



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



CLIVIA COSTA BARROCO

**SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL:
PARTICULARIDADES E DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL NA
ALTA COMPLEXIDADE EM MANAUS**

MANAUS

2021



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



CLIVIA COSTA BARROCO

**SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL:
PARTICULARIDADES E DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL NA
ALTA COMPLEXIDADE EM MANAUS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas para obtenção do título de mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Linha de pesquisa: Questão Social, Políticas Sociais, Lutas Sociais e Formação Profissional.

Orientadora: Prof.^a Dra. Hamida Assunção Pinheiro

**MANAUS
2021**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

B277s Barroco, Clivia Costa
Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho
profissional em Manaus / Clivia Costa Barroco . 2021
154 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Hamida Assunção Pinheiro
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na
Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Trabalho. 2. Serviço Social. 3. Saúde Pública. 4. Alta
Complexidade. I. Pinheiro, Hamida Assunção. II. Universidade
Federal do Amazonas III. Título

CLIVIA COSTA BARROCO

**SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL:
PARTICULARIDADES E DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL NA ALTA
COMPLEXIDADE EM MANAUS**

Dissertação aprovada em: 09/09/2021.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Hamida Assunção Pinheiro
Presidente – PPGSS/UFAM

Profª Dra. Kátia de Araújo Lima Vallina
Membro Interno – PPGSS/UFAM

Profª Dra. Vera Lúcia Batista Gomes
Membro Externo PPGSS/UFPA

Profª Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade
Suplente/Membro Interno PPGSS/UFAM

Profº Dr. Reinaldo Nobre Pontes
Suplente/Membro Externo PPGSS/UFPA

À minha família, pelo incentivo durante toda a construção dessa Dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me guiado ao longo da construção dessa Dissertação. O caminho não foi fácil, mas sempre acreditei que sua força e luz me conduziram e me protegeram.

À minha mãe Elizandra Costa por estar sempre depositando sua fé em mim, sobretudo nos momentos em que estive mais insegura. Tudo o que sou é devido à sua existência. Gratidão por ser minha mãe, sem você dificilmente teria chegado tão longe!

Ao meu pai, Jaime Barroco (*in memoriam*). A saudade é presente todos os dias da minha vida, mas sei que em outro plano espiritual está torcendo pelas minhas pequenas vitórias.

Aos meus irmãos, Jayne, Matheus e Yuri pelas conversas, palavras de carinho e até mesmo as de repreensão nas fases mais complicadas dessa pesquisa, pois sei que não fui a pessoa mais fácil de lidar. Amo vocês incondicionalmente!

Ao meu namorado, Breno Fernandes, pelo seu companheirismo, seu incentivo e suas palavras reconfortantes. Obrigada por estar presente nos melhores e, sobretudo, nos piores momentos de construção dessa pesquisa. Gratidão por ter me dado forças para continuar.

À minha grande amiga Ana Claudia Lopes Martins, que compartilhou comigo o desafio de ingressar no Mestrado após a graduação. Esse caminho se tornou mais fácil porque você estava presente. Gratidão por sua amizade, ajuda incondicional e sua personalidade geminiana que me trouxe à razão quando eu mais queria desistir.

À minha orientadora Hamida Assunção Pinheiro por ter acolhido aquela aluna de Graduação do 5º período e por tê-la iniciado na pesquisa. Gratidão por ter me guiado todos esses anos com dedicação e excelência e, principalmente, por ter acreditado no meu potencial enquanto pesquisadora.

Às professoras Vera Lúcia Batista Gomes e Kátia de Araújo Vallina por terem participado do meu processo de qualificação com suas valiosas contribuições. Agradeço também por terem aceitado participar da minha banca de defesa. Creio que eu não poderia ter feito escolha melhor.

À minha amiga Glória Vaz Santos pela amizade, apoio e parceria que construímos ao longo da Iniciação Científica que se estende até agora no Mestrado.

Às minhas amigas queridas, Alessandra Reis e Michelle Neves, que mesmo distantes fisicamente, deram todo o apoio e amizade para a finalização da Dissertação.

A Lourdes, Walmir e Thiago Fernandes por terem sido como uma segunda família. O acolhimento de cada um de vocês foi fundamental em minha vida. Minha eterna gratidão!

Aos meus colegas da turma de Mestrado do PPGSS/UFAM pelas experiências e aprendizados compartilhados ao longo desses mais de 2 anos.

Um agradecimento muito especial à minha colega de Mestrado Mylena Azevedo, que, infelizmente, teve sua vida interrompida por conta da COVID-19. Obrigada por ter sido a pessoa alegre, acolhedora e inspiradora que eu tive a honra de conhecer desde a graduação.

Aos professores do PPGSS/UFAM Roberta Andrade, Marinez Cunha, Simone Baçal, Lidiany Cavalcante, Kátia Vallina, Socorro Chaves, Yoshiko Sasaki, Cristiane Bonfim e Débora Rodrigues (*in memoriam*) pelas disciplinas ministradas e por terem contribuído imensamente para o meu amadurecimento enquanto mestranda.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq por ter financiado esta pesquisa pelos 24 meses do Mestrado, garantindo que meu sonho de ingressar e permanecer no Mestrado fosse possível.

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Amazonas pela autorização para a realização da pesquisa no Hospital Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado, no Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto e no Hospital Universitário Francisca Mendes.

À Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Getúlio Vargas que permitiu o estudo;

À Gerência de Ensino e Pesquisa da Fundação Hospital Adriano Jorge pela autorização da pesquisa;

A todas as assistentes sociais que participaram deste estudo. O aceite de vocês foi essencial para as reflexões desta pesquisa. Obrigada por terem topado esse desafio. A vocês minha eterna gratidão!

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!*

Mário Quintana

RESUMO

Esta pesquisa teve como propósito principal refletir sobre o trabalho de assistentes sociais na saúde pública na alta complexidade em Manaus, considerando o contexto de contrarreforma do Estado e suas consequências para o trabalho profissional. Como objetivos específicos, a pesquisa centrou-se em: caracterizar o trabalho do serviço social nas instituições de alta complexidade; examinar a partir da visão dos assistentes sociais, a relação entre o trabalho profissional e as competências e atribuições do serviço social e compreender as estratégias de resistência traçadas pela categoria perante as dificuldades que constituem o cotidiano profissional. Para o alcance dos objetivos, o percurso metodológico envolveu pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo, tendo, esta última, sido realizada de forma remota com suporte da Plataforma *Google Forms*. Esta investigação foi norteada pelo materialismo histórico e dialético e caracteriza-se pela abordagem quantitativa e qualitativa. Para a coleta de dados foi enviado um questionário eletrônico para as assistentes sociais dos 5 hospitais selecionados para a pesquisa. Os resultados revelaram que as principais atividades profissionais residem no eixo de atendimento direto aos usuários, como a entrevista social, a visita aos leitos e os encaminhamentos socioassistenciais. A pesquisa identificou dificuldades em torno do planejamento das equipes, com a ausência do plano de trabalho na maior parte das instituições analisadas. Foi evidenciado também que muitas demandas encaminhadas ao serviço social se constituem como competências e atribuições alheias ao trabalho profissional das assistentes sociais, o que vem criando um campo de tensões para as profissionais, convocando-as à reafirmação constante das suas reais atribuições na política de saúde, assegurando o significado social da profissão. Por fim, a pesquisa apontou que o trabalho do assistente social vem sendo desafiado também pela crise sanitária da COVID-19, contexto que redefiniu o fluxo de atendimento nas unidades de saúde de alta complexidade da capital, e que potencializou demandas assistencialistas para as assistentes sociais, requisitando a criação de estratégias coletivas e de resistência pelas profissionais.

Palavras-Chave: Trabalho; Serviço Social; Saúde Pública; Alta Complexidade

ABSTRACT

This research had as its main purpose to reflect on the work of social workers in public health in high complexity in Manaus, considering the context of State counter-reform and its consequences for the professional work. As specific objectives, the research focused on: characterize the work of social service in high complexity institutions; examine from the point of view of social workers, the relationship between professional work and the competencies and attributions of social service and understand the resistance strategies drawn by the category before the difficulties that constitute the professional daily life. To reach the objectives, the methodological path involved bibliographical research, documentary research and field research, the latter having been carried out remotely with the support of the Google Forms Platform. This research was guided by the historical and dialectical materialism and is characterized by a quantitative and qualitative approach. For data collection, an electronic questionnaire was sent to the social workers of the 5 hospitals selected for the research. The results revealed that the main professional activities reside in the axis of direct care to users, such as social interviews, bedside visits and social welfare referrals. The research identified difficulties in team planning, with the absence of a work plan in most of the institutions analyzed. It was also evidenced that many demands referred to the social service are constituted as competences and attributions alien to the social workers' professional work, which has been creating a field of tension for the professionals, calling them to a constant reaffirmation of their real attributions in the health policy, assuring the social meaning of the profession. Finally, the research pointed out that the work of social workers has also been challenged by the health crisis of COVID-19, a context that redefined the flow of care in the high complexity health units of the capital, and that has potentiated welfare demands for social workers, requiring the creation of collective strategies and resistance by the professionals.

Keywords: Work; Social Work; Public Health; High Complexity

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Tempo de Atuação nas Instituições de Saúde	91
Gráfico 2	Expansão do quantitativo de assistentes sociais	92
Gráfico 3	Trabalho do serviço social com outras equipes	115

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Fundações e Hospitais de Alta Complexidade em Manaus	88
Quadro 2	Eixos Norteadores do Trabalho em Saúde	96
Quadro 3	Sistematização das principais atividades das assistentes sociais	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Regiões de Saúde do Estado do Amazonas	85
Tabela 2	Rede Física de Saúde por tipo de estabelecimento e gestão no Amazonas	86
Tabela 3	Rede Pública Estadual de Saúde na Capital por Tipo de Estabelecimento e Zonas	87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFIS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FHAJ	Fundação Hospital Adriano Jorge
FMI	Fundo Monetário Internacional
HUFM	Hospital Universitário Francisca Mendes
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
RJU	Regime Jurídico Único
SUS	Sistema Único de Saúde
SES/AM	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I - SAÚDE E TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL	20
Considerações iniciais.....	20
1.1 O Serviço Social como trabalho	21
1.2 O assistente social como trabalhador da área da saúde.....	31
1.3 A conquista da saúde como um direito no Brasil: Da Lei Eloy Chaves ao Sistema Único de Saúde	37
CAPÍTULO II - A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL: A CAMINHO DA LÓGICA DE DIREITOS?	45
Considerações Iniciais	45
2.1 Entre conquistas e desafios da lógica democrática: Inflexões do processo de contrarreforma na saúde	46
2.2 A Política de Saúde na contemporaneidade: De Lula a Bolsonaro	55
2.2.1 A pandemia da COVID-19 e gestão de Jair Bolsonaro: Apontamentos Iniciais	70
2.3 Saúde na Contemporaneidade: Implicações para o trabalho dos assistentes sociais	74
2.3.1 Serviço Social na COVID-19: implicação ao trabalho profissional na crise sanitária.....	78
CAPÍTULO III - O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE EM MANAUS	85
Considerações Iniciais	83
3.1 O processo de trabalho na saúde de alta complexidade: As particularidades do Serviço Social em Manaus	84
3.2 Competências e Atribuições do assistente social na saúde: Conhecendo a realidade manauara	101
3.3 Condições de trabalho dos assistentes sociais na alta complexidade em Manaus: Entre dilemas e estratégias	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICES	137
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	138
Questionário Eletrônico.....	141
ANEXOS	144
Parecer Consubstanciado do CEP/UFAM.....	145

INTRODUÇÃO

A saúde pública e universal foi uma das grandes conquistas da Constituição Federal de 1988, ao integrar o tripé da Seguridade Social e ao ser considerada como um direito social básico a todo cidadão brasileiro. Este momento fez romper estigmas históricos nos quais a proteção social, em especial a atenção à saúde, estava condicionada a determinados segmentos da classe trabalhadora através do seu vínculo trabalhista.

É necessário compreender que as inflexões provocadas pelo processo de contrarreforma do Estado, constituído como resposta para a crise mundial do capital, iniciada nos anos 1970, influenciaram fortemente as políticas sociais no Brasil a partir da década de 1990. Nesse cenário, a saúde passa a ser afetada pelas tendências de focalização, seletividade e privatização inerentes ao paradigma neoliberal, que acabam por interromper o processo de legitimação do SUS, conforme seu marco legal.

Para o Serviço Social, a saúde constitui-se legalmente como um espaço de atuação profissional. Nessa lógica, vale registrar que a Resolução 218 de 1997 considera o assistente social como trabalhador da saúde, o que, possivelmente, é um elemento explicativo para que esse seja um dos espaços ocupacionais que incorpora quantidade significativa de assistentes sociais. Sendo assim, é expressivo o contingente de profissionais que vivenciam a precarização da saúde pública brasileira, ocasionada pela restrição de recursos, que, por sua vez, também afeta as condições de trabalho dos profissionais.

A profissão de serviço social na contemporaneidade tem feito a defesa de políticas sociais públicas que expressem os valores democráticos. Nesse sentido, para os assistentes sociais o SUS é uma política de fundamental importância para a sociedade, uma vez que é resultante de lutas históricas do Movimento de Reforma Sanitária. Além disso, os ideais da Reforma Sanitária vão ao encontro dos princípios do projeto ético-político do serviço social brasileiro, como, por exemplo, a liberdade, a equidade, o compromisso com a classe trabalhadora e a defesa dos direitos sociais básicos.

É fundamental assinalar que, na atualidade, são impostos grandiosos desafios para a defesa desse projeto, uma vez que, dentro de um contexto societário adverso, são reacendidas práticas interligadas ao conservadorismo, o que acaba por requisitar

um trabalho profissional, que, muitas vezes, não se articula com as competências do serviço social.

Na contemporaneidade os profissionais são condicionados a reforçar os padrões de seletividade, fiscalização dos usuários e de reafirmar práticas assistencialistas, como forma de amenizar o quadro de pobreza no qual a classe trabalhadora é submetida, segundo o CFESS (2010).

Diante dessa problemática, o propósito desta pesquisa foi refletir sobre o trabalho de assistentes sociais na saúde pública na alta complexidade em Manaus, considerando o contexto de contrarreforma do Estado e suas consequências para o trabalho profissional. Como objetivos específicos, a pesquisa centrou-se em: caracterizar o trabalho do serviço social nas instituições de alta complexidade; examinar a partir da visão dos assistentes sociais, a relação entre o trabalho profissional e as competências e atribuições do serviço social e; compreender as estratégias de resistência traçadas pela categoria perante as dificuldades que constituem o cotidiano profissional.

A pesquisa foi desenvolvida à luz do materialismo histórico dialético, uma vez que acreditamos ser este método é o que nos permite compreender a realidade em sua totalidade, enxergar suas contradições, bem como os elementos históricos. Richardson (2010) explica que esse método é o único que elenca a história como fundamental para o desenvolvimento dos fenômenos, considerando o homem como ser histórico e social.

A pesquisa foi guiada por uma abordagem quanti-qualitativa. Para Martinelli (1999) os aspectos qualitativos e os dados quantitativos não estabelecem uma oposição, mas sim uma relação de articulação. Ela destaca ainda que, a utilização de uma ou outra abordagem, dependerá das escolhas do pesquisador em relação à natureza e aos objetivos da pesquisa, relacionando-as ainda com seu projeto político.

O interesse por essa temática se manifestou desde a experiência de estágio vivenciada em um Hospital Universitário, assim como pelas pesquisas desenvolvidas na iniciação científica por mais de 3 anos, que tinham enfoque na saúde do trabalhador. Durante o processo de formulação da proposta de pesquisa para o Mestrado, urgiu a necessidade de construir um projeto que evidenciasse o cenário profissional contemporâneo dos assistentes sociais da saúde pública de alta complexidade, sendo este um espaço socio ocupacional de grande relevância para esses profissionais.

A rede de alta complexidade da saúde pública compreende procedimentos de alto custo e que necessitam do uso de tecnologia especializada, como os transplantes, as cirurgias cardíacas, tratamentos oncológicos, dentre outros serviços, buscando integrá-los aos demais níveis de complexidade: média e básica

Na cidade de Manaus, os serviços de alta complexidade de saúde abrangem 9 (nove) instituições hospitalares, divididas em hospitais, fundações e hospitais universitários. Cabe ressaltar que a capital Manaus é o único município do estado do Amazonas que oferece serviços de alta complexidade, portanto as instituições hospitalares lidam diariamente com a sobrecarga de atendimentos.

Desta feita, para a realização da pesquisa foram selecionadas 5 (cinco) instituições hospitalares que oferecem serviços de saúde de alta complexidade em Manaus, são elas: Hospital Universitário Getúlio Vargas; Hospital Universitário Francisca Mendes; Fundação Hospital Adriano Jorge; Hospital Doutor João Lúcio Pereira Machado e Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto. Essas instituições foram escolhidas por serem as mais antigas na cidade e por possuírem equipes de serviço social.

Os participantes da pesquisa foram assistentes sociais que trabalham nas instituições definidas pela pesquisa. Por envolver seres humanos, a pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM e aprovada com o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE: 44930721.0.0000.5020. Ressaltamos que a pesquisa foi submetida no CEP/UFAM em janeiro de 2021, tendo sua aprovação 4 meses depois, no mês de maio. Esse período de tempo influenciou bastante no desenvolvimento do estudo, visto que o prazo para a defesa é até setembro do ano corrente, mas, independente dos desafios, buscamos realizar um trabalho de relevância para a área de Serviço Social.

Outra dificuldade encontrada foi a participação dos assistentes sociais na pesquisa. Inicialmente nosso interesse foi de entrevistar 48 assistentes sociais, o que representa a quantidade total de trabalhadores assistentes sociais atuantes na saúde pública nos serviços de alta complexidade selecionados na cidade de Manaus. Contudo, houve recusa por parte de alguns das profissionais, enquanto outros não responderam aos e-mails e nem as mensagens enviadas. Assim, conseguimos a participação de 20 assistentes sociais, o que equivale cerca de 41% do universo.

A dissertação foi estruturada em três capítulos. No capítulo I, intitulado **Saúde e Trabalho do Assistente Social** foi tratada a discussão polêmica sobre o Serviço

Social ser considerado como trabalho ou estar inserido dentro de outros processos de trabalho. Neste capítulo, percorreremos desde a origem do Serviço Social no Brasil até o período de inserção do assistente social como um trabalhador da saúde, fazendo uma breve historiografia sobre sua atuação desde 1940.

No capítulo II, intitulado **A Política de Saúde Brasileira: A caminho da lógica de direitos?** destacamos o processo de contrarreforma iniciado na década de 1990, assinalando os principais impactos na política de saúde do governo de Fernando Henrique Cardoso até o governo atual de Jair Messias Bolsonaro. Além disso, fizemos um breve destaque para o período de pandemia no Brasil e o colapso do sistema de saúde brasileiro.

No capítulo III, intitulado **O Trabalho do Assistente Social nos Hospitais de Alta Complexidade em Manaus**, fazemos uma breve caracterização dos serviços de alta complexidade na capital, dando notoriedade para as narrativas das assistentes sociais sobre o trabalho profissional nas instituições de saúde. Os depoimentos proporcionaram analisar o trabalho profissional, o cenário de impasses vivenciado pelos assistentes sociais que atuam na alta complexidade, assim como as possibilidades e estratégias de resistência.

Acreditamos que as reflexões suscitadas pela pesquisa são valiosas para os sujeitos da pesquisa e para as instituições nas quais atuam, uma vez que poderão possibilitar maior conhecimento das atividades desenvolvidas pelo serviço social, assim como poderão contribuir para o entendimento dos avanços e dos limites dos serviços ofertados.

