a pandemia, tornou a dar-lhe vitória em 2022, com 61,28%, evidenciando um desgaste de apenas 4%, mesmo com toda a barbárie vivenciada no estado inteiro. Este é um reflexo do apoio da maioria da população da cidade àquela gestão e ilustra a grande aderência aos posicionamentos daquele governo.

No dia 23 de março de 2020, o governo do Amazonas emitiu uma nota técnica para orientar o fluxo da assistência na rede de saúde da capital. A nota técnica 006/2020-SEAASC/SUSAM indicava os critérios de definição de casos suspeitos, prováveis e confirmados de infecção por covid-19, os encaminhamentos e as medidas a serem adotados e os procedimentos para notificação.

Esta nota determinava que os casos suspeitos da doença fossem atendidos na Atenção Primária, especialmente nas 14 Unidades Básicas de Saúde da capital. Já os casos graves, deveriam se dirigir obrigatoriamente às unidades urgência e emergência, que incluíam 09 SPAs, 02 UPAs 24h, 03 HPSAs, 03 Hospitais e Prontos-Socorros Pediátricos (HPSPs) e 07 maternidades. O documento previa que, quando necessário, os casos graves deveriam ser encaminhados às unidades de referência, que acolhiam estes usuários por meio do sistema de regulação.

Em abril de 2020, um mês após o primeiro caso confirmado de covid-19, o Amazonas já protagonizava o colapso do sistema de saúde e do sistema funerário, com a abertura de valas coletivas e a utilização de contêineres refrigerados para conservação dos numerosos corpos até o sepultamento (Senado, 2021). No dia 18 de abril de 2020, o governo do estado realizou a contratação do Hospital Nilton Lins, pertencente à universidade privada de mesmo nome, para servir de hospital de campanha para atendimento exclusivo de pacientes com covid-19 (CNN Brasil, 2020). Durante a primeira onda, este hospital funcionou por três meses, tendo sido fechado, de acordo com Senado (2021), sem nenhum parâmetro técnico ou científico.

Dado o aumento de casos e internações, a falta de leitos de UTIs no Amazonas fez com que os usuários mais ricos evadissem, por meio de UTIs aéreas, principalmente para unidades de saúde de São Paulo e Brasília em busca de tratamento (UOL, 2020). Este dado evidencia a desigualdade latente no contexto da pandemia, em que, mediante o sucateamento e o desfinanciamento do SUS, somente alguns usuários tinham uma opção de sobrevivência, inacessível à maioria dos brasileiros.

Sobre o impacto no sistema de saúde, o levantamento de Andrade *et al.* (2022), acerca da sequência de acontecimentos durante a pandemia no Amazonas, demonstrou que a empresa fornecedora de oxigênio para o estado apontou a necessidade de acréscimo dos volumes contratados de oxigênio em julho de 2020. Mais tarde, em setembro daquele ano, voltou a alertar a SES sobre a possível escassez do insumo. Entretanto, não houve o aumento adequado dos volumes contratados nem tampouco aquisição de usinas de oxigênio naquele período.

No decorrer de 2020, grande parte da população continuou circulando sem atentar às recomendações de isolamento social. As eleições municipais do estado ocorreram e as campanhas políticas movimentaram os 62 municípios, mantendo o estado em um ritmo de circulação que vigorou em novembro e nas festividades de natal, em dezembro. A pesquisa de Barreto *et al.* (2021) realizou uma análise do Índice de Permanência Domiciliar (IPD), um indicador do quanto a população adotava a medida de isolamento domiciliar para redução da transmissão do vírus. No estudo, evidenciou-se uma queda considerável ao final de dezembro, o que revela que a população de Manaus estava mais na rua do que em casa, indo contra as recomendações para redução de transmissão do vírus.

Com o crescente número de casos da doença e hospitalizações, no dia 23 de dezembro, o governo do Amazonas publicou o Decreto 43.234, que determinava que *shoppings*, flutuantes, bares e estabelecimentos do comércio não essenciais fechassem novamente por 15 dias. O empresariado, aliado a grande parte da população que apoiava o posicionamento negacionista do governo, engendrou protestos e ameaças. Atendendo à pressão deste grupo, o governo recuou e liberou o funcionamento do comércio em geral, restringindo apenas os horários. O IPD de Manaus, de outubro até o final de dezembro, indicava uma crescente movimentação da população (Barreto *et al.*, 2021).

Mais uma vez, com a sobrecarga do sistema de saúde do estado, a rede privada fechou suas portas com 100% de seus leitos de UTI ocupados (G1, 2020). De dezembro de 2020 a janeiro de 2021, os sistemas de saúde público e privado do Amazonas entraram no segundo colapso. Barreto *et al.* (2021) destacam que o impacto foi exponencialmente maior que no colapso anterior, pois de abril até dezembro de 2020 (270 dias) foram notificados 3.380 óbitos, sendo que, desta vez, somente no mês de janeiro (31 dias), a notificação foi de 2.195 mortes por covid-19. Em 14 de janeiro, Manaus

presenciou um dos eventos mais lamentáveis de sua história, quando pacientes morreram asfixiados em decorrência da falta de oxigênio hospitalar em toda a rede de saúde pública.

Vivenciou-se a barbarização da vida, levando Manaus e o Amazonas aos noticiários nacionais e internacionais. A distopia ocorrida no estado possui determinações amplas, que ultrapassam os limites geográficos ou temporais, remontando a debates partindo, na perspectiva de Souza (2021a), da dinâmica contemporânea propulsora da propagação do vírus, da fragilização dos sistemas públicos de saúde, dos efeitos contundentes sobre a classe trabalhadora, dentre outros.

Ao fazermos alusão à tabela 8, nota-se que, tomando 2019 como referência pré-pandêmica, o número de óbitos no estado aumentou 35,13% em 2020. Já em 2021, ano com maior número de óbitos, o aumento foi de 58,67%. Segundo Senado (2021), grande parte destas mortes eram evitáveis.

Antunes (2022) destaca que a pandemia, combinada com a política socioeconômica hegemônica mundial, gerou consequências profundas para a humanidade. No Brasil, é possível ressaltar principalmente as consequências sobre as políticas sociais, sobretudo a saúde pública, e o desmonte dos direitos dos trabalhadores.

Ribeiro, Giongo e Perez (2021) constataram que o acirramento da erosão dos direitos sociais durante a pandemia atingiu duramente os trabalhadores da saúde, que se viram sobrecarregados com mais atividades profissionais e domésticas, sem flexibilização de prazos e metas.

Em especial destaque para os trabalhadores da RUE, que foi a principal porta de entrada para os casos graves de covid-19, ressalta-se o protagonismo dos principais HPSAs do Amazonas, que absorveram a maior demanda destes usuários. Na tabela 10, evidencia-se que os HPSAs estão entre os 4 primeiros, estando fora deste universo somente o HPSA Delphina Aziz (que não se caracteriza mais como HPSA por ser um hospital regulado), que foi a unidade de referência de covid-19 no estado. Em quinto lugar está a FCECON, estabelecimento referência no tratamento de câncer.

Tabela 10: Estabelecimentos de saúde que mais tiveram óbitos por ano no estado do Amazonas

Estabelecimentos	2019	2020	2021	2022	2023
Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto	1867	2254	2839	1853	464
Hospital e Pronto Socorro da Zona Norte Delphina Aziz	448	1684	2156	749	163
Hospital e Pronto Socorro Dr Aristóteles Platão de Araújo	724	1161	1611	1112	287
Hospital e Pronto Socorro Dr Joao Lucio Pereira Machado	987	1031	834	766	295
Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas	648	579	416	593	186
Total	4674	6709	7856	5073	1395

Fonte: Esquematizado pela pesquisadora com base no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Os HPSAs são unidades de saúde que, antes mesmo da pandemia, já tinham como rotina as situações de urgência e emergência dos usuários do SUS do Amazonas. Estes hospitais são referência

no estado inteiro, localizando-se em Manaus, recebem usuários encaminhados dos demais 61 municípios e estão situados na zona sul e leste da capital, conforme o quadro 1.

Quadro 1: HPSAs do estado do Amazonas

HPSA	DATA DE INAUGURAÇÃO	ZONA	SERVIÇOS DE REFERÊNCIA
Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto	02/01/1986	Sul	Serviços de urgência e emergência clínica e cirúrgica, incluindo traumas ortopédicos, urologia, vascular, além do atendimento em oftalmologia adulto e pediátrico, tratamento de pacientes adultos vítimas de queimaduras, dentre outros.
Hospital e Pronto-Socorro Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo	27/09/2006	Leste	Serviços de urgência e emergência em geral, cirurgias de ortopedia, vascular, clínica médica, tomografia, ultrassom, enfermagem, radiologia, farmácia, fisioterapia, psicologia, exames laboratoriais, cirurgias ortopédicas de média e alta complexidade, cirurgia vascular e de atendimento específico a portadores de diabetes melitus e acometidos por úlcera venosa e arterial (pé diabético, amputação de dedos, pés e pernas).
Hospital e Pronto-Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado	25/09/1997	Leste	Serviços de urgência e emergência em clínica médica, na linha de cuidado do trauma (cirurgia ortopédica, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia bucomaxilofacial), neurocirurgia de emergência e eletiva, cuidados de terapia intensiva, dentre outros.

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base nas Cartas de Serviço – SES, 2021

Giglio-Jacquemot (2005) define como urgência algo que exige ação rápida e indispensável, sem caráter de gravidade, risco ou perigo; e emergência, acontecimento grave, cuja aparição súbita causa ameaça ou perigo, sem necessidade de ação rápida. Na pandemia, urgência e emergência tornaram-se rotina, a negligência ao sistema de saúde inevitável, e a exploração ao trabalho contínua.

Nos HPSAs, a explosão da demanda de usuários forçou o estado a transferir profissionais de outros órgãos para dar suporte, abrindo tendas de triagem, criando plantões “psicossociais” (Castro, 2021) e equipando-os com câmaras frigoríficas para conservar os inúmeros corpos (D24 AM, 2020).

Estes hospitais foram *loci* das consequências da pandemia mais severas, testemunhando a lotação rápida e desumana de corredores por usuários em condições precárias alocados em macas, poltronas e cadeiras, dividindo cilindros de oxigênio; a transferência de usuários para outros estados em busca de melhores condições e de oxigênio, dentre outras.

As perdas evitáveis, o luto não vivido, a naturalização da barbárie, o sentimento de impotência perante a tragédia e o medo constante atingiram a sociedade amazonense como um todo. Explicita-se, portanto, que a pandemia não afetou apenas o “sistema” de maneira abstrata, mas a vida concreta e as condições de trabalho de homens e mulheres que dão vida ao SUS (trabalhadores/as) e nele buscam o direito à saúde (usuários/as).

CAPÍTULO II

TRABALHO PROFISSIONAL NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PANDEMIA

2.1 Assistentes sociais em meio à pandemia: quem está por detrás das máscaras

Como exposto no item anterior, a pandemia é um marco histórico da humanidade. Com ela, as condições objetivas e subjetivas da vida humana foram profundamente impactadas, inclusive o mundo do trabalho. Neste processo, diferentes categorias profissionais foram duramente atingidas na materialidade do seu trabalho, visto que precisavam continuar trabalhando e nem sempre dispunham das condições para tal. Dentre estes profissionais, nesta dissertação dar-se-á relevo aos/as assistentes sociais, que, como afirma Yamamoto (2015), pertencem à classe trabalhadora e, portanto, não dispõem dos meios de trabalho. A autora observa que, embora legitimada pelo aparato legal e organizativo que regula o exercício de uma “profissão liberal”, no Brasil, os/as assistentes sociais são predominantemente assalariados, ou seja, precisam vender a sua força de trabalho e se submeter a condições impostas pelos empregadores.

Quando pensamos no trabalho de assistentes sociais em meio ao contexto pandêmico, trabalhando em unidades hospitalares, especialmente de urgência e emergência, podemos afirmar que a pandemia foi um capítulo dramático da história destes profissionais na política de saúde, uma vez que estes profissionais em muitos momentos se colocaram como principais agentes de comunicação com as famílias e com os usuários internados. Neste item, pretende-se retirar as máscaras destes profissionais, o que significa evidenciar que, por trás delas, estavam pessoas, trabalhadores assalariados lutando para assegurar sua sobrevivência, aos quais precisa ser dado voz, com a oportunidade de explicitar como se deu o trabalho no contexto crítico que foi a pandemia.

As relações e as condições do trabalho profissional são compreendidas nessa dissertação à luz da teoria social de Marx, a qual hegemonicamente orienta a formação e o trabalho profissional do Serviço Social no Brasil. Dentro da literatura brasileira do Serviço Social, há diferentes ângulos de análise da natureza da profissão e do significado social de seu exercício no processo de produção e reprodução das relações sociais. Com base na teoria social de Marx, por meio de uma análise crítica, apreendemos o Serviço Social como expressão do trabalho coletivo na sociedade capitalista, inserido na divisão social e técnica do trabalho (Yamamoto, 2015).

Na lógica marxiana, o trabalho é primordialmente um processo entre o homem e a natureza, em que o homem atua na mediação, regulação e controle de seu metabolismo com ela. O homem põe em movimento as forças naturais de sua corporeidade para se apropriar da matéria natural de uma

forma útil para sua própria vida. Ao agir sobre a natureza e modificá-la, simultaneamente o homem modifica a si mesmo (Marx, 2013).

No processo de trabalho, o homem inicialmente concebe uma finalidade, em seguida realiza uma atividade utilizando os meios de trabalho e assim transforma o objeto do trabalho de acordo com a concepção inicial. O processo termina com o produto, que, por sua vez, é um valor de uso, uma utilidade que satisfará uma necessidade humana. O produto é a fusão do trabalho com seu objeto, é o trabalho objetivado ou o objeto trabalhado. O trabalho, que se manifestava no movimento do trabalhador, agora manifesta-se como uma qualidade imóvel, fixa no produto. Partindo do ponto de vista do produto, o meio e o objeto são meios de produção, e o trabalho, trabalho produtivo.

O processo de trabalho é condição universal do metabolismo entre homem e natureza, condição natural eterna da vida humana, comum a todas as suas formas sociais. A transformação do modo de produção ocorreu pela subordinação do trabalho ao capital. Assim, os meios de trabalho, o produto e até mesmo o trabalho do trabalhador passaram a pertencer ao capitalista (Marx, 2013).

É assim que o capital altera e subordina as mediações de reprodução ontológicas aos imperativos do capital. As funções produtivas e de controle do processo de trabalho social são radicalmente separadas entre aqueles que produzem e aqueles que controlam (Antunes, 2009).

No caso do Serviço Social, uma profissão historicamente ocupada por mulheres, institucionalizou-se e legitimou-se como profissão na sociedade capitalista dentro de um contexto contraditório composto por um conjunto de processos sociais, políticos e econômicos e, como afirma Yazbek (2009), foi pensada para mediar os conflitos entre capital e trabalho. Desta maneira, nos países regidos pelo capitalismo, a institucionalização da profissão está associada à sistemática intervenção do Estado nos processos de regulação da vida social.

O Serviço Social, institucionalizado no Brasil desde 1930 (Yazbek, 2009) e inserido na política de saúde desde 1940, é reconhecido como profissão da área da saúde, legitimado pela Resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde, e ganhou espaço neste campo de trabalho em meio às contradições fundamentais da política de saúde, sendo demandado a intervir nas lacunas geradas pela implantação não efetiva do SUS (Matos, 2017; Costa, 2009).

Costa (2009, p.348) sintetiza que, tudo o que dificulta ou prejudica o atendimento ao usuário está sujeito à mediação do/da assistente social, onde quer que aconteça. Firma que, nas instituições de saúde, esta participação profissional nos processos de trabalho “tem a singularidade de repor, com sua ação, as lacunas da parcialização, fragmentação, superespecialização e terceirização do trabalho”.

Em suma, o objetivo do Serviço Social no campo da saúde é compreender os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que influenciam o processo saúde-doença e buscar estratégias para

o enfrentamento desta questão, em combinação com um trabalho educativo que contribua para a efetivação dos direitos do usuário, dentre eles, o direito à saúde (Bravo; Matos, 2009; Matos, 2020).

Conforme abordado no item 1.1, a política de saúde no Brasil é marcada pela disputa entre os projetos privatista e de Reforma Sanitária. Soares (2010) aponta que, mesmo sendo a maior conquista em termos de proteção social para os trabalhadores brasileiros, o SUS se materializa em um processo contraditório e conflituoso, em que o direito à saúde e o projeto de reforma sanitária são afirmados e dialeticamente negados.

Na reflexão da autora, para a racionalidade hegemônica, a saúde é um campo estratégico de desenvolvimento do grande capital em que, contraditoriamente, é um espaço de direito universal e da apropriação privada dos recursos públicos. Dentre os impactos na materialidade do SUS, especialmente para o trabalho em saúde, estão a ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial, expressa principalmente na incapacidade crônica do sistema em atender à demanda; e a superexploração do trabalho na saúde pública, corroborada pela racionalidade empresarial produtivista, o mecanismo de contenção da demanda e a emergencialização³ da vida.

Para compreender a presente pesquisa, é fundamental reconhecer que estes determinantes incidem diretamente sobre a política de saúde do Brasil e do Amazonas, sobre o trabalho e os trabalhadores, com o atenuante agudo da pandemia. Portanto, as análises que se seguirão até a conclusão deste trabalho consideram que as configurações do trabalho, os impactos sobre as entrevistadas, bem como os embates e estratégias observados, inserem-se em um contexto mais amplo, marcado pela hegemonia do capitalismo liberal e pelo embate entre os projetos privatista e de Reforma Sanitária que moldam a política de saúde brasileira.

Nesta pesquisa, desenvolvida na cidade de Manaus, capital do Amazonas, deu-se a aproximação ao trabalho de assistentes sociais que trabalharam em hospitais e prontos-socorros em meio aos picos da pandemia. Conforme pesquisa de campo, desenvolvida no mês de março de 2024, todas as 20 assistentes sociais lotadas nos três HPSAs, na ocasião da pesquisa e em consonância com os critérios de inclusão, se identificaram como do gênero feminino. Portanto, a partir deste ponto nos referiremos a elas sempre no feminino.

³ De acordo com Soares (2010), a emergencialização da vida é um dos principais mecanismos da racionalidade hegemônica no sistema capitalista. É composta pela lógica pragmática e emergencial que perpassa todos os espaços sociais e diminui as possibilidades de uma reflexão mais aprofundada sobre o real, tendo em vista que grande parte das respostas tem uma urgência permanente. Quando estas respostas não são refletidas profundamente e não ultrapassam o imediatismo, tendem a reproduzir a racionalidade hegemônica, contribuindo para o fortalecimento do projeto privatista da saúde.

São 22 profissionais com vínculo empregatício. Destas, duas estavam fora dos critérios de inclusão por ter ingressado no HPSA após o período crítico da pandemia. Desta forma, entrevistamos todas as 20 profissionais que estavam dentro dos critérios de inclusão, como explicita a figura 1:



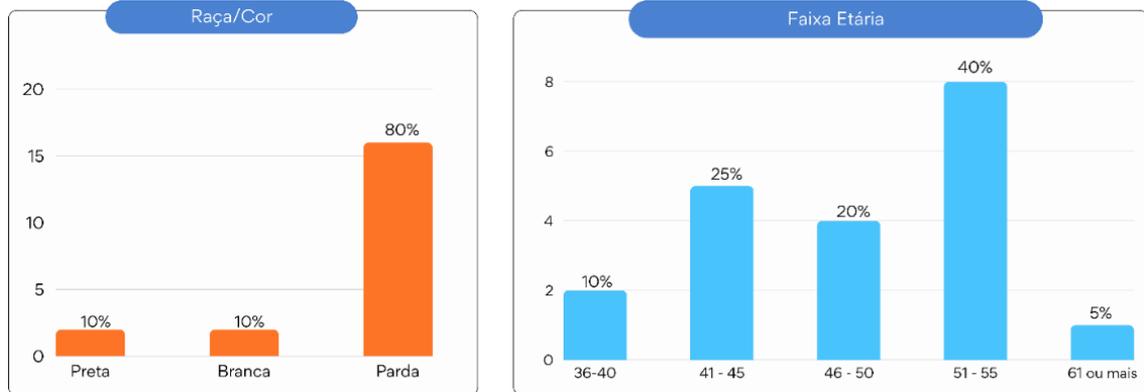
Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo.

A prevalência feminina coaduna com os achados da recente produção do Conselho Federal de Serviço Social intitulada Perfil de Assistentes Sociais no Brasil (CFESS, 2022), que demonstra que, no contexto nacional, a tendência histórica de predominância de profissionais do sexo feminino se mantém dentre os profissionais de Serviço Social, apontando que 92,92% se identificam com o gênero feminino, enquanto 6,97% com o masculino e 0,10% com outras expressões de gênero.

Cisne e Santos (2018) ressaltam que a presença marcante de mulheres na composição da categoria profissional e no seu público-alvo é algo imprescindível para a compreensão do significado sócio-histórico e ideopolítico do Serviço Social. Ao caracterizar-se como profissão feminina dentro da divisão sexual do trabalho, o Serviço Social tem como uns dos principais traços o baixo *status* social e baixos salários.

As autoras salientam que a predominância feminina na profissão não é espontânea e nem natural, mas sim socialmente determinada pela divisão sexual do trabalho patriarcal, que impõe às mulheres a responsabilização sobre as expressões da questão social. Ao atribuir uma suposta vocação natural às mulheres de abnegação, caridade, pureza, compaixão, dentre outros, a ideologia patriarcal é funcional aos interesses da classe dominante para pacificar a classe trabalhadora. Atenuar os conflitos de classe por meio de um viés moralizante é fundamental para assegurar a reprodução social.

Verifica-se que as profissionais participantes da pesquisa se autorreconhecem majoritariamente como pardas (gráfico 1), o que coaduna com os resultados de CFESS (2022), em que o Amazonas é o estado com maior proporção de assistentes sociais pardas do Brasil (70,15%). É importante destacar que dentre as opções de identidade de cor ou raça do questionário constavam também amarela e indígena, que não foram assinaladas.

Gráfico 1: Perfil das entrevistadas

Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

O Censo 2022 trouxe uma nova definição para o conceito de pardo, qual seja “pessoa que se declarar parda ou que se identifique com mistura de duas ou mais opções de cor ou raça, incluindo branca, preta, parda e indígena”.

Esta inovação rendeu, pela primeira vez na história, a colocação de maior grupo racial do Brasil à população autoidentificada como parda, além de ter superado, de maneira inédita, o quantitativo de autodeclarados brancos (IBGE, 2023).

Na particularidade do Amazonas, o Censo 2022 apurou a segunda maior população parda (68,8%), proporcionalmente, ficando atrás somente do Pará em nível nacional. O estado possui o maior quantitativo de pessoas indígenas do país em números absolutos, e, em proporção, é o segundo, com 7,7%, tendo o estado de Roraima à dianteira, com 14,1% (IBGE, 2023).

Ao olharmos para as mulheres pesquisadas e sua relação com a profissão, percebemos duas questões importantes. A primeira é que, dentro da lógica patriarcal, embora a profissão seja socialmente necessária, há um desprestígio salarial e social. A segunda, é que, mesmo designadas como profissionais liberais, as trabalhadoras entrevistadas são contratadas ou concursadas, e, portanto, dependem diretamente de uma relação de emprego, que neste caso, tem como empregador o estado e em condições e relações que nem sempre são as favoráveis para o exercício da profissional.

Para realizar a discussão proposta nesta pesquisa, cabe a aproximação às concepções de relações e condições de trabalho, tendo em vista que são variáveis essenciais para o alcance dos objetivos propostos. É importante esclarecer que, embora intimamente correlacionados, são conceitos diferentes. Partindo do método materialista histórico-dialético, consideramos ser possível depreender as condições de trabalho a partir dos conceitos de meios de produção e forças produtivas; ao passo em que, a partir da concepção de relações de produção, pode-se entender as relações de trabalho.

Os meios de produção são instrumentos, tecnologias, matérias primas, ambientes e tudo aquilo que viabiliza que o trabalhador realize o processo de trabalho, ou seja, as condições materiais

que possibilitam que o trabalhador exerça sua força de trabalho objetivando a entrega de um produto, finalidade de seu trabalho. Já as forças produtivas são determinadas por múltiplas circunstâncias, como o grau médio da destreza dos trabalhadores, o grau de desenvolvimento da ciência e de sua aplicabilidade tecnológica, a organização social do processo de produção, o volume e a eficácia dos meios de produção e as condições naturais.

Para Netto e Braz (2006), as forças produtivas são o conjunto dos meios de trabalho, dos objetos de trabalho e da força de trabalho. Pode-se afirmar que no atual estágio do modo de produção, as condições de trabalho podem ser expressas no ambiente de trabalho, nos equipamentos e materiais disponibilizados, no acesso a conhecimentos e tecnologias para realização do trabalho e, de maneira geral, na disponibilização de meios objetivos para o trabalho. As condições de trabalho das assistentes sociais nos prontos-socorros do Amazonas e suas configurações serão discutidas no item 2.2.

As relações de produção são as relações determinadas entre os homens e a natureza e entre os próprios homens, portanto, relações de caráter técnico e relações de caráter social estreitamente vinculadas. As relações de caráter técnico referem-se ao controle ou ao domínio que os produtores diretos têm sobre os meios e o processo de trabalho. Por sua vez, elas estão subordinadas às relações sociais de produção, que possuem caráter histórico e são determinadas pelo regime de propriedade dos meios de produção fundamentais. Nas sociedades em que há propriedade privada dos meios de produção, ocorre a divisão entre os proprietários e os não-proprietários dos meios de produção, ou seja, a divisão de classes sociais (Netto; Braz, 2006).

Num esforço de síntese provisória, é possível assimilar as relações de trabalho como social e historicamente determinadas e intimamente ligadas ao controle e poder que os detentores dos meios de produção têm sobre o trabalhador, em caráter técnico, social e jurídico. Desta maneira, inserem neste conceito variáveis como: garantias aos trabalhadores, tipos de vínculos de trabalho, formas de ingresso, jornada de trabalho, salário, dentre outros.

Serão discutidas as condições e relações de trabalho dos sujeitos desta pesquisa, todos mulheres, bem como suas mutações em decorrência da pandemia. No momento da crise sanitária, as profissionais se depararam com a complexificação extrema de seu objeto de trabalho (questão social) e com a deterioração da materialidade de seu trabalho. Elas presenciaram seu cotidiano de trabalho ser tomado por demandas urgentes, que requeriam resoluções imediatas acerca das expressões da questão social que emergiam.

As participantes desta pesquisa são trabalhadoras dos três HPSAs do Amazonas que estiveram frente à urgência da urgência. Em consulta ao CNES, referência nacional em informações da política de saúde, construiu-se a tabela 11 com o quantitativo de assistentes sociais em cada HPSA

e o tipo de vínculo de trabalho em três momentos: janeiro de 2020, que adotamos nesta pesquisa como momento pré-pandêmico; dezembro de 2021, que é uma referência que demarca o sistema de saúde logo após as duas ondas; e dezembro de 2023, que foi utilizado como referência pós-crítica da pandemia, quando as contratações de profissionais temporários já estavam amplamente normalizadas na política de saúde do estado, em detrimento da realização de concurso público.

Tabela 11: Assistentes Sociais dos HPSAs por vínculo de 2020 a 2023 conforme CNES

Ano	Tipo de Vínculo	Hospital e Pronto-Socorro Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo	Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto	Hospital e Pronto-Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado	Total
2020 (janeiro)	Contrato	1	-	6	7
	Estatutário	1	7	8	16
	Cooperado	-	2	-	2
	Celetista	-	-	1	1
	TOTAL	2	9	15	26
2021 (dezembro)	Contrato	1	-	5	6
	Estatutário	1	6	7	14
	Cooperado	-	2	-	2
	Celetista	-	-	1	1
	TOTAL	2	8	13	23
2023 (dezembro)	Contrato	6	324	5	14
	Estatutário	1	9	10	20
	Cooperado	-	3	1	4
	Celetista	-	-	1	1
	TOTAL	7	15	17	39

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base em Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2023.

Conforme a tabela 11, de janeiro de 2020 até dezembro de 2023 houve um aumento de 50% no quantitativo total de assistentes sociais dos HPSAs. Em tese, de 2020 a 2023, teria havido um aumento de 25% de profissionais estatutários e de 100% de profissionais contratados. Todavia, o contraste dos dados do Portal da Transparência do Governo do Estado do Amazonas, do CNES e da pesquisa de campo revelou uma divergência.

Enquanto no CNES o ano de 2023 fechou ao todo com 39 assistentes sociais nos HPSAs, no Portal da Transparência são informados 24 profissionais e, em campo, ao todo foram constatados 22 com vínculo de trabalho com a SES e 15 voluntários sem vínculo.

Para trazer dados precisos, realizou-se uma investigação minuciosa para encontrar a razão da divergência, o que se detalhou no quadro 2.

Quadro 2: Assistentes Sociais dos HPSAs por vínculo – comparativo entre CNES, Portal da Transparência e Pesquisa de campo

HPSA	Vínculo de trabalho	CNES	Portal da Transparência	Pesquisa de campo	Situação dos excedentes/ ausentes no campo de trabalho
28 de Agosto	Regime Estatutário	9	4	2	<p>CNES – 7 das informadas não estão em campo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 lotada em outra unidade de saúde; • 2 em licença médica desde antes da pandemia; • 2 contratos temporários antigos desligados desde 2017 informados equivocadamente como estatutários; • 2 contratos temporários atuais informados equivocadamente como estatutários. <p>Portal da Transparência – 2 das informadas não estão em campo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 em licença médica desde antes da pandemia.
28 de Agosto	Contrato Temporário	3	7	5 dentro dos critérios da pesquisa; 2 fora dos critérios; 7 no total.	<p>CNES – 4 não foram informadas, mas estão em campo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 contratos temporários atuais informados equivocadamente como estatutários. • 2 contratos temporários não informados <p>Pesquisa de Campo – 2 das encontradas em campo estão fora dos critérios da pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 assistentes sociais não participaram de nenhuma das 2 crises, pois ingressaram posteriormente.
28 de Agosto	Cooperados	3	-	-	<p>CNES – 3 das informadas não têm vínculo com a SES e não compõem o setor de Serviço Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 assistentes sociais com vínculo de trabalho com uma associação contratada pela SES para executar o Programa Melhor em Casa do Governo Federal.
28 de Agosto	Celetistas	-	-	-	-
28 de Agosto	Desvio de função	-	-	2	<p>Pesquisa de Campo – 2 encontradas em campo não estão listadas no CNES e nem no Portal da Transparência</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 assistentes sociais em desvio de função com vínculo estatutário na SES em cargos diferentes e, por isso, não apareceram na lista de assistentes sociais.
28 de Agosto	Voluntariado (sem vínculo)	-	-	8	<p>Pesquisa de Campo – 8 encontradas em campo não estão listadas no CNES e nem no Portal da Transparência</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 assistentes sociais voluntárias sem vínculo de trabalho com a SES, portanto fora dos critérios da pesquisa.
28 de Agosto	TOTAL	15	11	9 dentro dos critérios da pesquisa 19 no total	-
João Lúcio	Regime Estatutário	10	4	3	<p>CNES - 7 das informadas não estão em campo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 lotadas em outra unidade de saúde; • 1 em licença médica desde antes da pandemia; • 1 comissionada transferida desde 2018 informada equivocadamente como estatutária; • 2 contratos temporários atuais informados equivocadamente como estatutários.

HPSA	Vínculo de trabalho	CNES	Portal da Transparência	Pesquisa de campo	Situação dos excedentes/ ausentes no campo de trabalho
					Portal da Transparência - 1 informada não está em campo <ul style="list-style-type: none"> • 1 em licença médica desde antes da pandemia.
João Lúcio	Contrato Temporário	5	4	3	CNES – as 5 informadas não estão em campo <ul style="list-style-type: none"> • 2 lotadas em outra unidade de saúde; • 2 assistentes sociais com vínculo de trabalho com uma associação contratada pela SES para executar o Programa Melhor em Casa do Governo Federal. • 1 assistente social, estatutária em outro cargo da SES, que foi posta em desvio de função, mas não permaneceu. Portal da Transparência - 1 informada duplicada, pois tem 2 vínculos <ul style="list-style-type: none"> • 1 assistente social tem 1 vínculo estatutário e 1 vínculo temporário no cargo de assistente social (exerce 2 jornadas de trabalho neste HPSA e está contabilizada nos dois tipos de vínculo, mas para contabilização de entrevistas, ela representa 1 indivíduo no total da Pesquisa de campo).
João Lúcio	Cooperados	1	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • 1 assistente social com vínculo de trabalho com uma associação contratada pela SES para executar o Programa Melhor em Casa do Governo Federal.
João Lúcio	Celetistas	1	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • 1 assistente social com vínculo de trabalho com uma associação contratada pela SES para executar o Programa Melhor em Casa do Governo Federal.
João Lúcio	Desvio de função	-	-	1	Pesquisa de campo - 1 encontrada em campo não está listada no CNES e nem no Portal da Transparência <ul style="list-style-type: none"> • 1 assistente social em desvio de função com vínculo estatutário na SES em cargo diferente e, por isso, não apareceu na lista de assistentes sociais.
João Lúcio	Voluntariado (sem vínculo)	-	-	-	-
João Lúcio	TOTAL	17	8	7	-
Platão Araújo	Regime Estatutário	1	3	2	CNES – 1 informada equivocadamente como temporária, mas está em campo <ul style="list-style-type: none"> • 1 estatutária informada equivocadamente como temporária; Portal da Transparência (+1) <ul style="list-style-type: none"> • 1 em licença médica desde antes da pandemia;
Platão Araújo	Contrato Temporário	6	2	2	CNES - 4 das informadas não foram encontradas em campo <ul style="list-style-type: none"> • 2 lotadas em outra unidade de saúde; • 1 estatutária informada equivocadamente como temporária; • 1 assistente social com vínculo de trabalho com uma associação contratada pela SES para executar o Programa Melhor em Casa do Governo Federal.
Platão Araújo	Cooperados	-	-	-	-
Platão Araújo	Celetistas	-	-	-	-
Platão Araújo	Desvio de função	-	-	-	-

HPSA	Vínculo de trabalho	CNES	Portal da Transparência	Pesquisa de campo	Situação dos excedentes/ ausentes no campo de trabalho
Platão Araújo	Voluntariado (sem vínculo)	-	-	7	• 7 assistentes sociais voluntárias sem vínculo de trabalho com a SES, portanto fora dos critérios da pesquisa.
Platão Araújo	TOTAL	7	5	4 dentro dos critérios; 11 no total.	-

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base em Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (2023), Portal da Transparência (2023) e Pesquisa de campo, 2024.