Para os estudantes, pesquisadores e outros profissionais da saúde, o estudo pode contribuir para maior reflexão acerca da temática tratada, aprofundamento da leitura da realidade, bem como estimular a realização de pesquisas de outros temas relacionados, ou seja, sobre esta importante relação entre as políticas sociais na contemporaneidade e o trabalho profissional.

Para a sociedade civil o estudo também se faz importante, pois é necessário compreender os limites que a política de saúde passa nos dias atuais, e entender a importância das lutas em torno da defesa de direitos sociais fundamentais que lhes pertencem. Por fim, para a área de Serviço Social a realização desta pesquisa tem especial valor, tendo em vista que a profissão luta pela viabilização dos direitos sociais e que busca um projeto societário oposto ao do capital.

CAPÍTULO I

SAÚDE E TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

A profissão [Serviço Social] é tanto um dado histórico, indissociável das particularidades assumidas pela formação e desenvolvimento da sociedade brasileira quanto resultante dos sujeitos sociais que constroem sua trajetória e redirecionam seus rumos.

(Marilda lamamoto,2006)

Considerações iniciais

A relação do assistente social com a área da saúde remonta desde a gênese da profissão, sendo um dos primeiros campos de atuação desse profissional, fato esse que contribuiu, por muito tempo, para que fosse um espaço socio ocupacional de inserção significativa para a categoria. A realidade é expressiva e requer a apresentação da trajetória histórica da relação do serviço social com a saúde.

Com isso, o capítulo construído aborda inicialmente a discussão do trabalho, partindo do sentido ontológico até o alienado no contexto capitalista de produção. Além disso, foram destacados os debates ensejados no âmbito da categoria relacionados ao serviço social enquanto trabalho, destacando as polêmicas em torno dessa afirmativa.

O capítulo revela também os caminhos percorridos pelo trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde desde a década de 1940, mostrando ainda as principais tendências profissionais de cada conjuntura histórica. Por fim, o capítulo também abordará a conquista da saúde como um direito no Brasil, destacando desde o período da Lei Eloy Chaves até a Constituição Cidadã de 1988, que proporcionou o nascimento do SUS.

1.1 O Serviço Social como trabalho

Para contemplarmos a discussão do Serviço Social enquanto trabalho, que proporciona múltiplas discussões e calorosos debates, é necessário fazermos ponderações acerca dos aspectos relacionados à concepção marxiana de trabalho.

Como ponto de partida, elucidamos o pensamento de Marx (2013) que revela o trabalho como o elemento central na vida dos homens, pois é a partir do processo de intercâmbio com a natureza, que ele se torna capaz de transformá-la, tornando-a útil para a vida humana. Ele atua de forma a desenvolver as potencialidades existentes da natureza, porém não guiado por forças instintivas, como as que conduzem o processo de trabalho dos animais, mas conduzido por uma finalidade, atuando de forma consciente.

Um dos exemplos ilustrativos dessa assertiva são revelados por Marx (2013), ao comparar o trabalho desenvolvido pelas abelhas com o de um arquiteto. A maior distinção reside no fato de que o pior arquiteto, ao contrário da melhor abelha da colmeia, projeta em sua mente a construção antes de torná-la realidade, sendo uma ação diferenciada movida por uma intencionalidade. Dentro disso, o processo de trabalho deriva das condições previamente idealizadas na imaginação do homem e objetiva os resultados na realidade. Essas características levaram Marx (2013) a compreender e classificar o trabalho como uma atividade tipicamente humana.

Portanto, o processo de trabalho, sob forma exclusiva dos homens, apresenta três elementos chaves: 1) É uma atividade guiada para um fim, ou seja, o próprio trabalho; 2) A matéria que se aplica o trabalho, o objeto em si; 3) E os meios de trabalho, que são caracterizados como o instrumental de trabalho que será utilizado (MARX, 2013).

No processo de transformar a natureza, a fim de obter condições para garantir a sua subsistência, o homem também sofre modificações, relacionadas à incorporação de novos conhecimentos e habilidades, que fazem emergir, conseqüentemente, outras necessidades que precisam ser atendidas. Recorremos à Lessa (2016) que traz, de forma lúdica, o exemplo do machado. O autor revela que na construção de um novo instrumento, o homem utilizará da experiência e das habilidades desenvolvidas na construção do machado anterior para escolher e utilizar outros materiais, com propriedades mais apazíveis daquelas incorporadas no passado, e que dessa forma gestarão novos processos de trabalho.

O autor destaca ainda que não é apenas o indivíduo, em sua singularidade, que se encontra em transformação, mas a sociedade também evolui. O objeto construído pelo trabalho possui uma dimensão social por ter: “base histórica passada e por fazer parte da vida em sociedade “(LESSA, 2016, p.38), sendo assim torna-se válida a assertiva de como o trabalho faz parte da história da vida dos homens.

É necessário pontuar que na medida em que o trabalho gera novas realidades, a história nunca se repete, como afirma Lessa (2016), dessa forma todo o ato de trabalho possui um caráter histórico-social. As características singulares da produção para subsistência são atreladas à possibilidade de produzir mais do que o necessário, sobretudo com o surgimento da agricultura e da pecuária. Nesse cenário, surge o excedente da produção e o acúmulo de riquezas nas sociedades escravistas, o que fundamenta a relação de exploração do homem pelo homem.

Lessa (2016) destaca que a exploração do homem pelo homem promoveu um elemento único dentro das relações sociais. As contradições sociais configuram-se como antagônicas, dessa forma se tornando impossíveis de serem conciliadas. Se, por um lado, a classe dominante explora a classe trabalhadora, em contrapartida a classe que vive do trabalho luta para romper com a relação de exploração que é submetida.

Na sociedade capitalista o sentido do trabalho como potencializador das habilidades humanas é subsumido, e passa a ser cada vez mais identificado como o colapso da vida humana. As chaves para compreender essa conjuntura estão na nova configuração do processo de trabalho, que com a reformulação da estrutura industrial a partir de inovações tecnológicas, torna-se estranhado, ou seja, o sentido do trabalho interligado à criatividade e à realização do ser social é esvaziado, ao ser configurado apenas como o único meio de subsistência, e não a primeira necessidade de realização humana, como revela Antunes (2007).

Marx (2004) ao apresentar as facetas cruéis desse cenário, destaca que o trabalhador se torna cada vez mais pobre, em contrapartida a riqueza que produz, tornando-se apenas uma mercadoria “tão mais barata quanto mais mercadorias cria” (p.80). A cruel realidade dialoga intimamente com o contexto no qual o filósofo apresenta como a valorização das *coisas* em detrimento da desvalorização do *mundo dos homens*.

Ainda em Marx (2004) o trabalho estranhado atua através de um meio prático. Dentre os processos desencadeados, o homem cria um produto que não pertence a

ele, assim como possibilita o seu domínio aos donos dos meios de produção. A atividade é tão estranha para o trabalhador, tão externalizada da sua realidade, que ele vende sua força de trabalho¹ para o capitalista. Nesse sentido, a atividade que pertence ao trabalhador acaba sendo dominada pelos donos dos meios de produção.

Dentro desse sistema, o trabalhador passa a exercer as atividades produtivas como forma de obter lucros para os denominados “donos dos meios de produção”, que acabam por se apropriar da mais-valia² produzida. O salário, visto como “consequência imediata do trabalho estranhado” (MARX, 2004, p.88) mediatiza uma relação que cria a ilusão de que o trabalhador recebe equivalente e integralmente ao que produz, quando na verdade se situa no estado de dominância do homem pelo homem, no qual as possibilidades de autonomia e emancipação humana buscam ser a todo momento obscurecidas.

São apontamentos como esses que nos ajudam a compreender algumas marcas do trabalho no marco do capitalismo contemporâneo, ainda que com as devidas proporções, por se tratarem de contextos históricos diferentes, mas que ajudam a traduzir como o processo de trabalho desenvolvido dentro do modo de produção capitalista, perde seu sentido originário de realização do ser social e degenera os modos de vida.

A situação é agudizada pelas transformações ocorridas no mundo do trabalho desde a década de 1970³, condicionando diversos trabalhadores ao desemprego estrutural, por conta da flexibilização dos processos de trabalho, substituindo cada vez mais o trabalho vivo⁴ por trabalho morto⁵, dessa forma condenando indivíduos à

¹ Na perspectiva de Marx (2013, p.197) a força de trabalho ou capacidade de trabalho é “o conjunto das faculdades físicas e mentais existente no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores-de-uso de qualquer espécie”.

² Em linhas gerais a mais-valia é o valor excedente de trabalho produzido pelo trabalhador e não pago pelo capitalista. Marx (2013) a explica de duas formas: O mais-valor obtido pelo prolongamento da jornada de trabalho é concebido como mais-valor absoluto, enquanto que o mais-valor obtido pela redução do tempo de trabalho, mas que se torna proporcional as duas partes da jornada de trabalho, assim tornando o processo produtivo mais ágil, é entendido como mais-valor relativo.

³ Nos referimos especificamente ao cenário de crise estrutural do capital, sendo um dos seus traços mais evidentes a queda tendencial da taxa de lucro, que exigiu sua recomposição perante a um complexo de transformações econômicas, sociais, ideológicas e culturais. Alves (1999) relata que nesse contexto se impulsionou um novo complexo de reestruturação produtiva, uma ofensiva do capital na produção que buscava construir um novo patamar de acumulação capitalista em escala global. As características desse processo centram-se nas inovações tecnológicas e nas novas formas organizacionais baseadas no modelo toyotista.

⁴ O trabalho vivo refere-se aquele desenvolvido quase que exclusivamente pelos homens, através de suas habilidades físicas e mentais (MARX, 2013)

⁵ Para Alves (2018) o trabalho morto configura-se como o desenvolvido por máquinas e outras tecnologias poupadoras de trabalho humano introduzidas nos espaços laborais.

própria descartabilidade do processo produtivo.

O cenário promoveu questionamentos acerca da centralidade do trabalho na vida humana, porém autores como Antunes (2007) afirmam que é impossível a categoria perder centralidade, pois as mercadorias geradas no mundo do capital são resultantes do trabalho manual ou intelectual desenvolvido pelos homens em interação com os meios de produção. De forma geral, o trabalho morto necessita consumir o trabalho vivo para que possa se reproduzir e, como aponta Marx (2013), o capital é trabalho morto que necessita absorver trabalho vivo, mas, como um parasita, morre se não tiver um hospedeiro.

A discussão acima nos fornece elementos para contestar a tese da perda da centralidade do trabalho e da importância de debates que se centralizem nas mudanças ocorridas no mundo do trabalho e as consequências derivadas desse cenário que desencadearam, de forma mais destrutiva, a exploração da classe trabalhadora.

Para a reversão desse quadro negativo são necessárias estratégias. Antunes (2007), por exemplo, traz como possibilidade o fortalecimento dos contingentes sociais contrários à lógica do capital para sua possível desmobilização.

Os assistentes sociais, como integrantes da classe trabalhadora, não fogem das determinações do mundo do trabalho, que rebatem diretamente sobre o seu cotidiano profissional. É necessário fazermos ponderações a partir dessa assertiva, pois a tese de que o Serviço Social é trabalho gera controvérsias, portanto se faz necessário apontarmos os embates existentes e nos afirmarmos nas proposições que melhor se entrelaçam aos objetivos da pesquisa. É na construção de Lamamoto e Carvalho (2006), na obra clássica *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação teórico metodológica*⁶, que encontramos a afirmativa que apresenta o serviço social como trabalho.

Segundo os autores, a origem do serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão socio técnica do trabalho, está relacionada intimamente ao processo de desenvolvimento capitalista industrial e à expansão urbana, fenômenos observados na constituição e ampliação do proletariado e da burguesia industrial.

É nesse período que se afirma a dominância do capital industrial e financeiro,

⁶ Sendo a primeira edição lançada em 1982, trata-se de uma das obras clássicas do Serviço Social, ao apresentar a gênese da profissão e seus fundamentos em diferentes conjunturas históricas, sociais, culturais, políticas e econômicas no Brasil.

e que emerge, dentro de novas formas, a questão social⁷. Nesse contexto, o Serviço Social surge a partir da iniciativa popular de grupos e frações das classes dominantes, que se manifestam, principalmente, através da Igreja Católica, segundo Iamamoto e Carvalho (2006).

Netto (1996) corrobora com a afirmação dos autores ao evidenciar que é dentro da ordem societária, comandada pelo capitalismo em sua fase monopolista, que se originam condições históricas e sociais para a constituição de um espaço ocupacional para o desenvolvimento de atividades profissionais como as do assistente social. A assertiva do autor demonstra clara oposição à tese de que a profissionalização do serviço social está vinculada fortemente com “a organização da ajuda” ou “racionalização da filantropia”.

O Serviço Social tem como marco a criação da primeira Escola de Serviço Social em 1936 em São Paulo na Pontifícia Universidade Católica (PUC). Nesse cenário, inicia-se um processo de formação mais especializada e ocorre ainda a intervenção do Estado para regulamentar e institucionalizar a profissão, como assinalam Iamamoto e Carvalho (2006).

Segundo os autores, o trabalho do assistente social passa a ser articulado com as políticas sociais desenvolvidas pelo Estado, como forma de apaziguar as manifestações da classe trabalhadora, e assim mediatizar o conflito entre as classes sociais.

Convém ressaltar a contribuição de Bulla (2008) que destaca que, embora o surgimento do serviço social esteja voltado a um trabalho com as classes menos favorecidas, a sua implantação não foi uma resposta às demandas do operariado. As políticas sociais do período de 1930, no governo de Getúlio Vargas, possuíam um caráter de cooptação do trabalhador em favor da harmonia e do desenvolvimento capitalista. A autora afirma que, mesmo com diversos movimentos reivindicatórios, a classe trabalhadora não possuía políticas sociais que a beneficiasse de fato.

É importante ressaltar ainda que, mesmo que a profissão tenha sido incorporada de forma significativa ao setor público, ela também se articulou às organizações patronais privadas que tinham como finalidades o desenvolvimento de

⁷ Iamamoto e Carvalho (2006) explicam a questão social como “as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso político da sociedade exigindo reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e burguesia (...)” (p.77).

atividades produtivas e a prestação de serviços sociais à população.

Para Yamamoto e Carvalho (2006) é através dessas entidades filantrópicas privadas e do públicas que a profissão direciona o trabalho para uma individualização da proteção legal. No entendimento dos autores, traduz-se como uma assistência socioeducativa adaptada aos problemas sociais, visto o viés doutrinário e moralizador que norteava o trabalho profissional na época.

É oportuno frisar que o direcionamento do trabalho do assistente social vinculado à manutenção da ordem social vigente caracterizou os anos iniciais da profissão no Brasil e perdurou até o período de 1960 de forma majoritária. A partir da década de 1960, a conjuntura nacional suscitava para o serviço social um campo de incertezas, uma vez que, segundo Martinelli (2000), a profissão produzia e reproduzia práticas incapazes de “se somarem aos esforços de construção e preservação de espaços democráticos em uma sociedade oprimida por uma ditadura militar” (p. 142).

Em consequência disso, a profissão iniciou um processo de questionamentos e de revisão do trabalho e da formação profissional. Fazemos alusão especialmente para o Movimento de Reconceituação⁸ do Serviço Social. Segundo Netto (2011), este marco histórico possibilitou ainda a articulação com uma nova concepção de unidade latino-americana; a explicitação da dimensão política da ação profissional; a interlocução com as Ciências Sociais; a inauguração do pluralismo teórico, metodológico e político e a recusa do assistente social em situar-se como um agente meramente executivo.

O processo de renovação do Serviço Social significou uma profunda erosão com as bases tradicionais da profissão e promoveu significativas mudanças no âmbito da profissão, sobretudo em torno de suas reflexões teóricas e debates travados pela categoria nos anos seguintes. Uma das pautas importantes refere-se ao Serviço Social como trabalho e as implicações que derivam dessa denominação. Partindo desse pressuposto necessitamos adentrar na questão que fomenta o título desse tópico, ou seja, o serviço social é ou não é trabalho?

Desta feita, iremos partir da concepção de Lessa (2006) que afirma que o Serviço Social não pode ser considerado trabalho pelo fato de não transformar a natureza, conforme o sentido ontológico de trabalho na perspectiva marxiana. Nas

⁸Netto (2011) explica o processo de renovação do Serviço Social em três momentos, com três vertentes diferenciadas: modernizadora, de 1965 a 1975; reatualização do conservadorismo, de 1975 a 1980; intenção de ruptura, iniciando em 1980.

palavras do autor: “Não cumpre ele [o Serviço Social] a função mediadora entre os homens e a natureza; pelo contrário, atua nas relações puramente sociais, nas relações entre os homens” (p. 18).

Para o autor, a partir da transformação da natureza, o homem também se transforma/constrói, e por consequência a sociedade também se modifica. Somente o trabalho é capaz de realizar essa função social, visto que as outras atividades humanas voltam-se, de um modo ou outro, para a reprodução social.

Em continuidade Lessa (2006) revela que a identificação de outras práxis voltadas à organização da sociedade ao trabalho, conseqüentemente levaria à denominação de trabalhadores para todos aqueles que realizam qualquer atividade social. Dentro dessa perspectiva, o engenheiro, o gerente de produção, o professor de Matemática, e o assistente social seriam considerados trabalhadores assim como os operários, pois contribuem de forma direta ou indiretamente para a produção de bens materiais para a sociedade.

A análise das discrepâncias entre o operário da fábrica e o assistente social são mais nítidas na obra *Serviço Social e Trabalho: Porque o Serviço Social não é trabalho*, na qual Lessa (2016) destaca que o assistente social não “trabalha” da mesma forma como o operário, assim como é distinto dele. O único ponto de similitude está na inserção enquanto profissionais assalariados.

Segundo o autor existem diversas divergências ontológicas dos assistentes sociais com o operariado fabril, que residem em suas práticas distintas; as funções sociais que são destinadas a cada um deles são diferentes, e além disso o assistente social pertence a uma classe social diferente do operário.

Lessa (2016) discorre ainda que, os assistentes sociais em instituições públicas ou em empresas privadas, de algum modo, vivem da riqueza que é produzida pelos operários. O autor assinala, como exemplo, o salário do funcionário público que tem a mesma origem da riqueza da burguesia, que é provinda da exploração do trabalho operário. Contudo, enquanto a burguesia se apropria, de forma direta, da riqueza produzida do operário, “a classe de transição”, na qual se inclui os assistentes sociais, se apropria indiretamente, através da mediação feita pelo Estado.

Outro ponto importante ressaltado por Lessa (2016) refere-se aos conflitos entre a burguesia e os assalariados. Muitas vezes, os embates entre essas duas classes assumem dimensões explosivas, desencadeadas pelo fato dos assalariados ficarem com a menor parte da riqueza produzida pelo proletariado, e, por

consequência, terem salários mais baixos. A luta desencadeada pelos assalariados, entendendo o assistente social dentro desse grupo, se restringe a obtenção de salários mais elevados. Portanto, a luta não é contra a condição de assalariado, e sim está voltada para a obtenção de maiores privilégios, pois segundo o autor, as classes de transição sempre foram defensoras da exploração do homem pelo homem.

Esse elemento o conduz a afirmar que as “classes de transição” não se comprometem totalmente com lutas revolucionárias, visto que fazem parte da sociedade que “parasita o trabalho operário” (p.84), e que tendem a defender a manutenção do sistema capitalista. Nesse sentido, o proletariado é a única classe que vive da riqueza por ela produzida e a que não perderia nada com a superação da sociedade capitalista, e que por esse motivo seria a “única classe social comprometida com a superação da propriedade privada” (p.85).