É possível verificar que os quantitativos das bases de dados encontram-se desatualizados, no caso do CNES, ou com ausência de detalhamento, como no Portal da Transparência, que não informa a situação de afastamento por licença médica.

Além disso, há o caso de assistentes sociais alocadas nas unidades de saúde que não trabalham no Serviço Social, como é o caso das profissionais contratadas pela associação que gerencia e executa o Programa Melhor em Casa, do Governo Federal.

Cabe ressaltar que a contratação temporária de profissionais da saúde no Amazonas, durante o período pandêmico, teve início em janeiro de 2021 e foi regulamentada pela Portaria N. 012/2021-DGRH/SES-AM, que dispunha sobre a contratação direta de profissionais do banco de dados disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Este banco de dados integrava a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”, que era voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área da saúde para enfrentamento à pandemia, instituída pela Portaria N. 639/GM/MS, de 31 de março de 2020.

Verifica-se, portanto, que as profissionais de contrato temporário ingressaram nos HPSAs a partir de 2021, exceto uma profissional, que antes da pandemia trabalhava no Serviço Social do HPSA em desvio de função (é estatutária em outro cargo) e, com o processo seletivo, passou a compor a equipe formalmente sob contrato temporário como assistente social.

Na pesquisa de campo constatou-se a presença de assistentes sociais voluntários nos HPSAs 28 de Agosto (8) e Platão de Araújo (7). Estas profissionais não possuem vínculo de trabalho com a SES e não trabalharam no período crítico da pandemia, portanto elas não foram entrevistadas por estarem fora dos critérios da pesquisa.

Vasconcelos (2022) afirma que a demanda pelo trabalho voluntário decorre da desresponsabilização do Estado pela questão social e da necessidade de transferir essa responsabilidade. O enfrentamento à questão social, que é vista nesta sociedade como problema de indivíduos desqualificados e pobres, perde seu caráter público e coletivo e passa a ser a única relação entre os homens relegada ao trabalho voluntário.

O último concurso da SES foi realizado em 2014 e desde 2019 a secretaria vem anunciando um novo certame para provimento de servidores estatutários para composição de seus quadros funcionais, que, como veremos mais adiante, com os resultados da pesquisa de campo, é deficitário desde antes da crise sanitária desencadeada pela pandemia, evidenciando um sistema de saúde precário no estado.

Conforme observação direta, para atendimento das demandas e do grande fluxo de usuários que é característico dos HPSAs, que recebem por demanda espontânea casos graves e urgentes, mesmo com as contratações temporárias, nos dois HPSAs onde ocorre o trabalho voluntário de assistentes sociais, sem esse apoio a realização de todos os atendimentos seria inviável, resultando inevitavelmente no esgotamento físico e mental das profissionais, além de comprometer os direitos dos inúmeros usuários, que enfrentariam longas horas de espera ou sequer conseguiriam ser atendidos.

Como detalhado no quadro 2, foram encontradas em campo, nos 3 HPSAs, 37 assistentes sociais. Ficaram fora dos critérios 17 profissionais: 15 voluntárias e 2 com vínculo temporário que foram contratadas após os momentos críticos da pandemia.

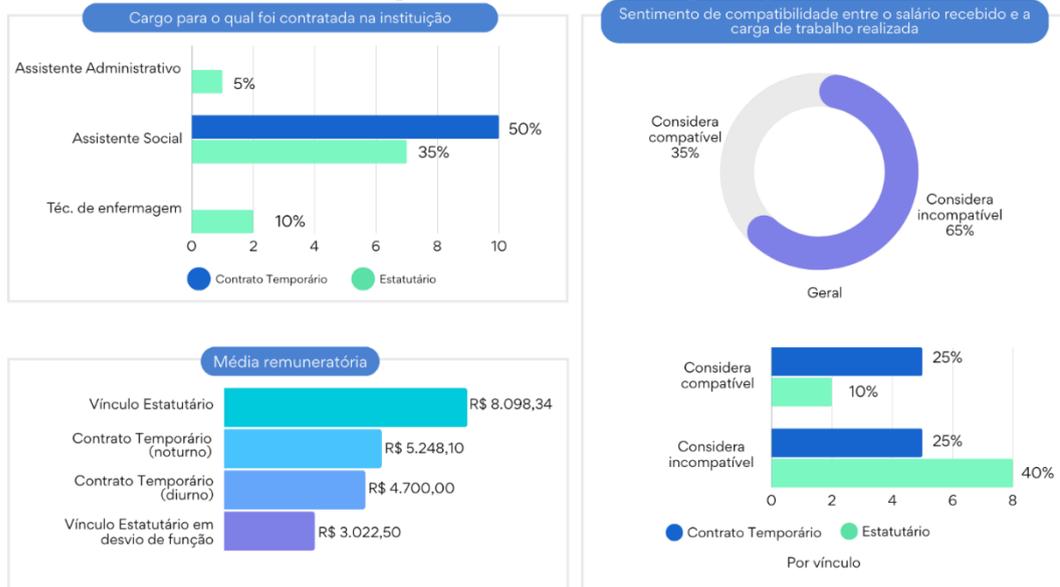
Constam no Portal da Transparência, mas não foram encontradas em campo, 4 profissionais licenciadas, portanto fora dos critérios da pesquisa. No total, 20 assistentes sociais estavam dentro dos critérios da pesquisa, representando o universo de participantes, e todas elas foram entrevistadas.

Quanto aos vínculos de trabalho das entrevistadas (20), são 11 contratos temporários e 10 estatutárias, sendo que, dentre as estatutárias, 3 estão em desvio de função e 1 tem os dois tipos de vínculos como assistente social com a SES, trabalhando as duas jornadas no mesmo HPSA.

Embora esta trabalhadora em questão seja contada como uma profissional, na contabilização de vínculos ela apareceu como contrato temporário e estatutária e, por isso, em 20 entrevistas, há o total de 21 vínculos.

Assim, no cômputo geral, há mais vínculos de contrato temporário do que efetivos. Entretanto, no restante do trabalho, tomaremos a assistente social que acumula os dois vínculos simplesmente como estatutária. O gráfico 2 mostra os aspectos gerais das relações de trabalho das profissionais:

Gráfico 2: Relações de trabalho – Assistentes sociais por cargo de vínculo, média remuneratória por vínculo e sentimento de compatibilidade remuneratória geral e por vínculo



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo e no Portal da Transparência do Governo do Estado do Amazonas, 2024.

No que diz respeito aos cargos relacionados aos vínculos de trabalho, 17 são de assistentes sociais, 2 de técnicas de enfermagem e 1 de assistente administrativo. Estas 3 últimas profissionais trabalham em desvio de função, ou seja, são profissionais concursadas para outros cargos, mas que trabalham como assistentes sociais, com as mesmas obrigações das demais. entretanto, suas remunerações correspondem aos cargos para os quais ingressaram na SES.

Estes dados convergem com as reflexões de Soares, Correia e Santos (2020), de que as estratégias de enfrentamento à covid-19 continham em seu cerne ações de sucateamento da saúde, inclusive a expansão do quantitativo de contratos precários, inseguros e temporários de trabalho, e o acompanhamento da histórica tendência de baixas remunerações.

As remunerações das profissionais variam de acordo com o vínculo e o cargo, portanto, há diferenças importantes entre assistentes sociais estatutários, temporários (neste ocorrendo acréscimo salarial para as 3 profissionais que realizam trabalho noturno) e em desvio de função.

A remuneração das servidoras estatutárias é composta pelo vencimento, que tem o valor fixado em lei, acrescido de gratificação risco de vida, gratificação saúde e auxílio alimentação (Amazonas, 2009). Já as servidoras com contrato temporário têm sua remuneração constituída basicamente pelo vencimento, acrescido de adicional noturno, este último aplicável apenas às três servidoras que cumprem plantões noturnos. Para as trabalhadoras de vínculo temporário, o tipo de vínculo implica não apenas em instabilidade, mas também em perda remuneratória.

Além de vencimentos menores para servidoras ocupantes de mesmo cargo, há a ausência de garantias e direitos trabalhistas, como é o caso das gratificações e do auxílio alimentação. Já as servidoras em desvio de função, embora tenham estabilidade e as vantagens pecuniárias compoendo sua remuneração, ganham muito aquém da remuneração devida às servidoras do cargo de assistente social. Em termos proporcionais, as servidoras de contrato temporário, com adicional noturno, ganham 65% da remuneração das estatutárias. Sem adicional noturno, esse percentual cai para 58%, enquanto, em média, a remuneração média das estatutárias em desvio de função equivale a 37,3%.

Na pandemia, as/os profissionais de Serviço Social passaram pelo aprofundamento da precarização das condições e das relações de trabalho, com a terceirização, sobrecarga de atendimento, enfrentamento e resolução do imediato, dificultando uma atuação planejada, intensificação do embate histórico sobre atribuições e competências profissionais, extensão da jornada de trabalho, provocada pelo permanente estado de alerta, dentre outras degradações inerentes à nova morfologia do trabalho⁴ no capitalismo em contexto pandêmico. Segundo Iamamoto (2015), é neste meio repleto de tensões e contradições que se impõe o protagonismo profissional: na disputa de forças em que ocorre a materialização do projeto profissional.

Segundo Antunes (2018), a tendência à precarização do trabalho nasceu com a criação do trabalho assalariado no capitalismo. Diz respeito aos vários mecanismos intrínsecos à lógica capitalista que buscam ampliar incessantemente a mais-valia, que é o excedente produzido pelo trabalhador e apropriado pelo capital. A precarização não é estática, é um processo que pode se ampliar ou se reduzir em proporção direta com a capacidade de resistência, organização e confrontação da classe trabalhadora. Logo, pode ocorrer em todos os seus aspectos, seja em suas condições ou relações de trabalho, objetivamente ou subjetivamente, com a finalidade de ampliar, contínua e sistematicamente, a troca desigual entre o valor que o trabalhador produz e o que ele recebe. Ocorre cada vez mais a ampliação dos níveis de exploração e a consequente precarização da classe trabalhadora e, para isso, são utilizados vários artifícios, como a intensificação do trabalho, o aumento da jornada, a destituição de direitos, os novos métodos de organização do trabalho, dentre outros.

O trabalho profissional dos/das assistentes sociais não foge a essas determinações sociais: a/o assistente social vende a sua força de trabalho, mercadoria com valor de uso (que atende uma necessidade social) e com valor de troca (expresso no salário). É nesta relação mercantil que se dá a objetivação do valor de uso de sua força de trabalho, manifesto no trabalho

⁴ A nova morfologia do trabalho é uma expressão criada por Ricardo Antunes para explicar as novas formas de ser do trabalho e dos trabalhadores no mundo contemporâneo, bem como seu caráter multifacetado, atravessado pela precarização estrutural do trabalho (Antunes, 2005).

concreto exercido pela/o assistente social, com determinada qualidade e resultado de sua especialização na divisão do trabalho (Iamamoto, 2015).

O processo de trabalho, sob a lógica marxiana, envolve uma finalidade, os meios de trabalho, o objeto do trabalho e o produto. Neste sentido, é importante enfatizar que o Serviço Social é trabalho, que, como defende Yamamoto (2020), possui: finalidade, com direção social orientada por seu projeto profissional; objeto de trabalho, que é a questão social em suas múltiplas expressões, experienciada pelos sujeitos em suas vidas cotidianas, demandando o trabalho profissional; meios de trabalho, dos quais são parte primordiais do acervo da/o profissional o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos, além daqueles detidos pelas entidades empregadoras, como os recursos materiais financeiros e organizacionais; e produto, que é a interferência na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica dos trabalhadores.

Dentre as assistentes sociais participantes da pesquisa, verificou-se que a diferença entre o tipo de vínculo impacta diretamente em suas condições de trabalho, logo, de vida. O gráfico 2, mostrada anteriormente, revela a disparidade entre as remunerações de profissionais que desempenham as mesmas atividades e, muitas vezes, as profissionais com vínculo temporário se sentem mais pressionadas, como demonstra a fala da Assistente Social 3:

Com a demanda que a gente tem, não [é compatível o salário]. Primeiro porque nós somos contrato e a nossa remuneração é diferente do concursado. A gente não tem direitos que o concursado tem, como o ticket. É só aquilo ali e acabou. Tanto que quando você sai, é do jeito que você entrou, sem nada. Embora o concursado também, mas ele tem a estabilidade, é totalmente diferente. A gente não ganha igual, o trabalho é igual ao do concursado, às vezes até uma cobrança maior (Pesquisa de campo, 2024).

O gráfico também expõe que 65% das pesquisadas julgam que sua remuneração é incompatível com o trabalho desempenhado nos HPSAs. Chama a atenção o fato de que, dentre do universo de profissionais que consideram a remuneração coerente com o trabalho desempenhado, 71,42% são profissionais de contrato temporário. As estatutárias se posicionaram de maneira mais crítica quanto à insatisfação com a remuneração e, do total de profissionais com esse tipo de vínculo, 80% registraram a incoerência remuneratória.

O sentimento de incompatibilidade do salário, frente ao trabalho desempenhado, é devido à sobrecarga enfrentada pelos trabalhadores dos HPSAs, cujo atendimento é em fluxo contínuo pela alta demanda de usuários, além da natureza do trabalho exigir respostas urgentes, como podemos observar nas seguintes falas das assistentes sociais:

É incoerente que não haja alguma espécie de adicional para quem trabalha em urgência e emergência. Enquanto aqui a gente tem uma sobrecarga imensa, nas policlínicas não têm e ganhamos o mesmo salário (Assistente Social 1, pesquisa de campo, 2024).

Eu sempre digo que não há compatibilidade do salário com o trabalho realizado, porque o assistente social que atua no campo da urgência e emergência trabalha muito mais, tem uma sobrecarga de trabalho muito maior do que os outros que estão em áreas que não são de urgência e emergência. [...] Então, hospitais de porta aberta a demanda é muito maior: de pessoas em situação de rua, situação grave, pessoas que entram... [...] Nós não temos as condições suficientes e ainda não temos o reconhecimento nessa questão da remuneração (Assistente Social 5, pesquisa de campo, 2024).

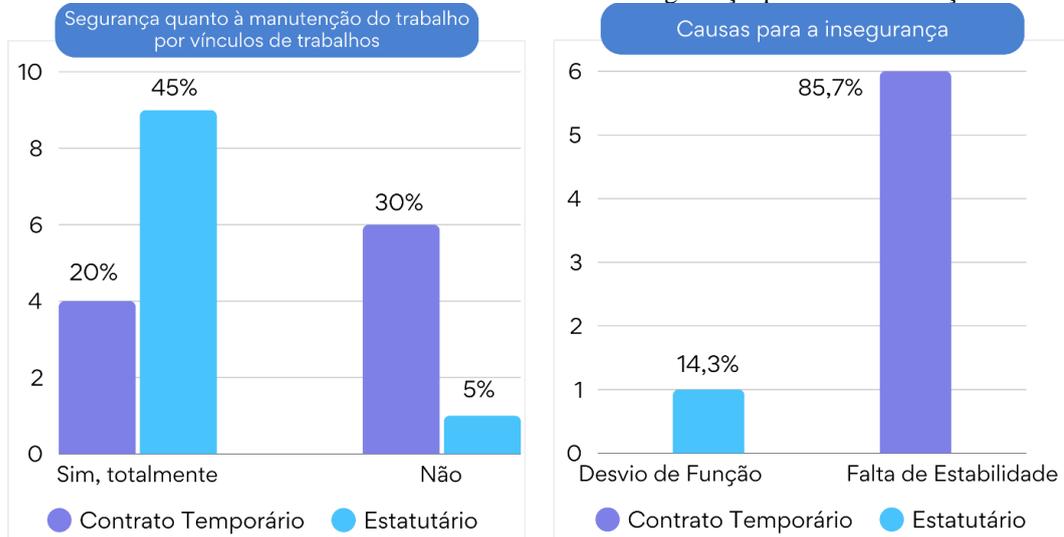
Eu acredito que quem trabalha na urgência e emergência tem que ter uma remuneração diferenciada. Porque é muito traumatizante. É importante enfatizar que você se desgasta muito mais do que num ambulatório. A gente atende o dia inteiro e todo o tempo (Assistente Social 6, pesquisa de campo, 2024).

Se eu for comparar com outras áreas, é melhor do que muitas outras áreas. Mas se eu for comparar com o que a gente faz, com o tamanho da responsabilidade que a gente tem aqui, com tantas demandas que a gente tem, a gente faz um trabalho que às vezes a gente corre até risco, tanto de doença, quanto lidar com o público... é complicado. Então, eu acho que deveria ser mais (Assistente Social 14, pesquisa de campo, 2024).

Verifica-se que as profissionais apontam uma intensificação e desgaste que seriam inerentes ao trabalho na urgência e emergência, que se justifica pelo movimento ininterrupto de usuários, pelo tipo de situações extremas que lhe são colocadas para resolver no cotidiano, ou pelo risco à saúde e à vida. Estes desafios do trabalho não são exclusivos do período crítico da pandemia. As falas no tempo presente indicam permanente sobrecarga e falta de reconhecimento salarial.

A pesquisa demonstra, como ilustra o gráfico 3, que 35% (7) das participantes se sentem inseguras quanto à manutenção de seu trabalho. Destas, 85,7% (6) reportam como causa da insegurança a falta de estabilidade e têm o vínculo por contrato temporário.

Gráfico 3: Assistentes Sociais dos HPSAs com sentimento de segurança quanto à manutenção do trabalho



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Quanto à carga horária, 90% (18) das profissionais cumprem a jornada semanal de 30 horas e 10% (2) declararam cumprir 40 horas, sendo que estas últimas são as profissionais que estão em desvio de função. Ao relacionar este dado com o comparativo entre as remunerações, anteriormente expressos no gráfico 2, averigua-se que estas profissionais em desvio de função possuem as mesmas responsabilidades e sobrecargas que as demais assistentes sociais, com o agravante de jornada de trabalho superior, mas ainda assim suas remunerações são menores.

Para Yamamoto (2020), o significado social do trabalho profissional da/o assistente social tem como determinante a relação que estabelece com os sujeitos sociais que o contratam. Mesmo que a natureza qualitativa deste trabalho seja a mesma nas várias inserções, o significado social de seu trabalho não é idêntico nas diferenciadas condições de realização, pois as relações sociais são diferentes. Isto ocorre devido aos empregadores determinarem as necessidades sociais que os/as assistentes sociais devem responder; delimitarem sobre qual matéria incidirá esse trabalho; interferirem na operacionalização do atendimento e na reprodução das relações sociais; imporem exigências trabalhistas e ocupacionais; e mediar as relações com trabalho coletivo.

A autora assevera que o trabalho profissional é influenciado decisivamente por estas relações, pois se trata de uma atividade assalariada de caráter profissional, de compra e venda da força de trabalho. A condição de trabalhador assalariado, regida por um contrato de trabalho, entranha a/o profissional em problemáticas da alienação e de determinações sociais que atingem a coletividade dos trabalhadores. Neste sentido, ainda que a/o assistente social realize o atendimento aos trabalhadores, ele mesmo é atravessado pelas determinações e expressões da questão social.

No âmbito do mercado de trabalho da/o assistente social, a autora destaca que se ampliam os processos de subcontratação de serviços individuais, por parte de empresas de serviço ou de assessoria, de organizações da sociedade de civil, de falsas cooperativas de trabalhadores na prestação de serviços ao governo. Ao mesmo tempo, assiste-se a deslocamentos nos modos de gestão e contratação de trabalhadoras/es por meio da terceirização de serviços públicos, com subcontratação de empresas ou instituições intermediadoras.

Yamamoto (2020) afirma que todas essas situações que expressam a nova morfologia do trabalho atestam que os/as profissionais, bem como os demais trabalhadores assalariados, passam pela precarização do trabalho não protegido, insegurança laboral, baixa e incerta remuneração, desproteção social e trabalhista, assédio moral, sofrimento e adoecimento decorrentes do trabalho.

Cabe ressaltar que, mesmo os trabalhadores assalariados com empregos estáveis, como empregados de empresas privadas, e até mesmo servidores públicos, são afetados pela precariedade subjetiva, com exigências cada vez maiores no trabalho, causando neles permanente preocupação

com a ideia de não poder responder às suas demandas, sentimento de desproteção, com potencialidade da perda repentina do emprego, medo de redução de salários e direitos. Segundo a autora, estas condições subjetivas resultam na precariedade objetiva, uma vez que o trabalhador acaba se sujeitando às estratégias de gestão e controle do trabalho.

Segundo Dardot e Laval (2016), estes fatos retratam a adoção da lógica empresarial ancorada na crítica da falta global de eficácia e produtividade do Estado, que para os neoliberais custa caro demais, retorna poucas vantagens à coletividade e põe entraves à competitividade da economia. Portanto, a nova norma mundial exige um “Estado eficaz” ou “Estado gerencial”, cujos dispositivos administrativos e sociais custem menos e se orientem pela competição econômica.

Os autores afirmam que este Estado possui o paradoxo entre o desprezo pelos agentes de base dos serviços públicos, com o pagamento de baixos salários, baixa disponibilização de meios e pessoal para realização dos serviços, campanhas midiáticas contra a gestão burocrática e o “peso dos impostos”, e a exigência cada vez maior de eficiência.

O que se tem é uma mutação da gestão pública pautada em um modelo empresarial, que não visa somente aumentar a eficácia e reduzir os custos, mas também subverter os fundamentos modernos da democracia, ou seja, o reconhecimento de direitos sociais ligados ao status de cidadão.

Além disso, para os autores, sob nova lógica de gestão pública, a aplicação do cálculo de custo-benefício demonstra que o “consumidor” paga mais caro por um bem público do que por um bem privado, e paga mais caro por um bem privado cuja produção é regulamentada do que por um cuja produção não é regulamentada. Há uma busca de meios de controle dos agentes públicos com a mesma eficácia do mercado sobre os indivíduos que participam dele. Cria-se uma concorrência entre os próprios agentes dentro do setor público por meio de uma “gestão do desempenho”, precarizando mais ainda as condições de trabalho.

Por meio da gestão da ação pública pautada em um modelo empresarial, o mercado não apenas se impõe por que invade os setores de Estado, mas também porque se tornou um modelo universal para pensar a ação pública e social. Neste sentido, há uma enorme redução da ação pública e do trabalho dos agentes públicos, em que o cidadão se torna cliente e os agentes vivenciam a tensão entre a lógica contábil imposta e o significado de suas profissões (Dardot; Laval, 2016).

Raichelis (2017) observa que a gestão da ação pública pautada em um modelo empresarial, ao tensionar a relativa autonomia da/o assistente social na execução das políticas sociais, impõe as estratégias racionalizadoras de cariz burocrático e neoliberal. Consequentemente, crescem a rotinização das atividades, os mecanismos de controle do trabalho, a padronização dos processos interventivos e a informatização, cada vez mais presentes nos processos de trabalho institucional.

Para a autora, o trabalho da/o assistente social integra essa dinâmica racionalizadora por meio do processo de generalização das relações de compra e venda da força de trabalho em todas as esferas da produção e da reprodução social. Além disso, participa política e ideologicamente das resistências e disputas quando se organiza como sujeito coletivo por meio de suas entidades representativas e da formulação de um projeto profissional que se articula ao projeto societário da classe trabalhadora.

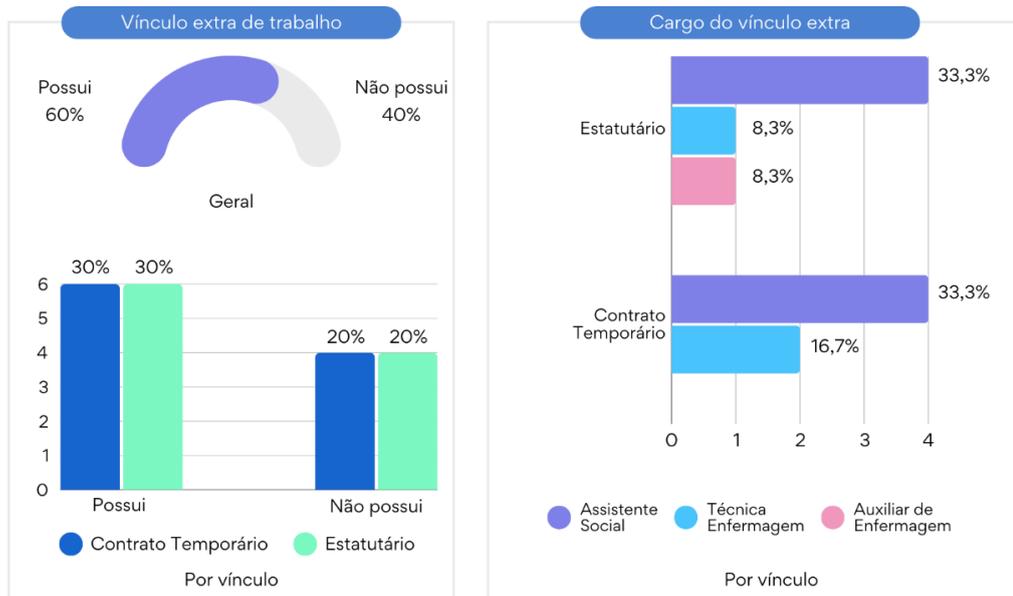
É no setor de serviços (públicos e privados) que se observa a maior e mais ampla precarização e intensificação do trabalho, cujas atividades são desvalorizadas. Aumentam, nesse contexto, o assédio moral, o desgaste mental das/os assistentes sociais, o sofrimento e o adoecimento ocasionados pelas novas formas de organização, controle e gestão do trabalho nas políticas públicas. Paradoxalmente, é neste ambiente de degradação do trabalho que o mercado de trabalho cresce para as/os assistentes sociais, especialmente nas políticas de seguridade social (Raichelis, 2017).

A autora salienta que esta dinâmica dos dilemas da alienação e do estranhamento que ocorre com o trabalho da/o assistente social precisa ser pesquisada e analisada nas situações e relações sociais concretas em que estes/as profissionais se inserem.

No que se refere aos impactos no mundo do trabalho, a pandemia ocorreu em um contexto de desmonte constante e sistemático de direitos das/os trabalhadoras/es. A informalidade, o desemprego e a desproteção laboral no mercado de trabalho brasileiro foram exponencialmente agravados em meio ao capitalismo pandêmico. A crise sanitária e humanitária ocasionada pela pandemia da covid-19 é uma combinação dos crescentes níveis de exploração e degradação humanas com a destruição sistemática do meio ambiente (Raichelis; Arregui, 2021).

A conquista do direito à jornada de trabalho de 30 horas semanais pelos/as assistentes sociais, instituída pela Lei nº 12.317/2010, fundamentou-se na preservação da saúde e segurança destes trabalhadores, tendo em vista a fadiga física, mental e emocional a que estão submetidos, acolhendo, escutando, intervindo, realizando seu trabalho junto a usuários que passam pelas mais diversas expressões da questão social. Afere-se, portanto, que a particularidade do desgaste proveniente deste trabalho é comum aos/as assistentes sociais em suas mais diversas inserções.

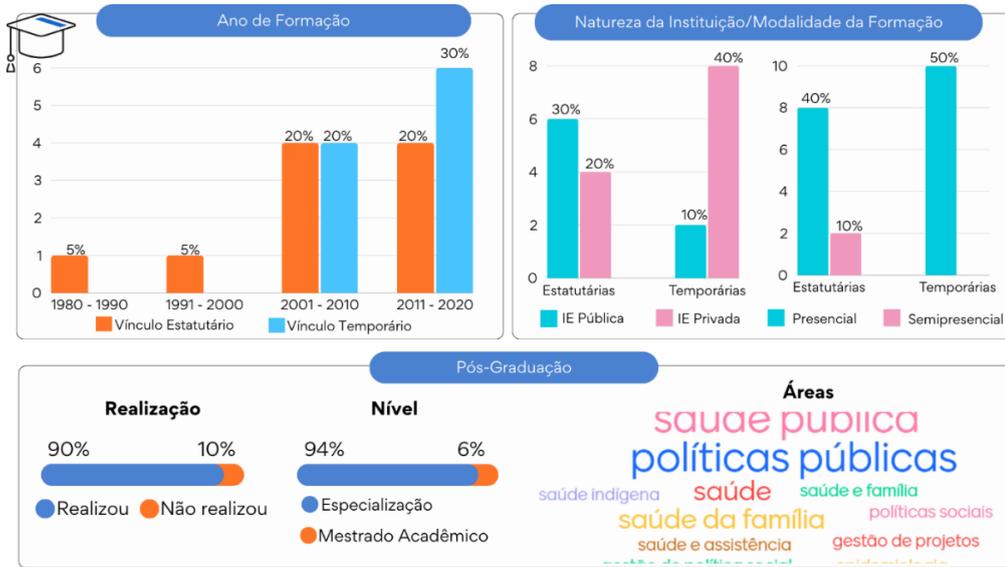
Ainda assim, o trabalho na urgência e emergência possui requintes de sobrecarga que não são comuns nas demais redes de atenção em saúde, como já evidenciado anteriormente nos depoimentos sobre incompatibilidade das remunerações e como discutiremos no próximo item. Contudo, os dados da pesquisa demonstram que a maioria destes profissionais (60%), mesmo em meio à exaustão, possui outros vínculos de trabalho, como podemos visualizar no gráfico 4.

Gráfico 4: Assistentes Sociais dos HPSAs que possuem outro vínculo de trabalho

Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Cruzando este dado com o sentimento de segurança (gráfico 3) e os comparativos de remunerações (gráfico 2), pondera-se que as trabalhadoras se submetem em sua maioria a mais uma jornada de trabalho para comporem a renda e, para as que estão sob contrato temporário, há o adicional de garantirem uma alternativa de sustento frente à instabilidade do vínculo. Soares (2019) afirma que os valores de remuneração contribuem em muito para a lógica da acumulação de vínculos profissionais na saúde e, consecutivamente, intensificam a superexploração profissional, impondo mais limites a uma prática em saúde alinhada às propostas da reforma sanitária.

Em análise da formação das trabalhadoras, ilustrada no gráfico 5, apurou-se que a maior parte (60%) é graduada em instituições de ensino privadas, enquanto as formadas em instituições públicas perfazem 40%. A grande maioria formou-se na modalidade presencial e realizou pós-graduação em nível de especialização e apenas uma concluiu mestrado acadêmico.

Gráfico 5: Formação acadêmica das assistentes sociais dos HPSAs

Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Relacionando este indicador aos vínculos de trabalho, constatou-se que, dentre as profissionais de contrato temporário, a grande maioria (80%) se formou em instituições privadas. Dentre as estatutárias, este percentual é de 40%. Em certo sentido, esse dado acompanha a tendência nacional de crescimento do ensino privado e o perfil da categoria apresentado pelo CFESS (2022). Em suma, a maior parcela das que se formaram em instituições privadas são as profissionais de contrato temporário (66,67%), enquanto as que se formaram em instituições públicas são majoritariamente estatutárias (75%).

No somatório geral, uma parte significativa das profissionais concluiu a graduação entre os anos de 2011 a 2020 (50%), com predominância das trabalhadoras de vínculo temporário, seguindo-se pelas que graduaram de 2001 a 2010 (40%). Comparando-se a natureza da instituição de ensino da graduação com o período de formação, nota-se que todas as profissionais que se formaram em instituições privadas, graduaram-se a partir dos anos 2000, concentrando-se no período de 2011 a 2020, o que também acompanha a tendência de crescimento do setor educacional, como debatido por Andrade, Santos e Sousa (2022). As de instituições públicas estão divididas em períodos que vão desde 1980 e sua maior concentração está no intervalo de 2001 a 2010.

Pesquisadores do Serviço Social na Saúde, como Costa (2009), Vasconcelos (2022), Matos (2017) e Soares (2010) apontam que, embora a categoria tenha conseguido importantes avanços no decorrer de sua trajetória, o trabalho dos profissionais no campo da saúde é marcado por uma prática tecnicista e descompassada com o Projeto Ético-Político (PEP).

Em pesquisa de Vasconcelos (2022), de 1997 a 1998, acerca do trabalho profissional de assistentes sociais na política de saúde, os achados já apontavam que os profissionais tinham grande dificuldade de antecipar suas ações, o que os levava a realizar atividades isoladas e não verdadeiramente uma prática profissional (termo empregado pela autora) planejada, com metas, objetivos e fins definidos. Soares (2010), que realizou pesquisa com o mesmo tema, mas no período de 2009, verificou que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em seu cotidiano permaneciam e se apresentavam de maneira aprofundada, com a potencialização da emergencialização das ações e providências dos/das assistentes sociais.

Segundo Vasconcelos (2022), os profissionais, ao viabilizarem frequentemente somente as demandas aparentes e imediatas, conseqüentemente têm seu trabalho direcionado no sentido oposto aos interesses de seus usuários e contra seus próprios objetivos. O contexto pandêmico agravou extraordinariamente a emergencialização e a precarização da vida e, conseqüentemente, do trabalho, tornando um desafio sua materialização de maneira consciente e com direção social guiada pelo PEP, como veremos no próximo item.

2.2 Condições de trabalho: contrastes entre antes e durante a pandemia

Ao contrário dos países de capitalismo central, que tiveram um período de “Estado de bem-estar social”, no Brasil, país de capitalismo periférico, a classe trabalhadora sempre vivenciou formas intensas de exploração e de precarização ilimitada. Em 2019, antes da pandemia, mais de 40% dos trabalhadores encontravam-se na informalidade. Uma massa de trabalhadores em constante expansão experimentava o desemprego, a subutilização, a terceirização e a plataformização do trabalho. Com o advento da pandemia da covid-19, além dos altíssimos índices globais de mortalidade, ampliaram-se enormemente o empobrecimento e a miserabilidade da classe trabalhadora (Antunes, 2022).

A pandemia caiu como um meteoro no Brasil, escancarando políticas públicas e direitos trabalhistas precários. No Amazonas, em especial na capital, a gravidade da crise sanitária foi sem precedentes, quando alcançou visibilidade mundial com as valas coletivas, a crise do oxigênio e o desenvolvimento de uma nova variante própria do vírus.

Em decorrência do grande aumento de internações e óbitos, principalmente nos HPSAs que funcionaram como principais portas de entrada dos casos graves da covid-19, da impossibilidade de acompanhantes aos pacientes devido à alta transmissibilidade do vírus e da falta de estrutura e de profissionais que garantissem o atendimento adequado, o Serviço Social destes hospitais se tornou uma interface entre familiares e pacientes, além de ponto de descarga das revoltas e indignações da população frente à recorrente violação dos direitos. As emergências contínuas se tornaram rotina

nestes locais e, para estes/as profissionais, atuar em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e controle social, como preconizado nos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, ficou praticamente impossível.