Com isso, Lessa (2016) assinala que não há sentido relacionar o trabalho operário com a práxis profissional dos assistentes sociais. Por um lado, os operários fazem o intercâmbio com a natureza com o propósito da construção de um determinado objeto, enquanto os assistentes sociais atuam sobre as relações sociais, que são produtos exclusivamente criados pelo pensamento e atividade dos homens no curso da história. Sendo assim, não transformam a natureza, um dos elementos constitutivos do trabalho.

A análise do autor é fundamental, e suas proposições são incorporadas por amplos segmentos da categoria, sobretudo na identificação do Serviço Social como práxis profissional. Iamamoto (2000) afirma que a tradição do Serviço Social relaciona o fazer profissional como prática, inclusive muitas produções teóricas⁹ nos marcos de renovação do Serviço Social se dedicaram a atribuir um estatuto teórico dessa noção à categoria de práxis social.

Nesse sentido, afirmar o Serviço Social como trabalho foi centro de polêmicas e provocações para a própria categoria profissional, pois o processo de trabalho implica um objeto, sobre o qual incide a ação, os meios ou instrumentos que mediatizam a relação entre homem e objeto, e o próprio trabalho que é direcionado para uma finalidade.

Como forma de sustentar a assertiva do Serviço Social enquanto trabalho,

⁹ Dentre as obras listadas por Iamamoto (2000) estão: Concepção de Teoria e Metodologia (1989), Metodologia do Serviço Social: a práxis como base conceitual (1989), e Relação teoria/prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social (1998).

Iamamoto (2000) apresenta e exemplifica cada um dos componentes do processo de trabalho para a profissão. O objeto de trabalho para os assistentes sociais é a própria questão social, que, em suas múltiplas expressões, convoca a ação profissional junto a diversos sujeitos sociais, como mulheres, crianças, idosos, movimentos sociais, dentre outros. A realidade social que, muitas vezes, é entendida como pano de fundo para o exercício profissional, na verdade é condição necessária para o trabalho do assistente social que busca conhecer a realidade do seu objeto como forma de incidir uma ação transformadora sobre ele.

No que concerne aos instrumentos de trabalho, Iamamoto (2000) revela que a concepção, muitas vezes, se restringe ao arsenal de técnicas do universo profissional, como as entrevistas, as reuniões, os plantões, os encaminhamentos, entre outros, mas a realidade é muito mais complexa. A autora revela que o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos no processo formativo dos assistentes sociais compõem o acervo dos meios de trabalho. Essas competências contribuem para que o profissional possa fazer uma leitura crítica da realidade, para direcionar os rumos necessários para sua ação, mas também atenta que o conhecimento teórico não se sobrepõe à prática, devendo estabelecer uma relação de articulação.

Embora o Serviço Social seja uma profissão liberal, ele não se desenvolve dessa forma, uma vez que o assistente social não possui todos os meios necessários para a efetivação do seu trabalho, como os financeiros, técnicos e humanos. Depende ainda dos recursos previstos para a operacionalização dos programas e projetos da instituição contratante. Sendo assim, a condição de trabalhador assalariado enquadra o assistente social na relação de compra e venda do seu trabalho, mediada através do salário, assim como formata a sua inserção socioinstitucional. (IAMAMOTO, 2020).

No terceiro componente, o trabalho, Iamamoto (2020) afirma que o trabalho é “uma atividade humana exercida por sujeitos de classe” (p.63), e revela as dúvidas existentes acerca do produto gerado pelo trabalho dos assistentes sociais. A autora destaca que a partir dessa questão, pontos de discussão são levantados relacionados ao trabalho concreto e o trabalho abstrato, dupla dimensão de análise da tradição marxista.

O trabalho concreto, considerado útil, constitui-se como um trabalho que cria valores socialmente úteis. O trabalho abstrato é considerado como dispêndios de energia humana física e intelectual, e que gera o valor de troca, segundo Marx (2013).

Na discussão do trabalho concreto e abstrato, Iamamoto (2000) revela que o

Serviço Social se torna socialmente necessário na medida que atuam em questões concernentes à sobrevivência social e material da classe trabalhadora, a partir do trabalho desenvolvido nas áreas de saúde, educação, habitação dentre outras. Nessa lógica contribui para a reprodução da força de trabalho.

Convém destacar que embora o assistente social viabilize o acesso a algo material essencial como uma órtese ou uma prótese, ele produz efeitos no campo dos conhecimentos, dos valores, dos comportamentos, da cultura, uma vez que sua ação tem efeitos nas condições objetivas, relacionadas à reprodução material, e subjetivas, voltada à reprodução sociopolítica ou ideo-política dos sujeitos sociais, segundo lamamoto (2000).

No que tange aos valores de troca produzidos pelo Serviço Social, a autora cita o exemplo das empresas capitalistas. O assistente social não produz diretamente a riqueza, mas é um trabalhador que faz parte de uma combinação de trabalhos especializados na produção, que, em seu conjunto, cria condições para aumentar o capital investido naquela empresa. Esse valor está expresso na produção de treinamentos, nos programas de aposentadorias, na viabilização de benefícios assistenciais, dentre outras atividades desenvolvidas pelos profissionais.

Em contrapartida, o significado do trabalho do assistente social no Estado assume outra dimensão, pois não existe criação de valor e mais-valia, uma vez que no setor público não se criam riquezas com a atuação no campo das políticas sociais públicas. É por conta dessa peculiaridade que lamamoto (2000) destaca que os elementos constitutivos do processo de trabalho existem em determinadas condições e relações sociais para o Serviço Social.

Outro aspecto relevante da concepção de Serviço Social como trabalho, está presente nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS¹⁰ de 1996, que compreende a profissão como especialização do trabalho coletivo e parte da divisão socio técnica do trabalho.

Segundo lamamoto (2000), as diretrizes curriculares evidenciam a questão

¹⁰Segundo o site institucional da ABEPSS (2020) a ABESS foi criada em 1946, sendo denominada Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social, 10 (dez) anos após o primeiro curso de Serviço Social no Brasil, instalado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Em 1996, passou a se chamar Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, como forma de demonstrar a indissociabilidade entre o tripé basilar: ensino, pesquisa e extensão, explicitando a sua natureza científica e como urgência de compor a pesquisa no seu interior, que hoje vem sendo representada pelos Grupos Temáticos de Pesquisa e pela Revista Temporalis.

social como base fundante da profissão, a formulação de estratégias profissionais que reconheçam o contexto societário no qual se gestam e o embasamento necessário por recursos teórico-metodológicos que norteiem o caminho para o deciframento dos processos em suas múltiplas expressões. As diretrizes sinalizam também a articulação entre a profissão e a realidade, através dos processos investigativos.

Outros destaques, segundo a autora, residem no resgate da prática profissional como trabalho e na centralidade da categoria trabalho, “como dimensão distintiva e constitutiva do ser social” (p.62). A perspectiva permite o reconhecimento do assistente social como trabalhador coletivo, não dissociado das relações e condições sociais que norteiam os processos de trabalho nos quais participa. Ao mesmo tempo, afirma a necessidade de destacar as singularidades da especialização do trabalho do Serviço Social, como forma de afirmar sua identidade perante outras profissões (IAMAMOTO, 2000).

Na perspectiva de lamamoto (2000; 2008) distanciar o Serviço Social da categoria trabalho e associá-lo à prática é uma interpretação insuficiente, talvez simplista, o dissociando da classe que pertence e se identifica. É na trilha do pensamento da autora que optamos guiar os caminhos dessa dissertação, por entender que essa perspectiva se articula com a proposta do estudo, todavia é necessário assinalar que também compartilhamos do pensamento da autora sobre a necessidade de assumir um diálogo fraterno, e não oposicionista em relação a outras perspectivas.

1.2 O assistente social como trabalhador da área da saúde

Sabe-se que a saúde se constitui como a área com uma expressiva quantidade de assistentes sociais empregados¹¹. A afirmação é importante, e requer a apresentação de dados históricos que contribuam para a análise da profissão nesse espaço socio ocupacional.

Matos (2010) apresenta fatos importantes para inserção do Serviço Social na saúde. Baseado no estudo de Palma (1996), o autor destaca a constituição dos

¹¹ O último levantamento realizado pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS em 2005 apontava que as áreas de Saúde e de Assistência Social eram as áreas de maior inserção quantitativa de assistentes sociais. Segundo os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES foram registrados cerca de 36.818 vínculos de assistentes sociais em instituições de saúde do SUS até abril de 2021, o que representa um importante crescimento, visto que em 2007 a quantidade de vínculos era de 18 mil.

centros de saúde na cidade de São Paulo, em 1920. Dentro desse contexto surgem profissões como o médico sanitário e a educadora social, cuja principal função:

Deveria ser a de ligação entre os serviços de saúde e as instituições externas, tais como escolas, fábricas ou lares pobres, no papel de visitadoras. Essas novas agentes eram todas mulheres, jovens, professoras primárias recém formadas pelas Escolas Normais, onde haviam sido recrutadas para um curso de formação a ser ministrado pelo Instituto de Higiene com cerca de um ano de duração (PALMA, 1996, p. 67 *apud* Matos, 2010, p. 145)

O autor revela que o papel das educadoras sociais foi propulsor para que os assistentes sociais pudessem se inserir nos serviços de saúde na década de 1940, assim como as características desse perfil profissional influíram no trabalho do Serviço Social em seus primórdios na saúde.

Para falarmos dos princípios da profissão nesse âmbito, recorreremos a Bravo e Matos (2010) que trazem elementos desse cenário de absorção dos assistentes sociais. Como ponto de partida, entendem que a nova conceituação da saúde, proposta pela Organização Mundial da Saúde – OMS¹² e construída em 1948, passa a privilegiar os aspectos biopsicossociais.

Com o agravamento das condições de saúde das populações, sobretudo em países periféricos, os assistentes sociais foram requeridos para atuar em equipes multidisciplinares. Estes profissionais foram desenvolvendo atividades educativas centradas nos hábitos de higiene e saúde de determinados segmentos populacionais, a partir da disseminação de conteúdos de caráter preventivo, além de participarem em programas estabelecidos pela política de saúde na época (BRAVO e MATOS, 2010).

Sobre os dados das primeiras inserções de assistentes sociais na saúde, Matos (2010) dá destaque para a Policlínica Botafogo, no Rio de Janeiro em 1940; para o Hospital Arthur Bernardes em 1942; no Instituto de Cardiologia em 1944, assim como a notória incorporação do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo - USP no mesmo ano. O autor revela que a inserção no Hospital das Clínicas foi muito expressiva para a profissão, pois de 1947 a 1949, o denominado Serviço Social Médico atendia demandas do mercado de trabalho, do Departamento Estadual da Criança, assim como de hospitais e clínicas particulares.

¹² Conforme Scliar (2007), o conceito desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em 1948, caracteriza a saúde como a interlocução do bem-estar físico, mental e social, superando a definição simplista que a configurava apenas como a ausência de doenças.

Matos (2010) revela que a caracterização do Serviço Social Médico provinha da construção do fazer profissional atrelada ao modelo médico clínico. O trabalho profissional do assistente social contribuía para o aperfeiçoamento do trabalho médico, sendo classificado como um “paramédico”, designação criada para os profissionais que não pertenciam a área médica, e que possuíam ocupações consideradas subsidiárias.

É interessante observar a realidade do Serviço Social no Brasil, que se assemelha, em alguns pontos, com a particularidade de alguns países da América Latina, como o Chile. No referido país, a primeira Escola de Serviço Social foi fundada em 1925 pelo Dr. Alejandro del Rio, sendo a profissão subordinada à Medicina, a exemplo do que ocorreu no Brasil na década de 1940, ainda que com suas peculiaridades, segundo Matos (2010).

Matos (2010), alicerçado na obra de Pinheiro (1985), destaca que o Serviço Social na década de 1940 atuava em hospitais visando construir um elo da família e do doente com a instituição, objetivando o seu tratamento após a alta hospitalar. Além disso realizava o trabalho com as famílias, de forma que essas não fossem afetadas materialmente pela ausência do “chefe familiar”.

A intervenção profissional se desenvolvia aos moldes do Serviço Social de Caso que, por conta da referência dos pressupostos positivistas, compreendia que os problemas vivenciados pelos indivíduos eram consequências de suas escolhas e de seu comportamento. Portanto, cabia ao assistente social intervir nos hábitos desses indivíduos para que se integrassem à sociedade, segundo Matos (2010).

Nas instituições hospitalares, o assistente social mediatizava a relação entre instituição e a população, como forma de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios de forma seletiva. Para desenvolver a atuação, os profissionais se aportavam em ações como: plantão, triagem, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária, afirmam Bravo e Matos (2010).

É interessante observar que mesmo retratando o contexto da década de 1940, muitas das ações referenciadas são reproduzidas no cotidiano do assistente social atuante na saúde na contemporaneidade, sendo algumas criticadas pela literatura especializada, como o plantão. Vasconcelos (2003) destaca que em muitas instituições o plantão não é uma atividade planejada, organizada, se reduzindo em ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social como forma de “resolver problemas do usuário” (p.168).

Na década de 1950 as tendências que surgem no âmbito da saúde, sobretudo as advindas dos Estados Unidos como a medicina integral, a medicina preventiva, que acabaram por culminar em 1960 na medicina comunitária, não refletiram diretamente na atuação dos assistentes sociais do Brasil. Bravo e Matos (2010) explicam que os profissionais mantiveram suas ações restritas aos hospitais e ambulatórios.

Ainda segundo os autores, a profissão até meados da década de 1960 não desencadeou polêmicas que questionassem a consolidação do bloco hegemônico conservador que dominou a produção do conhecimento e as entidades representativas do Serviço Social como as associações sindicais, profissionais e os conselhos.

Porém, na metade da década de 1960, a situação passa a ganhar novos contornos, ensejada pelos questionamentos elaborados no âmbito das ciências sociais e humanas acerca da lógica do desenvolvimentismo¹³ e de suas feições na América Latina. Todavia, as mobilizações e os pensamentos críticos em torno da direção do Serviço Social naquele determinado momento, foram silenciadas pelo golpe militar de 1964¹⁴. (BRAVO E MATOS, 2010).

O cenário requisitou a renovação do Serviço Social perante as estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora orquestradas pelo Estado e pelo Capital, assim como precisava atender às novas demandas sob a racionalidade burocrática.

Para isso a elaboração teórica do Serviço Social, de 1965 a 1975, teve como principal aporte o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais – CBCISS, sendo o responsável por difundir a perspectiva modernizadora na profissão, que nas palavras de Netto (2011):

aceita como **dado inquestionável a ordem sociopolítica** derivada de abril e procura dotar a profissão de referências e instrumentos capazes de responder às demandas que se apresentam nos seus limites- donde, aliás, o cariz tecnocrático do perfil que pretende atribuir ao Serviço Social no país. **No âmbito estrito da profissão, ela se reporta aos seus valores e concepções mais “tradicionais”, não para superá-los ou negá-los, mas para inseri-los numa moldura teórica e metodológica menos débil, subordinando-os aos seus vieses “modernos”** – donde, por outro lado, o lastro

¹³ Matos (2010) aponta o desenvolvimentismo como uma ação estratégica sustentada pela Organização das Nações Unidas – ONU para interromper movimentos de libertação nacional para países subdesenvolvidos. No Brasil a ação tornou-se evidente com o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961) com a célebre promessa de desenvolvimento “50 anos em 5”.

¹⁴ Segundo Lara e Silva (2015) o golpe militar ocorreu na transição do dia 31 de março e 1º de abril de 1964. Apoiado pelo imperialismo norte-americano, pelos setores conservadores do alto escalão da Igreja Católica, e pela burguesia nacional e internacional, o golpe representou o retrocesso de direitos trabalhistas e sociais e o avanço dos poderes e lucros capital

eclético de que é portadora. (p. 155). [grifos nossos]

A perspectiva modernizadora rebate diretamente na saúde. As influências se traduzem na prática-curativa, sobretudo na assistência médica-previdenciária, que, por sua vez, se torna nesse dado período histórico a maior empregadora dos assistentes sociais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Além disso, o aspecto educativo da profissão estava voltado ao controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhora do seu quadro de saúde, enfatizando uma perspectiva pedagógica distanciada dos determinantes da questão social, resultados do conflito entre o capital e o trabalho. Dessa forma, as atividades assumem feições condizentes ao modelo político-econômico vigente no Brasil, afiança Bravo (2007).

No final da década de 1970 não houve mudanças significativas em relação ao trabalho desenvolvido no âmbito da saúde, apesar do processo organizativo da categoria, do aprofundamento teórico dos docentes, e do movimento que se gestava no âmbito da sociedade. Nesse sentido, o Serviço Social na saúde manteve-se orientado pela perspectiva modernizadora.

A década de 1980 trouxe novas configurações, dada a grande efervescência política e o cenário de crise vivenciado pela ditadura militar. O cenário rebate diretamente sobre a saúde coletiva, assim como no Serviço Social, que nos marcos do processo de renovação, encontra-se na perspectiva de intenção de ruptura. Segundo Netto (2011) esta perspectiva trazia em seu cerne objetivos para o plano profissional que se opunham ao perfil do assistente social requisitado pela “modernização conservadora”, assim como delineava um projeto de sociedade contrário ao construído pela ditadura.

Nesse mesmo período, o movimento sanitário conseguiu avançar nas propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo privado, que por décadas gerou dicotomias latentes no acesso à saúde entre os trabalhadores, e obteve seu principal marco na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida na cidade de Brasília em 1986.

Bravo (2007) destaca que o relatório final da 8ª CNS incorporou as discussões sobre a universalidade do acesso, a concepção de saúde como um direito social básico, e foi apresentado como propulsor para a reformulação da saúde na

Assembleia Constituinte ocorrida em 1986. Muitas das requisições postas pelo Movimento de Reforma Sanitária foram incorporadas ao texto constitucional.

A saúde como integrante do tripé da Seguridade Social, ao lado da previdência e da assistência Social, é representada através de 5 artigos (Art.196-200), que trazem em seu conteúdo uma visão de saúde atrelada à universalidade do acesso, de forma integrada, regionalizada e hierarquizada em diferentes níveis de complexidade. (BRAVO E MATOS, 2010).

Ainda segundo os autores, o Serviço Social é influenciado pela nova conjuntura de 1980, mas, ao mesmo tempo, ainda passa por um processo interno de revisão de suas bases, lutando contra as amarras do tradicionalismo, através das intensas disputas em torno do novo direcionamento a ser dado pela profissão.

Bravo e Matos (2010) destacam ainda que o fato do processo de renovação do Serviço Social no Brasil ter sido um movimento de revisão interna, não oportunizou um elo com outros debates que elencavam a construção de práticas democráticas, assim como o Movimento de Reforma Sanitária. Esse cenário explica o descompasso da profissão, nesse momento inicial, com a luta pela saúde pública, mas em meados da década de 1980 novos caminhos passaram a ser trilhados.

Soares (2010) afirma que alguns assistentes sociais da área da saúde pública se aproximaram das produções teóricas concernentes a esse âmbito, participando ativamente de estratégias do projeto de Reforma Sanitária e destacando a importância da atuação profissional nos centros de saúde e ambulatórios.