Para compreender os novos elementos trazidos pela pandemia, que influenciaram nas relações e condições de trabalho dos/das assistentes sociais, principalmente na política de saúde e na urgência e emergência, é pertinente realizar uma breve reflexão acerca do seu significado deste marco histórico, suas principais determinações e impactos.

No Glossário de Epidemiologia e Saúde de Barbosa e Machado (2018), o conceito operativo de epidemia é a ocorrência de doença em grande número de pessoas ao mesmo tempo, e em sentido estrito, pode ser considerada como uma alteração espacial e cronologicamente delimitada do estado de saúde-doença de uma população, que tem característica de uma elevação progressivamente crescente, inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de uma doença. Já a pandemia é a ocorrência epidêmica que possui uma larga distribuição espacial, atingindo várias nações.

Para Souza (2021a), as pandemias e epidemias são expressão da produção e reprodução capitalista devido ao seu modelo intensivo de produção que cria as condições favoráveis para uma disseminação e evolução dos vírus mais rapidamente, podendo desencadear um processo evolutivo viral que resulte em pandemias cada vez mais letais, ou seja, nos termos de Barbosa e Machado (2018), com maior poder de provocar a morte dentre as pessoas acometidas pela doença.

Segundo Harvey (2020), em sua visão dialética e relacional, a natureza não pode ser considerada fora e separada da cultura, da economia e da vida cotidiana. O capitalismo opera mudanças nas condições ambientais de sua própria reprodução, em um contexto de consequências não propositais, a exemplo das mudanças climáticas que afetam toda a humanidade. As forças evolutivas autônomas e independentes, que são o cenário dessas modificações, remodelam incessante e permanentemente as condições ambientais. Não existe um desastre verdadeiramente natural. É certo que naturalmente os vírus sofrem mutações, no entanto, as circunstâncias em que uma mutação se torna ameaçadora e fatal são consequências das ações humanas.

Ao fechar das cortinas do ano de 2019, a OMS foi alertada sobre uma grande quantidade de pessoas acometidas de pneumonia na cidade Wuhan, na China. A doença era, na verdade, decorrente de uma nova cepa de coronavírus que ainda não havia sido identificada anteriormente em seres humanos. É este o vírus responsável por causar a doença covid-19 que, em 11 de março de 2020, foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (OPAS, 2020).

As autoridades públicas e os sistemas de saúde foram pegos de surpresa em quase todos os lugares. Após quarenta anos de neoliberalismo na América do Norte e do Sul e na Europa, as

lideranças e as instituições estavam completamente expostas e despreparadas para uma crise sanitária das proporções da desencadeada pela covid-19. Malgrado os avisos anteriores com os surtos de *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) e ebola, que evidenciaram abundantes e convincentes lições sobre a necessidade de fortalecimento da política de saúde, em grande parte do suposto mundo “civilizado”, os governos e as autoridades permaneceram no engendramento da privação de financiamento graças a uma política de austeridade que privilegiava o empresariado com subsídios e cortes de impostos (Harvey, 2020).

Segundo o autor, a pandemia da covid-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça, uma vez que a classe trabalhadora, que possui campos de trabalho mais arriscados, é composta predominantemente por mulheres, negros e latino-americanos. Embora exista a retórica do “estamos juntos nessa”, é essa classe trabalhadora que enfrenta a impossível escolha entre a contaminação e o sustento. Ainda que as forças de trabalho sejam socializadas para um comportamento de bons sujeitos neoliberais, culpando-se a si mesmas ou a Deus pelas adversidades, nunca ousando sugerir a possibilidade de o problema ser o capitalismo, é flagrante a percepção de que há algo errado com a gestão da pandemia.

O capitalismo mundializado, em busca de garantir os interesses do grande capital, criou uma hierarquização internacional entre os Estados-nação para definir os privilégios e os desfavorecimentos no balanço neoliberal do financiamento de políticas públicas sociais. De acordo com a análise de Souza (2021b) em pesquisa a respeito do financiamento público da saúde em um panorama mundial, constatou-se uma clara hierarquização do financiamento da saúde entre países ricos e países pobres, demonstrando um dos fatores geradores do abismo entre países avançados e atrasados.

De acordo com os dados levantados pelo autor, ao final de 2020, dentre os países que mais gastaram em ações contra a pandemia, figuram o Japão, com investimento equivalente a 63,7% do seu Produto Interno Bruto (PIB), e a França, com 37,5%. Na extremidade oposta encontram-se países como o Brasil, que aplicou 11,2% do seu PIB, e Turquia, com 12%. O caso brasileiro merece destaque, pois, a despeito de ser uma das maiores economias do mundo, investiu menos do que países com economias menores como Chile (20,6 %) e Peru (19,6%). Tais levantamentos confirmam a discrepância entre países ricos e pobres nos investimentos em saúde pública.

Além disso, conforme o autor, não se trata somente do tamanho do volume do financiamento, mas também da dinâmica qualitativa, uma vez que os recursos podem estar direcionados para a retroalimentação da lógica neoliberal, com dinâmicas favoráveis aos seguros privados de saúde, bem como às demais modalidades pertencentes ao complexo médico-industrial/financeiro.

A disponibilidade de recursos estruturais e humanos de saúde é primordial, tendo em vista a relação entre óbitos e disponibilidade de leitos de terapia intensiva, respiradores mecânicos e trabalhadores da saúde. A oferta rápida e resolutiva de assistência hospitalar foi decisiva no prognóstico dos casos graves. Entretanto, a disponibilidade destes recursos dependeu e depende do nível de financiamento da saúde em cada país e da consistência destes sistemas públicos. A defasagem histórica de investimento público em saúde tornou impossível a resolução das urgências necessárias aos sistemas de saúde por meio de alocação emergencial de novos recursos (Souza, 2021b).

Assim como a totalidade da classe trabalhadora, os/as assistentes sociais vivenciaram a degradação de suas condições de trabalho, especialmente na política de saúde, na qual a demanda de usuários aumentou exponencialmente e as expressões da questão social se aprofundaram e complexificaram em decorrência da pandemia.

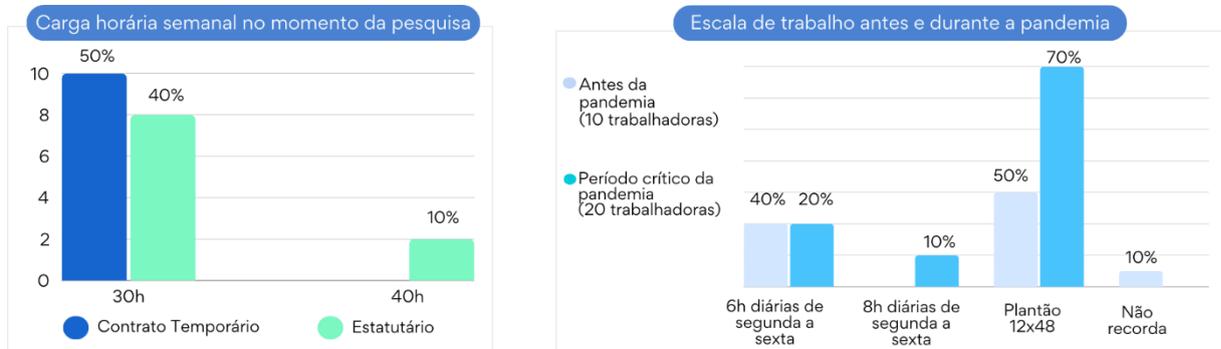
Retomando o conceito de condições de trabalho, mencionado no item anterior, pode ser aproximado dos conceitos de meios de produção e forças produtivas em Marx. As condições de trabalho envolvem o ambiente, os instrumentos, as tecnologias, os materiais e a organização dos processos e fluxos de trabalho. Pode-se citar especificamente: local adequado para realização de atividades, dentre elas o atendimento ao usuário; local apropriado para realização de refeições; respeito ao horário de alimentação; disponibilização de água potável; limpeza dos ambientes; disponibilização de material básico, como por exemplo telefone, computador, impressora, ou no contexto da pandemia, Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); ventilação adequada; iluminação, dentre outros.

De acordo com o Código de Ética profissional, em sua relação com as instituições empregadoras, constitui direito do/da assistente social “dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional” (CFESS, 2012, p. 31). Além disso, a Resolução CFESS nº 493/2006 determina que é condição essencial e obrigatória para a realização dos atendimentos por assistentes sociais a disponibilização de local adequado, com espaço suficiente para abordagens individuais ou coletivas, com iluminação adequada, garantia de privacidade, ventilação adequada e local adequado para guarda de arquivos e materiais técnicos de caráter reservado (CFESS, 2006). Esta resolução regulamenta as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Embora compreenda-se que condições éticas e técnicas não são sinônimas de condições de trabalho, verifica-se que todos os itens da resolução se enquadram dentro das definições de condições de trabalho. Desta maneira, o termo condições de trabalho é o conceito mais abrangente, em que, dentre as demais definições, estão contidas as condições éticas e técnicas de que tratam a resolução.

Os/as assistentes sociais se inserem em atividades laborais, em que a dinâmica, a organização, os recursos e os objetivos são determinados pelos empregadores, ou seja, para além do seu controle. Como trabalhadores assalariados, o trabalho de assistentes sociais somente se realiza através dos meios de trabalho que, não sendo de sua propriedade, como debatido no item anterior, devem ser disponibilizados pelos empregadores.

Em pesquisa de campo, buscou-se analisar as condições de trabalho estabelecendo um paradoxo entre o período que antecedeu a pandemia e seu momento crítico. Para iniciar a discussão, serão examinadas as cargas horárias e a distribuição das escalas de trabalho, ilustradas no gráfico 6.

Gráfico 6: Distribuição da carga horária antes e no momento crítico da pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

As trabalhadoras em contrato temporário, como explicado no item anterior, ingressaram nos quadros da SES com o advento da pandemia durante a segunda onda. Por esta razão, 9 dessas profissionais não trabalharam nos HPSAs antes do período pandêmico. Das profissionais de contrato temporário, apenas uma já trabalhava no hospital antes da pandemia, porém, em situação de desvio de função, tendo em vista que ela possui um vínculo estatutário em outro cargo. Após processo seletivo, esta trabalhadora foi contratada temporariamente para o cargo de assistente social, regularizando sua situação funcional. Não obstante o vínculo estatutário em outro cargo, a profissional está contabilizada entre os contratos temporários. Ademais, há uma trabalhadora que, no momento da entrevista, se enquadrava como estatutária em desvio de função, mas antes da pandemia não fazia parte da equipe do Serviço Social. Durante a primeira onda, esta profissional compunha a ouvidoria do hospital e, somente na segunda, integrou o setor.

Durante o período crítico da pandemia, o ingresso das profissionais de contrato temporário deu-se integralmente em plantões, e, como demonstrado anteriormente no gráfico 6, houve um aumento de 20% nas escalas em plantão. Em vista disso, no auge da pandemia, as profissionais plantonistas correspondiam a 70% do total.

Estes dados confirmam a constatação de Soares, Correia e Santos (2020), de que no momento da pandemia houve o aprofundamento da plantonização da organização do trabalho. Utilizada como estratégia para diminuir a exposição e risco dos/das trabalhadoras, contraditoriamente, a plantonização intensificou a precarização das condições de trabalho, de riscos e de agravos à saúde.

Na análise de Vasconcelos (2022), o trabalho em plantões, com sua típica concentração da carga horária semanal em dois ou três dias da semana, prejudica o serviço como um todo porquanto afeta o contato entre os membros das equipes, impede a continuidade do atendimento e, dentre outros aspectos, não se constitui em uma atividade planejada nem sistematizada. Dessa perspectiva, o plantão não conta com rotinas de interação com as ações desenvolvidas em caráter sistemático e continuado, responde pelas deficiências da unidade de saúde por meio de encaminhamentos, orientações e aconselhamentos, conformando-se em ações burocráticas, imediatas, isoladas e assistemáticas.

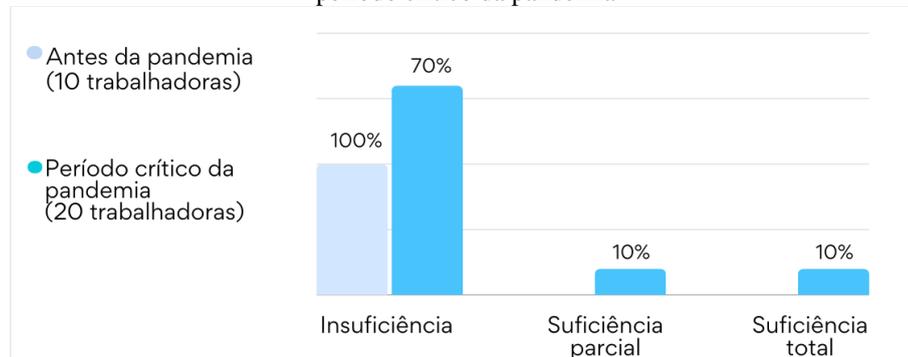
Os contratos das trabalhadoras determinam o cumprimento de 10 plantões de 12 horas por mês, e, para disponibilizar o serviço diariamente, tendo em vista se tratar de unidades da rede de urgência e emergência, as profissionais dos três hospitais se organizam em plantões de segunda a sexta, e plantões de fins de semana e feriados. As experiências compartilhadas indicam que as profissionais vivenciam e identificam as dificuldades específicas do plantão:

O acompanhamento social acaba sendo feito mais por quem vem todo dia. Porque quem é plantonista tem aquele monte de demanda do dia, aí é complicado fazer esse acompanhamento (Assistente social 14, pesquisa de campo, 2024).

O fato de nós sermos plantonistas, nos separa muito. Então, tudo isso influencia no diálogo da equipe porque nós temos várias pessoas em horários diferentes, com obrigações diferentes fora também. E aí, tudo impacta no diálogo, mas não que não haja planejamento. Às vezes a gente consegue sim. Sempre foi possível, até porque a gente não ousa muito aqui porque não pode, porque a gente não consegue. Nós somos poucas com um trabalho que é intenso. (Assistente social 16, pesquisa de campo, 2024).

A pesquisa de campo comprova que, mesmo antes da pandemia, as profissionais já estavam sobrecarregadas. O gráfico 7 apresenta a avaliação das participantes quanto ao nível de suficiência do quantitativo de assistentes sociais frente à demanda cotidiana dos HPSAs. Das profissionais que trabalharam como assistentes sociais nos HPSAs antes da pandemia, todas responderam que o quantitativo era insuficiente.

Gráfico 7: Avaliação das entrevistadas quanto ao nível de suficiência do quantitativo de profissionais antes e no período crítico da pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

A defasagem dos quadros de trabalhadores dos HPSAs, o grande fluxo de usuários, a complexidade das demandas e a exigência de resoluções rápidas são fatores que resultam na intensificação do trabalho, processo presente nestas unidades em período anterior à crise sanitária. Destacam-se os depoimentos de algumas assistentes sociais que revelam este cenário:

Antes da pandemia nós já estávamos em crise devido a uma colega ter se aposentado, duas saíram e foram para outras unidades, então a gente já estava reclamando que não era suficiente e com a pandemia só agravou. Mesmo tendo dobrado o quantitativo de assistentes sociais de três para seis, com a pandemia, continuou sendo um quantitativo insuficiente para a demanda. Era muito grande a demanda e não era suficiente mesmo. [...] Não tem condições da gente trabalhar dessa maneira. A gente está trabalhando sob muita pressão, porque a demanda é muito grande e a gente não pode dizer não para os “clientes”, então isso acaba forçando a gente a trabalhar mais. A gente fica sobrecarregada atendendo em sala e não consegue dar conta das demandas das enfermarias, que fica reprimida. A gente acaba indo só quando é chamada e não consegue ter o controle geral dos pacientes (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

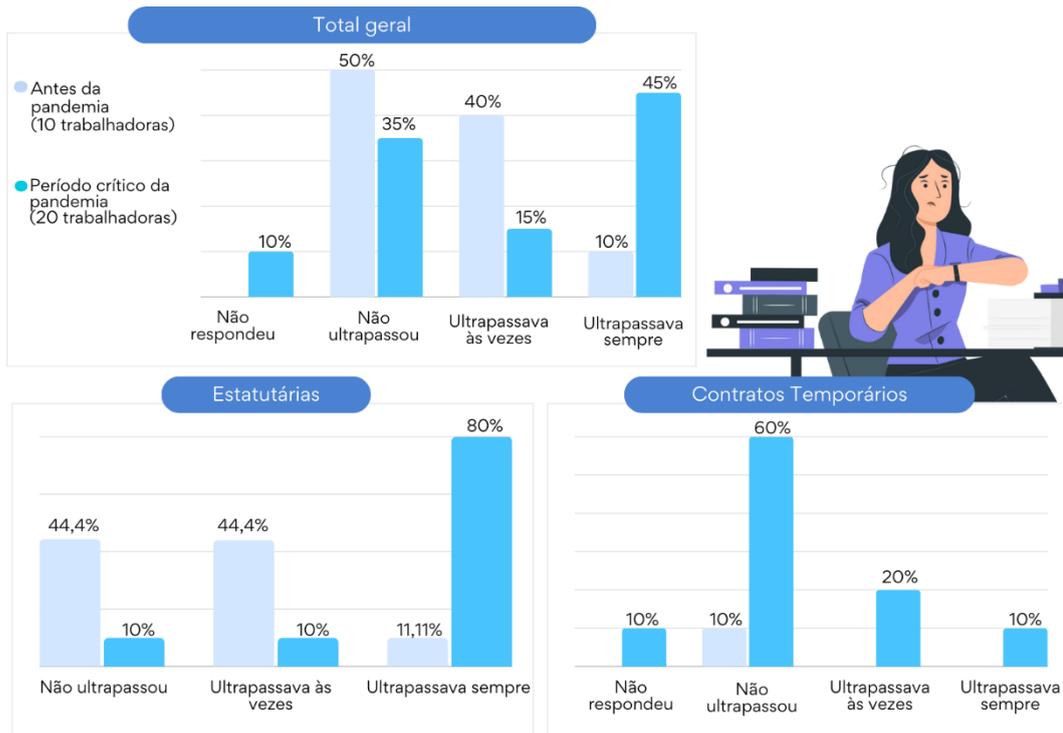
Aqui nunca foi suficiente. A nossa demanda é muito grande, uma rotatividade imensa, uma diversidade que não tem como contabilizar no dedo. [...] teria que ter, no mínimo, três só na emergência e, por andar, duas (Assistente social 15, pesquisa de campo, 2024).

As declarações evidenciam que, após a contratação, mesmo com o aumento do quantitativo de profissionais, o efetivo permaneceu incapaz de arcar com o grande volume de atendimentos provenientes da pandemia. Por essa razão, as trabalhadoras consideraram majoritariamente (70%) que, no período crítico, apesar da recomposição dos quadros, o número de assistentes sociais continuou insuficiente, como representado no gráfico anterior.

Dos indicadores que possibilitam captar o nível de carga de trabalho das assistentes sociais nos HPSAs, há a ultrapassagem da jornada formal de trabalho (gráfico 8). Antes do período pandêmico, das 10 profissionais que trabalharam nos HPSAs, 50% informaram não ter ultrapassado sua jornada formal de trabalho. Com o advento da pandemia, em meio ao quantitativo deficitário de

profissionais, 90% (9) delas passaram a exceder seus horários. Mais da metade das trabalhadoras de contrato temporário não precisou trabalhar além da sua carga horária (60%). Ainda assim, englobando as profissionais de todos os vínculos, a proporção de trabalhadoras que não fizeram hora extra reduziu 15% durante a pandemia e 60% extrapolaram suas jornadas formais de trabalho.

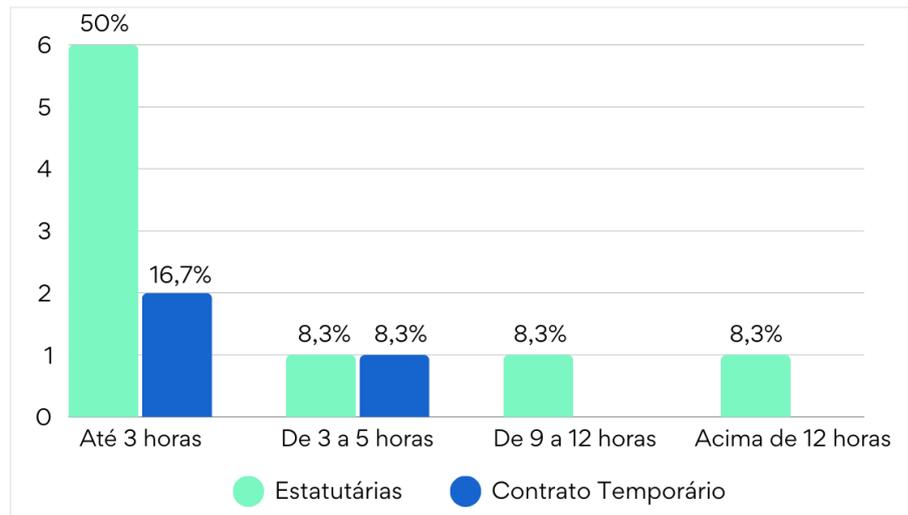
Gráfico 8: Ultrapassagem da jornada formal de trabalho antes e no período crítico da pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

As estatutárias foram as que mais excederam seus horários de trabalho. No período crítico da pandemia, foram 45% em comparação com 15% das profissionais de vínculo temporário. Chama atenção o aumento da frequência das horas extras. Isto se deve ao fato de que, durante o primeiro ano da pandemia, antes das contratações temporárias, estas trabalhadoras estatutárias foram requisitadas a suprir a defasagem de profissionais frente à crise humanitária e sanitária. Assim, 75% de todas as profissionais que fizeram hora extra no ápice da crise eram estatutárias.

Todas as profissionais que ultrapassaram suas jornadas de trabalho **antes da pandemia** (5) informaram ter trabalhado até 3 horas além de suas cargas horárias. No entanto, durante o **período crítico**, embora a maioria, 66,7% (8), tenha ultrapassado até 3 horas diárias, houve registros de jornadas que excederam de 3 a mais de 12 horas. Então, mesmo com incremento dos quadros no contexto pandêmico, o número de profissionais que extrapolaram seus horários mais que dobrou, passando de 5 para 12 em números absolutos, com ampliação das horas excedentes (gráfico 9).

Gráfico 9: Horas ultrapassadas na jornada formal de trabalho no período crítico da pandemia

Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Ao serem questionadas se receberam pelas horas excedentes cumpridas, 100% responderam que não e que também não houve compensação em banco de horas. Nesta direção, destacam-se os testemunhos de algumas profissionais:

Antes da pandemia ultrapassava porque eu tinha muitas responsabilidades e geralmente eu acabava ficando, vindo outros dias, finais de semana, sempre ultrapassava. No período crítico da pandemia foi mais crítico ainda, porque eu ficava até às cinco da tarde, quando meu horário era até às quatorze. Ficava até cinco, seis, sete horas devido a todo quadro que estava. Não tinha como sair. Tinha algumas atividades que precisava concluir antes de sair. Com a equipe reduzida, como todo local tinha equipe reduzida e estava todo mundo empenhado, então acabava ficando mais tempo que o normal (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

[...] A necessidade me obrigava. Não no sentido de a SES estar me obrigando. [...] teve um senhor que se ajoelhou nos meus pés pedindo que, pelo amor de Deus, que eu não saísse, que eu precisava atender ele, porque disseram para ele que só eu podia solucionar o problema dele naquele momento. Isso já era, eu acho, que quase 10 horas da noite, eu já não tinha mais condições físicas de atender ninguém. [...] Eu só ia para casa praticamente para tomar um banho, trocar de roupa e voltar. Porque dormir... o cansaço era tão grande que eu acho que dormia, desmaiava. No outro dia já tinha que estar aqui. Pelo WhatsApp era praticamente direto, tanto é que até hoje eu acordo às vezes de madrugada com essa mania de olhar o WhatsApp, porque virou um vício, um vínculo que eu tento me desvencilhar. [...] Não penso que fiquei aqui para acumular horas, como banco de horas. Não, era a necessidade de servir mesmo. Era a necessidade de servir e servir da melhor forma possível. Tentar salvar, ajudar o máximo de pessoas possível (Assistente social 15, pesquisa de campo, 2024).

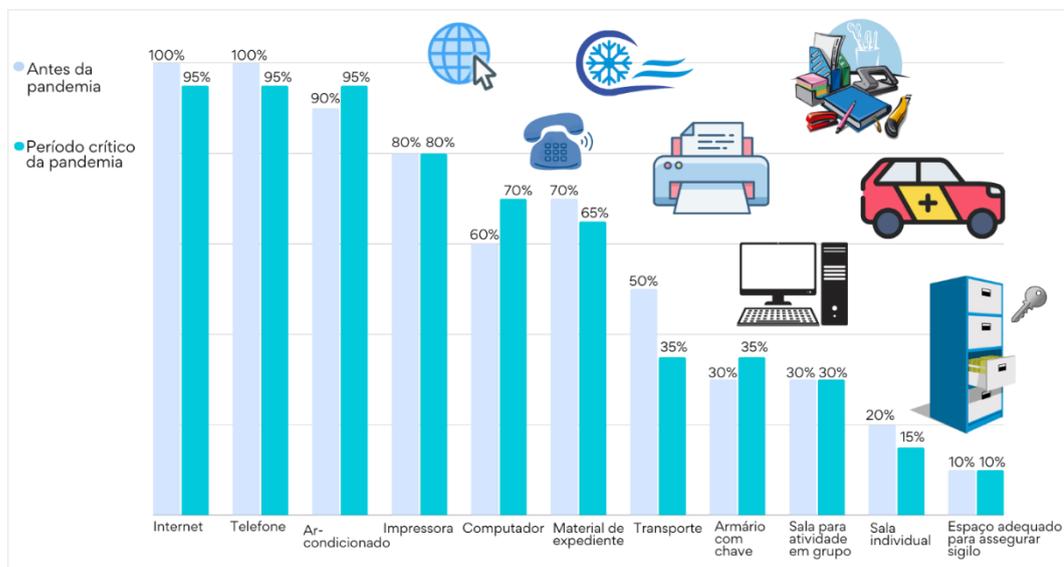
Os depoimentos nos sugerem que as condições para o exercício do trabalho se tornaram pesadas, com excesso de carga horária, em que as trabalhadoras não conseguiam se desvencilhar da ultrapassagem de horas da jornada formal de trabalho, seja pelo compromisso com a

prestação do serviço às pessoas diante de uma situação de calamidade, seja pela questão de humanidade frente ao sofrimento do outro.

Arena, Marques e Bellini (2021) afirmam que, para profissionais de saúde, na linha de frente em contexto de pandemia, a carga de trabalho e o testemunho de casos e óbitos diários (inclusive em seu próprio espaço sócio-ocupacional e sua categoria) potencializaram os mais diversos impactos na qualidade de vida, como aprofundaremos no capítulo III.

Em relação aos recursos antes e no período crítico da pandemia (gráfico 10), no que pese as profissionais de contrato temporário não terem participado do período pré-pandêmico, observa-se que não há grandes variações entre os dois períodos. Os três HPSAs têm suficiência, por padrão, de acesso à internet, ar-condicionado e telefone. Mais da metade assinalaram ter acesso a computadores, impressoras e materiais de expediente, nos dois períodos. Da mesma forma, mais da metade apontou não usufruir de transporte para realização do trabalho, armários com chaves, salas para atividade em grupo, salas individuais e espaços adequados de escuta que assegurem o sigilo.

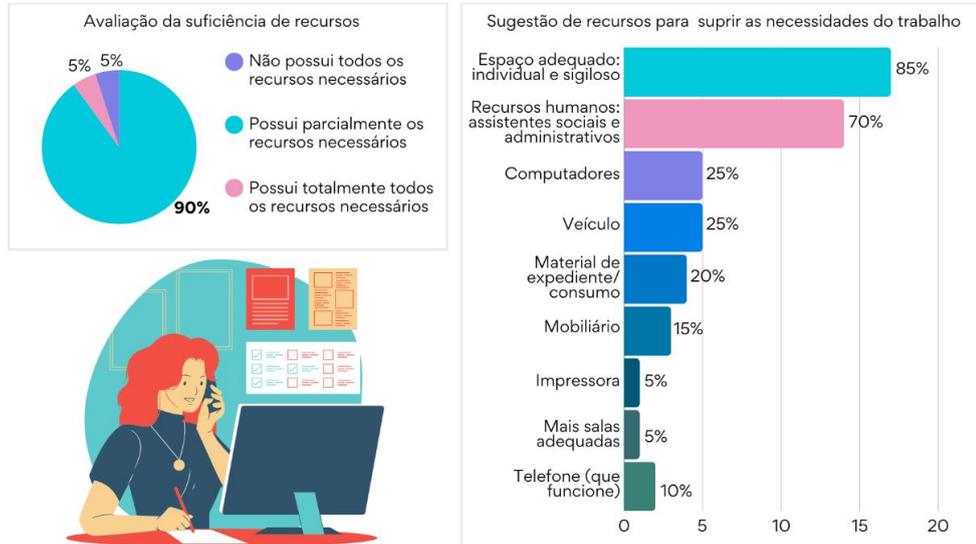
Gráfico 10: Recursos disponíveis antes e no período crítico da pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Sem embargo de terem assinalado a disponibilidade de telefone, todas disseram que o aparelho funciona somente para ligações internas, pois, em decorrência de falta de pagamento, o serviço foi cortado, impossibilitando a realização e o recebimento de chamadas telefônicas externas. Acerca dos recursos em geral, a grande maioria das profissionais avalia que há suficiência parcial. Dentre as principais necessidades para um atendimento qualitativo ética e tecnicamente, estão o espaço adequado, que assegure atendimento individual e sigiloso, e recursos humanos (gráfico 11).

Gráfico 11: Avaliação das assistentes sociais sobre suficiência e necessidades de recursos para a realização do trabalho



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Dentre os recursos ausentes, é preocupante a carência de local adequado para atendimento, uma vez que, como preconiza a Resolução CFESS n 493/2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional, a existência de espaço físico, adequado e que garanta a privacidade do usuário é condição essencial e obrigatória para a realização de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social.

As principais razões apontadas para esta deficiência são a falta de viabilidade do sigilo e o ambiente insalubre. A insuficiência de grande parte dos recursos é um fator constante, comum antes e durante a pandemia. É possível examinar a situação dos recursos nos depoimentos:

[...] Falta uma sala mais ampla, um espaço mais reservado para atender. A colega está falando ali, eu estou falando aqui com outra pessoa [...], o de lá está ouvindo o daqui, e o daqui ouvindo o de lá. Ou seja, sigilo não tem. (Assistente social 1, pesquisa de campo, 2024).

Não temos transporte para realização de visitas, nem antes e nem durante a pandemia. É raro, a gente nunca consegue esse transporte. [...] A gente tem que comprar várias coisas do nosso bolso, porque não tem. Mobiliário, o que a gente tem aqui foi o que nós compramos. Esse armário verde nós compramos, esse bebedouro [...], esse micro-ondas. [...] A gente nunca tem o suficiente para atender à demanda [...] (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

[...] Se você olhar, a gente não tem aqui nada para um descanso de dez minutos. Tínhamos uma poltrona e levaram por conta de o quantitativo do hospital estar muito lotado. Então tiveram que tirar as poltronas de todos os setores para ficar nas enfermarias. Não temos uma sala privativa. Às vezes é preciso fazer um atendimento mais sigiloso [...] e não conseguimos porque é tudo muito aberto. (Assistente social 3, pesquisa de campo, 2024).

[...] A água, a gente que compra... [...]. Falta papel, estamos usando rascunho, falta copo descartável, falta lenço. Acho que a gente precisaria de um espaço mais adequado com sigilo profissional em respeito aos nossos usuários. [...] A gente precisa de um carro para fazer

visita, tem muitos pacientes que são abandonados aqui e a gente consegue resolver fazendo investigação, às vezes a gente tem que ir no nosso carro. A gente precisa que a conta do telefone seja paga, porque a gente precisa entrar em contato com os municípios (Assistente social 4, pesquisa de campo, 2024).

O sigilo para o usuário na pandemia não existiu. [...] No momento muito crítico, eles estavam passando todos pela mesma situação, então não tinha muito sigilo. (Assistente social 10, pesquisa de campo, 2024).

Tanto é que na época o HPS fechou literalmente as portas por três dias. [...] Era um desespero, as pessoas querendo ser atendidas, as pessoas querendo um espaço, as pessoas se jogavam, era uma guerra. Eu me considerava numa guerra. Uma guerra pela sobrevivência. [...] A gente tem que ficar mendigando, implorando, solicitando, pedindo clemência para fazer o nosso trabalho. [...] Dependendo da urgência, aí tem que fazer inclusive do nosso bolso mesmo, a gente pagando o Uber, botando a gasolina no meu carro mesmo, quantas vezes já fiz no meu carro? Eu não tenho nem contas (Assistente social 15, pesquisa de campo, 2024).

No capítulo III será realizada uma discussão maior sobre as demandas nos dois períodos, mas é importante ressaltar que as profissionais relatam a insalubridade do ambiente em razão de serem responsabilizadas indevidamente pela organização, zelo e armazenamento de pertences (objetos/bens) dos usuários na sala do Serviço Social, que além de não guardar relação alguma com as competências técnicas da profissão, ainda acarreta a lotação do ambiente de trabalho com materiais potencialmente contaminados, especialmente durante a pandemia. Já a falta de sigilo é principalmente devido ao atendimento simultâneo dos usuários na mesma sala e às frequentes interrupções dos atendimentos, tanto por parte de usuários em espera, quanto por outros profissionais da equipe.

As falas evidenciam que é comum a aquisição de materiais, pagamento de serviços de transporte por aplicativo, utilização de veículo particular e abastecimento com fundos próprios das trabalhadoras, sendo que a disponibilização dos meios de trabalho é de responsabilidade do empregador. Convergindo os dados anteriores, afere-se que, além de sobrecarregadas e incompativelmente remuneradas, as trabalhadoras, ao arcarem com os gastos que deveriam ser de encargo do empregador, têm sido oneradas com custos dos meios de trabalho.

Agravando condições que já não eram ideais, a pandemia ocasionou a superlotação das unidades de saúde, principalmente dos HPSAs, provocando uma rotina intensa e esgotante, com a presença diária e numerosa de familiares de usuários internados, em filas extensas, necessitando de respostas a questões urgentes, uma vez que envolviam a vida ou morte de seus entes queridos.

As salas do Serviço Social se tornaram verdadeiros depósitos de pertences de usuários. Assim, estes espaços diminuíram com a necessidade de alocação dos profissionais, dos equipamentos, materiais e instrumentos de trabalho, dos usuários e de sacolas de pertences.

Escancarando os efeitos da mundialização do capital, como privatização e desmonte das políticas públicas, expressos no despreparo do sistema de saúde, grande quantitativo de óbitos e

aumento exacerbado da pobreza e da miséria, a pandemia acentuou a flexibilização da legislação protetora do trabalho⁵, a fragilização das formas de organização dos trabalhadores e sua resistência, atuando, portanto, como desorganizadora do trabalho, das lutas e da vida dos trabalhadores.

Em suma, apurou-se que as relações e as condições de trabalho se deterioraram com a pandemia. No âmbito das relações, fragilizaram-se os vínculos de trabalho, aumentou-se o cumprimento de carga horária em escala de plantão e as horas excedentes trabalhadas, sem pagamento e nem compensação em banco de horas. No que se refere às condições, o aumento de trabalhadores não extinguiu a insuficiência da força de trabalho, o ambiente de trabalho ficou mais degradante, duplicaram-se os trabalhadores sem expandir os espaços, que se tornaram mais congestionados e comprimidos, depósitos de pertences contaminados, insalubres e impróprias para as trabalhadoras e para os usuários, sem estrutura para atendimento individualizado, inadequadas para escuta qualificada e preservação do sigilo e, mediante a imprecisão de fluxos, atribuições e competências, há o desrespeito às trabalhadoras e aos usuários em atendimento com constantes interrupções.

Os/as profissionais de Serviço Social, ao venderem sua força de trabalho em troca do salário, entregam ao empregador o seu valor de uso ou direito de consumo durante a jornada de trabalho. Por isto, a ação do profissional submete-se às exigências impostas pelos empregadores, conforme o período, as políticas, diretrizes, objetivos e recursos disponibilizados pelos empregadores. É dentro destes limites que se materializa a autonomia dos profissionais na condução de suas ações. Portanto, enquanto trabalhador assalariado, o assistente social possui uma relativa autonomia, ou seja, uma relativa independência para definir prioridades e formas de executar o seu trabalho (Iamamoto, 2020).

A autora afirma que a relativa autonomia do/da assistente social deriva da natureza desse tipo de especialização do trabalho, que exerce influência sobre os indivíduos sociais com os quais interage. Assim, seu trabalho é situado predominantemente no campo político-ideológico e o profissional é requerido a exercer o controle social⁶ e a reprodução da ideologia dominante.

Enquanto profissão, o Serviço Social tem sua direção social baseada no PEP profissional, fundamentado pelo acúmulo materializado historicamente por meio de lutas e conquistas da categoria:

⁵ Dentre as principais legislações desregulamentadoras do trabalho naquele período, pode-se ressaltar a Medida Provisória nº 927/2020, que não está mais em vigor e dispunha sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade e da emergência de saúde pública, tratando principalmente acerca de relaxamento das regras de teletrabalho, suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde do trabalho e diferimento do recolhimento do FGTS; e a Medida Provisória nº 936/2020, que se transformou na Lei nº 14.020/2020 e dispõe sobre a redução proporcional de jornada de trabalho e do salário, além de suspensão temporária do contrato de trabalho.

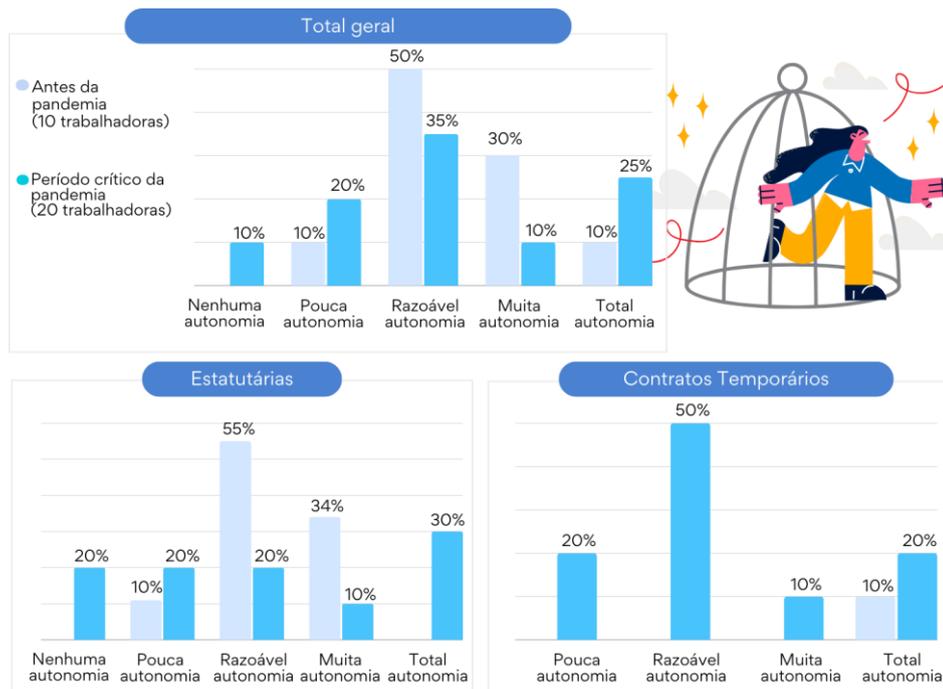
⁶ O controle social pode ser entendido sob diversas perspectivas. Na visão de Campos (2006), o controle social exercido pelo Estado sobre os cidadãos subdivide-se em externo, exercido por mecanismos repressivos como leis e instituições, e interno, caracterizado por práticas sutis que naturalizam desigualdades e legitimam privilégios e discriminações. Neste contexto, Yamamoto (2020) utiliza o conceito para discutir a requisição à/ao assistente social para contribuir para a manutenção da ordem social vigente.

Código de Ética Profissional (CEP), Diretrizes Curriculares, Lei de Regulamentação da Profissão e as pautas programáticas das entidades representativas da formação, do exercício profissional e do movimento estudantil. A categoria profissional é politicamente vinculada a um projeto social que tem compromisso com os interesses históricos da classe trabalhadora brasileira e com a construção de uma nova sociedade livre de qualquer tipo de exploração, opressão e alienação (Barroco, 2010).

Contudo, Iamamoto (2020) pondera que a relativa autonomia teórica, técnica e ético-política dos/das assistentes sociais na condução de seu trabalho depende de meios para ser efetivada. Desta maneira, os meios e as condições, que são disponibilizados e determinados pelos empregadores, são elementos constitutivos do trabalho profissional e contribuem para moldá-lo tanto material quanto socialmente, interferindo diretamente na relativa autonomia de que dispõe o assistente social. Nesse contexto contraditório, Netto (2009) sintetiza que, à medida em que os impactos do neoliberalismo se intensificam, fica clara a viabilidade do PEP do Serviço Social, uma vez que combate este sistema e defende valores solidários aos interesses da massa de trabalhadores brasileiros.

Na pesquisa de campo, comparou-se a percepção do nível de autonomia das assistentes sociais nos HPSAs antes e o auge da pandemia. Antes da crise sanitária, metade das profissionais avaliava seu grau de autonomia como razoável. Durante o período pandêmico, observou-se uma queda nas percepções de autonomia razoável e muita, acompanhada de uma elevação para nenhuma, pouca e total autonomia, como mostra o gráfico a seguir:

Gráfico 12: Nível de autonomia para executar as ações profissionais antes e no período crítico da pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Ao contrastar esses dados com os anteriormente apresentados, que evidenciaram a carência de recursos essenciais para o desempenho adequado das funções, o prolongamento não remunerado da jornada de trabalho e a insuficiência do quadro de trabalhadores, torna-se surpreendente observar a indicação de muita ou total autonomia durante o auge da crise sanitária. Destaca-se, inclusive, um aumento de 15% entre aquelas que declararam possuir total autonomia nesse período. No próximo capítulo, que abordará os enfrentamentos e estratégias das profissionais durante a pandemia, essa aparente contradição será aprofundada.

Considerando que o questionamento sobre a percepção das profissionais acerca do conceito de autonomia relativa não constava no formulário de entrevista, é plausível supor que essa contradição decorra tanto do desconhecimento conceitual quanto de uma possível reticência em emitir respostas críticas em relação à instituição e suas gestões.

Dentre os diversos aspectos citados por Vasconcelos (2022) acerca da autonomia profissional dos/das assistentes sociais, estão a liberdade de organização do seu trabalho, a definição e priorização de suas demandas e a criação de espaços e ações para realização de um atendimento de qualidade.

Todavia, conforme achados deste trabalho, constatou-se que, no ápice da crise pandêmica, as trabalhadoras ficaram limitadas, em grande parte, ao atendimento de demandas espontâneas e imediatas. Nos termos de Vasconcelos (2015), as demandas espontâneas referem-se àquelas apresentadas diretamente pelos usuários, identificadas por eles, pela instituição, pela gestão e por outros profissionais como as mais urgentes, sendo, por isso, encaminhadas ao Serviço Social. Já as demandas imediatas são definidas como demandas do “aqui agora”, impositivas, urgentes e emergenciais, apreendidas e enfrentadas de forma isolada e fragmentada, exigindo respostas rápidas e fragmentadas, o que, em última análise, favorece e perpetua a manutenção do *status quo*.

Em linhas gerais de contraste entre os vínculos, mais da metade das servidoras julga ter tido bons níveis de autonomia, isto é, entre razoável e total. Observa-se que as estatutárias são as mais críticas a esse respeito, liderando as indicações de nenhuma ou pouca autonomia.

A relativa autonomia de que dispõe o/a assistente social, argumenta Iamamoto (2020), depende de meios e recursos para ser efetivada. Estes são condições e veículos da realização do trabalho profissional. A relativa autonomia é a possibilidade de que dispõem os/as profissionais de redirecionar o sentido de suas ações para os trilhos dos interesses sociais da classe trabalhadora, que é de superação dos interesses da instituição empregadora. Enquanto os empregadores requisitam os/as assistentes sociais a exercer funções de controle social e a dar respostas às demandas postas ao Serviço Social, em caráter imediato, a classe trabalhadora demanda a articulação de conhecimentos, meios, recursos e ações para o acesso efetivo a seus direitos garantidos por lei, ou seja, como diz Vasconcelos

(2022), contribuir para a transformação de um direito legal em direito real. Logo, tendo em vista que as profissionais dos HPSAs trabalham desde antes da pandemia com escassez de condições, e com base nos relatos citados anteriormente, a relativa autonomia profissional vem sendo sistematicamente comprometida.

A autora reforça que “é função do empregador organizar e atribuir unidade ao processo de trabalho na sua totalidade, articulando e distribuindo as múltiplas funções e especialidades requeridas pela divisão social e técnica do trabalho entre o conjunto de assalariados” (Iamamoto, 2020, p. 107). As assistentes sociais estão inseridas em um processo de trabalho que não é organizado por elas e nem lhes é exclusivo. Mesmo dispondo de autonomia ética e técnica, estão inseridas em um processo de trabalho coletivo, cujo produto é resultado do trabalho de toda a equipe multiprofissional. Algumas das diversas determinações que golpeiam a relativa autonomia profissional estão abordadas no testemunho a seguir:

Às vezes a gente se encontra muito só para resolver algumas demandas, que não competem só a nós, mas também a todos os outros membros da equipe multidisciplinar. Gera desconforto porque, além disso, a gente recebe população de rua, em vulnerabilidade social, e a gente não consegue abrigo. Não consegue isso, não consegue aquilo e gera um desconforto para a gente que está aqui à frente porque a gente que escuta aquela história, tem a escuta qualificada, e não vai suprir nunca. Porque não tem uma verba, infelizmente, nem sempre a gente tem um abrigo. Ou então a população do interior que não é assistida por aquela representação. Nós temos um exemplo muito evidenciado de Manacapuru, Itacoatiara e Iranduba, que são municípios próximos de Manaus, mas que não oferecem uma ambulância para, quando o paciente está de alta aqui, vir buscá-lo imediatamente. O paciente tem que esperar uma remoção vinda de lá para poder voltar. Quantas vezes o paciente já está hospitalizado, pega a alta e passa mais 2, 3 dias? Porque não temos esse recurso para estar ajudando mais. Acaba deixando o paciente que já está há muito tempo aqui dentro, principalmente acamados, que quer chegar logo na sua casa, sua cidade. [...] (Assistente social 10, pesquisa de campo, 2024).

No escopo da responsabilidade das profissionais, para efetivar um trabalho que esteja alinhado tanto ao PEP, quanto ao projeto da Reforma Sanitária, é necessária uma articulação das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do Serviço Social, fazendo com que o trabalho realizado seja crítico e qualificado. No entanto, com o aprofundamento da precarização da vida ocasionado pelo modo de produção capitalista e pelo advento da pandemia, planejar e materializar o trabalho se tornou um desafio para os/as assistentes sociais, bem como para todo o conjunto da classe trabalhadora. Esta dificuldade possui particularidades na política de saúde, especialmente na urgência e emergência, que abordaremos no próximo capítulo.

2.3 Do planejamento à materialização do trabalho na urgência e emergência

Como visto no item anterior, o assistente social é trabalhador assalariado, que possui uma relativa autonomia, cujos limites são impostos por condições determinadas por seus empregadores. No entanto, Iamamoto (2020) aponta que, por meio do caráter político de seu trabalho, que tem como direção social a emancipação humana, materializado em seu PEP, é possível neutralizar os processos de alienação, ainda que não seja possível extingui-los. Apropriar-se dos elementos que interferem na direção social de seu trabalho é um esforço, desgaste de energias e luta a ser travada quotidianamente.

Na saúde, imprimir direção social ao trabalho dos/das assistentes sociais possibilita um atendimento de qualidade aos trabalhadores usuários. Matos (2017) argumenta que a realização de um trabalho crítico, comprometido e competente demanda necessariamente o alinhamento ao PEP e à reforma sanitária, respeitando seus princípios e considerando os desafios da implementação do SUS.

Os esforços para dar concretude, direcionalidade e visibilidade à profissão sob a luz do PEP, bem como a participação nas discussões sobre este processo, são fundamentais para impulsionar a transformação do trabalho profissional no contexto da reforma sanitária. No cotidiano profissional, o planejamento, mais que uma técnica, é um meio de garantir um trabalho de qualidade (Miotto, 2009).

Segundo a autora, planejar o trabalho profissional proporciona um repensar contínuo sobre os resultados do trabalho profissional e a articulação entre as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. A ausência deste processo implica no risco de reprodução de práticas burocratizadas, pretensamente eficientes e imobilizadas em atividades rotineiras e repetitivas. Portanto, o planejamento é fundamental para garantir a posição teleológica do trabalho dos profissionais de Serviço Social, que tem como direção social a defesa dos interesses dos trabalhadores.

A teleologia é aqui entendida dentro do materialismo histórico-dialético, ou seja, refere-se à capacidade humana de idealizar o produto de seu trabalho antes mesmo de iniciá-lo, diferentemente do trabalho instintivo dos animais. Para Netto e Braz (2006), tanto o fim quanto os meios de trabalho impõem condições que vão além das determinações naturais, sem as quais o trabalho é inviável: o conhecimento e a coordenação múltipla. Desta maneira, não basta ao ser social a prefiguração ideal do fim de sua atividade, mas é necessário também que reproduza idealmente as condições objetivas de seu trabalho e a capacidade de comunicação dessas representações.

Esse direcionamento teleológico, fundamentado em Marx, auxilia na compreensão das tensões entre o PEP e a condição de assalariado, revelando a necessidade de estratégias de resistência às imposições institucionais que limitam a autonomia dos/das assistentes sociais e os subordinam à reificação nas relações de trabalho (Raichelis, 2017).

Segundo Matos (2017), o ato de planejar é ontológico ao homem. Seja de maneira consciente ou não, escrever um planejamento é fundamental para planejar as atividades e ações do trabalho, coletar as ideias, sugestões e intenções da equipe e elaborar propostas. O plano de trabalho do Serviço Social deve ser coletivo, com prioridades e prazos, referenciado nas condições objetivas do trabalho e a leitura permanente da conjuntura, de maneira a questionar e aprimorar a função social designada no trabalho coletivo em saúde, além de trazer ao conhecimento da equipe de saúde o que é a profissão.

Atividades alheias às competências profissionais do Serviço Social são comuns nos espaços sócio-ocupacionais, mas para que o trabalho esteja em conformidade com o PEP, é crucial o respaldo normativo e legal para demarcar aquilo que compete ao Serviço Social. Neste sentido, o plano/projeto de trabalho alinhado ao PEP é um instrumento de defesa da profissão e dos direitos dos usuários.

Couto (2009) afirma que é imperativo ao assistente social identificar aquilo que requer a intervenção profissional. Assim, formular projetos que materializarão o trabalho a ser desenvolvido é um dos grandes desafios profissionais. Para a autora, o projeto de trabalho deve ser composto por: identificação institucional; identificação dos usuários; identificação, delimitação e justificativa do objeto de trabalho; definição dos objetivos do trabalho; identificação de metas quantificadas e qualificadas; previsão de recursos necessários; e mecanismos de controle social de seu trabalho.

Nos HPSAs, mesmo diante de todas as dificuldades enfrentadas, as participantes confirmaram em unanimidade que seu setor dispõe de instrumento de planejamento, que pode ser plano de trabalho ou Procedimento Operacional Padrão (POP).

Em uma análise histórica dos instrumentos de trabalho do Serviço Social na área Saúde, a cartilha Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço Social da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará destaca que os POPs surgiram no contexto das práticas de gestão de qualidade em saúde, com o intuito de fortalecer a segurança dos processos de trabalho e prevenir erros que pudessem prejudicar os usuários. O documento define o POP como uma descrição minuciosa das operações para a execução de atividades, com o objetivo de assegurar os resultados esperados (Ceará, 2014). Em tempo, os POPs têm sido utilizados como uma estratégia de planejamento, assim como o plano.

Quanto ao plano, Mioto (2009) assevera que sua elaboração deve contemplar a ampla discussão e participação dos interessados, superando assim a condição de simples instrumento formal burocrático e adquirindo relevância política. No campo da saúde, o plano expressa as intenções amplas, as diretrizes e as perspectivas de mudanças pretendidas.

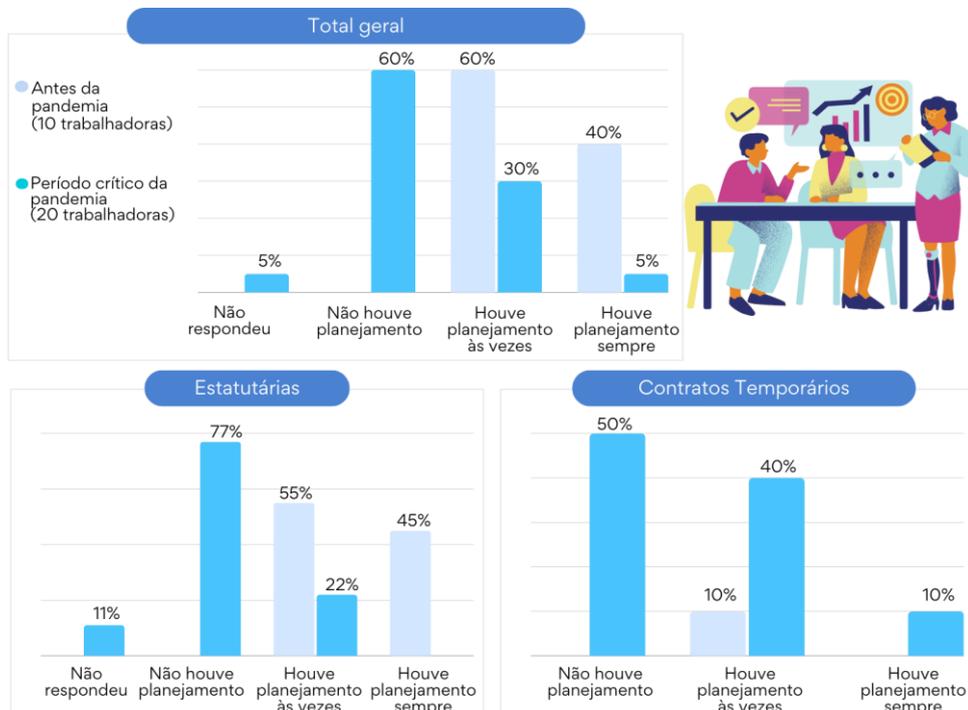
A realidade da urgência e emergência dificulta a construção de um planejamento dentro dos critérios elencados pela autora, pois o fluxo contínuo de demandas impossibilita a organização e o planejamento, a escala de plantões impede o encontro entre as profissionais, há complicações em

conseguir a participação da gestão na discussão e a especificidade dos usuários da RUE, que inclui situações de gravidade de saúde dos usuários internados, o inviável afastamento dos acompanhantes por muito tempo e a alta rotatividade de usuários em casos menos graves, como exemplifica o relato:

Antes da pandemia nós tínhamos um plano anual. Com a pandemia, não tinha plano, não tinha projeto, não tinha condições. A gente sempre teve problema de conseguir fazer planejamento. Foi em 2022 que a gente conseguiu sentar e fazer o POP. Mas ter um plano de ação definido, discutir com a direção e fechar, nunca tivemos facilidade para fazer isso e na pandemia foi impossível. Nós não tínhamos uma coordenação do Serviço Social até 2021. Todo mundo fazia seu plantão, as atividades, cada uma fazia de um jeito e a gente nunca sentou para planejar. A partir do momento que tivemos coordenação, passamos a tentar alinhar algumas coisas. Ainda não é um planejamento formal, mas pelo menos a gente tem algumas atribuições, um direcionamento, um norte. A nossa questão é que não temos tempo para parar para fazer planejamento e projeto, mas temos um monte de ideias que já estamos executando, mas não está documentado em um plano de ação (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024)

Mesmo diante da dinâmica intensa de trabalho na urgência e emergência e das condições desfavoráveis no período pré-pandêmico, todas as profissionais que trabalharam nos HPSAs na ocasião informaram que era possível fazer o planejamento das atividades. No ápice da crise, 60% das profissionais responderam que não foi possível planejar, como mostra o gráfico a seguir:

Gráfico 13: Realização de planejamento das atividades profissionais antes e no período crítico da pandemia

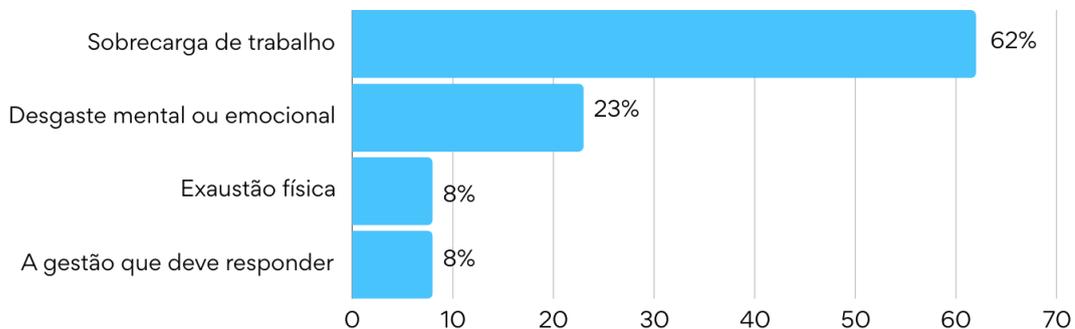


Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

No panorama geral, a comparação entre os períodos revela que, com a pandemia, houve uma redução significativa na capacidade de planejamento das assistentes sociais. Observou-se uma queda de 30% entre as que conseguiam planejar às vezes e de 35% das que planejavam sempre. No que tange à relação entre os diferentes vínculos de trabalho, a grande maioria das estatutárias (77%) passou a não conseguir mais planejar suas atividades, enquanto metade das profissionais temporárias ainda relatou ser capaz de planejar seu trabalho em algum grau.

Quanto às dificuldades enfrentadas para realizar o planejamento (gráfico 14), a maioria das trabalhadoras, 62%, apontou que a sobrecarga de trabalho impossibilitou a organização de suas atividades. Entre os fatores mencionados para essa categoria, destacam-se a alta demanda de atendimentos, o excesso de trabalho e o fluxo intenso de usuário. O segundo obstáculo mais citado foi o desgaste mental ou emocional, que incluiu o desequilíbrio emocional, o estresse e a fadiga psicológica. A exaustão física, mental e emocional foi característica do trabalho que se aprofundou na pandemia, especialmente entre trabalhadores da saúde, tema que será tratado no capítulo III.

Gráfico 14: Dificuldades para realização de planejamento das atividades profissionais antes e no período crítico da pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Na análise de Vasconcelos (2022), sem o planejamento das atividades e o estabelecimento de objetivos, metas e fins definidos, as profissionais tornam-se incapazes de antecipar suas ações, sendo legadas à realização de atividades isoladas. Por conseguinte, as ações profissionais não se constituem em um processo consciente e nem em um compromisso de contribuir para a superação do *status quo*.

A autora avalia que em um trabalho limitado ao atendimento das demandas imediatas e individuais, a efetivação dos direitos dos usuários frequentemente é deixada de lado e até desconsiderada. Ainda que as assistentes sociais trabalhem excessivamente, sempre visando à humanização e o respeito ao usuário, permaneçam com ele até a resolução do problema e possibilitem apoio e alívio de tensão, acabam esmagadas pelas determinações institucionais, sem encontrar condições de confrontar e reverter a dinâmica posta.

Na visão de Kosik (1969), o imediato é o aspecto da realidade que se apresenta aos homens à primeira vista. Neste sentido, a mediação seria o esforço de intuir, analisar e compreender teoricamente a realidade. Em uma lógica em que a realidade é o mundo dos meios, fins, instrumentos, exigências e esforços, o indivíduo vai criando as próprias representações das coisas e elaborando um sistema correlativo de noções que capta e fixa o aspecto fenomênico da realidade, isto é, o imediato. Desta maneira, o autor afirma que a experiência prática e o senso comum a ela correspondente dá ao sujeito condições de se orientar no mundo, manejar e familiarizar-se com as coisas, mas não proporciona a compreensão da realidade.

Segundo Coelho (2013), a superficialidade da vida cotidiana, a maneira fragmentada como o pensamento predominante na sociedade capitalista entende a realidade e a tendência à banalização dos fenômenos sociais, contribuem para obscurecer a essência da realidade, considerando o aparente como substância.

Para a autora, entende-se a imediaticidade como categoria reflexiva que designa determinado nível de percepção do mundo exterior pela consciência. No dia a dia dos/das assistentes sociais ocorre a apreensão da questão social, a identificação de demandas e construção de respostas profissionais, conectando imediatamente pensamento e ação. Para superar a imediaticidade é necessário desvelar a aparência para conhecer a essência, e movimentar a consciência dialeticamente para apreender as mediações que conectam os elementos que constituem a totalidade.

Vasconcelos (2022) afirma que o planejamento estratégico, especialmente para os profissionais da saúde, envolve um processo contínuo de planejamento, tendo como referência as especificidades de cada região e unidade de saúde, as condições de vida e de saúde dos usuários, expressos nos determinantes da saúde. Deve ter como referência a CF88 e suas leis complementares, o CEP e a Lei Orgânica do Município, de maneira a forjar possibilidades de o assistente social “realizar sua função de educador político, comprometido com a democracia, no sentido de empreender ações que garantam aos usuários, não o mínimo, mas o necessário como direito e não como um favor a agradecer” (p. 657).

Na Urgência e Emergência, pelo caráter institucional que demanda respostas céleres, há um cotidiano que oferece pouco tempo para refletir, apenas para pensar de modo imediato na ação, impulsionando os/as profissionais a se resignarem à imediaticidade, ao pragmático e ao urgente (Soares, 2010).

Matos (2017), ao abordar o cotidiano enquanto espaço de reprodução do ser, insuprimível da vida do homem, destaca como suas características a espontaneidade, a imediaticidade, a

superficialidade, dentre outras, o que faz dele terreno fértil para a repetição acrítica. Nessa direção, as profissionais dos HPSAs fazem o seguinte relato de seus cotidianos:

Na época da pandemia, o que demandavam muito do assistente social eram ações imediatas. Quem trabalha em pronto-socorro, hospital de grande porte, precisa ter ações imediatas. São pessoas que passam, então não se consegue ter um acompanhamento. É totalmente diferente de um profissional que trabalha na assistência, que faz um acompanhamento no PAIF e tudo. As nossas ações demandam um *feeling* muito rápido, você precisa ter uma rede de contato muito boa, te ajuda a dar esse suporte, porque quando você precisa fazer o encaminhamento, se você for pelos meios legais, burocráticos, eu não vou dizer que não vai andar, mas vai ser muito mais lento, e às vezes aquela demanda precisa de uma ação imediata. Na época da pandemia, as ações eram imediatas, estávamos em uma época de sofrimento para todos. Então, não tinha como ter um acompanhamento, eram muitas mortes, muitos óbitos, você orientava, encaminhava a família, fazia aquele acolhimento, aquela escuta, e era muita correria. Então você tinha que agir, ou então você não andava (Assistente social 3, pesquisa de campo, 2024).

Nós tínhamos antes da pandemia um horário que eu chamo de horário protegido. Que é aquele horário que você tem pra olhar as tuas coisas, analisar as situações que você está acompanhando, fazer o estudo, sentar, conversar, discutir. Antes da pandemia, a gente ainda tinha essa condição. No período crítico da pandemia, nós só discutíamos aquelas situações tipo troca de paciente, troca de usuário. [...] Mas era bem pontual (Assistente social 5, pesquisa de campo, 2024).

Nossas atividades [...] não dá nem tempo de planejar. Chegava e já era uma rotina corriqueira (Assistente social 11).

No ápice da pandemia, não se fazia mais nada a não ser acolhimento e direcionamento de óbito. Esse era o nosso trabalho aqui, de um modo geral (Assistente social 15, pesquisa de campo, 2024).

Conforme CFESS (2010), as atribuições e competências profissionais estão em permanente construção, constituindo-se um desafio para os/as assistentes sociais trabalhadores da saúde. Desta maneira, entende-se que o planejamento não pode ser um instrumento imutável, mas necessariamente flexível, principalmente na urgência e emergência, que contempla um grande contingente de demandas dinâmicas e imediatas.

Logo, é de suma importância às/aos assistentes sociais, de acordo com Vasconcelos (2022), a formação e capacitação continuadas quanto ao referencial teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo em busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados e superação da fragmentação e do saber profissional.

O Serviço Social está presente na área da saúde desde 1940 e percorreu uma trajetória histórica de disputas e superação da hegemonia conservadora. A profissão foi institucionalizada e detém um PEP que possui princípios alinhados ao projeto da reforma sanitária. Entretanto, nas pesquisas de Costa (2009), Vasconcelos (2022), Matos (2017) e Soares (2010), foi possível

verificar que, de maneira generalizada, o trabalho profissional ainda padece de distanciamento teórico e prático destes projetos.

A luta por respeito às competências e atribuições profissionais permeia o cotidiano do Serviço Social em todas as suas áreas de inserção e, na política de saúde, arena de constante disputa entre os projetos da reforma sanitária e privatista, o estabelecimento do que é a profissão e a delimitação do seu trabalho em consonância com o PEP ainda é um desafio. Em resposta a essa necessidade histórica, o Grupo de Trabalho "Serviço Social na Saúde", criado pelo CFESS em 2008, promoveu estudos e mobilizações em todo o Brasil⁷ e publicou em 2010 o documento intitulado "Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde" (CFESS, 2010).

O documento tem como finalidade fortalecer o trabalho dos/das assistentes sociais na saúde, na direção do Projeto da Reforma Sanitária e do PEP, para qualificar o atendimento aos usuários dos serviços de saúde. Ele organiza o trabalho dos/das assistentes sociais na saúde em 4 eixos integrados: 1) atendimento aos usuários; 2) mobilização, participação e controle social; 3) investigação, planejamento e gestão; e 4) assessoria, qualificação e formação profissional.

No entanto, alerta que as demandas emergenciais, quando não são reencaminhadas para os setores competentes dentro da unidade de saúde, impossibilitam o assistente social de trabalhar com enfoque em suas ações profissionais. Para que o profissional consiga realizar um trabalho qualificado, é fundamental o planejamento coletivo na unidade, com construção de protocolos e fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição.

No decorrer do documento, são mencionadas diversas controvérsias que se apresentam no cotidiano profissional, ressaltando-se a visão e o posicionamento do Serviço Social a partir do PEP e do Projeto da Reforma Sanitária. Dentre elas, as históricas requisições alheias às atribuições e competências dos/das assistentes sociais, definidas como aquelas de caráter eminentemente técnico-administrativo e as que demandam formação técnica específica não contemplada na formação dos/das assistentes sociais.

Em meio à crise sanitária, a luta pelo respeito às atribuições e competências se aprofundou com o aumento das imposições de demandas alheias ao trabalho das assistentes sociais. O capítulo seguinte identifica quais foram essas demandas, as respostas das profissionais e os impactos sobre o trabalho e suas vidas.

⁷ Foram realizados 52 debates pelo país, envolvendo aproximadamente 5000 participantes (CFESS, 2010).

CAPÍTULO III

EMBATES E ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL: RESISTÊNCIA NOS HPSAS EM MEIO À PANDEMIA

3.1 As novas demandas e o recrudescimento das demandas antigas em razão da pandemia

Segundo Guerra *et al.* (2016), as demandas sociais põem e repõem objetos para o Serviço Social, convertendo-se em requisições profissionais. As necessidades antagônicas das classes sociais se convertem em demandas para todas as profissões e as instituições, por sua vez, transmutam e enquadram-nas aos seus próprios objetivos e finalidades, dando origem a demandas institucionais que são colocadas aos profissionais como requisições.

Desvelando as questões conceituais, os autores apontam a dicotomia entre os significados de demandas e requisições. Demandas são caracterizadas como buscas, procuras, lutas, reivindicações de esforços e solicitações de direitos das classes sociais em meio ao processo de reprodução social da sociedade capitalista e são historicamente colocadas por interesses antagônicos. Já as requisições, são requerimentos, exigências legais, emanadas de autoridade para cumprimento de um serviço, geralmente institucionais.

Desta maneira, a dinâmica das relações sociais determina as condições em que é realizado o trabalho do/da assistente social. O trabalho profissional é polarizado pelas disputas entre interesses sociais, participando tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto das respostas às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora. Portanto, quanto mais enraizadas as bases do sistema capitalista, mais multifacetadas as refrações da questão social no cotidiano da vida social, e mais complexas as demandas e requisições postas aos profissionais.

Guerra *et al.* (2016) consideram que a não distinção entre objetivos, demandas e requisições impostas prejudica a autonomia relativa, uma vez que todas as demandas que chegam à/ao assistente social estão permeadas por interesses de classes. A profissão, com uma aparente inespecificidade operatória e polivalência, em sua tendência a absorver tudo aquilo que os outros profissionais não fazem, segue os rumos da desespecialização e desprofissionalização.