Em consonância, citamos Bravo (2007) que ressalta a adoção de uma postura crítica dos assistentes sociais expressa nos trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Serviço Social em 1985 e 1989. Também faz uma menção à proposta de intervenção criada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS em conjunto com a Associação Nacional de Assistentes Sociais – ANAS e com o Conselho Federal de Assistentes Sociais – CFAS para o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

A autora ressalta os pontos citados como importantes, mas ainda insuficientes, pois na década de 1990, o Serviço Social deparava-se com ínfimas alterações na prática profissional. É nesse sentido que Bravo e Matos (2010) afirmam que, enquanto o Serviço Social cresceu na fundamentação e consolidação teórica no âmbito das universidades, foram poucas as mudanças oportunizadas na intervenção profissional, representando a dificuldade de sintonização de numerosos membros da categoria

com movimentos importantes para a sociedade.

A década de 1990 trouxe desafios, visto que foi uma conjuntura marcada pela minimização do Estado. Esse cenário promoveu uma nova conjuntura política e econômica que fragilizou intensamente as políticas sociais e privilegiou os caminhos de sua flexibilização. Conforme Bravo e Matos (2010) o projeto de Reforma Sanitária passa a ser questionado nesse contexto, sendo assim se privilegia um projeto de saúde articulado aos ideais mercadológicos, reavivando as discrepâncias da conceituação de saúde do movimento sanitário.

Embora o cenário marcado pela regressão de direitos, avanços importantes devem ser destacados. Matos (2010) indica que embora a profissão tenha encontrado mudanças pouco qualitativas no seu trabalho profissional em 1990, com insuficientes produções teóricas sobre as demandas desse âmbito profissional, e ter se distanciado da discussão coletiva sobre os princípios da Reforma Sanitária, o final da década trouxe novos ares, na qual há uma mobilização em torno da defesa do Movimento e do SUS.

O autor revela, entretanto, que é necessário compreender até que ponto essa incorporação e defesa do Movimento Sanitarista tem levado a alterações no trabalho profissional. Neste sentido, destacamos o pensamento de Vasconcelos (2002) que afirma que essa mudança de posicionamento se deu, inicialmente, no campo do discurso. Essa circunstância indica o quão importante é a discussão do trabalho profissional na saúde, sobretudo em tempos desafiadores que afetam a estrutura dessa política, e requerem posicionamentos e mobilizações em sua defesa.

Considerando os limites das proposições desse tópico, entendemos que o campo de desafios da saúde, vivenciado por assistentes sociais será destacado com maior afinco no segundo capítulo da dissertação, como forma de dar maior visibilidade para a arena de obstáculos que emerge e convoca os assistentes sociais atuantes na política de saúde na contemporaneidade.

1.3 A conquista da saúde como um direito no Brasil: Da Lei Eloy Chaves ao Sistema Único de Saúde

A discussão da trajetória da política de saúde é complexa e extensa, mas é necessário analisar suas principais facetas como forma de compreender a história de lutas para a constituição da política desenhada na Constituição Federal de 1988, corporificada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Como ponto de partida, elegemos a origem da formação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, através da promulgação da Lei Eloy Chaves, pelo Decreto nº 4.682, em 1923. Reis, Araújo e Cecílio (2012) afirmam que a legislação das CAPs foi voltada para conferir estatuto legal para iniciativas existentes de organização dos trabalhadores pelas fábricas, como forma de garantir pensão em caso de acidentes, afastamentos do trabalho por enfermidades e uma futura aposentadoria.

Dessa forma, as CAPs surgem com a necessidade de atender às demandas ensejadas por trabalhadores, mas posteriormente o estrito escopo de sua atuação, a partir do estabelecimento do seguro social para organizações trabalhistas com maior influência na esfera da política e da economia¹⁵, acabou por produzir complexas relações que serão evidenciadas no decorrer desse tópico.

Acerca da funcionalidade das CAPs, Cohn *et al* (2002) explicam que essa era eminentemente assistencial, através da oferta de benefícios financeiros, sendo estes proporcionais à contribuição dos trabalhadores. Dentre o conjunto de serviços prestados estavam: a distribuição de medicamentos, a assistência médica preventiva, a aposentadoria por tempo de serviço, idade ou invalidez; as pensões para dependentes e o auxílio funeral.

As CAPS eram instituídas por contrato compulsório, organizadas por empresas, culminando no fato de que apenas grandes organizações tinham aparato necessário para mantê-las. A União contribuía no financiamento parcial e na normatização das CAPs como uma forma de seguro social.

Cohn *et.al* (2002) nos alertam para a dicotomia existente na estrutura desse seguro social, tendo em vista que a acessibilidade para os serviços oferecidos se dava através da inserção em funções laborativas reconhecidas formalmente pelo Estado, sendo assim o trabalhador rural, os profissionais liberais, e todo trabalhador sem vínculo formal estava excluído. Nesse cenário, o direito à saúde era restrito, tendo suas possibilidades de acesso entrelaçadas a cidadania regulada¹⁶

Na década de 1930, a sociedade brasileira passava por mudanças

¹⁵ A assertiva faz alusão especial aos setores ferroviários e marítimos. Para fins de informação, a discussão encontra-se na obra **Cidadania e Justiça** (1979) construída Wanderley Guilherme dos Santos.

¹⁶ De acordo com Santos (1979) a cidadania regulada se atrela à ideia de que os direitos do cidadão se restringem ao lugar que ocupa no processo produtivo, reconhecido por lei. Aqueles cuja ocupação a lei desconhece, tornam-se pré-cidadãos.

significativas. Com a derrocada da República Velha¹⁷ emerge o Estado Novo, sendo comandado pelo presidente Getúlio Vargas. O período simbolizou transformações na organização do Estado, sobretudo com a criação de diversos órgãos públicos. Polignano (2001) destaca o nascimento de grandes ministérios como o Ministério da Educação e Saúde e o Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio.

Hochman (2005) destaca que o período Vargas associou o conceito de trabalho aos direitos de cidadania, o que contribuiu para a construção de sua imagem como “pai dos pobres”. Para a saúde, um dos marcos desse governo foi a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, sendo um modelo previdenciário diferente das CAPs, ao constituírem um sistema de organização por categoria profissional, não mais por empresas, assim como passaram a ser operacionalizados pelo Estado.

O estudo de Bravo (2001) nos fornece elementos para entender esse contexto histórico, no qual a sociedade brasileira vivenciou as ingerências do acelerado processo de industrialização, capitaneado pelo capital industrial. Este processo resultou na ampliação da classe trabalhadora, através da acelerada urbanização, porém dentro de condições de higiene, saúde e habitação deficitárias.

Nesse sentido, reivindicações da classe trabalhadora foram desencadeadas clamando melhores condições de vida. O Estado necessitava elaborar estratégias que abordassem a questão da saúde dentro dessas novas particularidades, como forma de apaziguar os conflitos entre capital e trabalho.

Bravo (2001), embasada nos estudos de Braga e Paula (1986), apresenta as medidas elaboradas nas décadas de 1930 e 1940 no âmbito da saúde:

- 1) Ênfase nas campanhas sanitárias; 2) Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; 3) Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; 4) Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); 5) Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (p.4).

¹⁷ Para Fausto (2013) o período da República Velha, compreende os anos de 1889 a 1930. Dessa forma inicia-se com a Proclamação da República, com Marechal Deodoro da Fonseca até a “Revolução de 1930” período de profundas transformações políticas no país.

Bravo (2001), apoiada em Oliveira e Fleury (1986), destaca que dentro do período histórico de 1930 e 1940 o modelo de previdência era demarcado pela contenção, vista a repentina e ampla inserção de trabalhadores no sistema. Sendo assim, sob a lógica de limitações de recursos financeiros, os serviços se tornaram restritos.

O aumento de investimentos financeiros em 1950 apresentou para a política de saúde um cenário mais positivo. Melhorias em torno das condições sanitárias de segmentos da população foram obtidas, por outro lado, os intentos voltados para a erradicação de doenças infecciosas e parasitárias, assim como a diminuição das taxas de mortalidade não foram tão exitosos.

Dentre outros acontecimentos marcantes da conjuntura histórica, está a construção da estrutura do atendimento hospitalar privado, cenário que privilegiou o surgimento de empresas médicas. Segundo Bravo (2001), a assistência médica previdenciária permanecia sob o comando dos IAPS. Contudo, a situação passa a ganhar novos delineamentos a partir do contexto de ditadura civil-militar (1964-1985), marcado pelo declínio da saúde pública e pelas influências capitalistas na prática médica.

O período de ditadura civil-militar representou mudanças significativas para a sociedade brasileira, a partir de uma tendência de desenvolvimento econômico, social e político. Os problemas estruturais da época não foram sanados, mas aprofundados sob feições dramáticas. Bravo (2001) explica ainda que as formas de enfrentamento do Estado perante as expressões da questão social, aportaram-se no binômio repressão-assistência, oportunizando a regulação sobre a sociedade.

Em 1966, com a unificação dos IAPS gesta-se o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que segundo Reis, Araújo e Cecílio (2012) representou vitórias, visto que havia resistência para unificação pelas categorias profissionais que possuíam institutos mais ricos. O INPS simboliza o componente assistencial baseado na compra de serviços assistenciais do setor privatista. Para Bravo (2001), a gênese do INPS trouxe como intento a modernização do aparelho estatal e o alinhamento dos trabalhadores ao jogo político da época, a partir da sua exclusão da gestão da previdência, fato que representou o aumento do poder regulatório.

Em 1970, a incorporação de novas categorias profissionais pelo INPS demandou, por consequência, serviços e gastos na área da saúde. Dentro disso, o Estado permitiu a contratação de serviços de saúde privados, assim propiciando a

abertura do “complexo médico-empresarial”, como explica Baptista (2005).

Segundo Bravo (2001) esse processo permitiu a acumulação do capital por parte das grandes empresas de monopólio internacional da área de medicamentos e equipamentos médicos, cenário que acabou privilegiando o produtor privado e entrelaçando a prática médica brasileira aos moldes de expansão do projeto do Capital.

As assertivas de Cohn *et.al* (2002) também nos ajudam a compreender esse cenário, ao destacarem que se, por um lado, a compra de serviços de saúde do setor privado se solidificou, em contrapartida a rede pública de serviços de saúde foi tomada por um processo de deterioração.

Ademais, os autores revelam que o cenário evidenciou profundas diferenciações para os setores urbano e rural no que tange a oferta de serviços de saúde. O trabalhador assalariado urbano, por meio da previdência social, acabava sendo direcionado para rede de saúde privada, enquanto o trabalhador rural era conduzido para o setor público e filantrópico, que fornecia uma rede ambulatorial centrada na atenção primária. Desta forma, é nítido como se fomentou uma lógica de atendimento fortemente desigual no âmbito da saúde naquele período histórico.

A década de 1970, conforme sinaliza Polignano (2001), foi terreno fértil para uma série de transformações. Dentre elas estava a Criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública, que visava a promoção de ações para a erradicação de endemias; em 1975 foi constituído o Sistema Nacional de Saúde que simbolizou um modelo de política, que direcionava a medicina curativa para o Ministério da Previdência e a medicina preventiva para a responsabilidade do Ministério da Saúde.

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social – SINPAS, e junto a ele o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS em substituição ao INPS, pois este carecia de estrutura orçamentária e administrativa. O INAMPS se manteve como órgão até 1993, ano em que foi extinto em decorrência da criação do SUS.

É necessário apontar que no final da década de 1970 começou a se delinear uma outra perspectiva sobre a saúde. Nessa época ocorreu um aumento expressivo de produções teóricas que se centravam na saúde coletiva, desenvolvidas por pesquisadores e por profissionais da saúde. As análises evidenciavam a relação entre os efeitos da economia e as condições de vida insalubres da população, bem como a dificuldade de acesso aos serviços básicos da saúde. Os resultados apresentavam

que amplos segmentos populacionais eram fragilizados perante ao contexto, sendo acometidos por doenças e outros danos à saúde. (BRAVO, 2007).

As produções evidenciavam um caráter militante, e delineavam possibilidades para a viabilização da saúde como um direito social básico para todo o cidadão brasileiro.

Os anos de 1980 trouxeram mudanças significativas para a sociedade brasileira, ensejadas pelo processo de redemocratização política, ocasionado pelo fim da ditadura civil-militar. A saúde, nessa conjuntura, assume dimensão política através do contato com o viés democrático, e deixa de ter centralidade apenas para os técnicos, ao contar com a participação de diversos sujeitos coletivos nos debates, assim explica Bravo (2007).

Diante disso, se faz necessário ressaltar como se gestava a atuação de cada sujeito envolvido: os profissionais da saúde, por exemplo, através das suas entidades representativas, passaram a defender questões relacionadas ao fortalecimento do setor público de saúde. O Movimento Sanitário, que teve como percussores: o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES; a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; os membros das Universidades e o movimento sindical, proporcionou a ampliação de propostas alicerçadas na perspectiva de universalidade da saúde, bem como em princípios democráticos de participação. Cabe ressaltar também a participação de alguns partidos políticos, que viabilizaram debates no Congresso sobre a política de saúde. Ademais, convém destacar a contribuição dos movimentos sociais na realização de eventos articulados a outras entidades da sociedade civil organizada.

As discussões produzidas pelo Movimento de Reforma Sanitária centravam-se na universalização do acesso à saúde, evidenciaram a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, objetivaram um novo olhar sobre a saúde, através da criação de um Sistema Unificado, assim como a descentralização do processo decisório para o âmbito estadual e municipal (BRAVO, 2007).

Para a efetivação das propostas mencionadas é necessário citar a 8ª Conferência Nacional de Saúde – 8ª CNS, realizada em março de 1986, na cidade de Brasília. O evento contou com a participação de 4.500 pessoas, sendo mil delegados. Para Arouca (1998) a conferência foi um marco político e conceitual para o processo de transformação da saúde, reconhecendo o direito à saúde como comum a todos, integrando o conjunto de direitos fundamentais, e devendo ser assegurado pelo

Estado.

A 8ª CNS também viabilizou que a sociedade fosse introduzida na discussão acerca da saúde. Portanto, as argumentações que se mantinham nas entidades como a ABRASCO, o CEBES, passaram a contemplar a participação da associação de moradores, de sindicatos, de partidos políticos, dentre outros. Bravo (2007) destaca a 8ª CNS foi propulsora para a propagação de conferências, contendo temas específicos, como: saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde indígena, além de outras temáticas que contemplam mais segmentos sociais.

Bravo (2007) nos explica que após a 8ª CNS foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária – CNRS que contou com a participação de dois blocos: os grupos empresariais, representados pela Federação Brasileira de Hospitais – FBH e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas, e pelos representantes favoráveis ao movimento de reforma sanitária. As divergências entre os dois grupos fizeram com que houvesse conflitos de interesses, e tal fato apresentou dificuldades quanto à concretude de todas as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A autora assinala que, independentemente dessas divergências, o relatório final da 8ª CNS foi apresentado como alicerce durante a Assembleia Nacional Constituinte, pois considera a saúde como produto das condições de alimentação, habitação, renda, educação, transporte, lazer, liberdade, emprego, acesso à terra e assim como o acesso a serviços de saúde. Acima de tudo é concebida como resultante das formas de organização social dentro do processo produtivo, que por sua vez gera antagonismos marcantes na sociedade, sobretudo nas condições de vida da classe trabalhadora.

O relatório segue afirmando que a saúde não deve ser reconhecida como abstrata, ela configura-se dentro da história de uma determinada sociedade e ao longo de seu desenvolvimento deve ser conquistada pelos cidadãos através de suas lutas cotidianas (BRAVO, 2007).

Após a realização da 8ª CNS foram assumidas iniciativas da reforma sanitária, agrupando nas políticas das Ações Integradas de Saúde – AIS intervenções nas áreas de alimentação, habitação, saneamento, alimentação, entre outras, conquistando uma significativa melhora nos indicadores elevados de mortalidade e morbidade no Brasil. A partir da consolidação das AIS surgiu a necessidade de se constituir o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, considerado como um elemento propulsor para o nascimento do SUS, cujas bases são expressas na Constituição

Federal de 1988 (CORDEIRO *apud* BRAVO, 20007).

Segundo Bravo (2009), a Constituinte de 1988 além de estabelecer seu compromisso com os direitos sociais, representou avanços que buscavam corrigir injustiças sociais históricas, que por vezes se traduziram na incapacidade de universalizar direitos, visto a “longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (p.2).

Com a promulgação da Carta Magna foi permitido um avanço ao estabelecer a saúde como um direito a todo cidadão brasileiro e um novo olhar interligado à democracia¹⁸. Todavia é fundamental considerarmos que os anos posteriores a sua gênese, sobretudo a partir da década de 1990, acenam para propostas distanciadas dos seus princípios, criando ainda impasses cotidianos que encaminham a sua estrutura para uma lógica mercantil, distanciada dos seus valores doutrinários.

Segundo Bravo (2010) a proposta de saúde pública construída na década de 1970 pelo Movimento de Reforma Sanitária e apresentada na Constituição Federal de 1988 tem sido paulatinamente desconstruída e passa a ser atrelada às propostas de mercado. Para a autora, o projeto de saúde dentro dessa perspectiva apresenta como tendência o caráter focalizado das ações para populações mais vulneráveis e o estímulo do seguro privado direcionado para quem possui maior poder aquisitivo. Ao Estado, nesse cenário, cabe prover uma política social mínima aos comprovadamente pobres, rompendo com o caráter de universalidade.

Portanto, visualiza-se um cenário no qual a política de saúde vem sendo flexibilizada e inserida na agenda do projeto privatista.

¹⁸ Para Coutinho (1999) a democracia representa soberania popular. O autor a define “como a presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social” (p.42). Em contribuição, é válido trazer a concepção de Bobbio (2004) que explica a democracia como a soberania dos cidadãos, não podendo ser desvinculada do conceito de direitos humanos.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: A CAMINHO DA LÓGICA DE DIREITOS?

O SUS é nosso, ninguém tira da gente! Direito conquistado não se compra e não se vende!

(Frente Nacional contra a Privatização da Saúde)

Considerações iniciais

A construção do SUS possibilitou uma nova concepção de saúde atrelada aos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade social, rompendo com dicotomias que atrelavam o acesso à política de saúde ao vínculo contributivo.

Embora o SUS represente uma das grandes conquistas históricas da sociedade brasileira, fruto de intensas mobilizações de diversos atores sociais, os anos posteriores a sua gênese acenam para um cenário oposto à sua idealização. As reformas orientadas para o mercado, iniciadas no governo Fernando Collor, e coroadas no governo de Fernando Henrique Cardoso, impactam fortemente nas políticas sociais.

A saúde, vista como um nicho extremamente lucrativo para o Capital, sofre com as ingerências do processo de contrarreforma¹⁹ que propõe um projeto privatista à saúde – interligado ao paradigma neoliberal²⁰ para as políticas sociais assentado na focalização/seletividade, descentralização e na privatização – trinômio que gera desafios para a saúde como um direito social universal.

Nesse sentido, o capítulo versará sobre a incidência do processo de contrarreforma na saúde, elucidando suas características e os desafios gestados, enfocando também as particularidades da política de saúde do governo Lula até o governo atual, de Jair Bolsonaro, e destacará como o cenário contemporâneo impacta o trabalho dos/as assistentes sociais que atuam nesse espaço socio ocupacional.

¹⁹ Para Behring (2008) a contrarreforma se constitui por um conjunto de mudanças regressivas sobre a proteção social da classe trabalhadora, uma vez que promove medidas antinacionais e que violam a democracia e os direitos de cidadania. Sendo assim, deturpa a essência primária do termo reforma que se interligava ao movimento operário que visava à conquista de direitos.