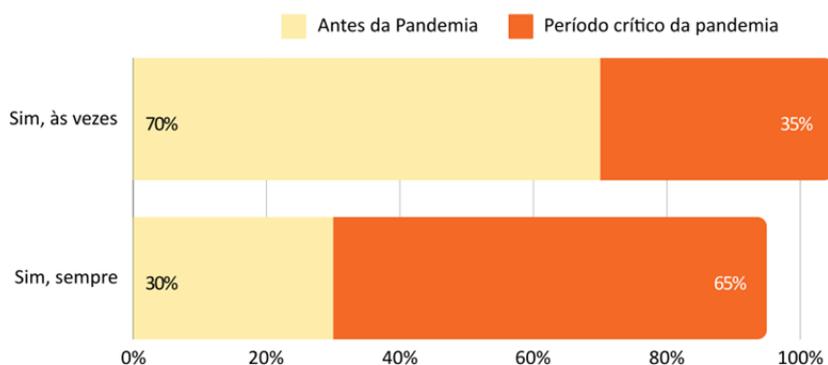
Matos (2020) endossa que, com a pandemia, os serviços de saúde tiveram suas rotinas alteradas e estabeleceram suas prioridades de atendimento. Neste contexto, surgiram diferentes iniciativas que, até então, não estavam previstas nos planos e dinâmicas das unidades, situação em que requisições foram postas e repostas ao Serviço Social. O autor reitera que os profissionais, a despeito de serem convocados a trabalhar em ocasiões como a pandemia, devem fazê-lo dentro do

campo de suas competências profissionais e atribuições privativas. Mesmo em um cenário como foi o da pandemia, não se pode validar a ideia de que todos devem fazer tudo. O/a assistente social, ao ter como bússola as normativas e documentos da profissão, resguarda o trabalho profissional e rema contra a desprofissionalização.

Conforme abordado no item 2.2, acerca dos contrastes das condições de trabalho antes e durante a pandemia, o mundo do trabalho já vinha passando por um contexto de degradação contínua e sistêmica em seus diversos aspectos, abalando todos os trabalhadores, dentre eles, os/as assistentes sociais. Por conseguinte, com o advento da pandemia, de acordo com Raichelis e Arregui (2020), o núcleo das atribuições e competências profissionais sofreu impactos que desencadearam pressões e tensões que permearam o trabalho dos/das assistentes sociais nos diferentes espaços de trabalho.

Antes da pandemia, todas as profissionais informaram ter lidado com demandas alheias à profissão e a grande maioria (70%) indicou que ocorria às vezes. No momento da crise, a frequência de solicitações para realização de atividades que não são do rol de competências e atribuições profissionais passou, predominantemente (65%), a acontecer sempre, como mostra a gráfico 15.

Gráfico 15: Ocorrência de demandas alheias à profissão antes e no período crítico da pandemia



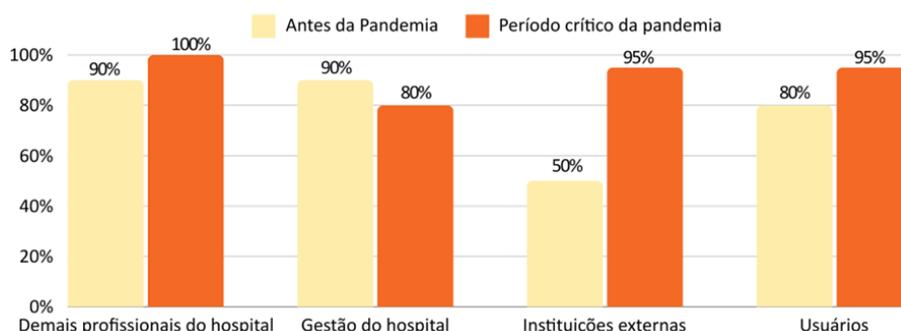
Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Verifica-se que houve um aumento na intensidade de requisições que extrapolam as prerrogativas profissionais, reforçando a análise de Soares, Correia e Santos (2020) de que uma das tensões que as assistentes sociais precisaram lidar na pandemia foi a demarcação de suas atribuições e competências. Segundo as autoras, essas requisições não são novas, mas sim reiteram velhas práticas em saúde e se vinculam ao Serviço Social tradicional. Em meio à intensa precarização da saúde, as

assistentes sociais foram requisitadas a reproduzir o perfil profissional tecnicista⁸, voluntarista⁹ e conservador¹⁰.

Quanto aos sujeitos solicitantes de demandas alheias ao Serviço Social, o gráfico 16 demonstra que os mais informados foram os profissionais da equipe multiprofissional, com 90% antes da pandemia e 100% no período crítico. Os usuários ficaram em segundo lugar, com um crescimento de 15% entre os dois períodos. A gestão, que compreende a SES e/ou a direção dos hospitais, foi a terceira mais citada somando os dois períodos. As instituições externas foram as que receberam menos indicações no total, mas que tiveram o maior aumento entre os períodos, com acréscimo de 45%. Considerando-se o todo, houve um aumento proporcional de 60% nos apontamentos de demandantes, o que pode ser um indicativo de que as profissionais foram mais solicitadas a realizar atividades que extrapolam suas atribuições e competências no período pandêmico.

Gráfico 16: Solicitantes de demandas alheias à profissão antes e no período crítico da pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

O crescimento de demandas de instituições externas foi um fenômeno proveniente da pandemia; se antes já se faziam presentes dentre os solicitantes, com a crise, assessores de parlamentares no âmbito estadual e municipal, bem como representantes de organizações da

⁸ De acordo com Soares (2010), o tecnicismo se refere ao trabalho alinhado à racionalidade do Estado educador, que se apropria do conhecimento técnico relacionado ao planejamento, criação e elaboração de protocolos, normas e metas. Estes, em vez de se constituírem em instrumentos de acesso a direitos, adquirem potencial para negação ou desqualificação do acesso.

⁹ Iamamoto (2022) identifica o voluntarismo na profissão como um discurso reduzido ao compromisso individual, em que a mera vontade e propósitos individuais dos assistentes sociais seriam suficientes para alterar a dinâmica da vida social.

¹⁰ O perfil conservador dos/das assistentes sociais vem sendo atualizado nas últimas décadas como uma estratégia de modernização para dar respostas às demandas do capitalismo monopolista e do Estado. Por um lado, preocupa-se com o aperfeiçoamento do instrumental operativo, as metodologias de ação, a busca de padrões de eficiência, sofisticação e modelos de análise, diagnóstico e planejamento, em uma fusão entre a tecnificação do trabalho e a burocratização das atividades institucionais. De outro, tem-se um trabalho voltado para a mudança de hábitos, atitudes e comportamentos do trabalhador, com objetivo de adequá-lo aos novos ritmos de desenvolvimento (Iamamoto, 2022).

sociedade civil passaram a figurar diariamente nos atendimentos do Serviço Social dos três hospitais. Como exemplo deste tipo de abordagem e demanda, destacam-se os seguintes testemunhos:

Há uma grande demanda de solicitação de informações de pacientes por instituições externas, o que fere a privacidade e sigilo do paciente. Ligam e mandam mensagens. Pessoas alegando serem assistentes sociais, ou serem parentes ou amigas de pessoas importantes, buscando informações que só podem ser passadas a familiares. A maioria vem da Assembleia Legislativa do Estado (ALEAM), algumas representações de municípios que não querem fazer a visita, demandam a gente por telefone, querem que a gente passe informações que só podem ser repassadas mediante a visita para aquele usuário (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

Essas assistentes sociais de gabinete vêm aqui constringendo a gente. “Ah, porque eu sou do gabinete do delegado... Ah, porque eu sou do gabinete do [nome de político]. Então ele tá solicitando que viabilize isso daqui. Que vá ao leito, que não sei o quê. Ele quer informação do paciente”. Então assim, informação clínica não é com a gente (Assistente social 17, pesquisa de campo, 2024).

A prevalência dos demais profissionais do hospital, dos usuários e da gestão como requerentes de demandas alheias é um reflexo de uma rotina captada e discutida por Vasconcelos (2022), em que os/as assistentes sociais geralmente são solicitados pelos demais profissionais da saúde para o atendimento de demandas que facilitem direta ou indiretamente o andamento e a resolutibilidade de suas ações. Na pesquisa da autora, detectou-se que o Serviço Social desenvolvia um trabalho baseado exclusivamente na demanda espontânea dos usuários e nas demandas encaminhadas pelos outros profissionais. Embora o estudo mencionado tenha sido conduzido em 1997, seus resultados se compatibilizaram aos da presente pesquisa.

A autora postula que, para a superação de demandas de cunho proeminentemente técnico-administrativo e burocrático, seria necessário o enfrentamento às direções das unidades, com a exigência de uma recepção treinada para atender a encaminhamentos simples e orientações diversas, a realização de treinamento sistemático para recepcionistas, guardas, técnicos, enfermeiros, atendentes, dentre outros. Esta proposta só é possível a partir de um estudo das demandas atendidas pelo Serviço Social, que não aponte somente as necessidades, mas também as possibilidades.

Baseada nas anotações das entrevistas, a autora pondera que toda essa dinâmica de ineficiência das rotinas de atendimento das unidades de saúde prejudica principalmente os usuários. Além da precariedade dos recursos humanos, faltam informações necessárias e fundamentais para orientar, informar e referenciar, o que joga os usuários em um círculo vicioso que os obriga a permanecer longas horas em filas, a perder seu tempo por falta de informações necessárias e a buscar desnecessariamente setores e instituições que não resolverão seus problemas.

O/a assistente social encontra reconhecimento das gestões institucionais na medida em que o cotidiano de suas unidades ocorra sem conflitos, pois tudo o que atrapalha o “bom funcionamento” é absorvido pelo Serviço Social, que ouve, apoia, orienta, aconselha, encaminha. O trabalho realizado nesses moldes oculta os conflitos institucionais e as demandas que perturbam o funcionamento das unidades e as atividades dos demais profissionais, mas não atende à demanda do usuário por seus direitos, uma vez que, atendida em sua imediaticidade, de forma isolada, não é compreendida como demanda coletiva, não é publicizada e nem considerada no planejamento das ações dos/as assistentes sociais, tampouco dos outros profissionais (Vasconcelos, 2022).

Abaixo, na tabela 12, vê-se que dentre as demandas alheias à profissão, a entrega e guarda de pertences de usuários internados foi a mais frequente antes e durante a pandemia, com indicação unânime entre as profissionais no período crítico. As demandas de entrega de boletim médico dobraram no auge da pandemia e, no cômputo geral, antes da pandemia foram apontados 9 tipos de demandas, enquanto no momento crítico, 24, sugerindo que as lacunas da política de saúde, referidas por Costa (2009), as quais o Serviço Social é chamado a preencher com suas ações, se tornaram vazios maiores e mais profundos de serviços e direitos.

Tabela 12: Tipos de demandas alheias à profissão antes e no período crítico da pandemia

Demandas alheias	Antes da pandemia	Período crítico da pandemia
Acionamento de maqueiros	-	15%
Autorização de refeições	-	10%
Autorização de troca de acompanhante	-	5%
Autorização para liberação de corpos para a funerária	-	5%
Comunicação de óbito	30%	25%
Contato com famílias para comunicado de óbito pelo médico	-	10%
Contato telefônico chamando familiares	-	5%
Emissão e guarda de cautelas	10%	5%
Entrega e guarda de pertences de usuários	70%	100%
Fornecimento de trajes adequados para o hospital	-	45%
Informação de boletim de saúde/ Falar sobre o estado de saúde do usuário	35%	65%
Procura de corpos de usuários (hospital/câmara frigorífica)	-	25%
Procura de usuários no hospital	-	20%
Realização de transferência para outras unidades	30%	40%
Realização de videochamada	-	5%
Regulação de leitos	40%	10%
Resolução de confusão de corpos homônimos	-	5%
Resolução de erros de médicos ou de enfermagem/ Correção de Declaração de Óbito	-	5%
Solicitação de exames	10%	-
Telefonista	-	5%
Transporte e remoção de usuários	10%	5%
Triagem de usuários	30%	25%
Triagem de usuários para transferência a outros estados	-	5%
Triagem de usuários que precisam de acompanhante	-	5%

Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Não obstante não terem sido assinaladas nas respostas referentes às demandas alheias, outras atividades que extrapolam as prerrogativas profissionais foram detectadas no decorrer dos relatos, tais como: busca ativa de familiares de usuários, contagem de corpos; guarda de doações e resolução de troca de corpos homônimos.

Acerca de tais solicitações que se confrontam com as competências e atribuições do Serviço Social, Pinheiro e Bellini (2021) examinam que as velhas demandas, como comunicação de boletins e de óbito, solicitação de ambulância, regulação de leitos, guarda de pertences, distribuição de tickets de alimentação, liberação de cautelas, dentre outras, reaparecem de tempos em tempos. Ainda que já se fizessem presentes antes da pandemia, com o advento desta, estas solicitações foram ampliadas.

A entrega e guarda de pertences nos HPSAs tomou uma proporção sem precedentes, pois além do evidente ataque às prerrogativas profissionais estabelecidas por toda uma gama documental que a ampara legalmente, piorou exponencialmente as condições de trabalho das assistentes sociais e a qualidade do serviço prestado à população usuária.

O desrespeito e a subalternização da categoria nos HPSAs são perceptíveis, nos termos do que Pinheiro e Bellini (2021) já vinham denunciando, pela tentativa clara de impelir as assistentes sociais às tarefas indesejadas por outras profissões, violando o direito das profissionais de garantir suas atribuições e prerrogativas e de não obrigação da realizar serviços incompatíveis com estas.

A potencialização da degradação das condições de trabalho se deu pelo abarrotamento das salas do Serviço Social por pertences contaminados, infligindo a estas profissionais e aos usuários que eram atendidos no local o potencial risco de morte pelo vírus, um ambiente ainda mais reduzido devido à falta de espaço, e a maior inviabilização de uma escuta qualificada que resguarde o sigilo. Alguns relatos das profissionais demonstram o quanto esta demanda foi e ainda tem sido alarmante por violar tanto os direitos das trabalhadoras, quanto os dos usuários:

Guarda de pertences a gente sempre fez. Chegou paciente no centro cirúrgico sozinho, onde vai colocar os pertences? **O hospital não tem e não há interesse de viabilizar um lugar para guardar as coisas do paciente.** Aí vai para onde? Tudo para cá. Sempre teve isso aí. Durante a pandemia ficou pior porque todo mundo que chegava aí ficava só. Então, tudo o que tinha lá, que não podia guardar na enfermaria, vinha para cá. Agora a gente não tem mais o serviço de lavanderia, encerrou totalmente. Na pandemia tinha, mas eram lavados só em alguns casos, como pessoas que vinham do interior, que não tinham família aqui, eram exceções. Então, naquele momento, nós fizemos o trabalho de levar os limpos e trazer os sujos e aqui no Serviço Social muitas vezes ficavam sacolas com materiais contaminados (Assistente social 1, pesquisa de campo, 2024, grifo nosso).

Nos corredores **falavam da gente, que não queríamos colaborar**, porque eles queriam coisas que eram até... não é que seja ultrajante, mas não tem por que o Serviço Social sair distribuindo material de paciente. Tem maqueiros, técnicos de

enfermagem, serviços gerais e eles **queriam obrigar a gente a receber os materiais dos pacientes** aqui nas enfermarias e entregar, recolher roupa suja, fazer do Serviço Social de depósito de roupa contaminada. Às vezes, o paciente chega todo ensanguentado e querem trazer a roupa para o Serviço Social. Não aceitamos mais, orientamos que seja guardado em outro lugar e entreguem. A gente conseguiu muita coisa ultimamente. Normalizou algumas coisas (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024, grifo nosso).

Não havia autonomia, **porque a gente era “pau-mandado”**. **A gente só fazia o que a SES mandava, eu me sentia assim**. Tanto é que eu tive que carregar sacola, água e tudo. Porque eu não tive a opção de dizer que eu não queria (Assistente social 6, pesquisa de campo, 2024, grifo nosso)

A sala é um lugar insalubre, querendo ou não, porque vem pertence para cá, não tem onde botar (...) Teve muita questão administrativa, porque tinha que levar pertences. **O hospital todo estava cheio de pacientes com covid**. Então como tudo era contaminado, a gente tinha que trabalhar muito com essa questão de pertences pra levar [...] daí **a gente fazia essas videochamadas nos leitos**, coisa que não é demanda nossa, mas que acabou sendo, e **essa questão de pertences de pacientes também que era uma loucura**. Tinha um carrinho com um monte de coisa em cima, a gente tinha que entregar. Imagina, era pouca gente, o hospital cheio de pacientes, na UTI era mais de 50, e só gente grave (Assistente social 14, pesquisa de campo, 2024, grifo nosso).

Você viu ali como é naquela outra sala? **A gente fica totalmente ali exposto à contaminação**. Isso são materiais que vêm na sala de emergência, o paciente que está entrando. Vômito, sangue, aí eles tiram a roupa e põem no saco: “Serviço Social, ó, vem pegar a roupa”. O que é que tinha sido acordado desde quando eu entrei? Que entrada de material de valor fica aqui, no nosso setor. Por exemplo, celular, dinheiro, aí somos chamados para ir lá, fazer a contagem, guarda e entrega para a coordenação. Mas não roupa suja, lençol sujo, sandália, dentadura (Assistente social 17, pesquisa de campo, 2024, grifo nosso).

A insalubridade do local de trabalho também foi agravada pela guarda de doações e pela responsabilidade de fornecimento de trajes adequados aos acompanhantes que, nos casos específicos, eram permitidos. O Serviço Social nos três hospitais está alocado em salas pequenas, sem janelas, que recebem diariamente grande quantidade de usuários.

As falas das assistentes sociais nos indicam que, por parte das trabalhadoras, há um sentimento de desrespeito. Demonstram que, embora as profissionais conheçam suas atribuições e competências, se sentiram impotentes para requerer direitos que lhe são assegurados tanto na Lei de Regulamentação, quanto no Código de Ética da profissão. Ao serem sobrecarregadas e terem seu local de trabalho como armazém de pertences contaminados, correndo risco de vida e submetendo seus familiares ao mesmo risco de contaminação, sofreram acusações por parte dos demais profissionais da equipe e da gestão de que não quererem colaborar, terem “má vontade”, não prezarem pelo atendimento ao usuário, ainda mais em situação de calamidade, como foi na pandemia.

O Código de Ética do Serviço Social constitui como direitos e responsabilidades gerais do/da assistente social:

- a – garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
[...]
- d – inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
[...]
- h – ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com suas atribuições, cargos ou funções; (CFESS, 2012, p. 27).

Neste mesmo código, figura como direito profissional em suas relações com as instituições empregadoras e outras “dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional” (CFESS, 2012, p. 32). Acerca das condições éticas e técnicas de trabalho, CFESS (2006) predispõe como condição essencial, portanto obrigatória, para o atendimento a qualquer usuário do Serviço Social a existência de espaço físico adequado, iluminado, ventilado e com recursos que garantam a privacidade.

Os relatos das assistentes sociais são graves denúncias de violação de direitos profissionais, em que, além da requisição de atividades que extrapolam a finalidade profissional dentro da saúde, submete as trabalhadoras a ambientes insalubres tanto para elas, quanto para os usuários atendidos, relegando as profissionais a uma realidade de constantes embates.

Durante o momento crítico da pandemia, na linha de frente, as trabalhadoras enfrentavam uma série de questões emocionais e conviviam diariamente com o medo da própria morte e da morte de seus familiares. Atendiam a um fluxo intenso de pessoas com demandas complexas e presenciavam a desvalorização da vida, com mortes causadas pela falta de oxigênio e outras deficiências do sistema público de saúde. Nesse cenário, precisavam ter forças para se defender, se posicionar e expressar o quanto estavam sendo desrespeitadas, violadas em seus direitos, além de manifestar seu sofrimento e seu temor por si mesmas e por seus entes queridos. Somando-se a tudo isto, ainda tinham que lidar com o mal-estar entre os colegas de trabalho, que as acusavam de não quererem “colaborar” ao questionarem a situação.

O Conselho Regional de Serviço Social do Amazonas (CRESS/AM), 15ª região, emitiu a Nota Técnica n 04/2020, para orientação ao trabalho profissional na política de saúde nos níveis de média e alta complexidade em período pandêmico. Nela, o CRESS/AM dispôs que, para a defesa das prerrogativas e da qualidade do trabalho de assistentes sociais, as requisições institucionais incompatíveis com o exercício profissional deveriam ser realizadas por setores e profissionais habilitados para tais. Elencados como demandas alheias ao trabalho profissionais estavam: comunicação de boletins de saúde, comunicação de óbito, chamada de ambulância, regulação de

leitos, guarda de pertences de usuários internados ou de acompanhantes, emissão de declaração de atendimentos realizados por outro profissional, distribuição de tíquetes de alimentação, agendamento de consultas, liberação de cautelas de oxigênio, solicitação e marcação de exames, dentre outros.

A tabela 12 também revela uma redução na incidência de demandas como a comunicação de óbito e a regulação de leitos. Essa diminuição pode ser atribuída, respectivamente, às documentações emitidas pelo CFESS, reforçadas pelos CRESS, e à unificação do processo de regulação de leitos pelo Complexo Regulador Estadual do Amazonas, formalizada pela Portaria nº. 354/2019-GSUSAM. Infere-se que essas medidas contribuíram para esclarecer que assistentes sociais não possuem conhecimentos necessários (biológicos, gerenciais, etc) para atender adequadamente tais demandas.

Com a chegada da pandemia e as recomendações de distanciamento social, várias mudanças foram realizadas nas rotinas dos hospitais, inclusive a restrição de acompanhantes, que se tornou um dos principais determinantes para a superlotação do Serviço Social nos três hospitais. Impedidos de manter contato com os usuários internados e com significativa barreira comunicação com os médicos e profissionais de saúde diretamente envolvidos nos cuidados de saúde de seu ente, os familiares encontraram no Serviço Social um canal imediato para busca de informações e expressão de suas angústias e insatisfações frente à constante violação de seus direitos. A seguir, estão listados alguns testemunhos das profissionais que evidenciam que, nos HPSAs, o Serviço Social foi a principal interface entre os familiares, os usuários internados e o hospital:

O paciente entrava sozinho e ficava sozinho. A família não tinha acesso para entrar, então a única porta que eles podiam bater era aqui. Então, vinha todo mundo aqui que não conseguia falar com médico, nem com a enfermeira, nem com a gestão (Assistente social 1, pesquisa de campo, 2024).

As pessoas queriam visitar, queriam ver o doente, queriam entrar de qualquer jeito, foram barradas as visitas, não permitiam acompanhante, então tudo isso criou um conflito muito grande entre os usuários e a equipe do Serviço Social. Porque o Serviço Social é tipo um para-raios, é a porta de entrada, é aqui que a gente recebe toda a carga emocional das pessoas. Seu ente está lá, ele sabe que pode morrer a qualquer momento, ele quer porque quer ver a pessoa e a gente tem que dizer não e justificar o porquê. É muito complicado, tanto para a gente quanto para o usuário (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

Muitos deles tiveram que ver seu ente enterrado sem poder ver, sem poder olhar, sem poder dar tchau, sem poder se despedir, sem poder dizer eu te amo, de longe, caixão fechado. Então, assim, eu não vou discordar deles, mas isso causava um grande [sofrimento]. Alguém tem que ouvir e quem ouvia éramos nós. Aqui, a linha de frente daqui é a gente. Então, a gente recebe muito ofensa, moral mesmo, de ofenderem as nossas mães (Assistente social 16, pesquisa de campo, 2024).

Acho que na época da pandemia faltou mais uma questão de acolhimento mesmo. Porque enquanto tu estavas atendendo aqui um que estava chorando, o outro estava batendo na porta porque queria saber informações sobre o familiar. Às vezes a gente tinha que sair e intervir, dizer assim, “olha, se acalma, a gente vai atender. O paciente

aqui dela faleceu, então aguarda, vamos informar cadê o seu paciente (Assistente social 17, pesquisa de campo, 2024)

Em meio ao ápice da crise sanitária e ao grande quantitativo de usuários que recorriam ao Serviço Social, se tornou frequente uma dificuldade enfrentada por assistentes sociais das emergências, já apontada por Vasconcelos (2022) com base em sua tese de doutorado no ano de 1999, em que não conseguiram ter o mínimo controle sobre as demandas ao seu trabalho.

Impossibilitadas de planejar, seja pelo grande fluxo, seja pela falta de condições de trabalho, a procura espontânea resultou em um volume imenso de atividades que não deveriam ser realizadas por um profissional que não é pago pelos cidadãos para ser recepcionista: informações burocráticas, recebimento reclamações e solicitações diversas. As profissionais sobrecarregadas não conseguiam priorizar suas ações ou realizar os trabalhos que, de fato, lhes competiam por estarem atendendo demandas que poderiam ser feitas por recepcionistas. A esse respeito, as trabalhadoras a seguir relatam:

Sobrecarregava nosso trabalho, a gente passava boa parte do dia atendendo demandas que era só de orientações de serviços que não eram do Serviço Social, de outros setores (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

Como a gente fica aqui na porta de entrada, todo mundo vem para cá, sendo muitas demandas que nem caberiam a nós (Assistente social 3, pesquisa de campo, 2024).

Não bastasse o excesso de trabalho pela demanda espontânea, os outros profissionais da equipe, ao assumirem como pressuposto de que todo e qualquer contato com os familiares ou articulação interinstitucional seria uma atribuição única e exclusiva do Serviço Social, mesmo tendo recebido recursos como aparelhos celulares institucionais para se comunicarem, impunham tarefas de seus setores às assistentes sociais, relegando a elas o papel de secretárias/ telefonistas, como vemos nas seguintes falas:

Eram coisas como chamar o IML, que é uma demanda da enfermagem e eles sempre queriam jogar para a gente e quando dizíamos que não, eles ficavam chateados. Ligar para as famílias, uma vez que eles também receberam celulares corporativos para fazer esse trabalho, eles não queriam fazer e passavam para o Serviço Social. Queriam que a gente virasse secretária deles (Assistente social 1, pesquisa de campo, 2024).

As enfermarias querem que a gente faça ligações para comunicar à família sobre falta de materiais para o paciente, troca de leito, e isso não é atribuição do Serviço Social, é para isso que o telefone fica lá. Cada setor é competente para fazer suas ligações. (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

[...] a recepcionista passava para nós aqui, para o nosso ramal, para gente atender o familiar que estava atrás de um paciente, por exemplo: “ah, eu quero saber a notícia do paciente”, “quero saber se deu uma entrada no paciente”. Então, a gente [...] era telefonista, né? Que a telefonista tem acesso, que ela poderia ver. Ela poderia passar

e tudo. Mas não, “vá lá no Serviço Social”. Então, a gente atendia muito telefonema externo (Assistente social 17, pesquisa de campo, 2024).

No conjunto das atividades de outras profissões, uma velha demanda que se repôs para as assistentes sociais na pandemia foi a de prestação de informações clínicas acerca do estado de saúde dos usuários internados para os familiares, a segunda mais assinalada pelas profissionais (65%). Acerca dela, destacam-se os testemunhos:

O conflito deles era porque era pouco profissional para muita demanda aqui dentro. Então, quando a gente saía para dar alguma informação de algum paciente aqui dentro, vinha aquela multidão em cima de você: “veja o meu, veja o meu, veja o meu”; “não, tem que ver o meu primeiro, porque eu cheguei primeiro”. Cada um tinha uma urgência em querer saber dos seus (Assistente social 11, pesquisa de campo, 2024).

Os familiares não podiam entrar, então tinha muito esse fluxo de informações sobre pacientes, porque os médicos não conseguiam dar conta dos boletins, as pessoas vinham aqui perguntar, aí eles acabavam passando algumas informações para a gente. E para acalmar também os ânimos. Foi um período muito crítico. Mudou totalmente a nossa situação. Era uma tensão muito grande, muito óbito acontecendo, então, basicamente, a nossa atuação era dar alguma informação do sistema, que os médicos colocavam mais para a gente poder dar alguma informação, porque eles não conseguiam (Assistente social 14, pesquisa de campo, 2024).

Chegava muitas vezes com a direção e tentava argumentar, mostrar, por A mais B, levando as nossas atribuições e chegar num denominador comum da melhor forma possível. Eu sempre era bem recebida, bem ouvida e a gente conseguiu aos poucos ir se entendendo. Com relação ao boletim, que eles queriam jogar totalmente para cá, para não ter contato nenhum com a família, nós conseguimos ganhar com argumentos (Assistente social 15, pesquisa de campo, 2024).

Com a intensificação de uma lógica de emergencialização pela pandemia, aprofundou-se o discurso de que tudo é permitido e possível como resposta às demandas institucionais (Soares, 2020). Desta forma, no pior momento da crise em Manaus, as assistentes sociais foram demandadas a repetir um boletim clínico disponibilizado no sistema pelo médico.

Ressalta-se que, ainda no início da pandemia, precisamente em 31 de março de 2020, o CFESS emitiu a Orientação Normativa 3/2020, em que categoricamente afirmou não caber ao/à assistente social informar sobre condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos. Ao reforçar que o fornecimento destas informações é um direito garantido aos usuários, asseverou que esta atribuição é dever de profissionais que possuam competência para tal (CFESS, 2020).

Esta Orientação Normativa afirma que não cabe aos/às assistentes sociais a divulgação de boletins de saúde, nem o atendimento prévio de usuários com o objetivo de realizar triagem das condições clínicas para acesso aos serviços de saúde. No período pandêmico, 25% das profissionais informaram ter sido demandadas para realização destas triagens. Acerca de outras modalidades desta

atividade, 5% foram chamadas a realizar triagem de usuários que precisavam de acompanhantes e outros 5%, de usuários para transferência para outros estados.

A transferência de usuários para outros estados iniciou no dia 15 de janeiro de 2021, em meio ao colapso do sistema de saúde amazonense, após recorde de internações e a comoção no Brasil e no mundo com as publicações em redes sociais, vídeos e notícias que denunciavam a asfixia até a morte de usuários por falta de oxigênio hospitalar. Foram registradas cenas de médicos transportando cilindros de oxigênio nos próprios veículos para levar ao hospital e da população em geral em uma corrida desesperada para a compra do insumo (G1, 2021).

Esta medida fez parte do Plano de Cooperação Interestadual do Governo do Amazonas e envolveu o Ministério da Saúde e a Força Aérea Brasileira (FAB). Hospitais de 16 estados receberam usuários do Amazonas: Alagoas, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Maranhão, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Tocantins e Distrito Federal (FAB, 2021).

A seleção dos usuários ocorria com base na classificação do risco e tinha como critério o perfil moderado da doença. Os usuários passavam por avaliação de uma equipe multiprofissional antes de sair da unidade de saúde de origem e antes de embarcar na aeronave, que monitorava a estabilidade dos sinais vitais, como a frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial (Amazonas, 2021c). Com base nas entrevistas, as profissionais, em parceria com psicólogos, eram responsáveis pela adesão à transferência, com a prestação de informações sobre o processo, coleta de assinaturas do Termo de Consentimento e, ocasionalmente, acompanhamento dos usuários até a pista de pouso e embarque nas aeronaves da FAB.

Produto da restrição de visitas como nova regra do contexto hospitalar, a realização de videochamadas entre o usuário e seus familiares foi uma das atividades atribuídas ao Serviço Social juntamente com a Psicologia dos hospitais, como demonstram as seguintes falas:

Nós tínhamos um projeto, que foi criado aqui. Foi feito em conjunto com a psicologia, que os usuários de UTI, nós íamos com o telefone, entrávamos em contato com a família, que era para a família conversar, para a família poder ver. Nós elaboramos no momento crítico da pandemia (Assistente social 5, pesquisa de campo, 2024).

A gente acabou também fazendo algumas videochamadas, porque eram pacientes que, principalmente os que estavam nas enfermarias, teve essa videochamada, porque era uma demanda muito grande e as pessoas ficavam internadas durante muito tempo, na segunda onda, principalmente. E aí ficava aquele caos de as famílias querendo contato (Assistente social 14, pesquisa de campo, 2024).

Dentre as numerosas demandas diárias, frente ao sistema de registro sobrecarregado, as requisições de busca de usuários por familiares se tornaram frequentes e dramáticas. No Amazonas,

a grande maioria das assistentes sociais trabalhadoras dos três hospitais conheceu mais uma extensão dos prontos-socorros na pandemia: as câmaras frigoríficas, onde passaram a ser alojados os corpos dos usuários internados que foram a óbito, como retratado nos testemunhos:

Eu fiz muito isso, de entrar na câmara frigorífica e estar aquele monte de corpo ali, ter que procurar um corpo, porque disseram que estava no IML e não estava. A família tinha ido para o IML procurar o corpo, mas ele estava aqui (Assistente social 3, pesquisa de campo, 2024).

Tanto que nós abrimos aqui câmaras frigoríficas para poder fazer reconhecimento, porque aqui no [HPSA], por exemplo, os maqueiros se recusavam. Aliás, nem tinha maqueiros, o pessoal não estava encontrando, porque ninguém queria se arriscar a se expor ao vírus e de repente morrer. Ou então matar as pessoas de casa. O medo era de morrer ou matar. Eu, por exemplo, tive uma vez que eu me paramentei todinha e paramentei o filho de uma senhora que havia ido ao óbito, não estavam encontrando o corpo e nós tivemos que abrir a câmara frigorífica e procurar o corpo. Então, essa foi uma situação que para mim me marcou muito pelo sofrimento desse rapaz. Porque eu estava entendendo que eu precisava fazer aquele trabalho. Era uma coisa humanitária mesmo, mas foi muito difícil. Porque ele chegou aqui, era às sete horas da manhã, quando foi comunicado o falecimento e até às onze ele ainda não tinha conseguido [achar a mãe] e procurava corpo e ninguém sabia por onde andava. Como naquela época todo o material das pessoas era jogado, o corpo dela estava atrás dos edredons, das coisas, de tudo. Foi muito triste, sabe? (Assistente social 5, pesquisa de campo, 2024).

Por causa da situação que nós estávamos passando naquele momento, eu me colocava muitas vezes no lugar daquelas pessoas que estavam ali querendo saber cadê o seu ente querido, por mais que soubesse que não estava vivo, mas queria dar um enterro digno para ele (Assistente social 10, pesquisa de campo, 2024).

Óbito atrás de óbito e os corpos empilhados, não tinha onde botar. Familiares revoltados, o frigorífico aí na frente, gente levando o corpo que não era do familiar, enganado. Causava aquela confusão tudo isso [...] A nossa demanda, praticamente, eram essas três coisas: contabilizar óbito, falar sobre os procedimentos do que a pessoa tinha que fazer em caso de óbito, que era a maior parte da demanda muitas vezes, as questões do frigorífico, que ficava aí com os corpos. O SOS funeral vinha direto, basicamente eram essas três coisas (Assistente social 14, pesquisa de campo, 2024).

Se o paciente dava entrada e não se identificava, porque já entrou com falta de ar, sendo entubado, aí a gente tirava foto. Eu digo que poderia até ser uma OP, uma operacionalização nossa, para poder a gente saber identificar. Caso o familiar viesse em busca de notícia, saber se deu entrada ou não. Como havia uma câmara frigorífica aí fora, quando a gente não conseguia [tirar a foto quando dava entrada], infelizmente tinha que entrar lá e pedir apoio ao maqueiro para poder tirar essa foto. (Assistente social 17, pesquisa de campo, 2024).

Os depoimentos, embora longos, ajudam a explicitar o que foi a pandemia no Amazonas. A situação dramática das famílias, as condições indignas em que foram colocados os trabalhadores e uma evidente afirmação de que, de fato, não foi uma “gripezinha”. As pessoas sofreram e foram expostas a condições incompatíveis com a dignidade da pessoa humana, em situações em que os familiares não puderam ter contato com as pessoas, e, mesmo após a morte, a flagrante falta de

respeito continuava quando se descobria que o corpo não era de seu ente querido, ou que não sabiam onde estava o corpo.

À parte das imposições institucionais, as profissionais também foram motivadas por outros fatores a assumir atividades que não lhes cabiam. Inseridas em um caos sem par, cuja realidade distópica gerou perplexidade no mundo inteiro, embora as trabalhadoras tivessem pleno conhecimento de suas atribuições e competências, diante das circunstâncias a que foram submetidas, agiram para além de suas responsabilidades motivadas por um senso de humanidade, ao testemunharem o sofrimento de outros seres humanos e se compadecerem da dor alheia.

Foram 24 tipos de atividades apontados pelas profissionais quanto às demandas alheias e mais 4 identificadas nas falas, totalizando 28. A procura por usuários (vivos ou mortos, nas dependências do hospital ou nos contêineres frigoríficos), a contagem de corpos, a realização de videochamadas e a triagem de usuários para transferência para outros estados foram as novas demandas identificadas em meio ao contexto pandêmico. As demais foram requisições que se repuseram em meio à crise e ao recrudescimento da precarização do trabalho em seus diversos aspectos.

3.2 Os efeitos sobre o trabalho e as/os trabalhadoras/es do Serviço Social

Machado *et al.* (2022) afirmam que a pandemia já tem sido considerada o maior problema de saúde pública dos últimos 100 anos, com repercussões econômicas, sociais e implicações profundas sobre os sistemas de saúde, que, sob a égide de um capitalismo que os dilapida contínua e historicamente, não estavam preparados para o seu enfrentamento, fato que refletiu sobre os profissionais que trabalharam no atendimento direto às pessoas acometidas da doença.

O processo histórico de sucateamento da política de saúde e de fragilização das condições e relações de trabalho, aliado à crise desencadeada pela pandemia, ocasionou uma piora superlativa do ambiente de trabalho, da falta de recursos materiais e humanos necessários para os atendimentos, do aumento de vínculos instáveis, da jornada de trabalho, da sobrecarga e da perda da qualidade de vida dos profissionais de saúde e, especificamente, das assistentes sociais trabalhadoras dos HPSAs. Portanto, a pandemia trouxe impactos tanto para o trabalho, quanto para as trabalhadoras.

Souza (2021) constatou que a pandemia estabeleceu uma relação de reciprocidade com as dimensões da precarização do trabalho, uma vez que o processo histórico de precarização caracterizou uma dinâmica de dificuldades para o enfrentamento da pandemia, ao mesmo tempo em a pandemia potencializou a precarização.

Para Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), a precarização é um processo multidimensional que altera a vida dentro e fora do trabalho. Implica em dominação, desestabilização do mundo do trabalho e promoção de vulnerabilidade social, dividindo-se em: vínculos de trabalho e relações contratuais; organização e condições de trabalho; precarização da saúde dos trabalhadores; fragilização do reconhecimento social; representação de organização coletiva.

Para fins didáticos, serão abordados neste item os efeitos da pandemia sobre as relações de trabalho (vínculos e relações contratuais); condições de trabalho (organização e condições); reconhecimento e valorização profissional (fragilização do reconhecimento social); e saúde das trabalhadoras (precarização da saúde dos trabalhadores).

Na primeira dimensão, que trata das relações de trabalho, ressalta-se que a contratação temporária de profissionais da saúde foi regulamentada com o advento da pandemia, por meio da Portaria n.º 12/2021-DGRH/SES-AM, de 06 de janeiro de 2021, em plena crise ocasionada pela segunda onda. As trabalhadoras admitidas nessa modalidade ingressaram em escala de plantão 12x48 para cumprimento de 10 plantões ao mês. Estas profissionais arcam com perdas de benefícios indiretos, como as gratificações e auxílio alimentação, bem como perdas remuneratórias, recebendo o equivalente a 58% da remuneração das servidoras estatutárias.

Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) expõem que esta dimensão leva à desestabilização, à perda de referenciais de proteção social e conduz a sentimentos de competição, insegurança e instabilidade que propiciam a gestão pelo medo. A pesquisa revelou que, dentre as trabalhadoras que declararam sentir insegurança quanto à manutenção de seu trabalho, 85,7% têm o vínculo temporário e reportaram como motivo a falta de estabilidade. Metade das profissionais sob contrato temporário consideram que sua remuneração não é coerente com o tipo e a carga de trabalho que desenvolvem.

No que se refere às condições de trabalho, a segunda dimensão, a pandemia aprofundou a degradação do ambiente de trabalho, o ritmo intenso e a ampliação da jornada de trabalho. A pesquisa demonstrou que 85% das participantes relataram a necessidade de espaço adequado para atendimento, 100% declararam que no momento crítico da pandemia as salas do Serviço Social foram designadas como locais de armazenamento de pertences de usuários potencialmente contaminados. Observou-se que, nos 3 HPSAs, as salas são reduzidas para os quantitativos de profissionais e de usuários, acarretando atendimentos que não preservam a saúde e os direitos de usuários e trabalhadores.

Com a ampliação da demanda, 85% das trabalhadoras expuseram dificuldade em planejar suas atividades naquele período em razão de sobrecarga física e mental. O ritmo frenético de atendimento diante do estado de calamidade e crise humanitária legou as profissionais a um exercício pautado na imediatividade, com trabalho mecânico. As participantes indicaram majoritariamente

(70%) a necessidade de recursos humanos (assistentes sociais e servidores administrativos). A distribuição de carga horária em escalas mais longas, de 8h e de plantão, aumentou 40% em relação ao período pré-pandêmico. Somado a isto, houve ampliação de 35% de trabalhadoras que precisaram ultrapassar sua jornada formal de trabalho com maior frequência para suprir a defasagem.

Este aspecto da precarização se caracteriza pelas metas inalcançáveis, forte pressão sobre o tempo, intensificação do controle e instrumentalização do medo à demissão, potencializando as múltiplas exposições dos trabalhadores a agentes físicos, biológicos, químicos, ergonômicos e organizacionais, o que favorece o sofrimento e os processos de adoecimento.

No que concerne à terceira dimensão – reconhecimento e valorização profissional – as trabalhadoras enfrentaram a violação de seus direitos enquanto profissionais, com ausência de condições espaciais e de salubridade, além de serem requisitadas a realizar atividades sem relação alguma com suas competências ou atribuições, de cunho eminentemente técnico-administrativo, que caracterizam recepcionistas, telefonistas ou secretariado. Além disso, ao questionarem tais demandas as profissionais foram alvo de comentários negativos e discussões. Um total de 90% das participantes relatou que houve conflitos em seus locais de trabalho.

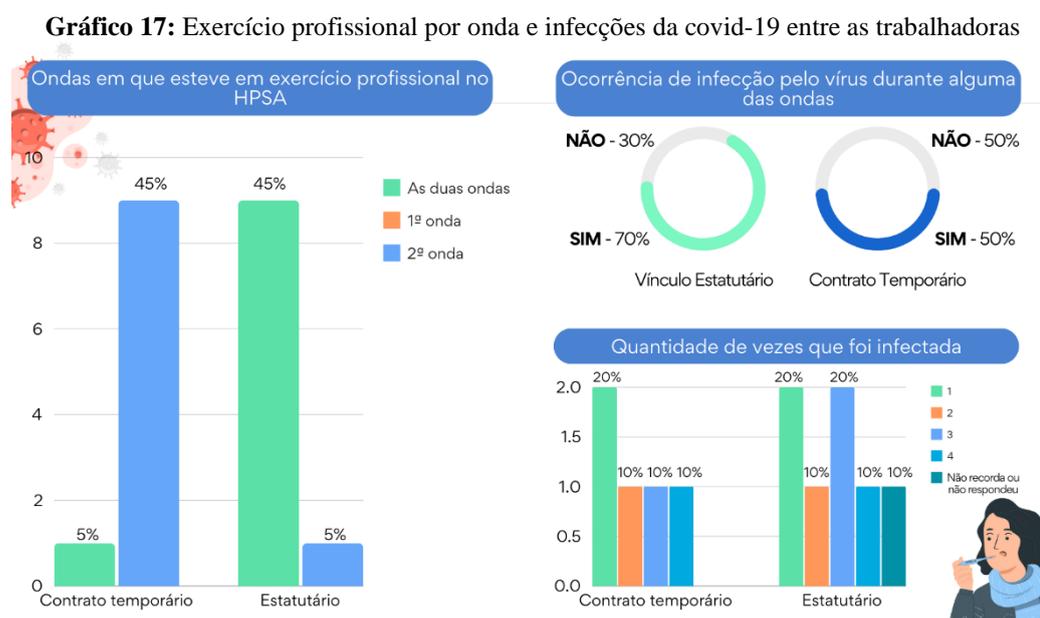
Para Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), em uma sociedade em que o trabalho ocupa um espaço central na vida humana, esta dimensão da precarização dificulta o processo de identificação e construção de si, complexificando ainda mais a alienação do trabalho. Naturaliza-se a insegurança e a competição e, com isso, prejudica-se a autoestima dos trabalhadores, minando sua capacidade de se reconhecerem em seu próprio trabalho. Além disso, promove a desvalorização da dignidade no trabalho e enfraquece o sentido de pertencimento e de realização pessoal e profissional.

Todas as três dimensões explicitadas anteriormente estão diretamente relacionadas à quarta dimensão, saúde das trabalhadoras. Na análise de Raichelis e Arregui (2020), os variados estudos e debates profissionais no contexto da pandemia evidenciaram que os/as assistentes sociais vivenciaram medos, angústias, sofrimentos e adoecimentos em meio à impotência frente às expressões mais dramáticas da questão social em todas as inserções profissionais, com destaque para aqueles/aquelas que trabalharam na linha de frente. O seguinte testemunho ilustra essa percepção:

Teve uma situação que até hoje eu me recordo. A mãe estava no Delfina e o pai estava na UTI daqui. Em menos de minutos, a mãe faleceu no Delfina e 30 minutos depois o pai faleceu aqui. Acolher essa filha, que ela estava ali em frangalho, destruída, isso impacta. Por mais que você fique humanizada com o sofrimento, a empatia por pessoa, mas de uma certa forma te paralisa. Porque **tu ficas se sentindo impotente diante daquela dor. Então, acho que a maioria das pessoas que vivenciaram a pandemia, acho que o sentimento é esse de impotência** (Assistente social 17, pesquisa de campo, 2024, grifo nosso).

Em estudo promovido por Wong *et al.* (2022), constatou-se que profissionais de saúde da linha de frente em unidades de saúde de urgência e emergência, no atendimento a usuários com covid-19, apresentaram maior vulnerabilidade à baixa qualidade de vida profissional. A qualidade de vida profissional caracteriza-se como o conjunto de emoções que um indivíduo encontra no trabalho de assistência aos outros, composta por aspectos positivos (satisfação por compaixão) e negativos (estresse traumático secundário e esgotamento). A satisfação por compaixão é a experiência positiva resultante do trabalho que envolve cuidar dos outros. O estresse traumático secundário ocorre quando traumas ou eventos estressantes são testemunhados, resultando em sentimentos negativos. O esgotamento refere-se à sensação de desesperança e ineficácia associada ao trabalho.

Quanto à inserção das participantes no cenário pandêmico, cabe ressaltar que todas estiveram em exercício profissional durante algum momento crítico da pandemia; metade delas esteve inserida no Serviço Social dos HPSAs nas duas ondas e a outra metade, apenas na segunda onda, com predominância das profissionais temporárias neste último caso (gráfico 17).



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Verifica-se que, no total, 60% das trabalhadoras foram infectadas pelo coronavírus. Dentre estas, 20% contraíram a doença uma única vez, 10% 2 vezes, 15% por 3 vezes, 10% por 4 vezes e uma profissional não soube responder. Ao considerar a análise por vínculos empregatícios, as profissionais estatutárias apresentaram um número maior de infecções, tanto em termos de quantidade de profissionais, quanto de episódios de contaminação. Isso se deve ao fato de que 90% das participantes de contrato temporário ingressaram nos HPSAs apenas durante a segunda onda.

Wong *et al.* (2022) afirmam que, antes da pandemia, o ambiente acelerado característico de unidades de saúde de urgência e emergência, a pressão causada por turnos noturnos e plantões, e o estresse desencadeado por casos de emergência já contribuía para a baixa qualidade de vida profissional. Com a pandemia, estar na linha de frente em contato direto com usuários suspeitos ou confirmados de covid-19, o medo de contrair e espalhar o vírus para suas famílias, e testemunhar as condições precárias e deterioradas dos usuários potencializaram os níveis de estresse e esgotamento. O seguinte relato evidencia que esta também foi uma realidade experienciada no Amazonas:

Aquilo ali foi muito surreal. A câmara frigorífica, a falta de oxigênio... Quando eu fiz o meu primeiro plantão, eu fiquei feliz logicamente quando eu fui chamada, mas, ao mesmo tempo, quando eu entrei, que me falaram “Sala Rosa”, eu ainda não tinha sentido o impacto, mas eu acho que passei uns quatro dias que eu não dormia direito. É você deitar e você ver aquela imagem, aquele monte de gente pedindo socorro, dizendo que vai morrer. E outra é você acabar de falar com o paciente, falar com o médico, está estável, está tudo legal, e você ir lá fora dar uma resposta para o familiar, voltar e o médico te falar assim: “o familiar precisa entrar, porque evoluiu a óbito”. No ápice, os médicos, os enfermeiros, eles já não aguentavam mais... esgotados... e foi num tempo que a gente descobriu várias situações de médicos que se transformaram em pessoas rudes, que parece que não tinham amor no coração. Parece que eles não conseguiam mais fazer o trabalho deles, já era uma coisa que estava sugando eles. Eles já estavam se sentindo tão sem saber o que fazer, porque tudo que estava próximo deles não estava suprindo a necessidade de curar aquelas pessoas, salvar aquelas pessoas. Então, teve muitos momentos em que a gente viu muito médico e enfermeiro surtar. A gente foi começando a tentar entender aquele momento ali. Nesse tempo da pandemia, eu chegava em casa e tinha aquele monte de vozes no meu cérebro que eu não conseguia dormir. Eu já ficava pensando, porque eu ia passar dois dias em casa, mas o meu cérebro não descansava até o dia de eu vir pra cá (Assistente social 10, pesquisa de campo, 2024).

No Amazonas, que chegou a ser epicentro da pandemia no contexto mundial, os profissionais de saúde viram a gravidade da situação tomar proporções cada vez maiores. Wong *et al.* (2022) analisam que indicadores de cada localidade como a prevalência do vírus, a taxa de mortalidade e a falta de experiência no combate a epidemias semelhantes estão diretamente relacionados aos níveis de impactos negativos sobre os trabalhadores da saúde e, por isso, variando conforme a área de abrangência. O caos pandêmico em Manaus, especialmente nos HPSAs, refletiu nas entrevistas e foi possível captar o assombro das profissionais diante desta realidade:

Mas o que me deixou mal na primeira [onda] foi quando as pessoas começaram a morrer, a gente aqui no [HPS] não tinha câmara frigorífica. Então eu presenciei aqui os corpos amontoados um por cima do outro. A gente sem ter onde guardar, o desespero. Isso mexeu muito comigo, mexeu como ser humano mesmo, sabe? De ver aquela situação daquele jeito (Assistente social 5, pesquisa de campo, 2024).

A [onda] que colapsou o oxigênio do Estado eu presenciei. Corpos e mais corpos passando na nossa frente assim, que parecia filme de terror, coisa horrível. A gente teve que desenrolar confusões de corpos com nomes homônimos. Acaba que foram

muitas pessoas morrendo no mesmo dia (Assistente social 16, pesquisa de campo, 2024).

Ver aquele monte de gente morrer não foi fácil para ninguém, não. Por mais que a pessoa diga, ah, eu vou lá e faço meu trabalho, saio, vou embora. Não é assim, não. É muita gente chorando, era um desespero muito grande. Tinha, tinha sim o desgaste. Chegava ao fim do dia como se a gente tivesse trabalhado um ano em um dia (Assistente social 16, pesquisa de campo, 2024).

Neste panorama catastrófico, na análise de Arena, Marques e Bellini (2021), o trabalho na saúde ocorreu em um cenário profissional envolto por temores, inseguranças e incertezas causados tanto pelas exigências da jornada de trabalho, quanto pelas especificidades da natureza do trabalho. Machado *et al.* (2023), tendo por base pesquisa realizada com 36.612 profissionais de saúde entre os anos 2020 e 2022, constataram que os sentimentos de desproteção, insegurança e medo foram predominantes entre os trabalhadores, expondo um ambiente hostil, desumano e, por vezes, desigual.

Para as assistentes sociais, as circunstâncias não foram diferentes, como veremos adiante. Dentre os diversos relatos que expressam o medo vivido, que se fundem com as falas sobre a falta de condições de trabalho, a intensificação e sobrecarga de trabalho, entre outros, destacam-se:

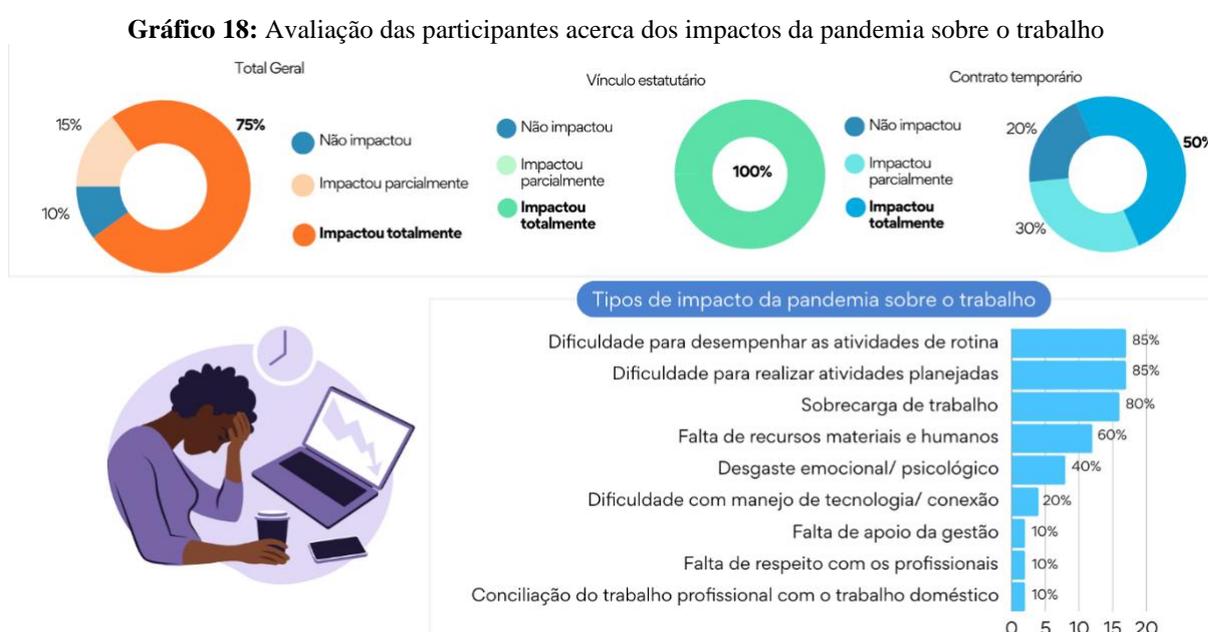
Sempre falo que todos os profissionais que passaram pela pandemia ficaram com alguma sequela, nem que seja lá [...] no seu íntimo. Era muito triste, você estar dentro de um espaço onde a outra pessoa está aqui, morrendo, te pedindo ajuda e tu não tinham o que fazer. E aquele desespero dos profissionais que não sabiam o que fazer, não dava para tirar o oxigênio daqui e colocar aqui. Então, eu sofri muito quando eu saí daqui. Às vezes eu ia chorando para casa. [...] O vivido com o coronavírus foi uma coisa que todos tivemos que aprender a trabalhar de um jeito diferente. Porque a gente vinha ao local de trabalho, a gente tinha **medo** de pegar uma caneta, tinha medo **de se aproximar** do outro, **de ir ao banheiro, de se alimentar, de beber água**. Então, tudo isso a gente teve que aprender. Eu, pelo menos, quando saía daqui do plantão, eu vinha com duas roupas, botava mais o jaleco e vestia mais o macacão. Quando eu ia saindo, tirava a roupa do hospital, deixava aqui. Lá no meu carro, eu ia tirando a roupa. Eu chegava lá em casa, com menos roupa possível e colocava tudo dentro de um saco. **Mudou o nosso modo de viver em casa** também. Tivemos que, quando chegar do trabalho, adaptar um chuveiro na garagem, tomar banho lá. O meu neto, que na época era bem menor, vinha correndo para me abraçar. “Eu não posso, não venha para perto da vovó”. Porque **era todo aquele medo que a gente tinha de não ter feito a higienização direito e, de repente, levar para casa o vírus e ver o que a gente via aqui dentro do hospital**. Isso **a gente não queria para ninguém, ainda mais para os nossos** (Assistente social 11, pesquisa de campo, 2024, grifo nosso).

[...] era uma situação que a gente via muitos casos aqui, então **eu tinha medo de me colocar naquele local, estar naquele lugar**, então eu me preocupava muito. Me mexeu um pouco. Medo, preocupação, porque eu tinha idoso em casa, então **eu tinha muita preocupação**. (Assistente social 20, pesquisa de campo, 2024).

Os depoimentos demonstram que as trabalhadoras, além de precisarem trabalhar sob condições precárias de trabalho no que diz respeito ao ambiente, aos recursos e à desvalorização,

presenciaram situações extremas de inúmeras mortes, dor e sofrimento, e vivenciaram constantemente o medo e as preocupações decorrentes da pandemia, refletindo diretamente em sua dinâmica de vida para além do hospital.

A grande maioria das participantes (90%) considera que a pandemia impactou em algum nível o desempenho de seu trabalho e 10% consideram que não impactou (gráfico 18). Ao observar da perspectiva do vínculo, todas as estatutárias informaram ter sido impactadas totalmente e, para as que estão sob contrato temporário, dividem-se entre as gradações totalmente (50%), parcialmente (30%) e as julgam não ter sofrido impacto (20%).



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Dentre os efeitos registrados, os principais foram dificuldade para desempenhar suas ações diárias, bem como para realizar atividades planejadas, sobrecarga de trabalho e a falta de recursos materiais e humanos. Soares *et al.* (2022) afirmam que a intensificação da sobrecarga de trabalho e as preocupações inerentes à pandemia afetaram diretamente a saúde mental dos trabalhadores, contribuindo para o desenvolvimento de estresse crônico no trabalho. Este estresse gera consequências como redução do desempenho, má qualidade do atendimento, comprometimento da segurança dos usuários e a elevação do quantitativo de erros profissionais.

No quadro geral, 90% das participantes avaliaram que a pandemia influenciou em algum nível a sua saúde física e/ou mental. Em um grau mais aprofundado, avaliando por vínculo de trabalho, 50% das estatutárias ponderaram que repercutiu totalmente em sua saúde, enquanto entre as de vínculo temporário 10% consideraram esta resposta (gráfico 19). Verifica-se que, em comparação com o

gráfico anterior, o nível de impacto sobre a realização do trabalho foi mais intenso do que sobre a saúde das trabalhadoras e, se tomarmos os dois aspectos sob a perspectiva do tipo de vínculo, as profissionais estatutárias foram as que mais informaram ter sido impactadas em totalmente, ou seja, na maior escala de gradação.

Gráfico 19: Avaliação das participantes acerca dos impactos da pandemia sobre sua saúde física ou mental



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Os reflexos sobre a saúde informados com maior frequência pelas assistentes sociais foram crescimento da ansiedade e/ou depressão, sequelas da covid-19, surgimento de novos problemas de saúde, perda de memória e crises de pânico e/ou depressão, com maior prevalência no primeiro. Soares *et al.* (2022) analisaram que profissionais da saúde que apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão durante a pandemia foram submetidos a turnos de trabalho prolongados devido à escassez de profissionais, pouco descanso, elevado nível de tensão e contato mais próximo aos pacientes, como exposto nos relatos a seguir:

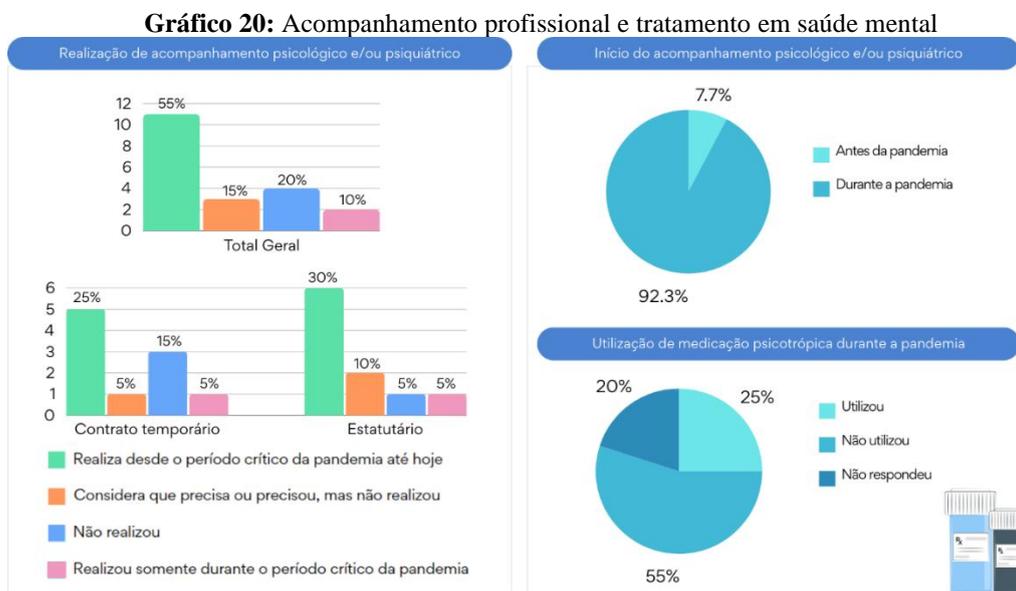
A gente estava perturbada...desorientação, desequilíbrio emocional. Eu acho que quem ficou dentro daquela sala rosa ali, nunca mais você vai esquecer aquilo. Vai ficar na tua mente o resto da vida. Eu não consigo me esquecer daquele barulho do oxigênio, daquele monte de mangueira, uma interligada na outra que você não conseguia nem passar, nem pisar. Gente, é uma visão, assim, inesquecível. Eu nunca mais fiquei a mesma, assim, sabe? Meu Deus do céu, de você ver uma pessoa ali, desfalecendo e você não poder fazer nada, sabe? Muito triste (Assistente social 8, pesquisa de campo, 2024).

Nossa, quando o [HPS] fechou por espaço físico, e parece mentira isso, não tinha espaço, eu não tinha condições físicas, nem emocionais, nem de condição nenhuma de atender mais ninguém. Era um desespero, as pessoas querendo ser atendidas, as pessoas querendo um espaço, as pessoas se jogavam, era uma guerra. Eu me

considerava numa guerra. Uma guerra pela sobrevivência. [...] Eu fiquei de uma forma que eu me sentia destruída emocionalmente, fisicamente. Não queria mais vir para cá, não tinha mais vontade de nada. [...] (Assistente social 15, pesquisa de campo, 2024).

Eu tive aumento de ansiedade, mas assim, eu conseguia controlar, não chegava a ficar crítico. Tive enxaqueca, nunca tinha apresentado enxaqueca. Depois que eu percebi que foi devido ao alto nível de estresse. [...] Era como se fosse um cenário de guerra que a gente parecia que estava num filme. A gente teve que ir no nosso limite de superação para que a gente pudesse dar conta desse trabalho. Não era fácil porque na minha casa, por exemplo, estava todo mundo trabalhando em *home office* e só eu tinha que vir para o hospital, então eu tinha medo de ser contaminada. [...] A gente teve uma colega [do Serviço Social do HPS] que perdeu o seu marido, outra que perdeu o pai. E aí a gente também tinha que dar força uma para a outra. Foi um momento de superação, tanto que a gente tinha que se fazer de forte para dar apoio para aquela pessoa. E às vezes era uma pessoa que era conhecida da gente também, que estava aqui (Assistente social 19, pesquisa de campo, 2024).

Estes testemunhos ilustram um fragmento do que foi estar na linha de frente de um HPSA no Amazonas em contexto pandêmico. São falas que retratam a dimensão dos sacrifícios pessoais e profissionais para que as assistentes sociais continuassem a trabalhar enfrentando as dores, o sofrimento, o medo e o risco substancial de infecção. Diante deste cenário, o total de 65% das participantes buscou acompanhamento profissional em saúde mental (gráfico 20).



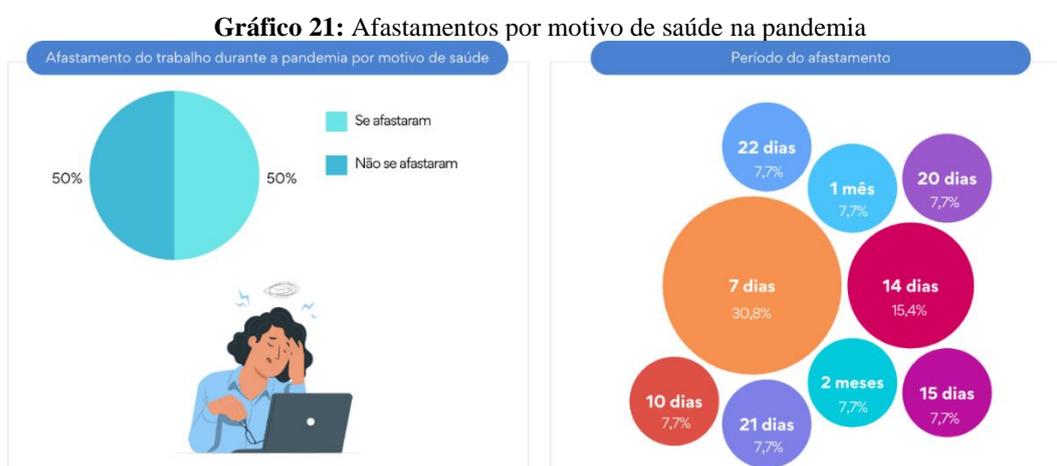
É possível visualizar que 15% das trabalhadoras acreditam que precisam ou precisaram de suporte profissional em saúde mental, embora não tenham buscado atendimento. Na perspectiva dos vínculos de trabalho, as profissionais estatutárias realizaram mais acompanhamento psicológico/psiquiátrico que as sob vínculo temporário, o que guarda coerência com os achados relatados anteriormente de que as servidoras efetivas relataram ter sido impactadas em maior intensidade. Entre

as que aderiram ao acompanhamento, 92,3% foram suscitados no período pandêmico e 25% necessitaram de medicação. Os testemunhos a seguir demonstram uma parcela da realidade das profissionais:

A gente tem uma situação bem séria aqui no setor, que a maioria das colegas já tinha algum problema psicológico, psiquiátrico, já faziam tratamento. Então tivemos colegas que se afastaram com crise de pânico. Houve perda de peso porque a gente não tinha nem tempo para comer, tive dificuldade de concentração, porque era muita demanda, muita queixa, reclamações e a partir de uma hora da tarde a gente mal ouvia a própria voz (Assistente social 1, pesquisa de campo, 2024).

Eu adoeci, fui para o psiquiatra e tudo mais. Em 2022 eu tive uma crise feia aqui com uma acompanhante, fiquei dois meses afastada, fiz tratamento psiquiátrico, ainda tomo remédio para ansiedade, fiquei com problema de ansiedade, depressão leve, uma série de problemas. Depois que passou a segunda foi que veio o impacto na equipe, todo mundo adoeceu, foi aquela loucura (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

No que pese 60% das trabalhadoras terem sido infectadas entre 1 e 4 vezes e 65% tenham buscado acompanhamento profissional em saúde mental, verifica-se no gráfico 21 que 50% precisaram de algum afastamento do trabalho por motivo de saúde. Entre as opções de duração do afastamento, a mais frequente foi de 7 dias, com 30,8% dos apontamentos.



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Acerca desta questão, na dimensão da precarização das condições do trabalho, verificou-se que as trabalhadoras, mesmo adoecidas, acabavam cumprindo suas jornadas de trabalho sob a pressão da defasagem do quantitativo de profissionais. Neste sentido, separou-se uma das falas que reflete a desestabilização, a perda de proteção social no direito garantido ao afastamento por adoecimento e a manifestação da gestão pelo medo:

Sim, várias vezes [fui infectada]. Toda vez que eu fazia o teste, dava positivo, aí diziam “você já passou do período de transmissão”. Nem me dava atestado, nem me dava “ibope”, porque se eu ficasse em casa era uma mão de obra que ia faltar. O momento da pandemia impactou, porque eu cheguei a um ponto de não querer nem sair de casa. Aí eu chorava, chorava, chorava, mas eu tinha que vir, porque eu não podia pegar falta, eu via o que acontecia aqui. Situações inusitadas, calamidade, choro, sofrimento, dor, dor espiritual, emocional, de você querer chorar com o usuário e você ter que estar ali forte, olhando ele sofrendo, mas você tem que estar ali. Me dava uma angústia, um medo, um mal-estar. Mas aí depois eu raciocinava: tenho que seguir, tenho que seguir, porque a gente tem que dar continuidade ao trabalho... E pedir a Deus muita força pra ele deixar chegar até o final do dia e... a sobrevivência (Assistente social 12, pesquisa de campo, 2024).