²⁰ O neoliberalismo constitui-se como um aparato político ideológico que atua de modo a diminuir a intervenção do Estado na esfera social, ocasionado a transferência de responsabilidades para a sociedade civil. Para Anderson (1995) trata-se de uma reação teórica e política contrária ao Estado intervencionista, visto que ele simboliza uma ameaça à liberdade econômica e política.

2.1 Entre conquistas e desafios da lógica democrática: Inflexões do processo de contrarreforma na saúde

Para se discutir as facetas do ajuste neoliberal no Brasil e suas inflexões na saúde, é necessário inicialmente realizar uma breve contextualização histórica sobre algumas particularidades desse fenômeno na América Latina. Soares (2009) apresenta que a crise do final dos anos de 1970, desencadeou efeitos macroeconômicos, financeiros e de produtividade desastrosos para a economia internacional. A autora segue destacando que os impactos e as propostas para a reversão da crise diferenciaram-se para cada país, levando em consideração a inserção de suas economias no quadro internacional, assim como o seu próprio desenvolvimento socio histórico.

O cenário produzido pela crise conduziu caminhos para a elaboração de teses monetaristas e neoliberais para as políticas econômicas em uma parcela significativa de países. A adesão ao modelo neoliberal, com maior proporção, ocorreu nos países da América Latina, uma vez que os países centrais transportaram a dívida adquirida para os países latino-americanos sob a forma de dívida externa. Dessa forma, no período de implementação da mencionada receita, garantiram a segurança de suas economias, mesmo esta escolha trouxesse consequências devastadoras para os outros países envolvidos, conforme destaca Soares (2009).

Para complementar a ideia da autora é importante citar Vieira (2009), que relata que diversos países da América Latina se viram compelidos a adquirir inúmeros empréstimos como forma de saldar suas dívidas com os países centrais. A receita imposta, segundo o autor, se traduz na obrigação de aplicar o liberalismo econômico e a estabilização monetária, resultando na “sujeição, vexame e à obscuridade à América Latina” (p.79).

Embora os países latino americanos tenham experienciado pontos de similitude em torno de sua situação, não se pode deixar de destacar que as consequências econômicas, políticas e sociais foram bastante diferenciadas. No que tange ao período de implementação, Soares (2009) destaca que este variou entre os anos de 1980 e 1990, sendo o Brasil o país que obteve uma entrada tardia dentro do modelo.

Outro elemento a ser ressaltado está na formatação e na intensidade da política de ajuste que variava entre o ortodoxo e o radical, ou até mesmo um equilíbrio entre as duas nuances.

Dentre outros aspectos trazidos por Soares (2009) destaca-se a estruturação da economia dos países. No Brasil, por exemplo, existia um alto grau de industrialização comparado a outros países da América Latina, todavia o ajuste neoliberal resultou na destruição do parque industrial nacional. As consequências desse contexto também são reforçadas na obra *Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos* (2008), de Elaine Behring que destaca que, com a desnacionalização da economia brasileira, privilegiou-se o avanço do capital internacional no país, estratégia que buscava garantir sua adaptação à lógica de mundialização, porém dentro de uma condição subordinada.

As facetas do ajuste neoliberal nos países da América Latina residem ainda na formatação das políticas públicas sociais que se dividem em três modelos distintos, segundo Soares (2009). No Chile, por exemplo, ocorreu uma ruptura com o padrão anterior de políticas públicas. Em países como o Peru e a Bolívia, ocorreu o desmonte de políticas sociais que eram consideradas frágeis, e o Estado, como agente executor, foi substituído por programas financiados e por recursos internacionais e também por Organizações não Governamentais – ONGs. No caso do Brasil, as políticas sociais depararam-se com um caminho paulatino de desmonte, até mesmo as consideradas mais estruturadas como a Seguridade Social, composta pela Assistência Social, Previdência Social e Saúde.

Para Soares (2009) o ajuste neoliberal no Brasil desenhou feições dramáticas tanto na área econômica quanto na social. Independentemente de ter sido um dos únicos países da América Latina a resistir às políticas de desregulamentação financeira nos anos de 1980, a década conseguinte forneceu uma conjuntura na qual as políticas de ajuste neoliberal encontraram terreno fértil para o seu estabelecimento com maior intensidade.

A década de 1990, no contexto brasileiro, foi fortemente marcada pelas iniciativas de reformas orientadas para o mercado, com o intuito de consolidar a ideia de globalização vigente em outros países capitalistas desde a década de 1970, conforme assinala Behring (2008). Nesse contexto entrou em cena um novo padrão de acumulação, que culminou com a flexibilização das relações de trabalho, e tornou propício o processo de contrarreforma do Estado brasileiro.

O governo de Fernando Collor (1990-1992) trouxe em sua estrutura uma orientação política afinada às recomendações contidas no Consenso de Washington, que ditavam uma “forte disciplina fiscal, controle da inflação e uma drástica redução

do Estado na economia e na sociedade” (POTYARA, 2007, p. 160)

A política de saúde na era Collor enfrenta grandes desafios para realização do SUS conforme seu marco legal. Soares (2010) indica algumas tendências que corroboram para essa assertiva, como a não regulamentação da descentralização e da participação social; a expressiva redução dos recursos para a saúde e o adiamento da 9ª Conferência Nacional de Saúde – CNS que ocorreu apenas em 1992, uma diferença de 6 anos em relação a 8ª CNS.

Ademais, foram incentivadas ações pontuais na saúde pública, privilegiando o mercado privado na saúde. A autora assinala ainda a invisibilidade do termo Reforma Sanitária nos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde da época.

Ressalta-se ainda o lançamento na Norma Operacional Básica de 1991, a primeira de um conjunto de seis instrumentos reguladores dos aspectos operacionais do SUS. A NOB/91 foi formulada com forte influência do INAMPS e redefiniu a lógica de financiamento da saúde, ao eleger o sistema de pagamento por produção de serviços, contrária ao mecanismo de transferência automática de recursos federais aos estaduais e municipais, segundo Lima e Silva (2005). A NOB/91 acarretou em repercussões negativas visto que seu conteúdo privilegiava as atividades de assistência médica sobre as ações para a saúde coletiva, argumentam as autoras.

Embora os impasses vivenciados, a 9ª CNS permitiu dar visibilidade a essa questão, apontando as falhas no processo de municipalização, e da necessidade de realizar ajustes no sistema de financiamento, uma vez que os municípios acabavam por assumir grandes responsabilidades, mas sem a obtenção de recursos necessários.

Com a saída de Collor em 1992, em decorrência de um escândalo político²¹ que o levou ao *impeachment*, Itamar Franco assume a presidência. Paim (2008) elucida que o mandato de Franco possibilitou uma conjuntura política que foi favorável a alguns aspectos da Reforma Sanitária. Algumas das recomendações da 9ª CNS serviram de inspiração para a versão preliminar do documento “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer a Lei”. Um dos esforços do governo em efetuar a descentralização das ações e serviços de saúde se

²¹ Em maio de 1992 Collor foi acusado de associação em esquema de corrupção gerenciado pelo tesoureiro de sua campanha eleitoral. Uma Comissão Parlamentar de Inquérito, constituída no mesmo ano, confirmou seu envolvimento. Em setembro, foi autorizada a abertura do processo de *impeachment*, em meio a uma onda de manifestações populares, e no mês de dezembro o Senado Federal aprovou o pedido de *impeachment* do então presidente. (SALLUM JR e CASARÕES, 2011)

consubstanciou na Norma Operacional Básica 01/1993 – NOB/93, com o apoio do Conselho Nacional das Secretarias Municipais – CONASEMS, afirma Paim (2008).

A NOB/1993 objetivava estabelecer um processo transitório, pois até aquele dado momento histórico, os municípios eram concebidos como mero prestadores de serviços, então se fazia necessária a municipalização plena, conforme o marco legal. Paim (2008) destaca que, embora a NOB/93 tivesse permitido avanços quanto ao processo de descentralização e participação da comunidade, ela ficou muito distante do previsto na legislação, ao não valorizar a integralidade e não investir em mudanças no modelo de atenção à saúde, pautado no modelo hospitalocêntrico.

Além disso, a saúde convivia com constantes ameaças de revisão constitucional, sobretudo relativas às fontes de custeio da Seguridade Social. Embora o Movimento Sanitário ter tido êxito no bloqueio dessas iniciativas, em primeiro momento, não conseguiu impedir que os recursos da saúde fossem retidos pelo Ministério da Previdência Social, ação apoiada pelo Ministério da Fazenda, administrado na época por Fernando Henrique Cardoso (PAIM, 2008).

Esse golpe à saúde, representou uma queda nos investimentos provocada pelos procedimentos realizados pelo INAMPS. Em dados numéricos, Soares (2010) sinaliza que houve uma diminuição de 36% em investimento nas ações e serviços de saúde em 1993.

Para Paim (2008) enquanto o Ministério da Previdência não realizava o repasse de recursos da saúde para o SUS, os juros da dívida do governo só aumentavam e repercutiam intensamente sobre o orçamento de áreas sociais como a educação e a própria saúde. Embora o cenário desastroso, o então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso revelava para o jornal A Tarde, em 1993, a insustentabilidade do Tesouro em arcar com as despesas da saúde do povo brasileiro, dada a inflação da época.

O cenário demonstrava as consequências do ajuste macroeconômico refratado no Plano Real, e como “a saúde da moeda importava mais que a saúde do povo” (PAIM, 2008, p.170). Cabe ressaltar que esse fato tem continuidade no governo seguinte, com Fernando Henrique Cardoso agora na presidência, porém em maior profundidade.

É no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2001) que o projeto afinado aos princípios do grande Capital assumiu uma face mais destrutiva. Soares (2009) assinala que uma das propostas que emergiu do projeto neoliberal brasileiro

foi a retirada do Estado como agente econômico produtivo e empresarial, algo que possibilitou a ascendência de projetos de privatização das empresas estatais, contribuindo para a reestruturação do setor público, a partir da Reforma do Estado.

Nesse sentido, é fundamental destacar o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado aprovado em 21 de setembro de 1995 que teve como intento estabelecer objetivos e diretrizes para a reconstrução da administração pública para uma administração gerencial.

Bresser Pereira (1998) apresenta quatro dimensões fundamentais que justificavam a reforma do Estado. São elas: a delimitação da abrangência institucional e a redução do tamanho do Estado; a definição do papel regulador do Estado; o aumento da capacidade de governança, assim como o aumento da governabilidade. Para Bresser Pereira (1998) redimensionar os quatro eixos supracitados possibilitaria no melhor desenvolvimento econômico e social, sendo concebido um Estado Social-Liberal, em contrapartida ao Social-Burocrático e ao Estado Neoliberal, pela ausência de apoio político e racionalidade econômica.

Para afirmar o Estado Social-Liberal foram delineados componentes básicos essenciais no processo de reforma do Estado:

(a) a delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoal através de programas de privatização, terceirização e "publicização; (b) a redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário através de programas de desregulação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país em nível internacional; (c) o aumento da governança do Estado, ou seja, da sua capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através do ajuste fiscal, que devolve autonomia financeira ao Estado, da reforma administrativa rumo a uma administração pública gerencial (ao invés de burocrática), e a separação, dentro do Estado, ao nível das atividades exclusivas de Estado, entre a formulação de políticas públicas e a sua execução; e, finalmente, (d) o aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo, graças à existência de instituições políticas que garantam uma melhor intermediação de interesses e tornem mais legítimos e democráticos os governos, aperfeiçoando a democracia representativa e abrindo espaço para o controle social ou democracia direta. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.18)

Um dos pontos mais controversos dos elementos que dão corporeidade ao processo de reforma estatal refere-se à redução do papel do Estado nas ações e atividades desenvolvidas, traçando caminhos para a flexibilização e para a privatização. Nesse sentido, torna-se nítida a perda de centralidade do Estado quanto

à responsabilidade sobre o desenvolvimento econômico e social, passando a ser apenas o regulador nessa relação. Em outras palavras, o papel estatal se fragiliza e perde autonomia em nome da orientação mercadológica imposta.

Soares (2009) destaca que a ideologia por trás dessa estratégia está em caracterizar o setor público como ineficiente e ineficaz, elevando por outro lado o papel do setor privado, como um agente com direcionamento capaz de levar o crescimento econômico do país.

Para a saúde, o primeiro mandato do governo FHC trazia grandes ameaças, uma vez que havia a inclinação de objetivos para o retorno à lógica de seguro no sistema de proteção social, representado no projeto de Emenda Constitucional enviado ao Congresso em março de 1995. (PAIM, 2008).

O clima de ameaça à seguridade social fez com que o CEBES levantasse a bandeira em torno de lutas mais radicais sobre a defesa do projeto de Reforma Sanitária, por propostas mais consistentes com o ideário iniciado na década de 1980, algo que não foi possibilitado nem no governo Collor e no governo Franco.

Independente dos esforços do CEBES em tentar retomar os princípios da Reforma Sanitária e a implementação do SUS conforme sua idealização, Paim (2008) destaca que as lutas não foram suficientes para competir com os projetos engendrados na era FHC voltados para a reforma do Estado.

O primeiro semestre do mandato de FHC evidenciou a crise do sistema público de saúde. Enquanto a classe média e trabalhadores de melhor nível poderiam migrar para os seguros de saúde e para outras formas de assistência supletiva, os trabalhadores que dependiam do SUS eram destinados para serviços de saúde precários, marcados pelas longas filas, pela extenuante burocracia e pelas greves dos funcionários de saúde. (PAIM, 2008).

Na redação constitucional o SUS apresenta-se como um direito de todos e dever do Estado, entretanto na realidade constatava-se o reforço de dicotomias que novamente se faziam presentes na saúde – entre os que podem e os que não podem pagar pelo serviço. Cabe assinalar ainda a desconfiança da própria mídia em torno da construção do SUS, conforme assinala Paim (2008), que contribuiu para o descrédito em relação ao sistema com reportagens lançadas à época que desqualificavam os esforços da construção do sistema de saúde e questionavam sua efetividade.

As dificuldades encontradas pelo SUS tentaram ser evidenciadas na 10ª CNS, na qual discutiram-se os impactos da política econômica imposta pelo governo federal

que produzia endividamento interno e externo, e que estabelecia um Estado mínimo para as políticas sociais e um Estado máximo para o capital financeiro.

Paim (2008) destaca que embora os esforços empreendidos pelo CEBES, por partidos políticos e movimentos sanitários em defesa dos princípios da Reforma Sanitária, o relatório final da 10ª CNS não fazia menção ao movimento em nenhum momento, em contrapartida ao relatório da 9ª CNS.

Ademais, o movimento sanitário enfrentava obstáculos, tanto pelas dificuldades financeiras vivenciadas pelo CEBES, tanto pelo direcionamento da ABRASCO para a pesquisa na graduação e na pós-graduação. Embora, o movimento tenha conseguido protagonismo com a Plenária de Saúde em setembro de 1995, onde foram realizadas duras críticas ao governo FHC e o direcionamento proposto para a seguridade social, ainda assim mostrava dificuldades de articulação. Paim (2008) aponta como uma provável explicação para essa situação o deslocamento das bases ideológicas da Reforma Sanitária no contexto de 1990.

Para Paim (2008) o movimento se distanciava cada vez mais da sua dimensão originária. Enquanto outros movimentos sociais faziam críticas à legislação como o Movimento Sem-Terra, reforçando que o acesso aos direitos era algo muito mais complexo do que uma norma, o movimento sanitário considerava a lei como uma vitória.

A discussão ensejada por Paim (2008), baseada nas argumentações do Ministério Público feitas na época, destaca que embora seja necessário comemorar a instituição do SUS, conforme os preceitos legais, as lutas não devem cessar apenas com o constituído, assim como a Reforma Sanitária brasileira não deveria ter o seu significado reduzido a uma questão administrativa.

Soares (2010) destaca que a luta voltada à concretização do SUS, em consonância ao seu marco legal, deixou de ser um espaço político privilegiado para amplos segmentos do movimento sanitário. Nesse sentido passa a ser privilegiada a concepção do SUS possível, um projeto para a saúde dentro do ajuste neoliberal para as políticas sociais, distante do previsto constitucionalmente.

Portanto, desenha-se um cenário no qual a articulação do movimento sanitário se enfraquece, ao mesmo tempo em que alternativas para o sistema público de saúde dentro das prerrogativas do projeto da Reforma do Estado se fortalecem e ditam novas peculiaridades para a política.

O SUS possível nas palavras de Paim (2008) se configurava como uma das

estratégias traçadas pelo governo federal e que foi fortalecida com a demissão do ministro da Saúde Adib Jatene, insatisfeito com as restrições orçamentárias no uso de verbas (CARDOSO, 2006 *apud* PAIM, 2008).

Com o predomínio do SUS real, o Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE colocava o sistema de saúde aos moldes da reforma gerencial. Para Bresser Pereira (1998) ela foi consubstanciada na Norma Operacional de 1996 – NOS/SUS – 96, e foi baseada no modelo inglês de administração no *National Health Service*, tendo 4 (quatro) princípios básicos:

descentralizar a administração e o controle dos gastos com a saúde, que serão distribuídos aos municípios de acordo com a população existente e não com o número de leitos; criar um quase-mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente; transformar os hospitais em organizações públicas não-estatais (organizações sociais no Brasil); e criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família, que podem ser funcionários do Estado ou podem ser contratados pelo Estado e pagos de acordo com o número de pacientes que livremente se inscrevem em suas clínicas. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.252)

Soares (2010) destaca que a NOB/SUS – 96, embora tenha contemplado avanços para a política, permitiu, de forma contraditória, que a proposta original do MARE também fosse contemplada a partir da plena responsabilização dos municípios no estabelecimento de pacotes básicos de serviços de saúde e na recomendação de um modelo de atenção em que os municípios superassem o papel exclusivo de prestadores de serviços para a função de gestores da política, através da instituição de subsistemas de saúde. Portanto, embora a NOB/SUS – 96 tenha expressado, em seu conteúdo, os princípios do SUS, sua racionalidade também possuía elementos da contrarreforma da saúde.

Na discussão da reforma gerencial da saúde é importante ressaltar ainda a criação das Organizações Sociais na saúde. Bresser Pereira (2019), em entrevista para a revista Interface, destacou que o objetivo primordial da época era o de transformar entidades que prestavam serviços ao SUS em Organizações Sociais, pois se tinha a concepção de que uma entidade regida pelo direito privado era a mais adequada para as atividades não exclusivas do Estado.

A criação das Organizações Sociais foi alvo de debates do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que buscou entender a consistência das organizações para a saúde. Para o âmbito da saúde, a lógica das Organizações Sociais,

regulamentadas pela lei nº de 9.637 de 15/05/1998, trouxe aspectos negativos, tendo em vista que foram privilegiados os convênios com planos de saúde privados, criando uma segunda porta de acesso aos hospitais públicos e fragmentando o atendimento aos usuários. Desta forma comprometem diretamente os princípios de universalidade, integralidade e equidade de atendimento, em nome da racionalidade privada.

Bravo (2010) faz importantes destaques sobre a racionalidade da saúde nesse contexto histórico, sinalizando os descumprimentos em relação a estrutura do SUS, que dificultaram o seu avanço como política social. Dentre eles assinala o desrespeito ao princípio da equidade em relação à alocação de recursos, uma vez que não houve a unificação dos recursos do âmbito municipal, estadual e federal. A autora revela também a fragmentação do princípio da integralidade, a partir da dissociação entre a prevenção e atenção curativa, que inferiorizou as ações de promoção e atenção à saúde.

O projeto de saúde atrelado aos ideais mercadológicos, através da reatualização do modelo assistencial privado, evidencia a subordinação da política ao ajuste neoliberal, que, por sua vez, propicia a contenção dos gastos a partir da racionalização dos recursos e, conseqüentemente, a oferta de serviços.

Soares (2010) também faz apontamentos significativos, sobretudo, ao relacionar que enquanto o SUS era duramente precarizado por conta das prerrogativas neoliberais, o mercado de serviços de saúde privado se ampliava exponencialmente. Um dos exemplos foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsáveis pela regulação e fiscalização de saúde suplementar.

A criação dessas agências autônomas, conformavam as orientações do processo de contrarreforma do Estado, pois com a regulação de setores economicamente estratégicos por agências desvinculadas do poder público, os interesses do Capital, e as propostas de organismos como o Banco Mundial poderiam ser efetivamente atendidos.

De fato, o direcionamento do governo FHC elevou a saúde como uma das políticas de maior investimento do Banco Mundial. Soares (2010) destaca o programa HIV/AIDS, o Saúde da Família, o de Vigilância Sanitária como notórios exemplos do financiamento e convênio do Ministério da Saúde com o banco.

A autora destaca que a participação do Banco Mundial nesses investimentos tinha grande relevância, não no sentido financeiro, que era muito inferior ao orçamento

do Estado brasileiro, mas na legitimação dessa instituição financeira como disseminadora da racionalidade da contrarreforma do Estado.

A relação estreita entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial, acarretaram em modificações na política de saúde, centradas na focalização dos serviços, na desresponsabilização do Estado, e responsabilização da sociedade civil, a classificação de serviços essenciais e não essenciais, que poderiam ser adquiridos pela via do mercado, segundo Soares (2010).

O panorama da saúde da era FHC apresenta uma política sem grandes avanços para além do seu marco legal, além do que o SUS real predominou sobre o sistema que foi instituído, criando grandes lacunas na saúde pública, ao priorizar reformas inclinadas para o mercado.

Matos (2010) afiança que embora o processo intenso de mercantilização da saúde constituído no governo FHC, foram empreendidas resistências no interior da política, como a criação de conselhos e, como consequência, o aumento de sujeitos sociais ativos nos espaços de deliberação e nas lutas em defesa do SUS, demonstrando a defesa do sistema de saúde fortalecido, inteiramente público e de qualidade, premissas que foram enfraquecidas na década de 1990.

2.2 A Política de Saúde na contemporaneidade: De Lula a Bolsonaro

As eleições presidenciais de 2002 foram acompanhadas de grandes expectativas. Luiz Inácio Lula da Silva, representante do movimento sindical, de origem popular, alçava ao cargo de presidente da República. Esperava-se que, com o seu governo, fossem oportunizadas mudanças significativas na gestão do Estado e nas políticas de ajuste fiscal, e fosse privilegiada uma política econômica articulada a uma política social mais ousada, conforme assinala Behring (2004) *apud* Bravo e Menezes (2011).

No entanto, é necessário ressaltar que no seu primeiro mandato (2003-2006) as alianças e os vínculos com os capitais nacionais e internacionais tornaram-se evidentes, conforme assinala Soares (2010). Nesse sentido, a mesma estratégia econômica vigente no governo FHC, se fez presente no primeiro mandato presidencial de Lula, deixando claro os ajustes fiscais à mercê do capital financeiro.

Bravo e Menezes (2011) destacam alguns dos parâmetros macroeconômicos mantidos no governo Lula, como: o superávit primário; a Desvinculação de Receitas

da União - DRU; as taxas de juros parametradas pela Selic; as apostas na política de exportação, centradas no agronegócio; a continuidade do pagamento dos juros e encargos da histórica dívida pública; assim como o aumento da arrecadação da União.

A continuidade do plano econômico resultou em impactos nas políticas sociais. Por conta disso, autores como Fagnani (2011) e Bravo e Menezes (2011) destacam que o primeiro mandato do governo Lula foi intensamente demarcado pelas dualidades, entre os defensores da agenda neoliberal e os que empreendiam esforços para pautas voltadas à efetivação dos direitos sociais.

O discurso do governo, no primeiro mandato presidencial, apontava para permanência das políticas focalizadas em detrimento da expansão dos gastos nas áreas sociais. Um cenário de incertezas se construiu a partir desse posicionamento, mas ainda haviam expectativas de que o governo fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária, segundo Bravo e Menezes (2011).

As autoras destacam que o primeiro mandato de Lula foi marcado por continuidades e inovações para a política de saúde. No que concerne aos aspectos inovadores destaca-se o retorno da concepção da Reforma Sanitária, abandonada nos anos de 1990; a escolha de uma equipe política comprometida com a luta em torno da Reforma Sanitária brasileira; as alterações na estrutura do Ministério da Saúde, para uma estrutura horizontalizada; a escolha de um representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT para a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde; além da convocação da 12ª CNS e sua realização em 2003.

A 12ª CNS foi esperada como um grande evento pela esperança em torno da retomada dos ideais da Reforma Sanitária brasileira; por colocar militantes do movimento à frente da concepção e condução do evento; pelo fato do Ministério da Saúde trazer, de forma inédita, propostas e diretrizes para os 10 (dez) eixos temáticos²² e pelo compromisso firmado pelo então ministro da saúde Humberto Costa para incorporar as recomendações do Relatório da 12ª CNS nas políticas de saúde (PAIM, 2008).

No entanto, cabe salientar que a conferência não ampliou o número de participantes e nem configurou avanços no fortalecimento do Movimento de Reforma

²² Bravo (2009) destaca que o documento preliminar contemplava os seguintes eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação

Sanitária. Portanto, embora houvessem grandes expectativas que a 12ª CNS fosse um grande marco político para a saúde, a exemplo do que simbolizou a 8ª CNS, a realidade apresentou outro cenário. Bravo (2010) apresenta que a falta de debate sobre as propostas e a falta de influência das deliberações para a elaboração de diretrizes para a saúde, fizeram com que a 12ª CNS não fosse concebida como um instrumento de democratização da saúde.

Sobre a reorganização da estrutura do Ministério da Saúde, como ponto positivo, está a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, voltada a formar recursos humanos para a saúde, além de regulamentar as profissões e o mercado de trabalho nesse âmbito. O objetivo precípuo era enfrentar a histórica escassez de recursos humanos no SUS, que resultava no estrangulamento do sistema, nas palavras de Bravo (2010).

Outro aspecto inovador na estrutura do Ministério foi a criação da Secretaria de Atenção à Saúde, com o intuito de unificar as ações da atenção básica, ambulatorial e hospitalar, integrando as atribuições das secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde.

Sobre os pontos desafiadores na saúde, Bravo (2010) destaca a permanência da focalização, da precarização, da terceirização dos recursos humanos e do desfinanciamento. Além disso, acrescenta a falta de compromisso do governo Lula para a viabilização da seguridade social.

Dentre a continuidade da focalização está a centralidade no Programa Saúde da Família, que não teve alteração importante, para se transformar em uma estratégia de reorganização da atenção básica. Pelo contrário, permanecia sendo um programa de cobertura apenas para populações carentes (BRAVO E MENEZES, 2011).

Outro aspecto relacionado ao campo de fragilidades está na precarização e na terceirização dos recursos humanos, com a ampliação da contratação de agentes comunitários da saúde, além da inserção de categorias profissionais não regulamentadas, como: o auxiliar e técnico de saneamento, o agente de vigilância sanitária e os agentes de saúde mental, destaca Bravo (2010).

A autora destaca que a inserção de profissionais como os agentes comunitários de saúde já trazia debates desde sua inserção nas equipes de Saúde da Família, uma vez que haviam questionamentos acerca da regulamentação da profissão, desconhecimento das suas reais funções, a precarização das contratações, assim como a falta de concurso público para a seleção desses profissionais, que se centrou

em muitos casos, em indicações de cunho político-partidárias.

Sobre a questão do desfinanciamento da saúde, Bravo (2010) destaca que é um dos elementos mais delicados do primeiro mandato do governo Lula, visto que envolve a intenção do gasto social do governo, e que acaba sendo determinante para a política focalizada, precarizada e terceirizada dos recursos humanos constatada no governo.

O financiamento do SUS se deparou com inúmeras dificuldades, como a utilização dos recursos do orçamento da seguridade social para garantir o *superávit* primário das contas públicas, com o intuito de pagar juros e amortizações da dívida pública; além da decisão do Presidente da República, orientada pelos Ministérios de Planejamento e da Fazenda, em ampliar o conteúdo das ações e serviços da saúde, incluindo gastos com a segurança alimentar e saneamento básico, ocasionando na redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS (BRAVO e MENEZES, 2011).

Observa-se nesse primeiro momento do governo Lula que, embora exista a presença de forças políticas progressistas que tentam afirmar e defender uma política de saúde de qualidade, existem projetos em confronto, como o do SUS constitucional *versus* o SUS possível. Esse último acaba favorecendo o projeto privatista para a saúde pois, como assinala Soares (2010), privilegia espaços para a iniciativa privada.

O fim do primeiro mandato do governo Lula para a política de saúde é marcado pela criação, em 2006, do Pacto pela Saúde. Soares (2010) indica que houve ampla discussão e muitas das propostas da Reforma Sanitária foram contempladas. No entanto, na mesma medida, expressava os interesses dos projetos em confronto para a saúde.

A saúde no segundo mandato do governo Lula (2007-2010) demonstra como a disputa entre diferentes racionalidades para a saúde se tornou mais evidente. A afirmação do ministro da saúde José Gomes Temporão, em seu discurso de posse, foi bem elucidativa ao apresentar a tensão existente entre o ideário reformista e o projeto possível de ser construído no SUS, ressaltando ainda a disputa entre os aspectos culturais e ideológicos, que refratavam em propostas de redução do Estado, da permanência da focalização, da individualização do risco, dentre outras tendências, segundo Bravo e Menezes (2011).

No primeiro ano de mandato de gestão, o ministro levantou questões consideradas polêmicas como a legalização do aborto, a restrição de publicidade sobre bebidas alcoólicas e a fiscalização de farmácias. Além disso, uma das medidas

de maior impacto refere-se à quebra de patentes do medicamento Efavirenz (Stocrin), da empresa farmacêutica Merk Sharp & Dohme, feito amplamente elogiado por entidades de combate ao HIV/AIDS, segundo afirmam as autoras. Apesar das pautas importantes, o ministro não fez menção em seu discurso ao ideário da Reforma Sanitária.

Em contrapartida, foi dada prioridade para proposições destoantes da Reforma Sanitária como o projeto de lei 92/2007, que apresentava a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, propostas pelo Ministério de Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Para Soares (2010) trata-se de uma etapa do processo de contrarreforma do Estado, ao instaurar um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de saúde.

Granemann (2007) revela que as Fundações Estatais de Direito Privado se constituem como manobras da reforma do Estado brasileiro nas políticas sociais que incidem sobre as condições de vida da população, sobretudo os segmentos mais empobrecidos. Ademais, constitui-se como complementação das ações de privatização nos governos desde 1990 que permitem o impulso da acumulação do capital internacional no Brasil.

Cabe ressaltar que os movimentos sociais foram contrários às propostas das Fundações. Foram realizadas diversas Conferências em 2007 para discutir os objetivos desse novo modelo de gestão, sobretudo para a saúde. Em diversos estados, a sua adoção foi rejeitada. Embora os esforços coletivos, a proposta foi sendo aprovada sistematicamente pelos estados da federação, como: Rio de Janeiro, Bahia, Acre, Tocantins e Pernambuco (BRAVO E MENEZES, 2011).

As resistências levantadas por sujeitos sociais foram inúmeras, sobretudo ao ressaltarem que as Fundações Estatais comprometeriam o controle social da saúde, ao implementarem uma lógica privatista, e controlariam os trabalhadores, com o fim da estabilidade do Regime Jurídico Único – RJU. Além disso, simbolizam um verdadeiro ataque aos princípios do SUS e negam os valores defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária. Mais uma vez, predomina-se a ideia de flexibilização do SUS, que trilha caminhos na contramão do marco legal da saúde e que privilegia os continuísmos da contrarreforma.

É necessário ressaltar a presença de movimentos contrários à lógica de gestão imposta para a saúde. Dá-se especial destaque para a “Frente Nacional Contra as Organizações Sociais e pela Procedência a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI)

nº. 1.923/98”, que para Bravo e Menezes (2011), representou uma forte articulação entre o Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná e São Paulo, e demonstrava ser contra as Organizações Sociais e seu projeto, em andamento desde 1998, no auge do governo FHC.

Além desse momento importante de resistência política, destaca-se a realização do Seminário Nacional “20 anos de SUS, lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal”, ocorrido em 2010, na cidade do Rio de Janeiro. O movimento foi bem expressivo e reuniu inúmeras entidades do país, contando com a participação de mais de 4.000 pessoas na luta a favor da saúde pública, o que, para Bravo e Menezes (2011), representou o retorno de um movimento de dimensão nacional com base popular. Para se ter ideia das conquistas alcançadas, a plenária final do Seminário Nacional possibilitou a criação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde²³, que tem tido uma grande importância social e política nos anos subsequentes.

Os dois movimentos são de extrema importância e evidenciaram as lutas em favor da saúde pública, e da necessidade de movimentos contrários contra o projeto político do Capital instaurado desde 1990, que tenta descaracterizar a política de saúde constitucional, atuando em favor dos ditames do mercado.

Os dois mandatos presidenciais de Lula foram marcados por dualidades. Independentemente de terem sido obtidos ganhos políticos como o programa Farmácia Popular, ainda foram encontradas restrições políticas que impactaram na viabilização da seguridade social. Além disso, desafios para articular a intersetorialidade, a universalidade e a integralidade foram evidenciados com a continuidade das políticas focais. Convém frisar ainda nessa arena de desafios, o amplo flerte com a privatização atrelado à instituição das Fundações Estatais de Direito Privado.

É fundamental ressaltar que a lógica das Fundações Estatais de Direito Privado encontra terreno mais fértil no período de transição do governo Lula para o governo de Dilma Rousseff. A Medida Provisória nº 520, um dos últimos feitos do governo Lula,

²³ Bravo (2011) assinala que a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde conta com uma coordenação nacional composta por diversas entidades, tendo o propósito de articular ações, ampliar o debate e estimular a criação de fóruns em outros estados. O poder multiplicador da Frente pode ser confirmado ao analisarmos a quantidade de fóruns estabelecidos no país. Atualmente são 20 fóruns estaduais, 17 municipais e 1 do Distrito Federal. Um dos feitos mais recentes foi o princípio da criação da Frente Amazonense no Encontro Nacional de Trabalho Interdisciplinar e Saúde – I ENTIS, ocorrido em novembro de 2019 na Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

propôs, sob forma de sociedade anônima e propriedade da União, atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar integradas ao SUS, segundo March (2012). Assim, dá-se início ao processo de criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, que traz mudanças de gestão para os Hospitais Universitários Federais.

O governo seguinte, presidido por Dilma Vana Rousseff (2011-2014), a primeira mulher na história a conquistar a presidência da República, foi marcado pela altíssima popularidade do governo Lula, segundo apontam Paim e Reis (2018). A direção do primeiro mandato (2011-2014) apontava para a continuidade aos feitos do governo Lula, mas as políticas propostas não traziam inovações e nem demarcavam compromissos com a Reforma Sanitária e com o SUS, relatam Paim e Reis (2018).

Além disso, em contrapartida aos mandatos presidenciais de Lula, o governo Dilma não contava com o mesmo cenário positivo no contexto econômico e político. Enquanto o ano de 2008 apresentava um cenário de crise do capital para grandes potências, para os países de economia periférica, esse período foi de ascensão econômica, com o “*boom* das exportações industriais para a América do Sul e o *boom* das exportações de *commodities* para a China” (BASTOS, 2015, p.10). Não por acaso, o presidente Lula afirmou em entrevista, que “a crise é tsunami nos Estados Unidos, e se chegar aqui será *marolinha*” (GALHARDO, O GLOBO, 2008).

Infelizmente, as previsões do então presidente não foram tão precisas, pois em 2011, o cenário já se construía a outro modo. A desaceleração da China e a continuidade da crise em outros países, culminaram na redução de crescimento do Estado brasileiro nos anos de 2011 a 2014, segundo apontam Machado, Lima e Baptista (2017).

Nesse cenário, as principais fontes de crescimento sofreram duros golpes, o que fez com que o desenvolvimento da economia brasileira não fosse bem sucedido, conforme relatam Paim e Reis (2018). Destaca-se que esse cenário, marcado pelo restrito investimento econômico, trouxe repercussões sobre as políticas sociais.

Embora a iminência de dificuldades no governo Dilma, avanços devem ser apresentados nesse primeiro momento. Para a política de saúde, Paim e Reis (2018) fazem destaque especial para o processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios; a cobertura universal da vacinação; a assistência pré-natal, além do crescimento de recursos humanos, voltado para transformar a situação de escassez de trabalhadores operantes no SUS.

Porém o SUS ainda carecia de atenção no primeiro mandato de Dilma, pois existiam desafios relacionados ao acesso universal, ao financiamento e a forma de gestão do SUS, afirmam Paim e Reis (2018). De fato, foram lacunas deixadas pelo governo Lula, uma vez que ao não priorizar a efetivação dos princípios constitucionais, a ideia de focalização ainda se fazia presente, além de ter priorizado a atenção médica baseada exclusivamente na doença, desconsiderando os condicionantes e determinantes sociais da saúde.

Dentre os pontos desafiadores na agenda política de saúde do governo Dilma, ressalta-se a expansão do setor privado, com os planos e seguros. Esse fato inspirou preocupações, pois acentuava ainda mais o cenário de um SUS inclinado à orientação mercantil e revelou os descompassos do sistema defendido e construído na década de 1980, conforme salientam Bravo e Menezes (2011).

Acerca dos pontos desafiadores relacionados ao financiamento, está a permanência dos percentuais mínimos para a saúde nos Estados (12%) e nos Municípios (15%), sendo mantida a fórmula de cálculo da participação da União, centrada na variação do Produto Interno Bruto – PIB nominal. Esse fato revela que o mecanismo de financiamento do SUS, manteve-se o mesmo estabelecido há 12 anos através da Emenda Constitucional nº 29/2000, segundo Paim e Reis (2018).

Os autores afirmam que a situação do subfinanciamento do SUS foi mais agravada com a rejeição do Legislativo e do Executivo em torno da proposta de recursos adicionais para o sistema, o que representaria o mínimo de 10% do orçamento federal para a saúde. O fato desencadeou críticas e mobilizações sociais que possibilitaram a criação do movimento Saúde+10, de iniciativa popular coordenado pelo farmacêutico Ronaldo Ferreira.

O projeto contou com mais de 2 milhões de assinaturas para emenda popular que buscava a garantia de um percentual mínimo da União para a saúde. Mesmo com as amplas e significativas mobilizações da sociedade civil, as bases do governo no Congresso Nacional impossibilitaram a viabilidade do projeto.

Dentre os planos e os projetos criados no primeiro mandato de Dilma Rousseff para a saúde, destaca-se o Plano de Ações para Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, com ações para 10 anos, que possuía o intuito de reduzir as taxas de mortalidade prematura para doenças como o câncer, a diabetes e doenças cardiovasculares (PAIM E REIS, 2018).

Os autores destacam também a criação do Programa de Valorização do

Profissional da Atenção Básica – PROVAB, criado em articulação entre os Ministérios da Saúde e Educação, voltado a valorizar os profissionais que atuam em equipes multiprofissionais na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família, além de buscar diminuir as desigualdades regionais, ao alocarem profissionais para locais que necessitavam de mais atenção e serviços da saúde. Além disso foi implantada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, planejado o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica e o Programa Nacional Telesaúde Brasil.