Na contramão, 10% das profissionais informaram que a pandemia não exerceu influência negativa na execução de suas atividades, enquanto outros 10% reportaram não ter sofrido prejuízos em sua saúde física ou mental. Para essas, o período pandêmico foi o momento em que conseguiram ingressar no mercado de trabalho. Seguem alguns depoimentos dessas trabalhadoras:

A pandemia não impactou meu trabalho, pelo contrário. Foi através da pandemia que eu vim parar aqui dentro do hospital. Marcou muito para mim, porque foi meu primeiro emprego remunerado. Antes eu trabalhava, mas era voluntária (Assistente social 11, pesquisa de campo, 2024).

Cada um tem sua visão. Acho que não impactou porque, de qualquer forma, foi por conta da pandemia que a gente foi contratada. Para mim foi um ponto positivo (Assistente social 13, pesquisa de campo, 2024).

Entretanto, verifica-se que entre as que informaram não ter havido efeitos negativos sobre o trabalho apontou-se a impossibilidade de planejar suas atividades durante o momento crítico da pandemia em decorrência da alta demanda, da sobrecarga de trabalho e da exaustão física e mental. Dentre elas, houve relato de represália pelo não atendimento de demandas fora de suas atribuições.

Em análise dos testemunhos das trabalhadoras que disseram não ter experimentado consequências adversas em sua saúde mental, observam-se menções de exaustão e desgaste decorrente do desespero vivenciado, sentimento de impotência diante da dor e do sofrimento dos usuários atendidos, o horror ao presenciar inúmeras mortes e amontoamento de corpos, dentre outros.

3.3 Resistência nos HPSAs em meio à crise sanitária

Sob a ótica marxiana, a história das sociedades humanas é essencialmente a história das lutas de classes. Pode-se considerar que a luta entre trabalhadores e detentores dos meios de produção se apresenta como um aspecto contínuo da história nos últimos séculos (Engels, 2005). No contexto contemporâneo, regido pelo capitalismo neoliberal, a conquista e a preservação de direitos não são

garantidas de forma definitiva aos indivíduos, nem vêm de cima para baixo, mas são frutos de uma luta incessante e, portanto, resultado de um processo histórico contínuo (Coutinho, 1990).

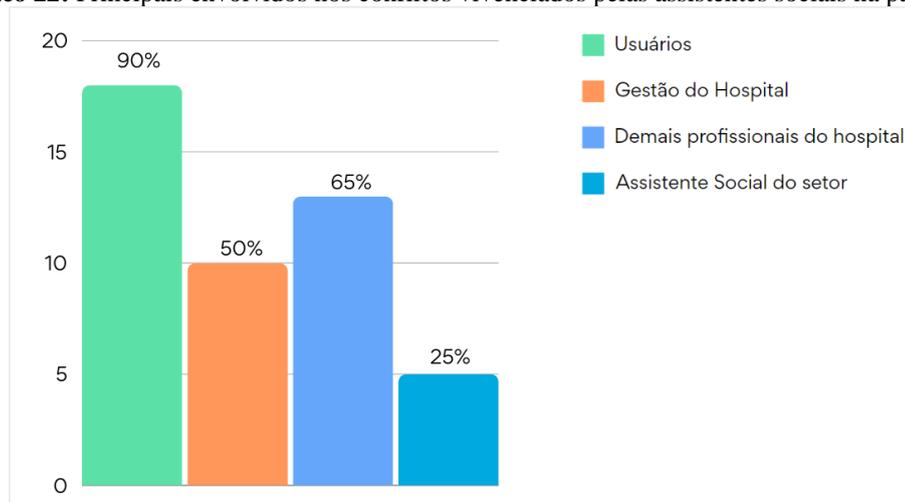
Na pandemia, os conflitos não cessaram, mas, ao contrário, se intensificaram. A crise econômica e a explosão da pandemia geraram profundas implicações para aqueles que sobrevivem do trabalho (Antunes, 2022). O recrudescimento da precarização em todos os aspectos da vida trouxe repercussões para as/os assistentes sociais, cuja inserção mais ampla está nas políticas públicas. O núcleo das atribuições e competências profissionais foi confrontado por novos elementos, ocasionando inúmeras pressões e tensões no trabalho (Raichelis; Arregui, 2021).

A precarização do trabalho manifesta-se em diversos fatores, inclusive nas formas de resistência dos trabalhadores (Druck, 2016). Com a pandemia, observou-se um nível significativo de conflitos vivenciados pelas participantes, com uma frequência de 95%. Este item abordará alguns dos embates travados e as estratégias de enfrentamento adotadas pelas participantes durante a pandemia.

No decorrer do trabalho evidenciou-se que a crise sanitária aprofundou as condições adversas já vivenciadas pelas assistentes sociais nos HPSAs, o que desvelou as contradições e os desafios diários que essas profissionais lidam na luta por reconhecimento e manutenção de seus direitos.

Durante a pandemia, a maioria significativa dos conflitos enfrentados pelas profissionais ocorreu em interações com os usuários (gráfico 22). Esse elevado índice reflete a sobrecarga imposta ao Serviço Social, que assumiu a função de principal interface entre os familiares, a equipe de saúde e pacientes internados, em um contexto de contínua violação de direitos.

Gráfico 22: Principais envolvidos nos conflitos vivenciados pelas assistentes sociais na pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Além disso, as elevadas incidências de conflitos com os demais profissionais e a administração dos hospitais podem ter sido incitadas pelo contexto de crise, com intensificação das

demandas e das condições precárias de trabalho. Com isso, a resistência, sempre um traço marcante na trajetória dessas trabalhadoras, tornou-se insustentável, especialmente diante do esgotamento físico e mental imposto pela pandemia. O cotidiano de conflitos é expresso nos testemunhos a seguir:

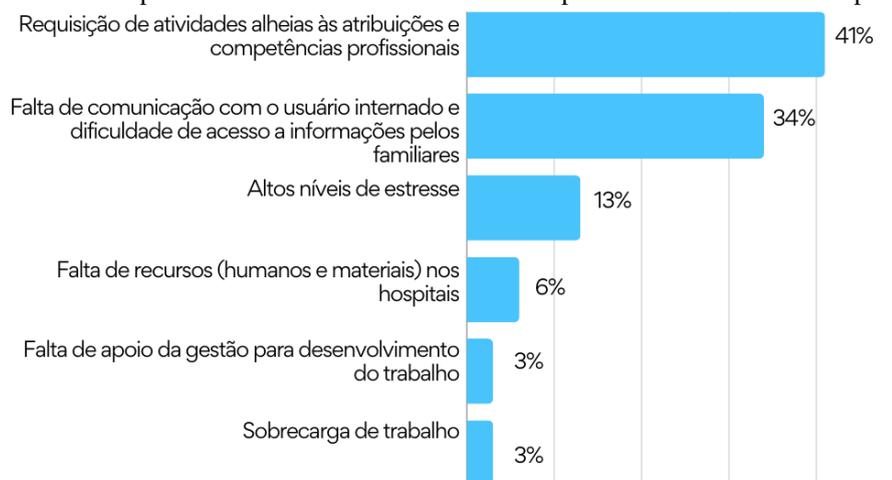
[...] eles não têm uma compreensão sobre qual o papel do assistente social [...] no SUS. Eles acham que o assistente social é aquela pessoa que está para fazer caridade, ajudar, carregar no colo, e quando a gente diz que nosso papel não é esse, eles não aceitam. Eles querem que a gente faça o que eles acham que é o Serviço Social, não o que o Serviço Social é realmente (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

[...] havia falta de comunicação, eles queriam saber notícia de seus familiares [...]. Eles já vinham dali barrados em todas as portas, quando chegavam aqui já estavam bem chateados, brigando, querendo que déssemos jeito, reclamando que ninguém ouvia, ninguém falava com eles [...]. E o pior é que em muitas situações quando o paciente entrava, não tinha notícia nenhuma e quando chegava a hora do boletim, [...] às vezes o familiar vinha só para ouvir a notícia do óbito. Então, imagine como ficava essa família e como eles vinham com essa sobrecarga para cima do profissional (Assistente social 1, pesquisa de campo, 2024).

O assistente social só é visto para resolver as vulnerabilidades, retirar a população de rua de dentro do hospital, de tal forma que aquele familiar aceite aquele paciente que já está de alta. É assim que a gente é enxergado. Tapar buraco, resolver problema, e, quando a gente não resolve, a gente não é bem-visto. A gente tem que sempre todos os dias levantar, vir para cá e se posicionar, se organizar, porque senão a gente é pisado, é massacrado (Assistente social 10, pesquisa de campo, 2024).

O principal motivo de conflito, conforme evidenciado no gráfico 23, refere-se às disputas em torno das atribuições e competências profissionais, representando 41% dos casos. Em seguida, destaca-se a dinâmica peculiar da pandemia, marcada pela ausência de contato entre os pacientes internados e seus familiares, que respondeu por 34% dos conflitos relatados.

Gráfico 23: Principais motivos dos conflitos vivenciados pelas assistentes sociais na pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

As assistentes sociais, ao longo de sua trajetória, têm lutado pelo respeito às suas prerrogativas profissionais, enfrentando um cenário de desvalorização e precarização das condições de trabalho. Contudo, na pandemia, essa resistência foi severamente enfraquecida pelo cansaço extremo que se acumulava dia após dia. A exaustão, a pressão das demandas urgentes e a constante exposição à morte e ao sofrimento abalaram essas trabalhadoras, minando suas forças e sua capacidade de luta.

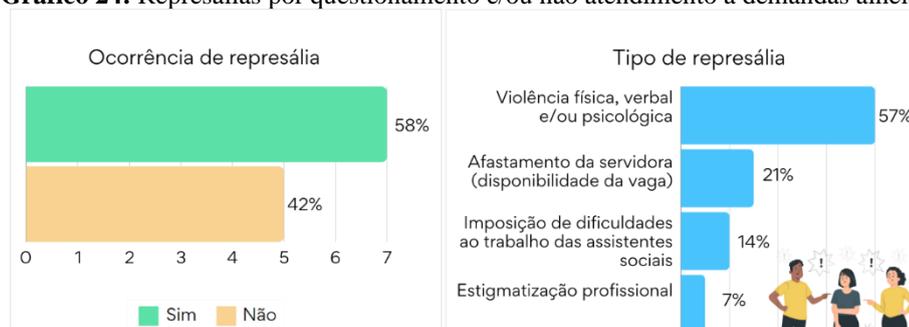
As prerrogativas profissionais são estabelecidas no marco legal profissional e sua garantia é direito do/a assistente social (CFESS, 2012). Iamamoto (2012) fundamenta que, etimologicamente, a competência se refere à habilidade de apreciar, decidir ou fazer algo, ao passo que a atribuição é uma prerrogativa, privilégio, direito e poder de realizar algo. Em suma, atribuições privativas são exclusivas dos profissionais, enquanto competências representam a capacidade de resolver questões específicas, sem serem restritas a uma categoria, mas inerentes à formação do assistente social.

É primordial ressaltar que, as atividades previstas no rol de competências gerais estão relacionadas aos conhecimentos que compõem as diretrizes curriculares da formação em Serviço Social, tais como elaborar, implementar coordenar e avaliar políticas sociais, planos, programas e projetos; orientar indivíduos e grupos para defesa de direitos, administrar benefícios e serviços sociais, realizar pesquisas para ações profissionais; prestar assessoria e consultoria em questões de seu conhecimento, apoiar movimentos sociais e organizar estudos socioeconômicos. Essas atividades, que podem ser desempenhadas por outras categorias, são inerentes ao trabalho dos assistentes sociais.

O documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde considera como não atribuições profissionais aquelas estritamente técnico-administrativas e as que exigem uma formação técnica específica não contemplada na formação em Serviço Social (CFESS, 2010).

Das entrevistadas, 35% relataram ter sofrido represálias ao questionar as imposições, enquanto 25% não passaram por tais retaliações, e 40% não responderam. As retaliações relatadas consistiram, essencialmente, em hostilidades no âmbito organizacional, como ilustrado no gráfico 24.

Gráfico 24: Represálias por questionamento e/ou não atendimento a demandas alheias



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

Entre as respostas das participantes, as represálias referidas, em termos de violências física, verbal e/ou psicológica, englobam casos de perseguição, agressão verbal, injúria, xingamentos, constrangimentos, grosserias e demais reações violentas vivenciadas pelas assistentes sociais no exercício do trabalho. Houve relatos de 2 servidoras que foram devolvidas à SES por seus gestores em decorrência de terem firmado seu posicionamento. A imposição de dificuldades ao trabalho refere-se à retenção de encaminhamentos realizados pelas assistentes sociais por ordem da gestão. Por fim, a estigmatização diz respeito às acusações de inflexibilidade, feitas por motivo de as trabalhadoras buscarem exercer seus direitos profissionais.

O clima de tensão nos hospitais foi exacerbado por todas as complexidades introduzidas pela pandemia. Aliados aos dados quantitativos, os depoimentos apontam que, em razão da necessidade de isolamento dos pacientes internados e das fragilidades do sistema de saúde, o direito dos familiares à informação foi continuamente comprometido. A reação violenta dos familiares de usuários internados tornou-se rotineira, como se destaca nos seguintes testemunhos:

Uma cena que me deixou traumatizada foi um senhor, um idoso, que ele chegou aqui no hospital, o médico disse pra família que ele tava com 98% do pulmão comprometido. Quando foi no outro dia que a família veio receber o boletim, no outro dia de manhã, disseram que ele tava com 100%. A família era negacionista, que não queria aceitar. A filha fez o maior escândalo do mundo dentro do hospital, porque o médico estava mentindo, porque como que num dia ele estava com 98%, no outro dia ele estava com 100%. Enfim, só que esse senhor, ele veio a óbito. E a irmã dessa mulher entrou na sala [do Serviço Social], ela bateu na porta, fez um barulho, todo mundo estava distraído, atendendo lá na sala, e a porta foi com tudo na parede. Ela entrou “voando”, ela passou pra cima da colega, e a colega ficou assim, sentada. E ali em cima da colega, assim, que eu jurava que ela ia agarrar no pescoço, começaram a gritar, eu saí correndo na disparada, chamando o segurança, e ela em cima da colega gritando. Quando o segurança viu, ela saiu dando na cara do segurança com as unhas, todo mundo ficou na sala assustado. Foi horrível, aquele dia (Assistente social 7, pesquisa de campo, 2024).

No período crítico da pandemia tivemos pouca autonomia porque tentaram impor várias ações que não eram do Serviço Social. Inclusive, um dos motivos de uma das assistentes sociais ter sido devolvida foi porque ela se opôs a várias imposições da gestora no período e gerou conflito. Até o CRESS foi acionado, que não teve muita resolutividade, ela teve nosso apoio, mas infelizmente a gente não teve autonomia para garantir que a colega ficasse e ela foi devolvida [...]. É uma pena, pois perdemos uma ótima profissional, que tinha duas cargas horárias aqui dentro e era muito comprometida. As represálias variam muito com a gestão. Então já teve gestores que não aceitaram e tacharam o serviço Social de pouco colaborativo no momento de crise, mas continuamos afirmando que somos colaborativos dentro das nossas competências e atribuições e não ultrapassaríamos a pertinência do que é para o Serviço Social fazer. Nos corredores falavam da gente, que não queríamos colaborar, porque eles queriam coisas que eram até, não é que seja ultrajante, mas não tem por que o Serviço Social sair distribuindo material de paciente. Tem maqueiros, técnicos de enfermagem, serviços gerais e eles queriam obrigar a gente a receber os materiais dos pacientes aqui nas enfermarias e entregar, recolher roupa suja, fazer do Serviço Social de depósito de roupa contaminada. Às vezes, o paciente chega todo ensanguentado e querem trazer a roupa para o Serviço Social. Não aceitamos mais, orientamos que seja guardado em

outro lugar e entreguem. A gente conseguiu muita coisa ultimamente. Normalizou algumas coisas. Na gestão atual estamos tendo uma abertura melhor e conseguindo várias conquistas para o Serviço Social (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

No auge da crise sanitária, tornou-se cada vez mais comum a exigência de que as assistentes sociais realizassem tarefas sem nenhuma coerência com sua formação profissional. Apesar de estarem plenamente cientes de que essas atividades estavam desalinhadas com o escopo de suas competências técnicas, muitas dessas profissionais acabaram cedendo às demandas impostas. O cansaço acumulado, tanto físico quanto emocional, dificultou significativamente a capacidade de resistir, levando muitas assistentes sociais a optarem por uma “paz” aparente que reforçou um sistema que continuava a aprofundar a exploração dessas trabalhadoras.

De acordo com o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (Nascentes, 1955), resistir vem do latim *resistere*, que significa “parar voltando-se, fazer frente”. Ao serem perguntadas acerca das estratégias adotadas para lidar com as dificuldades provenientes da pandemia, o maior índice de apontado é a busca de resiliência (gráfico 25). A palavra resilir é de origem do latim *resilire*, que significa “saltar para trás, retirar-se, desdizer-se”. A pesquisa possibilitou compreender que o cenário pandêmico instalado no Amazonas, nos HPSAs e no trabalho das assistentes sociais impôs uma estratégia de suportar aquele período por meio da autodefesa, ou seja, da capacidade de não sucumbir à morte pelo vírus e de defender-se do adoecimento mental.

Gráfico 25: Estratégias adotadas pelas participantes para lidar com as dificuldades do trabalho na pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2024.

As respostas que compõem a categoria “resiliência” englobaram diversas estratégias, como a visualização do trabalho como uma missão, a empatia pelas necessidades alheias, a evasão de

sentimentos negativos e de noticiários sobre a pandemia, a manutenção da serenidade, a simples sobrevivência sem condições de raciocínio, a espiritualidade, o apoio emocional da família e a tentativa de abstrair a realidade vivenciada no hospital. Por outro lado, as profissionais que buscaram fortalecimento teórico e legal para a defesa de seus direitos adotaram uma postura mais combativa, por meio de estudos para embasamento legal, argumentação sólida, firmeza em seus posicionamentos e questionamento das imposições. Aquelas que realizaram as atividades impostas para mitigar conflitos adotaram a via da conciliação, seguindo as normas estabelecidas pela gestão e procurando atender a todas as requisições. Ao se manifestarem sobre as estratégias de resistência, as assistentes sociais explicitaram a seguinte questão:

Tentei não internalizar tudo aquilo, às vezes eu tinha muito pesadelo, mas quando eu saía daqui eu tentava esquecer tudo o que acontecia. Às vezes não via jornal, porque quando eu chegava em casa aquilo me causava mais angústia. Mesmo com a dificuldade do isolamento, tentei me aproximar mais da minha família para ter apoio emocional. Então minhas estratégias foram de ter um equilíbrio emocional. Também busquei respaldo nas legislações profissionais na defesa dos direitos, deveres, atribuições e competências. Busquei ter argumento, senso crítico, precisei fazer revisão de alguns conteúdos de estudos para poder me respaldar e ter segurança nos meus posicionamentos (Assistente social 2, pesquisa de campo, 2024).

Em vários momentos entrava em sofrimento, saía chorosa daqui, mas procurava ser resiliente, manter a serenidade, porque dois dias depois precisava estar aqui novamente (Assistente social 3, pesquisa de campo, 2024).

Estratégia, quanto ao emocional foi a procura de ajuda profissional, no caso do psicólogo. E também de saber que, apesar de eu estar dentro de um cenário, a minha família naquele momento ficou resguardada. Mesmo quando o meu marido pegou na primeira onda e a gente não sabia o que era, o que não era, o que tinha que fazer. Mas esse momento todo mundo se resguardou e ficou isolado. Então depois que tudo isso passou nesse primeiro momento, a gente veio a ter um outro olhar diferente com o outro (Assistente social 11, pesquisa de campo, 2024).

A gente trabalhava muito a cabeça porque se a gente não tivesse um equilíbrio emocional, não tinha como a gente trabalhar mais. Eu me colocava no lugar do usuário, no sentido de que ele estava naquele momento de sofrimento, de desespero. Então a gente tinha que ouvir ele e acolher por mais que ele chegasse aqui agressivo, criticando, exigindo. Trabalhei muito nessa questão da escuta, de deixar que ele falasse, colocasse pra fora o que estava deixando ele revoltado. E aí sim, depois que ele falasse tudo, vinha o meu diálogo com ele. Eu sempre tento ter um tom de voz para que ele consiga compreender a minha fala, sempre buscando informar que o paciente está sendo assistido, falando também do trabalho da equipe médica, da equipe de enfermagem, porque eles acham que o paciente está abandonado (Assistente social 17, pesquisa de campo, 2024).

A busca por acompanhamento psicológico foi tão mencionada quanto a solidariedade entre as profissionais. Em todos os três hospitais, as trabalhadoras identificaram o suporte profissional e

emocional mútuo como uma fonte crucial de força, mesmo quando oferecido por meios remotos devido às diferentes jornadas de trabalho. Pode-se ter um panorama por meio das falas a seguir:

No primeiro momento, todos da minha casa começaram a ficar doentes. Meu marido também pegou. A gente teve uma colega que perdeu o seu marido, outra que perdeu o pai. E aí a gente também tinha que dar força uma para a outra. Foi um momento de superação, tanto que a gente tinha que se fazer de forte para dar apoio para aquela pessoa [...] (Assistente social 19, pesquisa de campo, 2024).

Agradeço tudo que eu aprendi com elas [demais assistentes sociais do HPS]. Eu digo que eu fui moldada no ferro e fogo. Elas ainda têm força para dar aquele incentivo, a dificuldade que a gente tem aqui, porque, para eu explicar para o usuário que aquilo não é nossa atribuição, e ele conta que aquilo é sua atribuição, é difícil. A gente até esquece se é nossa produção ou não. A gente procura fazer, por mais que não seja dentro da nossa atribuição, a gente procura dar uma resposta para aquele usuário, mesmo depois de tudo o que foi passado aqui [...] (Assistente social 20, pesquisa de campo, 2024).

As participantes que adotaram o enfrentamento direto como estratégia para lidar com as adversidades representaram 24% do total, enquanto 77% optaram por não seguir explicitamente essa via. Diante do caos instaurado pela pandemia, a luta por uma “paz” era, na verdade, uma estratégia de sobrevivência diante de um ambiente de trabalho hostil. As assistentes sociais se viram forçadas a realizar atividades que, além de não serem suas competências técnicas, desrespeitavam suas prerrogativas profissionais. Quando questionavam essas práticas e exigiam o respeito aos seus direitos básicos, frequentemente eram acusadas de falta de colaboração ou de “não querer ajudar na pandemia”. Essa retórica, que associava a defesa dos direitos profissionais a uma suposta insensibilidade ou falta de solidariedade com a crise, tornou-se uma ferramenta poderosa para silenciar e coagir as assistentes sociais a aceitarem condições de trabalho cada vez mais degradantes. Diante dessa pressão constante, muitas profissionais, já exaustas pela luta e pelo impacto emocional de presenciar tantas mortes e violações de direitos, acabaram cedendo.

Esse cenário foi marcado pela banalização da vida e da morte, no qual a exaustão e o desgaste emocional tornaram-se parte do cotidiano das assistentes sociais. A constante exposição a situações extremas, a sensação de impotência frente às violações de direitos e a crescente desumanização das condições de trabalho contribuíram para um esgotamento profundo dessas profissionais.

Cantalice, Serpa, Teixeira, Guerra e Reidel (2021) reforçam que uma conjuntura de crise, como foi a da pandemia, não pode se constituir como justificativa para o reducionismo do trabalho profissional e para sua desprofissionalização, que decorre do que Netto (2011) apontou como uma aparente polivalência profissional, consequência da peculiaridade operatória do Serviço Social e de sua dificuldade em estabelecer uma diferenciação operatória.

Portanto, na pandemia, a desprofissionalização não foi apenas uma consequência da crise sanitária, mas também um reflexo de um processo mais amplo de precarização do trabalho que já vinha se desenrolando há anos. Neste período, esse processo foi intensificado e a busca pela conciliação por meio da realização de atividades que não competem ao Serviço Social, muitas vezes imposta pelas circunstâncias, teve um alto custo: a perda de autonomia no exercício de suas funções e o aprofundamento da desvalorização profissional.

Apesar de todas essas adversidades, as assistentes sociais resistiram. Na busca por manter a saúde mental em meio ao caos, na solidariedade entre colegas de trabalho e na tentativa de preservar, dentro do possível, a integridade profissional, as trabalhadoras escolheram resistir suportando o sofrimento e a exaustão, recusando a morte e o desemprego postos pelo capitalismo pandêmico e sobrevivendo ao colapso da saúde e ao pandemônio amazonense.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou os reflexos da pandemia da covid-19 na configuração do trabalho das assistentes sociais da RUE, delimitando-se nos HPSAs do Amazonas, cenário das consequências devastadoras da dilapidação crônica das políticas sociais, em especial a saúde pública, e do avanço da ofensiva capitalista sobre o mundo do trabalho.

O estudo buscou explorar as múltiplas dimensões deste tema, sendo importante reconhecer que o mundo do trabalho é vasto e complexo, portanto, a pesquisa foi conduzida com a compreensão de que não seria possível abarcar todas as suas nuances. Mantendo a ciência das limitações impostas pela extensão e profundidade do assunto, os objetivos específicos foram atingidos de maneira satisfatória.

Em primeiro lugar, promoveu-se um debate sobre a urgência e emergência no sistema de saúde do Amazonas, evidenciando que a intensidade da crise sanitária, marcada por uma severidade humanitária não observada em outros estados brasileiros, pode ser atribuída à trajetória socioeconômica da região amazônica e à consolidação da política de saúde local. Este contexto envolveu dimensões histórica, política, geográfica, social e cultural. Destacou-se o flagrante descaso dos dirigentes nacionais em relação à região, bem como a falta de importância atribuída ao processo de regionalização da saúde pelos líderes locais. Esses fatores contribuíram para uma gestão deficiente da política de saúde e para a centralização da assistência de alta complexidade na capital do estado.

Se Manaus foi/é sobrecarregada ao centralizar majoritariamente os atendimentos da alta complexidade, os HPSAs se tornaram gargalos no atendimento aos casos críticos de covid-19. Por meio de documentos e notícias, relatou-se o caos instalado nesses hospitais, a luta dos usuários em busca de atendimento, o aumento da contratação de trabalhadores para dar conta da defasagem de profissionais da saúde e as medidas adotadas pelo estado frente à deficiência de estrutura e recursos materiais e humanos.

No segundo momento, preliminarmente debateu-se a relação entre trabalho e Serviço Social para colocar em destaque as assistentes sociais dos HPSAs, caracterizando seu perfil, condições e relações de trabalho, contrastando os períodos pré-pandemia e o momento crítico da crise sanitária, bem como suas repercussões.

Quanto ao perfil, todas as assistentes sociais dos HPSAs se identificaram como do gênero feminino, sendo predominantemente pardas, com idades variando de 36 a mais de 60 anos. Mais da metade se formou em instituições ensino particular, na modalidade presencial, e a grande maioria possui pós-graduação.

Os achados demonstram que a contratação temporária foi implementada com o advento da pandemia, dobrando o número de profissionais, divididas equitativamente entre servidoras estatutárias e de vínculo temporário, e as escalas de plantão foram ampliadas em 20%. A insegurança quanto à estabilidade do trabalho afeta 35% dessas profissionais, especialmente entre as de vínculo temporário. As profissionais de vínculo temporário ganham, no mínimo, 35% menos que as estatutárias, apesar de desempenharem as mesmas funções. Mais da metade possui um segundo emprego e considera sua remuneração incompatível com a carga de trabalho. A grande maioria avalia o quadro de profissionais como insuficiente para a demanda. Com a pandemia, houve o aumento da incidência de ultrapassagem da jornada de trabalho e das horas extras. Nenhum dos hospitais analisados oferece condições mínimas adequadas para o trabalho ou atendimento, o que resulta na violação dos direitos tanto dos cidadãos, quanto das trabalhadoras, que experimentam condições indignas. Mais da metade apontou que, no ápice da pandemia, o planejamento de suas atividades era inviável devido à sobrecarga. Ainda assim, parte significativa das profissionais avalia seu nível de autonomia como razoável.

Sob a perspectiva crítica, os dados apresentados revelam que o contexto de trabalho das assistentes sociais no HPSAs caracteriza-se pela alienação e exploração típicas da dinâmica do modo de produção capitalista, agravado pela pandemia. A intensificação da precarização das condições e relações de trabalho e a desigualdade entre as profissionais estatutárias e temporárias revelam um sistema que opera para desmobilizar os trabalhadores; postergar ao máximo, enfraquecer ou inviabilizar a criação e ocupação de postos de trabalho efetivos em detrimento da ampliação de vínculos precários; a exploração cada vez maior de profissionais qualificados sob relações frágeis; e a diminuição sistemática do investimento em políticas sociais.

Por último, na caracterização dos embates e estratégias dessas trabalhadoras, expôs-se que, em decorrência do grande aumento de internações e óbitos, principalmente nos HPSAs que funcionaram como principais portas de entrada dos casos graves da covid-19, da impossibilidade de acompanhantes aos pacientes devido à alta transmissibilidade do vírus e da falta de estrutura e de profissionais que garantissem o atendimento adequado, o Serviço Social destes hospitais se tornou uma interface entre familiares e pacientes, além de ponto de descarga das revoltas e indignações da população frente à recorrente violação dos direitos ocasionados pelo binômio contrarreformas neoliberais/ pandemia. As emergências contínuas se tornaram rotina nestes locais e, para estes/as profissionais, atuar em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e controle social, como preconizado nos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, ficou praticamente impossível.

O enfrentamento dessas condições adversas não se deu sem sofrimento e sem concessões. As assistentes sociais, diante de um cenário de crise sem precedentes, priorizaram sua sobrevivência e integridade mental, ainda que isso significasse ceder a pressões que, em tempos normais, seriam consideradas inaceitáveis. A resistência, que deveria ser uma força motriz para a defesa dos direitos e da dignidade profissional, foi dilacerada pelo contexto de pandemia, mas não extinta. Ela continuou viva, ainda que respirando por aparelhos, como uma forma de preservar a identidade profissional e a integridade dessas trabalhadoras.

A crise sanitária provocada pela pandemia de covid-19, portanto, não apenas revelou as fragilidades do sistema de saúde, mas também evidenciou as contradições e desafios enfrentados pelas assistentes sociais nos HPSAs do Amazonas. Ao enfrentar a barbárie instalada no sistema de saúde e de preservar, dentro do possível, sua integridade profissional, as profissionais continuaram realizando seu trabalho. Neste contexto, a luta por reconhecimento e valorização profissional continua a ser um desafio que precisa ser enfrentado com renovada força e solidariedade pela categoria.

Vicente (2018) afirma que são frequentes os relatos de assistentes sociais, nas mais diversas inserções, sobre a relação entre condições de trabalho e sofrimento que resultam em licenças, transferências e afastamentos por violência, assédio organizacional, intensificação do ritmo de trabalho, desprofissionalização, dentre outros. Raichelis (2013) destaca que é urgente a ampliação de pesquisas em diferentes realidades e espaços de trabalho dos assistentes sociais, o mapeamento de situações concretas de sofrimento e desgastes para visibilizar e socializar este conhecimento entre a categoria profissional.

A realização desta pesquisa apresentou inúmeros desafios, entre os quais se destaca a obtenção da anuência da SES, um processo que se estendeu por mais de seis meses. A coleta de dados, por meio de entrevistas, também se revelou complexa, ainda mais porque a pesquisadora precisou conciliar a pesquisa com suas atividades profissionais. Ademais, a organização dos horários de coleta foi impactada pelas escalas de plantão, o que resultou em entrevistas realizadas após as 21h e, em alguns casos, durante os finais de semana, devido à presença de trabalhadoras em regime de plantão nesses dias.

Foi essencial acompanhar a dinâmica de atendimento vigente, a qual evidenciou que, mesmo após a fase mais crítica da pandemia, o fluxo intenso de atendimentos, a sobrecarga de trabalho, a atribuição de tarefas que não correspondem à profissão e as condições inadequadas do ambiente de trabalho permanecem inalteradas no cotidiano dos hospitais.

Cabe ressaltar que a receptividade e o apoio das assistentes sociais foram cruciais para o sucesso desta investigação. A adesão das trabalhadoras foi determinante para que alcançássemos 100% do universo da pesquisa.

No entanto, seria extremamente valioso se a pesquisa tivesse englobado também o momento em que as entrevistas foram realizadas, possibilitando um contraste mais preciso entre o antes, durante e após a crise. Teria sido igualmente enriquecedor comparar as condições de trabalho nas diferentes redes de atenção à saúde, obtendo dados concretos que delineassem as especificidades profissionais, das relações e condições em cada nível de atenção durante a pandemia. Entretanto, as limitações impostas pelo contexto e pelo tempo de realização do mestrado não permitiram a ampliação dessa análise. O trabalho profissional na saúde, em especial na urgência e emergência, oferece um potencial imenso para as futuras pesquisas.

Conclui-se que este trabalho contribui de forma significativa para o aprofundamento do conhecimento e compreensão sobre as condições de trabalho das assistentes sociais durante a pandemia. Os dados coletados sublinham a importância de fortalecer a categoria, enfatizando a difusão de conhecimento entre as profissionais em campo, reforçando todo respaldo legal já existente, bem como o apoio para requerer condições mais dignas para estas trabalhadoras.

Esta produção não se encerra no campo teórico. Ao contrário, busca ser uma ponte entre o conhecimento científico e a ação para viabilização de direitos, buscar-se-á unir forças com as trabalhadoras e com o CRESS. Com base neste estudo, pretende-se formalizar à SES requisição de providências concretas para sanar as violações de direitos identificadas. A realidade constatada, somada aos relatos tocantes das assistentes sociais, demanda uma resposta que transcenda a observação, convocando-nos à ação coletiva em defesa da dignidade e das condições de trabalho dessas profissionais.

É primordial que trabalhadores, entidades de representação profissional e acadêmica se aliem para o enfrentamento da exploração e precarização do trabalho e para o fortalecimento e defesa dos direitos da classe trabalhadora, dentre eles, a saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. D. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. São Paulo: USP, 2013. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

AMAZONAS. **Lei nº 3469, de 24 de dezembro de 2009.** Institui o plano de cargos, carreiras e remuneração dos servidores do quadro de pessoal permanente do Sistema Estadual de Saúde. Manaus: Assembleia Legislativa do Amazonas, 2009. Disponível em: <https://sapl.al.am.leg.br/norma/7924>. Acesso em: 14 set. 2024.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde do Amazonas, 2020-2023.** Manaus: SES, 2020a, p. 236. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf. Acesso em: 07 maio 2023.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação. **Amazonas em mapas - ano base 2018.** 4. ed. Manaus: SEDECTI, 2020b. Disponível em: https://www.selecti.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/Amazonas-em-Mapas_4a-edicao_ano-2020.pdf. Acesso em: 07 maio 2023.