Entre os principais feitos da agenda governamental da saúde entre 2011 e 2012 não podemos deixar de destacar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, pela Lei 12.550/2011, que vinha sendo planejada desde o apagar de luzes do governo Lula. Sua gênese se compatibiliza com o discurso governamental da época, visto que o ministro, Alexandre Padilha, em entrevista, afirmava não ter preconceitos com modelos gerenciais, desde que cumprissem com as diretrizes do SUS, segundo Bravo e Menezes (2011).

A gênese da EBSEH se justificou pela suposta ineficiência da gestão pública, pelo elevado custo dos hospitais federais e também pela tentativa de regularização de trabalhadores terceirizados no âmbito dos Hospitais Universitários públicos, segundo as autoras.

A gestão da EBSEH, marcada pela lógica de mercado, traz assincronia com os pressupostos do SUS, e mesmo não sendo um exemplo de privatização propriamente dito, pois ainda mantém a vinculação com o estatal, vem trilhando um caminho que flerta com a flexibilização da saúde pública, ao “ampliar o espectro de penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde” (SODRÉ *et al.*, 2013, p. 374).

Em 2021, dos 50 hospitais universitários federais, 40 estão sob a égide da empresa, segundo o *site* da EBSEH (2021). Mesmo com mobilizações universitárias em desfavor à EBSEH desde seu nascimento, estas não foram suficientes para impedir o seu estabelecimento e sua lógica de gestão em 80% dos hospitais universitários.

No ano de 2013, o governo Dilma se deparou com um cenário conflituoso, que teve intensas repercussões a sua popularidade. Uma onda de protestos desencadeadas em São Paulo pelo Movimento Passe Livre - MPL, por conta do aumento de tarifas de transporte, foram sendo disseminadas no país. Machado, Lima e Baptista (2017) apontam que a manifestação logo incorporou pautas como críticas

ao sistema partidário e denúncias de corrupção. Os autores destacam ainda que esses eventos contribuíram para a reorganização de movimentos neoconservadores, apoiados pela grande mídia e por grupos internacionais.

Os autores ressaltam ainda a deflagração da Operação Lava Jato, realizada pela Polícia Federal em 2014, que envolveu denúncias contra políticos de diversos partidos pelo recebimento de recursos ilegais para campanhas eleitorais, além de denúncias contra empresários, dirigentes e funcionários de estatais, como a Petrobras. A mídia fez uma maciça cobertura da operação, com o vazamento de depoimentos e informações, amplamente veiculada nas eleições presidenciais de 2014.

Dilma Rousseff conseguiu a reeleição vencendo o candidato Aécio Neves do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB. A vitória não impediu o acirramento da polarização política, do fortalecimento de forças ultraconservadoras no Congresso Nacional e a iminência de um processo de *impeachment*. (MACHADO, LIMA E BAPTISTA, 2017).

Com o clima de instabilidade e perda de popularidade do governo, acentuado pela crise econômica persistente, no segundo mandato de Dilma (2015-2016) a expansão de projetos para a saúde foi mínima. Paim e Reis (2018) destacam que a escolha dos economicistas Joaquim Levy e Nelson Barbosa, para os Ministérios da Fazenda e do Planejamento, respectivamente, representou uma mudança na política econômica, com medidas de austeridade mais acentuadas.

Polêmicas também se fizeram presentes na escolha do Ministro da Saúde, Arthur Chioro, um parlamentar do Partido Democrático do Movimento Brasileiro – PMDB, como forma de dar sustentação ao governo Dilma. Machado, Lima e Baptista (2017) apontam que as controvérsias no Ministério começaram com a nomeação de um ex-diretor de hospital psiquiátrico, conhecido por posição desfavorável aos movimentos antimanicomiais para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, marcando um cenário de retrocessos.

O cenário político ficou marcado também pelo início da pandemia do Zika Vírus e suas relações com a microcefalia e distúrbios neurológicos em bebês, o que configurou uma nova emergência na saúde pública, segundo os autores. Em 2016, a saúde continuou sendo afetada por uma fase de instabilidades na agenda governamental, agudizada pelo afastamento temporário da presidenta.

Braz (2017) nos explica que o governo Dilma foi duramente atacado por inimigos políticos no Congresso Nacional e por amplos setores do Judiciário, com uma Polícia Federal partidarizada e com a participação da grande mídia burguesa. O autor ressalta que embora Dilma tenha feito um governo com inclinação predominante aos interesses do capital, se fazia necessário naquele momento um governo genuinamente burguês, “capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram e de servir inteiramente, sem concessões, ao grande capital” (p.4)

O processo de *impeachment* segundo Braz (2017) vem se constituindo em países da América Latina como forma de depor governos, dentro de uma via democrática, que mesmo tendo servido aos interesses da classe dominante, passam a ser considerados incapazes ou contrários em alguma medida contra o projeto do capital em curso. No Brasil, esse processo foi concretizado em 31 de agosto de 2016²⁴, com o aval do Senado Federal.

O governo Dilma Rousseff, em seus dois mandatos, encontrou desafios, desde o cenário de recessão econômica, até a crise política iniciada em 2013, que trouxe resultados negativos para sua popularidade e que possibilitou a orquestra do seu processo de impeachment por forças reacionárias. A política de saúde enfrentou percalços, visto que não foi um ponto prioritário para o governo federal, dado o colapso político da época. Convém ressaltar que a saúde pública iria se deparar ainda com inúmeros retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro, tomando rumos cada vez mais distantes de seus princípios constitucionais.

O governo Michel Temer (2016-2018) iniciado, de forma interina em maio de 2016, percorreu caminhos perigosos para a proteção social, pois como afirma Braz (2017) as linhas prioritárias da agenda governamental articulam-se ao grande capital, criando condições favoráveis para a acumulação capitalista no país.

O fato pode ser representado na própria política de saúde que sofreu com a continuidade do processo de contrarreforma. Bravo, Pelaez e Menezes (2020) afirmam que ocorreu uma privatização não clássica da saúde, com o congelamento

²⁴ Dilma Rousseff foi a segunda presidente da recente democracia do país a passar por um processo de *impeachment*. Muitas controvérsias envolvem esse acontecimento político, sobretudo relacionadas à legalidade do processo que a destituiu como chefe do Executivo Federal, o que leva autores como Braz (2017) a compreenderem esse momento da política brasileira como um golpe.

de recursos orçamentários para as políticas sociais, por meio da Emenda Constitucional nº. 95.

O dispositivo constitucional representa impactos significativos para o SUS e para a população que necessita dos serviços ofertados pelo sistema. Bravo, Pelaez e Menezes (2020), baseadas em dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, destacam que a perda de recursos federais para o sistema de saúde está estimada em 654 bilhões de reais dentro do prazo de 20 anos, dentro de um crescimento de 2% ao ano do Produto Interno Bruto – PIB. Mesmo com um crescimento maior, considerando 3% ao ano, a perda será de 1 trilhão de reais. Ou seja, com um cenário de prosperidade econômica, a perda de recursos para a saúde é ainda maior, segundo as autoras.

O quadro de impossibilidades para a saúde já estava sendo orquestrado desde o princípio do governo Temer. Bravo, Pelaez e Menezes (2020) apresentam esse indicativo no discurso de posse do ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirmou a incapacidade do país em sustentar os direitos previstos, conforme expressos na Carta Magna de 1988, ressaltando a necessidade de remanejá-los por conta da lógica financeira. Nesse sentido, são propostos os Planos de Saúde Populares ou Acessíveis.

Os planos acessíveis possuem subdivisões das ações e serviços de saúde. O plano simplificado faz a cobertura da atenção primária, com consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade. O plano ambulatorial e hospitalar, além de fazer cobertura da atenção primária, contempla algumas especialidades de média e alta complexidade; e o plano em regime misto de pagamento, oferta serviços através da contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade, medicina preventiva e atendimento ambulatorial, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS, sintetizados por Bravo, Pelaez e Menezes (2020).

O crescimento do âmbito privado na saúde se explicita ainda mais no governo Temer com o documento “Coalização Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017. Bravo, Pelaez e Menezes (2020) afirmam que o principal intento desse plano está na articulação com o setor empresarial da saúde com o setor público, a partir de uma rede integrada de cuidados contínuos, com maior participação da rede privada na gestão dos serviços.

De fato, a expansão do setor privado em 2017 foi bem significativa. Os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019) indicam que o principal gasto das famílias com saúde foi com serviços de saúde privada, com atendimentos médicos e planos de saúde, chegando a 3,5% do PIB, totalizando 231 bilhões de reais. No setor público, a saúde pública teve gastos aproximados a 201 bilhões, o que demonstra um descompasso de gastos nas duas redes de atenção à saúde.

A situação do financiamento do SUS se agravou ainda mais em 2018, com a abdicação do recolhimento de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFIS, com impacto direto para o financiamento do SUS e com a prestação de serviços, conseqüentemente, uma vez que a contribuição federal é primordial para o financiamento da Seguridade Social. Ademais, a saúde teve seu orçamento reduzido em 179 milhões de reais, destinados inicialmente para o fortalecimento do sistema público de saúde (BRAVO, PELAEZ e MENEZES, 2020).

As medidas apresentadas no governo Temer, em seus dois anos de governo, ligadas primordialmente ao orçamento do SUS, demonstram claramente que o processo de desfinanciamento da saúde pública ocorreu de forma clara, ao fornecer nítidas brechas para o espectro de privatização, e demonstram ainda o descompromisso com os princípios constitucionais. O fato apresentado trouxe prejuízos sociais, e enfraqueceu o poder público em relação ao capital, cuja lógica teve continuidade no governo de Jair Bolsonaro.

A ascensão de Jair Bolsonaro à Presidência da República é marcada por um cenário de polarização política que vinha se modelando desde a crise política do governo de Dilma Rousseff. Sua participação na política é marcada por sete mandatos como deputado federal entre 1991 a 2018, com pouca expressão, mas que não foi um impedimento para que obtivesse grande apoio popular e conseguisse se eleger presidente da República em 2019, marcando retrocessos e novos desafios para o cenário político brasileiro.

Para entendermos a política de saúde no governo Bolsonaro, que se inicia em 1º de janeiro de 2019, é preciso analisar as propostas contidas no plano de governo para esse âmbito. Bravo, Pelaez e Menezes (2020) afirmam que o programa intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” (PSL, 2018) foi negligente em determinados pontos.

Acerca da relação do governo com o setor de saúde suplementar e a judicialização no SUS, a proposta do programa é que todo médico possa atender por qualquer plano de saúde, compatibilizando esforços do setor público com o privado, como forma de garantir o acesso pleno. (BRAVO, PELAEZ E MENEZES, 2020). A ideia da proposição, segundo o programa, é garantir à população maior poder de escolha quanto à rede de serviços de saúde.

As autoras se debruçam ainda sobre a relação da saúde com o setor privado, ressaltando que não há uma definição clara no programa, apenas a menção de defesa da privatização em geral, como forma de alcançar eficiência econômica e garantir maior equilíbrio dos gastos públicos. Uma proposta não muito divergente do governo antecessor, que apresentou a contenção de gastos sociais de forma ampla, pela insustentabilidade de custeio da seguridade social reforçando sempre a iniciativa privada como uma alternativa possível.

O programa de governo ressalta ainda a criação da carreira de Médico de Estado, para atendimento de áreas de difícil acesso e que carecem de maior assistência à saúde. Além disso fala sobre o treinamento dos agentes comunitários em saúde para serem técnicos de saúde preventiva e atuarem no controle de doenças como diabetes e hipertensão, segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020).

O plano faz uma breve menção sobre a inserção dos profissionais de Educação Física nas equipes do programa Saúde da Família, como forma de potencializar as academias ao ar livre, reduzir as taxas de obesidade e as consequências derivadas que afetam a população, como o infarto do miocárdio. Em síntese, essas são as propostas apresentadas para a saúde, tratadas de forma ampla, e demonstram que o programa parece estar mais inclinado a falar sobre a existência de questões ideológicas na saúde²⁵ do que propostas mais efetivas.

Bolsonaro, elegeu para o cargo de Ministro da Saúde, o ex-secretário municipal da saúde e deputado federal pelo DEM – Partido Democratas, Luiz Henrique Mandetta. Em seu primeiro discurso, o ministro ressaltou a necessidade de defesa de um SUS forte, não marcado por retrocessos, e que a premissa “Direito de todos e

²⁵ Na passagem referente à Educação, o documento faz críticas ao método de estudo proposto pelo professor Paulo Freire “Isso inclui a alfabetização, expurgando a ideologia de Paulo Freire, mudando a Base Nacional Comum Curricular (BNCC)”, a passagem também faz oposição a “doutrinação” presente nas escolas. Sobre a saúde, as propostas para o Programa Mais Médicos, se restringiram ao fragmento: “Caso sejam aprovados [médicos cubanos] no REVALIDA, passarão a receber integralmente o valor que lhes é roubado pelos ditadores de Cuba!”

dever do Estado” deveria ser uma prioridade. Em contrapartida, falou da defesa de um sistema privado forte e solidário, o que inspira preocupações, uma vez que é uma narrativa que não contribui para o fortalecimento do SUS, tampouco do componente público, afiançam Bravo, Menezes e Pelaez (2020).

Mais uma vez, se reafirmam propostas que se distanciam da luta em torno de um SUS universal, de qualidade e inteiramente público, idealizado desde 1970 com o Movimento de Reforma Sanitária, como vimos no primeiro capítulo. Na verdade, estão sendo privilegiadas cada vez mais as parcerias com o setor privado, levando o sistema de saúde a sua flexibilização, e porque não dizer sua desconstrução, uma vez que os princípios constitucionais parecem sempre obscurecidos na agenda governamental.

Nas iniciativas para a saúde do governo Bolsonaro, destaca-se a Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Bravo, Pelaez e Menezes (2020) destacam as preocupações e os debates emergidos por conta do documento, como por exemplo a redução da importância dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPs, a partir do fortalecimento das comunidades terapêuticas; assim como a permissão de compra de aparelhos de choques elétricos para fortalecer os manicômios. Trilhando esse caminho, as lutas antimanicomiais e a reforma psiquiátrica são desconsideradas, atingindo profundamente os preceitos da Política de Saúde Mental da atualidade.

Bravo, Pelaez e Menezes (2020) destacam que a participação de entidades como a ABRASCO e Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME em mobilizações contrárias à nota, assim como a manifestação do Conselho Nacional de Saúde – CNS, contribuiu para que o documento fosse revogado. Uma conquista alcançada dentre a tantos caminhos perigosos travados para a política de saúde na contemporaneidade, como a criação de um *voucher* para a saúde e para a educação, proposto pelo ministro da Economia Paulo Guedes.

A proposta governamental é de oferecer uma espécie de vale-saúde para os usuários obterem a prestação de serviços dessa área por empresas privadas. A iniciativa é amplamente utilizada em países que não possuem sistemas organizados, como Bangladesh, Moçambique, Nigéria, Senegal, Nicarágua, dentre outras localidades, segundo aponta a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior – ANDIFES (2019).

Bravo, Pelaez e Menezes (2020) sinalizam que a proposta carece de evidências científicas que comprovem seu êxito, visto que embora tenha possibilitado

o aumento dos serviços de saúde nos locais referenciados, ainda assim não se pôde atestar os impactos comprovados nos indicadores de saúde e nos resultados. Além disso, seria mais uma das inúmeras oportunidades de desresponsabilizar o Estado quanto à prestação direta desses serviços à população.

A aliança do setor privado com o governo também se estabelece com o posicionamento do governo em torno do projeto “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”, elaborado pelo Banco Mundial. O documento ressalta que o SUS poderá obter melhores resultados com o nível atual dos gastos públicos. O secretário executivo do Ministério da Saúde, João Gabbardo dos Reis, em relação à proposta de reforma da saúde esboçada pelo Banco Mundial, sinalizou que ela seria importante para o governo avançar na saúde, a partir de uma redefinição da atenção básica, podendo ser complementada por entidades não públicas (BRAVO, PELAEZ E MENEZES, 2020).

As decisões tomadas na política de saúde demonstram a necessidade do governo em garantir a estabilidade da racionalidade privada na saúde, em nome do desenvolvimento econômico e social do país, em detrimento de iniciativas que busquem fortalecer o sistema público de saúde, que se torna cada vez mais sucateado.

Mesmo com o cenário de ataques ao SUS, não podemos deixar de destacar as lutas para sua defesa, como a 16ª CNS, com o tema Democracia e Saúde que trouxe uma perspectiva histórica e mobilização semelhantes a 8º CNS, segundo Bravo, Pelaez e Menezes (2020). O panorama nos indica tempos de desafios intensos para a defesa das políticas sociais, mas também sinalizam que as mobilizações se fazem ainda mais necessárias como forma de resistência ao paradigma neoliberal para a saúde.

Cabe ressaltar que os debates são mais necessários com o contexto de pandemia iniciada em março de 2020 no Brasil. O negacionismo do governo, em relação à gravidade do Coronavírus, e as tímidas medidas governamentais tomadas têm graves repercussões sobre a saúde da população.

2.2.1 A pandemia da COVID-19 e a gestão de Jair Bolsonaro: Apontamentos Iniciais

Os objetivos iniciais dessa dissertação eram dedicados a discorrer sobre o trabalho do assistente social na alta complexidade, a partir dos dilemas do cotidiano,

considerando o processo de contrarreforma na saúde. Em meio ao desenvolvimento do estudo, uma nova doença surgiu, que assolou o mundo em uma crise sanitária sem precedentes. Considerando o contexto, que trouxe inúmeros efeitos para o sistema de saúde brasileiro e para o trabalho do assistente social, é de suma importância apresentar traços gerais da pandemia em solo brasileiro.

A pandemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, causada pelo vírus Sars-Cov-2, teve seu início em dezembro de 2019, com o registro do primeiro caso na província de Wuhan, localizada na China, e em 1 ano apresenta índices de contágio e óbitos preocupantes. No mundo são mais de 180 milhões de casos notificados da doença, e mais de 4 milhões de mortes. No Brasil, já há 19 milhões de casos registrados, e mais de 500 mil mortos desde o início da pandemia, segundo o Painel Coronavírus do Ministério da Saúde reportou em 12 julho de 2021.

Mesmo com o cenário de crise sanitária no país, a situação foi minimizada pelo presidente da República em diversas circunstâncias²⁶, deixando claro um posicionamento que inferiorizou o poder disseminador do vírus e a importância do reforço de protocolos de segurança necessários. Calil (2021) revela que o negacionismo do governo em torno da veracidade dos registros de óbitos e sua relação com a doença foi responsável para a diminuição dos cuidados da população no cenário pandêmico, sobretudo no que tange ao distanciamento social.

O direcionamento insensato do governo também foi expresso na propagação do polêmico “tratamento precoce”. Santos-Pinto *et al.* (2021) afirmam que muitos medicamentos foram indicados para a prevenção e o tratamento da COVID-19 desde o princípio da pandemia como a cloroquina, a hidroxicloroquina, a azitromicina, a ivermectina, dentre outros. Contudo, cabe ressaltar que a utilização desses medicamentos não possui efeito comprovado cientificamente para o combate do coronavírus.