AMAZONAS. **Secretaria da Casa Civil.** Wilson Lima inaugura leitos de UTI em Parintins, primeiro município do interior a ter os serviços especializados. 2021a. Disponível em: <https://www.casacivil.am.gov.br/wilson-lima-inaugura-leitos-de-uti-em-parintins-primeiro-municipio-do-interior-a-ter-os-servicos-especializados/>. Acesso em: 13 nov. 2023.

ANDRADE, R. F. C. *et al.* Viver ou sobreviver: dilemas do trabalho dos/as assistentes sociais na pandemia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 12., 2022, [S. l.]. **Anais [...].** [S. l.]: CFESS, ABEPSS, ENESSO, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/ finais/0000000597.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2023.

ANDRADE, R. C. F.; SANTOS, S. A. A.; SOUSA, V. B. R. Ensino a distância no Amazonas: o simulacro da formação profissional em Serviço Social. **Temporalis**, Brasília, ano 22, n. 44, p. 253-268, jul./dez. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/38124/26227>. Acesso em: 14 set. 2024.

ANTUNES, R. L. C. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão:** o novo proletariado de serviços na era digital. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, R. **Capitalismo Pandêmico.** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2022.

ARENA, F. X.; MARQUES, N. R.; BELLINI, M. I. B. A fadiga por compaixão no contexto pandêmico: uma revisão de escopo. In: Seminário Internacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família, 5, 2021, online. **Anais [...]** 2021, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2021. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolive/anais/sipinf/assets/edicoes/2021/artigo/92.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

BARBOSA, E. L. **Cenário das políticas públicas de fixação e provimento de profissionais de saúde no Amazonas, 1970-1990**. Manaus: [s.n.], v. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, 2016. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/5437/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Erica%20Lima%20Barbosa.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

BARBOSA, L. M. M.; MACHADO, C. B. Glossário de epidemiologia & saúde. In: Rouquayrol, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

BARRETO, I. C. D. H. C. *et al.* Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da covid-19. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, 45, out.-dez. 2021., p. 1126-1139 Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5546/501>. Acesso em: 07 maio 2023.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. In: PORTARIA N° 4.279, D. 3. D. D. D. 2. **Diário Oficial da União**. Brasília: MS, 2010., p. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1600, de 7 de julho de 2011. **Diário Oficial da União**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de saúde. Brasília: MS, 2011. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. **Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: MS, 2014. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a covid-19**. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 07 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sus>. Acesso em: 07 maio 2023.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo; Brasília: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. Cap. 5, p. 88-110.

BRAVO, M. I. S.; LIMA, B. D. L.; CORREIA, M. V. C. Privatização e mercantilização da saúde e crise no Rio de Janeiro: o desmonte realizado pelas organizações sociais. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. D.; FREIRE, S. D. M. **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020., p. 125-146.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. D. Reforma Sanitária e projeto político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* **Saúde e Serviço Social**. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; UERJ, 2012., p. 288.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade** (140), jan/abr, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2023.

CAMPOS, E. B. Assistência social: do descontrole ao controle social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, Ano XXVIII, n. 88, ano 2006, p. 101-121.

CANTALICE, L.; SERPA, M.; TEIXEIRA, R.; GUERRA, Y.; REIDEL, T. Precisamos discutir os fundamentos SOARES, R. C.; MELO, D. C. S.; VIEIRA, A. C. S (Orgs.). **Serviço Social no enfrentamento à covid-19**. Recife: UFPE, 2021. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/book/887>. Acesso em: 14 set. 2024.

CEARÁ. **Procedimentos operacionais padrão do Serviço Social**: experiência de construção coletiva na rede de atenção à saúde da Secretaria da Saúde do estado do Ceará. Secretaria de Saúde do Ceará: Fortaleza, 2014. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/pops_servico_social1.pdf. Acesso em: 14 set. 2024.

CISNE, M; SANTOS, S. M. M. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

CNN BRASIL. Manaus abre novo hospital com 82 vagas para pacientes com coronavírus, 18 abr. **CNN BRASIL**, 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/manaus-abre-novo-hospital-com-82-vagas-para-pacientes-com-coronavirus/>. Acesso em: 10 maio 2023.

COELHO, M. **Imediaticidade na prática profissional do assistente social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. 1 ed. Brasília: CFESS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 493 de 21 de agosto de 2006**. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília: CFESS, 2006. Disponível em: https://www.cfess.org.br/pdf/resolucao_4932006.pdf. Acesso em: 14 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: https://cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 14 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10 ed. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 14 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional**. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2023.

CORREIO BRASILIENSE. Sem UTI, 14 pacientes morreram esperando remoção no interior do AM em janeiro. **Correio Brasiliense**, [s. l.], 30 jan. 2021. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/brasil/2021/01/4903661-sem-uti-14-pacientes-morreram-esperando-remocao-no-interior-do-am-em-janeiro.html>. Acesso em: 14 set. 2024.

COSTA, M. D. H. Trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo; Brasília: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. Cap. 7, p. 304-351.

COUTINHO, C. N. Cidadania e modernidade. Perspectivas. São Paulo. 1990.

COUTO, B. R. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. Tradução Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016.

D24 AM. Covid-19: contêineres frigoríficos voltam a ser instalados nos hospitais de Manaus. Manaus: **D24 AM**, 2020. Disponível em: <https://d24am.com/coronavirus-no-amazonas/conteneres-frigorificos-comecam-a-ser-instalados-nos-hospitais-de-manaus/>. Acesso em: 11 maio 2023.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 14. supl. 1. p. 15-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2024.

ENGELS, F.; MARX, K. **Manifesto Comunista**, [organização e introdução Osvaldo Coggiola e tradução de Álvaro Pina]. 4. ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

FORÇA AÉREA BRASILEIRA. Força-tarefa assegura transferências interestaduais de pacientes com covid-19. **FAB**, 2021. Disponível em: <https://www.fab.mil.br/notimp/mostra/18022021>. Acesso em: 14 set. 2024.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o

desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-249, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>. Acesso em 14 set. 2024.

GUERRA, Y. A. D.; REPETTI, G. J.; ANDRADE FILHO, A.; SILVA, P. B. S.; ALCANTARA, E. L. C. Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate. In: Encontro Nacional de Pesquisadoras (es) em Serviço Social, 15, 2016, Ribeirão Preto. **Anais [...]** 2016, Brasília: ABEPSS, 2016. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

G1. Sete dos 11 hospitais particulares de Manaus estão com 100% dos leitos de UTI ocupados. **G1 AM**, Manaus, 28 dez. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/12/28/sete-dos-11-hospitais-particulares-de-manau-estao-com-100percent-dos-leitos-de-uti-ocupados-diz-governo.ghtml>. Acesso em: 10 maio 2023.

G1. Pacientes do Amazonas são transferidos para outros estados. **G1 AM**, Manaus, 15 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/15/pacientes-do-amazonas-sao-transferidos-para-outros-estados.ghtml>. Acesso em: 14 set. 2024.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HARVEY, D. **Anticapitalismo em tempos de pandemia: marxismo e ação coletiva**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 27. ed. São Paulo: Cortez, 2020.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. 1 ed. Brasília: CFESS, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População nos Censos Demográficos, segundo os municípios das capitais - 1872-2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/censo2010/apps/sinopse/index.php?dados=6>. Acesso em: 07 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama do Censo 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 14 set. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: Identificação étnico-racial da população, por sexo e idade**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível

em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73105>. Acesso em: 14 set. 2024.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

LEAL, A. L. Uma sinopse histórica da Amazônia. In: TRINDADE, J. R.; MARQUES, G. **Revista de Estudos Paraenses**. Belém: IDESP, 2010.

MARX, K. **O Capital** - Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MACHADO, M. H.; MACHADO, A. V.; PEREIRA, E. J.; VARGAS, F. L. O mundo do trabalho em saúde. Brasília: FIOCRUZ, 2023. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/fbbb293d529dc998ddd9da724742ded2.PDF>. Acesso em: 14 set. 2024.

MACHADO, M. H.; DRUMMOND, J. H.; DAU, D. M.; BARBOSA, S. N.; AGUIAR FILHO, W.; CRUZ, E. A. Efeitos da covid-19 sobre a força de trabalho em saúde. In: VALDA, F. (Org.) *et al.* **A pandemia e o trabalho em saúde: vozes do cotidiano**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Livro-A-Pandemia-e-o-Trabalho-em-Saude-vozes-do-cotidiano.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

MATOS, M. C. D. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MATOS, M. C. D. **A pandemia do coronavírus (covid-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. CRESS-ES, 2020. Disponível em: [Artigo-A-pandemia-do-coronav% C3% ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa% C3% BAde-2.pdf](#). Acesso em: 11 maio 2023.

MEDEIROS, J. D. S. **Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do estado do Amazonas**. Manaus: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD), 2020.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo de saúde. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

NASCENTES, A. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1955.

NETTO, J. P. BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da pandemia de covid-19**. OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 07 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à covid-19.** OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 14 set. 2024.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão crítica. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; FIOCRUZ, 2008. p. 356.

PILAR, A. F.; ALMEIDA, C. Censo 2022: pandemia da covid deixa cicatrizes no crescimento da população. **O Globo**, [s. l.], 28 jul. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2023/06/censo-2022-pandemia-da-covid-deixa-cicatrizes-no-crescimento-da-populacao.ghtml>. Acesso em: 28 dez. 2023.

PINHEIRO, H. A.; BELLINI, M. I. B. Crise sanitária e compromisso ético-político do assistente social: dilemas do trabalho profissional na saúde pública em tempos de pandemia da covid-19. In: BELLINI, M. I. B.; PINHEIRO, H. A. **Serviço Social e saúde pública em tempos sombrios:** (in)certezas no presente e perspectivas para o futuro. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/11NLnNdSgJ78kDFANR0ZHffYHQJwhltOX/view?usp=share_link. Acesso em: 14 set. 2024.

PRATES, J.C. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 11. n. 1. p.116-128, jan. /jul. 2012. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_metodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf. Acesso em: 28 set. 2022.

RAICHELIS, R. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 609-635, out/dez, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/nWD4BRgixy4H54tJtXyxVst/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2024.

RAICHELIS, R; VICENTE, D. e ALBUQUERQUE, V. **A nova morfologia do Trabalho no Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2018.

RAICHELIS, R; ARREGUI, C. C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./ abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.242>. Acesso em: 26 set. 2022.

RIBEIRO, B. C.; GIONGO, C. R.; PEREZ, K. V. "Não somos máquinas!": saúde mental de trabalhadores de saúde no contexto da pandemia por covid-19. **Política & Sociedade**, Florianópolis, 20, mai./ago. 2021., p. 78-100 Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/82617>. Acesso em: 11 maio 2023.

SANTOS-MELO, G. Z. D. *et al.* Organização da Rede de Atenção à Saúde no estado do Amazonas-Brasil: uma pesquisa documental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 17, jul-set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37963>. Acesso em: 07 maio 2023.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 240. (Série Saúde & Amazônia).

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **História e política pública de saúde na Amazônia**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. (Série Saúde & Amazônia).

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado em saúde. In: SOARES, E. P.; SCHWEICKARDT, J. C.; GUEDES, T. R. O. N.; REIS, A. E. S.; FREITAS, J. M. B. (org). **A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM**. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/pandemia-e-transformacoes-sociais-na-amazonia-percursos-de-uma-pesquisa-em-ato/>. Acesso em: 07 maio 2023.

SCHWEICKARDT, J. C.; MARTINS, L. R. História das políticas de saúde no Amazonas: da Zona Franca ao SUS, 1967-1990. In: SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* **História e política pública de Saúde na Amazônia**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. Cap. 1, p. 17-42. Série Saúde & Amazônia.

SENADO. **CPI da Pandemia**. Brasília: SENADO, 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/72c805d3-888b-4228-8682-260175471243>. Acesso em: 10 maio 2023.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010.

SOARES, R. C. A contrarreforma na política da saúde e o serviço social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo. In: Encontro Internacional de Política Social, 7. Encontro Nacional de Política Social, 14., 2019, Vitória. **Anais [...]**. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/25152>. Acesso em: 14 set. 2024.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. C.; SANTOS, V. M. Serviço social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n140/0101-6628-ssoc-140-0118.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

SOARES, J. P.; OLIVEIRA, N. H. S.; MENDES, T. M. C.; RIBEIRO, S. S.; CASTRO, J. L. Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. Especial 1, p. 385-398, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZsVfhVZVNhw5c3qrfzDTh4H/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

SOUSA, A. B. L. *et al.* Rede regional de saúde no contexto Amazônico: o caso de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, 17, out. 2017., p. S249-S258 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304201700S100011>. Acesso em: 07 maio 2023.

SOUZA, D. O. As pandemias/epidemias em foco: reflexões ensaísticas sobre a relação entre ser humano e natureza. **Germinal: marxismo e educação em debate**, Salvador, 13, ago. 2021a, p. 219-237.

SOUZA, D. O. O Estado neoliberal face à covid-19: o financiamento de políticas sociais. **Temporalis**, Brasília, ano 21, n. 41, p. 190-204, jan./ jun. 2021b. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34716/23573>. Acesso em: 04 jan. 2023.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. *et al.* **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011, p. 17-46.

UOL. Com rede privada sem vagas em Belém e Manaus, mais ricos fogem de UTI aérea. **UOL**, São Paulo, 06 mai. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/06/coronavirus-rede-privada-sem-vaga-manaus-belem-mais-ricos-fuga-uti-aerea-sp.htm>. Acesso em: 10 maio 2023.

VASCONCELOS, A. M. A/o assistente social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano formação e alternativas na área da saúde**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2022.

VICENTE, D. Serviço Social, trabalho e desgaste mental. In: RAICHELIS, R; VICENTE, D. e ALBUQUERQUE, V. **A nova morfologia do Trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

WONG, C. L. *et al.* Professional quality of life and resilience in emergency department healthcare professionals during covid-19 in Hong Kong: A cross-sectional study. **Hong Kong Journal of Emergency Medicine**, v. 29, n. 3, p. 168-176, 2022. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/10249079211049128>. Acesso em: 14 set. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA



111 ULULO DO PROJETO: SERVIÇO SOCIAL ANTE A URGÊNCIA DA URGÊNCIA: impactos da pandemia da covid-19 no trabalho em Hospitais e Prontos-Socorros Adultos do Amazonas

FORMULÁRIO

Formulário n.º _____

1. IDENTIFICAÇÃO

- 1.1. **Identidade de gênero:** () feminino () masculino () outras identidades de gênero
 1.2. **Raça/cor:** () Amarela () branca () parda () preta () indígena/etnia: _____
 1.3. **Pessoa com deficiência:** () Sim () não
 1.4. **Se possui deficiência, que tipo:** _____
 1.5. **Idade:** () 21 a 25 anos () 26 a 30 anos () 31 a 35 anos () 36 a 40 anos () 41 a 45 anos () 46 a 50 anos () 51 a 55 anos () 56 a 60 anos () 61 anos ou mais. **Quantos?** _____
 1.6. **HPSA em que atua:** () João Lúcio () 28 de Agosto () Platão Araiújo

2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

- 2.1. **Ano de conclusão da graduação:** _____
 2.2. **Natureza da instituição de formação:** () Pública () Privada
 2.3. **Modalidade da formação:** () Presencial () A distância () Semipresencial
 2.4. **Cidade/estado da formação:** _____
 2.5. **Realizou pós-graduação?** () Sim () Não
 2.6. **Se realizou pós-graduação, qual nível?**
 () Especialização. Área: _____
 () Completo () Em andamento
 () Mestrado acadêmico. Área: _____
 () Completo () Em andamento
 () Mestrado profissional. Área: _____
 () Completo () Em andamento
 () Doutorado. Área: _____
 () Completo () Em andamento

3. TRABALHO PROFISSIONAL: relações de trabalho

- 3.1. **Cargo para o qual foi contratado/a na instituição:** () Assistente social
 () Coordenadora () Técnico de referência () Cargo comissionado () Outro: _____
 3.2. **Tempo de trabalho na instituição:** () Menos de 1 ano () De 1 a 2 anos () De 3 a 4 anos () De 5 a 6 anos () De 7 a 8 anos () De 9 a 10 anos () Mais de 10 anos
 3.3. **Vínculo de trabalho:** () Estatutário () Contrato temporário () CLT () Trabalho voluntário sem contrato () Trabalho voluntário () Outro: _____
 3.4. **Você sente segurança quanto à manutenção do seu trabalho?**
 () Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não
 3.5. **Se não ou parcialmente, quais os principais motivos?** _____

- 3.6. **Você possui outros vínculos empregatícios?** () Sim () Não

3.7.1 **Quantos?** () 1 () 2 () 3 () 4

3.7. **São vínculos como assistente social?** () Sim () Não. **Em quê:** _____

- 3.8. **Você possui outros trabalhos sem vínculo formal?** () Sim () Não

- 3.9. **Se sim, em qual atividade?** () Assessoria () Consultoria () Parecerista () Bolsista na área acadêmica () Bolsista na área técnica () Outros: _____

4. TRABALHO PROFISSIONAL: condições de trabalho no HPS

4.1. **Carga horária semanal de trabalho:** () 20h () 30h () 40h

4.2. **Distribuição da sua carga horária semanal:**

PERÍODO	6 horas diárias de segunda a sexta	4 horas diárias de segunda a sexta	12x48 – plantão	Outro
Antes da pandemia				
No período crítico da pandemia				

4.3. **Ultrapassagem da jornada formal de trabalho:**

PERÍODO	Sim, sempre	Sim, às vezes	Não
Antes da pandemia			
No período crítico da pandemia			

4.4. **Horas em média de ultrapassagem da jornada formal:**

PERÍODO	Até 3 horas	De 3 a 5 horas	De 6 a 8 horas	De 9 a 12 horas	Acima de 12 horas
Antes da pandemia					
No período crítico da pandemia					

4.5. **Você recebe pelas horas extras?** () Sim () Não, mas acumulo em banco de horas () Não

4.6. **Quantidade de assistentes sociais no seu local de trabalho (contando com você):**

Antes da pandemia	
No período crítico da pandemia	

4.7. **Suficiência do quantitativo de assistentes sociais para execução do trabalho profissional?**

PERÍODO	Suficiência total	Suficiência parcial	Insuficiência
Antes da pandemia			
No período crítico da pandemia			

4.8. **Recursos disponíveis no local de trabalho:**

Recursos disponíveis	Antes da pandemia	Momento crítico da pandemia
Sala individual		
Espaço compatível para assegurar o sigilo profissional		
Armário com chave para guarda de arquivos confidenciais		
Sala para atividade em grupo		
Mobiliário suficiente		
Computador		
Impressora		
Acesso à internet		
Telefone		
Transporte para realização do trabalho		
Material de expediente		
Ar-condicionado		
Outro:		
Outro:		
Outro:		

4.9. **Na sua visão, você possui todos os recursos necessários à realização do trabalho?** () Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não

4.10. **Se não, quais recursos (equipamentos, materiais, espaço) seriam necessários?** _____

4.11. **Considera que sua remuneração é coerente com o trabalho desenvolvido?** () Sim () Não

5. PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS

5.1. **Atividades desenvolvidas no seu trabalho profissional:**

Atividade desenvolvida	Antes da pandemia	Momento crítico da pandemia
Gestão de serviços		
Perícia e parecer técnico		

2

Estudos socioeconômicos		
Elaboração de diagnósticos socioterritoriais		
Visitas domiciliares		
Assessorias e/ou consultorias		
Supervisão técnica		
Formulação de plano de trabalho (planejamento de ações)		
Elaboração de projetos sociais		
Formulação e desenvolvimento de projeto de pesquisa		
Cadastramento de usuários em programas		
Elaboração de documentação em Serviço Social		
Reunião com os usuários		
Orientação social a indivíduos, grupos e famílias		
Supervisão de estágio		
Formulação e implementação de políticas, programas e projetos sociais		
Avaliações de políticas, programas e projetos sociais		
Monitoramento de ações e/ou projetos		
Abordagens diretas individuais		
Abordagens diretas grupais		
Reuniões internas		
Reuniões externas		
Atividades burocrático-administrativas		
Atividades de mobilização social		
Práticas educativas		
Encaminhamentos		
Acompanhamentos sociais		
Outras:		

5.2. Qual seu grau de autonomia para executar as ações profissionais planejadas:

PERÍODO	Total autonomia	Muita autonomia	Razoável autonomia	Pouca autonomia	Nenhuma autonomia
Antes da pandemia					
No período crítico da pandemia					

5.3. Houve planejamento das atividades profissionais?

PERÍODO	Sim, sempre	Sim, às vezes	Não
Antes da pandemia			
No período crítico da pandemia			

5.3.1 Em caso de não realização do planejamento, o que contribuiu para a não realização?

5.3.2 Caso tenha havido planejamento, foi possível executar as atividades planejadas?

PERÍODO	Sim, sempre	Sim, às vezes	Não
Antes da pandemia			
No período crítico da pandemia			

5.3.3 Em caso de não execução das atividades planejadas, o que determinou a não realização?

5.4. Seu setor de Serviço Social possui um plano de trabalho? () Sim () Não

5.5. No desenvolvimento de seu trabalho profissional na urgência e emergência, houve demandas (dos usuários, dos demais profissionais e da gestão) que estivessem em desconformidade com suas atribuições e competências previstas no Código de Ética e Lei de Regulamentação Profissional?

PERÍODO	Sim, sempre	Sim, às vezes	Não	Por parte de quem?
Antes da pandemia				() Usuários () Demais profissionais do hospital () Gestão do hospital () Instituições externas
No período crítico da pandemia				() Usuários () Demais profissionais do hospital () Gestão do hospital () Instituições externas

5.5.1 Caso tenha recebido demandas alheias à profissão, quais foram essas demandas?

PERÍODO	Por parte de quem?

Antes da pandemia	() Entrega de Boletim médico () Entrega e guarda de pertences de usuários () Comunicação de óbito () Realização de transferência para outras unidades () Regulação de leitos () Realização de triagem de usuários () Outras:
No período crítico da pandemia	() Entrega de Boletim médico () Entrega e guarda de pertences de usuários () Comunicação de óbito () Realização de transferência para outras unidades () Regulação de leitos () Realização de triagem de usuários () Outras:

5.5.2 Caso tenha recebido demandas alheias à profissão, como você se posicionou?

Demandas dos Usuários: () Atendeu sem questionar () Não atendeu e justificou () Questionou, mas foi obrigada/o atender

Demandas da Gestão do hospital: () Atendeu sem questionar () Não atendeu e justificou () Questionou, mas foi obrigada/o atender

Demandas de outros profissionais do hospital: () Atendeu sem questionar () Não atendeu e justificou () Questionou, mas foi obrigada/o atender

Demandas de Instituições externas: () Atendeu sem questionar () Não atendeu e justificou () Questionou, mas foi obrigada/o atender

5.5.3 Caso a resposta anterior tenha sido o não atendimento, houve algum tipo de represália?

() Não () Sim. Que tipo? _____

6. DESAFIOS DO TRABALHO NO CONTEXTO DA PANDEMIA

6.1. Você presenciou, no exercício do trabalho profissional, alguma das ondas que ocasionaram o colapso do sistema de saúde? () Sim () Não

6.2. Se sim, quais? () 1ª onda (abril a junho de 2020) () 2ª onda (dezembro de 2020 a fevereiro de 2021)

6.3. Durante essas ondas, você foi infectado pelo coronavírus? () Sim () Não () Não sei

6.4. Se sim, quantas vezes? () 1 () 2 () 3 () 4 () mais: _____

6.5. Você considera que a pandemia impactou seu trabalho profissional?

() Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não

6.6. Se sim, de que maneira impactou? () Sobrecarga de trabalho () Dificuldade para desempenhar as ações de rotina do dia a dia () Falta de recursos para atividades de rotina () Conciliação do trabalho profissional com o trabalho doméstico (trabalho remoto) () Dificuldade para realizar atividades planejadas () Dificuldade com manejo da tecnologia e conexão () Outros: _____

6.7. Quais foram as principais dificuldades enfrentadas por você para trabalhar no contexto pandêmico?

6.8. Houve conflitos no seu local de trabalho? () Sim () Não

6.9. Se houve conflitos, com quem ocorreram? () Com os usuários () Com os assistentes sociais do setor

() Com os demais profissionais de saúde () Com a gestão do hospital () Outros: _____

6.10. Se houve conflitos, elenque os principais motivos dos conflitos.

6.11. Que estratégias você adotou para lidar com as dificuldades?

6.12. Você considera que a pandemia impactou sua saúde física e mental?

() Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não

6.13. Se sim, de que forma impactou? () Aumento da ansiedade/estresse () Situações de crise de pânico e depressão () Acentuação de problemas de saúde já existentes

() Surgimento de novos problemas de saúde () Problemas ergonômicos

() Problemas oftalmológicos () Sequelas da covid-19 () Aumento de peso

() outros: _____

6.14. Você realiza algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? () Sim () Não

6.15. Se sim, este acompanhamento já era feito antes da pandemia? () Sim () Não

6.16. Você precisou tomar alguma medicação psicotrópica durante a pandemia? () Sim () Não

6.17. Você precisou realizar algum afastamento do trabalho durante o contexto pandêmico por motivo de saúde? () Sim () Não

Se sim, quanto tempo você precisou ficar afastado? _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

5

6

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos o (a) senhor (a) para participar da pesquisa intitulada “SERVIÇO SOCIAL ANTE A URGÊNCIA DA URGÊNCIA: impactos da pandemia da covid-19 no trabalho em Hospitais e Pronto-Socorros Adultos do Amazonas”, sob a responsabilidade da pesquisadora Suellen Regina de Freitas Ferreira, discente do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade, docente do Departamento de Serviço Social (DSS) e do PPGSS/UFAM.

O seu consentimento é prévio à aplicação do instrumento de pesquisa e por isso é necessário concordar com este TCLE antes de responder ao formulário de entrevista, cumprindo as recomendações da Carta Circular nº 1/2021 – CONEP/SECNS/MS.

Ao participante de pesquisa será garantido o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento antes de responder às perguntas para uma tomada de decisão informada, conforme item 2.2.3 da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS. O acesso ao instrumento como um todo, com as perguntas em sua íntegra, será possível somente depois do consentimento do participante, conforme item 2.2.4 da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar os reflexos da pandemia da covid-19 na configuração do trabalho das/dos profissionais de Serviço Social dos Hospitais e Pronto-Socorros Adultos (HPSAs) do Amazonas. Os objetivos específicos são: problematizar a urgência e emergência no sistema de saúde do Amazonas e os efeitos da pandemia sobre os trabalhadores dos HPSAs do Amazonas; investigar as metamorfoses das condições e relações de trabalho das/dos assistentes sociais nestas unidades em meio à crise; caracterizar os embates e as estratégias das/dos assistentes sociais na urgência e emergência do Amazonas frente ao contexto pandêmico.

Destaca-se que este projeto de pesquisa está inserido no Grupo de Estudos de Sustentabilidade, Trabalho e Direitos na Amazônia (ESTRADAS) e faz parte do projeto “SERVIÇO SOCIAL NO AMAZONAS ENTRE SOMBRAS E LUZES: historiografia, formação e trabalho profissional”, que tem como um dos seus objetivos específicos “identificar as novas demandas ao trabalho profissional da/do assistente social no Amazonas em tempos de pandemia”.

A justificativa para convidá-lo (a) para participar da pesquisa deve-se ao fato de sua função de Assistente Social, que lhe caracteriza como um dos informantes-chave que pode oferecer importante contribuição para este estudo no que se refere ao trabalho profissional da/do assistente social nos HPSAs em contexto de pandemia.

Com relação aos procedimentos metodológicos da pesquisa, serão realizados levantamentos bibliográficos, documentais e dados em pesquisa de campo por meio de entrevista, com aplicação de formulário (presencial e online).

O (a) senhor(a) tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, conforme item IV.3.d da Resolução CNS nº 466/2012.

Caso aceite, sua participação consiste em conceder entrevista para preenchimento de formulário, com tempo estimado de 40 minutos de duração, que contém questões abertas e fechadas, e versa sobre sua formação profissional, inserção ocupacional, demandas institucionais, funções e atribuições, condições de trabalho e contexto pandêmico.

A entrevista e o formulário são individuais, anônimos e sigilosos. Seus dados serão guardados com segurança, em cumprimento às recomendações da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS e Norma Operacional nº 001/2013-CNS. A presente pesquisa zela pela privacidade e proteção dos dados pessoais dos sujeitos participantes dela e cumpre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), 13.709/2018, tratando dados pessoais de forma legítima e com as medidas de segurança adequadas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, sem identificação dos participantes, sendo-lhes assegurado o sigilo sobre sua participação, e serão divulgados os resultados, sem revelar nenhuma identidade, apenas em eventos ou publicações científicas.

Quanto às informações sobre riscos e benefícios, é importante salientar que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Estes riscos podem se apresentar nas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes. No entanto, enfatizamos que os riscos aos quais o (a) senhor (a) está exposto por participar dos procedimentos previstos são mínimos. Os possíveis desconfortos estão associados à verbalização de acontecimentos importantes, que tem possibilidade de ocasionar cansaço, estresse, constrangimento, dentre outros sentimentos desconfortáveis.

Rubricas _____ (Participante)

Página 1 de 2

_____ (Pesquisador)

É importante informar que caso aconteça algum dano psicológico, a UFAM, por meio dos pesquisadores responsáveis, deverá realizar encaminhamentos a serviços de atendimento específico competente, como atendimentos psicológicos via serviços especializados do Sistema Único de Saúde (SUS). Se necessário, será garantido ao participante e/ou seu acompanhante o ressarcimento das despesas devido a sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente (item IV.3.g da Resolução CNS nº 466 de 2012). Igualmente, será assegurado o direito a indenizações e cobertura material para reparação de dano causado pela pesquisa participante (Resolução CNC nº 466 de 2012, itens IV.3.h, IV.4.c e V.7).

Por ser uma pesquisa que realizará o levantamento de dados por meio de entrevista, com o preenchimento de formulário pelo próprio pesquisador, os custos diretos e indiretos da pesquisa são de responsabilidade da instituição (UFAM), pois não haverá custo para a instituição que será o lócus e nem para os participantes. Este esclarecimento é necessário para cumprir as recomendações da Carta Circular nº 1/2021 – CONEP/SECNS/MS.

A pesquisa oferece benefício indireto aos sujeitos dela, no sentido de contribuir para os estudos do trabalho das/dos assistentes sociais da área da saúde, para o fortalecimento da política de saúde e do trabalho profissional na política de saúde.

O trabalho final, resultado desta pesquisa, bem como todo material de coleta de dados, será armazenado e arquivado nas dependências da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS).

Ressalta-se que a sua participação nesta pesquisa é voluntária e ocorrerá por meio da concessão de entrevista com preenchimento de formulário pela pesquisadora. Para isso, solicitamos sua autorização prévia e o (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa e nem receberá remuneração pelas informações.

Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato, a qualquer tempo, com as pesquisadoras responsáveis através do seguinte contato: Suellen Regina de Freitas Ferreira, (92) 99194-3078, e-mail: suellen@outlook.com; e Roberta Ferreira Coelho de Andrade, (92)99126-1933, e-mail: robertaferreira@ufam.edu.br.

É importante que o (a) senhor (a) guarde em seus arquivos uma cópia deste documento. Ao assinar este documento, o (a) senhor (a) confirma o consentimento pós-informação de forma voluntária e esclarecida e nos autoriza a utilizar todas as informações de natureza pessoal que constarão no formulário de entrevista para finalidade de pesquisa e realização deste estudo.

O (a) senhor (a), ao assinar, consente sua participação na pesquisa e informa que entendeu o objetivo dela, autorizando-nos a utilizar o material coletado para elaboração do trabalho.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha contribuição, e entendi a explicação. Assim, concordo em participar da pesquisa, e que tenho todo o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade ou constrangimento.

Manaus, ____/____/____

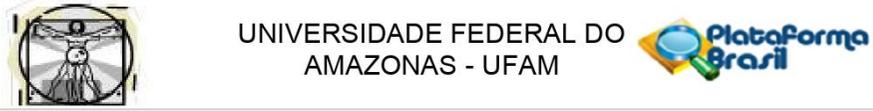
Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

1ª via- Pesquisadora
2ª via – Participante

Página 2 de 2

APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

 <p style="margin: 0;">UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM</p>
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: SERVIÇO SOCIAL ANTE A URGÊNCIA DA URGÊNCIA: impactos da pandemia da covid-19 no trabalho em Hospitais e Prontos-Socorros Adultos do Amazonas
Pesquisador: Suellen Regina de Freitas Ferreira
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 76912324.9.0000.5020
Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Folha de rosto -apresentada e adequada.
TCLE - apresentado em consonância com as normas do CEP/CONPE.
Instrumental de pesquisa - apresentado e adequado.
Projeto de pesquisa - apresentado conforme a resolução 466/2012.
Anuência da instituição participante - apresentada e adequada.
Cronograma de pesquisa - apresentado e adequado.
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O protocolo de pesquisa apresenta relevância nas áreas de Ciências Humanas e Sociais, com temática atualíssima e emergente no bojo do desenvolvimento das pesquisas na região Amazônica.
Ao analisar o protocolo, o Colegiado do Comitê de Ética em pesquisa considerou que todos os documentos apresentados foram reconfigurados e estão em conformidade com as normativas expressas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 sobre Pesquisas com seres humanos no país.
Ressalta-se que após a aprovação do protocolo, a pesquisadora deve comprometer-se em apresentar o relatório parcial da pesquisa e relatório final, de acordo com a sinalização do Item "XI – d" da Resolução 466/2012, já que trata-se de uma pesquisa com seres humanos com a devida anuência do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, a entrega

dos relatórios parcial e final são exigências normativas.

Diante dos documentos ora apresentados ao Colegiado Multidisciplinar do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, considera-se que a pesquisa está aprovada.

SMJ

É o parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2167883.pdf	09/01/2024 23:17:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Suellen.pdf	09/01/2024 23:16:51	Suellen Regina de Freitas Ferreira	Aceito
Outros	Formulario_de_entrevista.pdf	09/01/2024 23:10:41	Suellen Regina de Freitas Ferreira	Aceito
Outros	Anuencia_Secretaria_Estadual_De_Sau de.pdf	09/01/2024 23:08:59	Suellen Regina de Freitas Ferreira	Aceito
Outros	Anuencia_CSPA.pdf	09/01/2024 23:08:38	Suellen Regina de Freitas Ferreira	Aceito
Orçamento	Orcamento_da_pesquisa.pdf	09/01/2024 23:08:01	Suellen Regina de Freitas Ferreira	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades.pdf	09/01/2024 23:07:47	Suellen Regina de Freitas Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/01/2024 23:07:24	Suellen Regina de Freitas Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.pdf	09/01/2024 23:05:15	Suellen Regina de Freitas Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não