Independente desse cenário o governo federal continuou incentivando a utilização dessas substâncias no tratamento de pacientes com sintomas leves, moderados e graves, posicionamento presente nos protocolos do Ministério da Saúde

²⁶ Carrança (2020) realizou um compilado de falas de Jair Bolsonaro sobre a pandemia. Em um evento ocorrido em Miami o presidente declarou: “Tem a questão do Coronavírus também que, no meu entender está superdimensionado o poder destruidor desse vírus”. Em uma das mais notórias frases, relatou: “Pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria acometido, quando muito, de uma gripezinha ou resfriadinho, como bem disse aquele conhecido médico, daquela conhecida televisão”. As frases ganharam grande repercussão e protestos da população.

ao longo do ano de 2020 e meados de 2021, segundo afirmam Santos-Pinto *et al.* (2021). Convém frisar que a prescrição de medicamentos como a cloroquina e a hidroxicloroquina foi apenas excluída das recomendações do Ministério da Saúde em maio de 2021²⁷, demonstrando a total irresponsabilidade e omissão do governo federal com a população e com as vidas ceifadas em meio à pandemia.

Outra polêmica emergida na gestão Bolsonaro na pandemia, refere-se à desarticulação do governo federal com os governos estaduais e municipais. Soares, Correia e Santos (2020) afirmam que o posicionamento do governo federal em responsabilizar os governantes dos estados e municipais pelas iniciativas a serem tomadas à nível local durante a pandemia, resultou na falta de uma intervenção nacional consolidada, gerando uma fragmentação de decisões por parte dos governos estaduais e municipais.

Bravo, Pelaez e Menezes (2020) destacam ainda que o governo de Jair Bolsonaro, a exemplo do governo Temer, vem aprofundando o processo de contrarreforma na saúde, que propicia vantagens ao projeto político do Capital em detrimento da defesa das políticas sociais. A saúde no contexto pandêmico inspira maiores desafios, que revelam a realidade de um sistema que há anos vem sendo demarcado por um profundo processo de sucateamento.

²⁷A defesa do “tratamento precoce”, baseado em cloroquina/hidroxicloroquina e outros medicamentos, tornou-se, no Brasil, um dos símbolos do viés político da gestão de Jair Bolsonaro no enfrentamento da pandemia da Covid-19, segundo Santos-Pinto *et al.* (2021). Embora sem qualquer comprovação científica, os chamados kits-covid foram prescritos por médicos em diferentes localidades do país. Como exemplos, citamos 41 prefeituras do estado do Rio Grande do Sul que, em 2021, planejaram a compra de medicamentos como ivermectina e hidroxicloroquina, com licitações no valor de R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais) (G1 RIO GRANDE DO SUL, 2021). A realidade se estende ao estado do Mato Grosso, onde foram enviados mais de 12 mil kits-covid no ano de 2020 (CELESTINO, 2020). Cabe citar ainda o caso da cidade de Manaus, a qual, antes dos fatídicos dias 14 e 15 de janeiro de 2021, marcados pela crise de oxigênio nas unidades de saúde da capital, a prefeitura de Manaus anunciou em 9 de janeiro que seguiria às orientações do então ministro da saúde Eduardo Pazuello quanto à distribuição do infame “kit-covid”. Na época, o prefeito David Almeida orientou que, em caso de sintomas iniciais da COVID-19, a população deveria recorrer às Unidades Básicas de Saúde – UBS para que pudesse iniciar o tratamento precoce da doença. Ressalta-se que foram mais de 200 mil comprimidos de hidroxicloroquina e cloroquina enviados ao Amazonas em janeiro de 2021 pelo Ministério da Saúde, segundo os relatórios da Central de Medicamentos – CEMA (AMAZONAS ATUAL, 2021). Manaus também foi um dos palcos para a chamada “imunização de rebanho”. Segundo o Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário – CEPEDISA (2021) os pronunciamentos públicos da 88ª Reunião da Comissão Externa de Enfrentamento à Covid-19 no Brasil apontaram que a tese de imunidade coletiva por contágio ou transmissão seria uma forma eficaz de combater o vírus. Manaus chegou a ser apontada como um caso de sucesso da imunidade de rebanho com a regressão de casos de COVID-19 em setembro de 2020, contudo o caos se instalou novamente na capital com o aumento vertiginoso de casos menos de 1 mês depois, que culminou na segunda onda da doença em janeiro de 2021.

Soares, Correia e Santos (2020) sinalizam a redução de investimentos no SUS de cerca de 22 bilhões de reais, entre 2018 a 2020. Cabe sinalizar que esta conjuntura é também fruto dos ditames da Emenda Constitucional nº 95/2016, dispositivo constitucional viabilizado no governo de Michel Temer (2016-2018), que congela os recursos orçamentários para as políticas sociais pelo período de 20 anos.

Em contrapartida, em abril de 2020, o governo federal liberou cerca de R\$ 1 trilhão de reais para o sistema financeiro, com o discurso de reverter os impactos negativos da pandemia na economia, possibilitando a continuidade de suas operações. É nítido que prioridade da agenda governamental está centrada na estabilidade econômica, mesmo que vidas estejam sendo perdidas, por conta do colapso do sistema público de saúde. O SUS, sem investimentos necessários, torna-se cada dia mais frágil para as demandas cotidianas, e, sobretudo, para o enfrentamento de uma pandemia.

Soares, Correia e Santos (2020) apontam que na contramão da precarização da saúde pública, o governo federal tem garantido o fortalecimento e estabilidade do setor privado na pandemia. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, acabou em muitos casos beneficiando planos de saúde, adotando medidas de flexibilização para as normas que regulam os planos e seguros privados, além de liberar recursos, que poderiam ser investidos no SUS.

Além desse fato, as autoras apontam o repasse contínuo da administração de hospitais públicos para as Organizações Sociais que permitem a continuidade ao projeto de privatização não clássica. Destacam também que o repasse para essas entidades vem contemplando, em muitas cidades, escândalos de corrupção com os desvios de recursos públicos da saúde. Portanto, desenha-se um cenário caótico que parece aprofundar-se na medida que os números de casos de COVID-19 aumentam.

No que tange à gestão ministerial do governo Bolsonaro no contexto de pandemia, até março de 2021, foram nomeados 4 ministros da Saúde, sendo eles: Luiz Henrique Mandetta (janeiro de 2019 – abril de 2020); Nelson Teich (abril de 2020 – maio de 2020); Eduardo Pazuello (junho de 2020 – março de 2021) e Marcelo Queiroga, atual ministro, demonstrando um cenário de instabilidades e desarticulações.

A gestão de Jair Bolsonaro evidencia como o enfrentamento da COVID-19 no Brasil acarretou prejuízos à vida da população. Em uma conjuntura que requer posicionamentos firmes em relação ao combate do Coronavírus, o governo federal

pareceu estar mais compromissado em negar a gravidade da pandemia no país, o que apenas contribuiu para a agudização da crise, fato que custou a vida de mais de 600 mil pessoas.

2.3 Saúde na Contemporaneidade: Implicações para o trabalho dos assistentes sociais

Raichelis (2018) sinaliza que na contemporaneidade são cada vez mais rotineiro os processos de subcontratação de serviços individuais de assistentes sociais, através de empresas de assessoria, de organizações não governamentais, de cooperativas de trabalhadores, dentre outras maneiras. A autora destaca ainda que, dentro desse cenário, o exercício profissional se fragmenta, e acaba privilegiando o desenvolvimento de trabalhos e projetos autônomos e temporários.

Outra forma de precarização do trabalho reside na contratação de trabalhadores através da terceirização dos serviços públicos via subcontratação de empresas ou instituições intermediadoras, processo legitimado pela Lei nº 13.429/2017 que normatiza a terceirização das atividades meio e das atividades fim no Brasil.

A heterogeneidade que configura os processos de trabalho dos assistentes sociais na atualidade são marcas do contínuo processo de reestruturação do trabalho, marcado por diversas formas de contratação, organização e processamento que trazem em sua essência um trabalho degradado e superexplorado, com a incorporação maciça de tecnologias da informação. (RAICHELIS, 2020).

O cenário desenhado por dificuldades também perpassa o cotidiano de assistentes sociais em empregos estáveis, que ocupam cargos em instituições públicas, uma vez que se deparam com exigências cada vez maiores e padrões de produtividade impostos pelas instituições (RAICHELIS, 2018). Nesse sentido, os assistentes sociais são guiados por uma ideologia que imprime a necessidade de constante cumprimento de metas para que não percam sua ocupação no processo produtivo, o que acaba por fomentar modalidades de sofrimento físico e, sobretudo, mental.

Raichelis (2018) assinala que a nova morfologia do trabalho dos assistentes sociais no espaço estatal é marcada ainda pela individualização do trabalho, ocasionada, muitas vezes, pelas remunerações, vínculos e direitos trabalhistas que

são diferenciados. Essas disparidades promovem competições entre os trabalhadores sociais e contribuem para sua fragmentação e desmobilização da categoria. É nítido que o Serviço Social se vê desafiado pelas premissas das gestões contemporâneas, marcadas pelo individualismo exacerbado e pela concorrência entre os próprios membros da equipe.

Convém ressaltar que Matos (2015), ao discutir sobre o trabalho do assistente social no setor empresarial, revela a intensificação da exploração da força de trabalho de assistentes sociais sob duas modalidades de atendimento. A primeira centra-se na consultoria, sem vínculo empregatício, na qual os trabalhadores atendem os operários das fábricas; e a segunda apresenta-se na forma de *call center*, na qual trabalhadores são atendidos por um profissional de Serviço Social que lhes é desconhecido, e que não conhece o cotidiano do trabalhador atendido por eles. Desse modo, fomenta-se um distanciamento, uma leitura prejudicada da realidade pelas condições de trabalho postas para os profissionais.

O acúmulo de todas as problemáticas supracitadas expressa uma nova estrutura no trabalho do assistente social, como demarca Raichelis (2018). Essas novas características tornam-se cada vez mais visíveis nas políticas de habitação, saúde, assistência social, dentre outras, e evidenciam que a insegurança no espaço socio ocupacional, a desproteção social e trabalhista, a baixa remuneração e o sofrimento estão cada vez mais impregnados ao cotidiano profissional.

Em tempos pandêmicos da COVID-19 os processos de trabalho dos assistentes sociais também sofrem metamorfoses, que indicam caminhos que devem ser analisados pela categoria profissional. Raichelis (2020) aponta que o que era residual e embrionário, como o trabalho remoto e o teletrabalho, hoje constitui-se como regra, como o novo normal. Esse cenário indica a necessidade do acompanhamento crítico, pois tende a ser naturalizado após a pandemia, sobretudo no âmbito universitário.

Vallina, Pinheiro e Barroco (2020) afiançam que a modalidade de Ensino Remoto inspira desafios aos docentes, os quais estão centrados no reducionismo pedagógico, na impossibilidade de acesso de inúmeros docentes e discentes às Tecnologias de Informação e Comunicação – TIC, na transferência dos custos dos insumos para docentes e discentes, no despreparo dos docentes para ministrar aulas *on-line*, no uso do espaço doméstico dos docentes e dos discentes e no conseqüente aumento da exploração e do adoecimento docente. Essas são as marcas do trabalho

docente durante a pandemia da COVID-19 e também da realidade educacional no ambiente remoto. Torna-se claro que o mundo do trabalho no capitalismo contemporâneo também traz particularidades para a saúde, que foram ainda mais potencializadas em tempos de pandemia.

A saúde se constitui como um campo que concentra uma significativa inserção de assistentes sociais empregados, conforme sinalizam Almeida e Alencar (2011). O movimento de Reforma Sanitária, a Constituição da Carta Magna em 1988 e a criação do SUS de atuação distinta dos aportes tradicionais focados exclusivamente na atenção médica permitiu uma maior visibilidade de outros profissionais da área da saúde. Dentre esses estão os assistentes sociais, ainda que a categoria tivesse pouca articulação com o movimento sanitarista e uma incipiente produção teórica sobre as demandas postas na prática em saúde, como afirma Bravo (2007).

Com o processo de contrarreforma do Estado, sustentado pelo ideário neoliberal, as conquistas históricas obtidas em forma de direitos, foram sendo ameaçadas sistematicamente. Desse modo, os valores solidários e coletivos, que compõem o tripé da Seguridade Social, vêm sendo substituídos por valores individualistas, corporativos, que têm como intuito fortalecer um projeto de orientação mercantil (CFESS, 2010).

A política de saúde tem sua função social comprometida, pois, conforme avançam os princípios do mercado, mais se torna legítima a consolidação de um sistema focalizado, e cada vez mais distanciado de suas propostas que caminham em direção à cidadania²⁸.

O conteúdo do documento Parâmetros do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010) é bastante elucidativo acerca dessas novas particularidades do trabalho em saúde, uma vez que revela que a configuração da política, dentro dos princípios de mercado, impacta o trabalho profissional nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na relação com as equipes profissionais e com os movimentos sociais.

No que diz respeito às demandas emergentes no cotidiano, Vasconcelos (2010) revela um progressivo aumento, e em muitos casos as demandas não conseguem se

²⁸ Para Coutinho (1999) a cidadania é entendida como a capacidade conquistada por determinados indivíduos de se apropriarem dos bens socialmente criados, de terem suas possibilidades de realização humana em diversas conjunturas historicamente determinadas. Ressalta ainda que a cidadania é resultante de lutas permanentes travadas quase que exclusivamente pelas classes subalternas.

inserir nas rotinas institucionais, por não possuírem relação direta com o âmbito da saúde, e por conta disso tornam-se reprimidas, muitas vezes não conseguem sua resolutividade ou acabam sendo negadas a nível institucional.

Para a autora, quando o Serviço Social nega essas demandas, por não estarem relacionadas à saúde, acaba minimizando sua prática na instituição e não analisa as contradições postas no cotidiano, muitas vezes, em função de uma rotina de trabalho que desconsidera o planejamento e a execução e os interesses dos usuários que atende.

A fragilização da relação com os demais profissionais é também uma realidade concreta, tendo em vista que o individualismo permeia a cultura do trabalho contemporâneo e torna o desenvolvimento do trabalho coletivo dificultoso.

Cabe referenciar o entendimento de Matos (2013) que assinala que, embora o trabalho coletivo se desenvolva, este não se configura como interdisciplinar, tendo em vista que ocorre a sobreposição de fazeres profissionais atuantes sob o mesmo usuário. Dessa forma, constitui-se um trabalho que apresenta diferentes áreas multiprofissionais que em nenhum momento dialogam entre si e não estabelecem uma relação de cooperação.

Além disso, cabe citar o enfraquecimento dos canais de interlocução com os movimentos sociais que impossibilita os trabalhos de educação, mobilização dos usuários, e inviabiliza transformações na política de saúde, que só serão efetivadas através de um amplo movimento que englobe massas e que questione a cultura política promovida pelo Capital (CFESS, 2010).

O documento ressalta ainda que as tendências no processo de trabalho, sob a égide do capital, trazem consequências e requisitam serviços profissionais à imagem e semelhança do projeto privatista, como: a focalização e seletividade dos usuários; a atuação psicossocial através do aconselhamento; a fiscalização dos usuários e o fortalecimento de práticas assistencialistas. As práticas referenciadas entram em contradição com as proposições do projeto de reforma sanitária que demandam do assistente social a:

democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010, p.26).

As propostas evidenciam a vinculação do projeto de reforma sanitária e o projeto ético-político da profissão, uma vez que eles se relacionam nos aportes teóricos e nos princípios éticos.

Bravo e Matos (2010) nos trazem que o trabalho do assistente social na saúde deve sempre se aportar na criatividade, na incorporação de conhecimentos de forma constante e que deve estar atento às novas requisições postas à profissão, mantendo-se articulado aos ideais do projeto de reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social. Além disso, sugerem a realização de fóruns de capacitação permanentes e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social na saúde.

A profissão também deve estar sintonizada com outros segmentos que lutam pela efetivação do SUS conforme a sua idealização, assim formulando estratégias que defendam a política de saúde, não sob uma ótica mercantil, que tanto fere princípios constitucionais, assim como a vida dos usuários que demandam os serviços.

Embora tragam possibilidades fundamentais, Bravo e Matos (2010) nos alertam para a ausência de fórmulas prontas para a construção de um projeto democrático na sociedade, e que as lutas em direção ao seu alcance não devem ser travadas apenas por uma categoria profissional.

2.3.1 Serviço Social na COVID-19: implicação ao trabalho profissional na crise sanitária

No cenário de crise sanitária atual, os profissionais de saúde como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentre outros, foram convocados a atuar na linha de frente do combate à COVID-19. Nessa força tarefa estão presentes também os assistentes sociais, que apresentam uma vinculação histórica com esse espaço socio ocupacional.

Os assistentes sociais possuem importante participação no contexto de pandemia da COVID-19. A ação estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”, lançada pela Portaria nº 639/2020, buscou criar um cadastro geral de profissionais da área da saúde, para capacitação e atuação no âmbito do SUS no combate ao Coronavírus. Os assistentes sociais compõem o grupo de 14 profissionais autorizados a atuar na linha de frente à doença nas esferas federal, estaduais e municipais.

O CFESS, em reunião realizada em abril de 2020, reforçou orientações para a categoria profissional sobre sua participação no “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”. Foi destacada a importância da não obrigatoriedade dos assistentes sociais em se cadastrarem na ação do governo federal, mas a entidade ressaltou o compromisso ético da participação dos assistentes sociais em programas de socorro à população em situações de calamidade pública, referendando ao artigo 3º do Código de Ética Profissional. Além do mais reforçou que a atuação do Serviço Social na defesa dos direitos é de valiosa contribuição.

Yazbek, Raichelis e Sant`Ana (2020) destacam que estamos vivendo um contexto de agravamento da questão social, ocasionada pela desigualdade e a concentração de renda para restritos segmentos da população, que intensificam as formas de acumulação do capital financeiro. A situação da classe trabalhadora piora ainda mais com o cenário de fragilização da seguridade social, que se torna direcionada para ações emergenciais, sem prover as condições necessárias para a proteção social. Em tempos pandêmicos, esse panorama assume feições ainda mais dramáticas, pois o enfrentamento do vírus Sars-Cov-2 em um sistema de saúde colapsado, representa obstáculos.

Mesmo diante de um caos sem precedentes, o trabalho do assistente social na saúde deve-se manter articulado aos objetivos nesse âmbito. Nesse sentido, citamos Bravo e Matos (2010) que indicam que o trabalho deve ser articulado aos objetivos de identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais, que extrapolam a perspectiva simplista do processo saúde-doença. O direcionamento proposto permite a mobilização de recursos para o enfrentamento das expressões da questão social, interligada a uma prática educativa.

Reafirmar os princípios que regem o trabalho na política de saúde é necessário, sobretudo no atual cenário, para que não se fortaleçam discursos nos quais os profissionais devem fazer tudo, independente se as demandas das instituições não se articularem com as reais competências e atribuições privativas dos assistentes sociais na saúde (MATOS, 2020).

Nesse contexto de pandemia, os assistentes sociais atuantes na saúde têm sido convocados para realização de comunicação de óbitos²⁹, transferências de

²⁹ O documento “Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo Coronavírus” criado pelo Ministério da Saúde (2020) responsabilizava os profissionais de Serviço Social a emitirem declaração

pacientes, solicitação de transporte como ambulância, distribuição de tickets de alimentação, entre outras demandas. Historicamente, essas requisições se fazem presentes no cotidiano de assistentes sociais na saúde, demandadas por outros profissionais e pela própria instituição, o que indica o desconhecimento do que faz o profissional de Serviço Social.

Soares, Correia e Santos (2020) explicam também que essas demandas são direcionadas para o Serviço Social, porque as ações de saúde que não pertencem à área médica, são vistas como subsidiárias e acabam tendo seu trabalho direcionado por médicos. Esse fato acaba reforçando práticas profissionais tecnicistas, voluntárias e conservadoras dos assistentes sociais.

Considerando o quadro apresentado, o CFESS, em março de 2020, lançou a Orientação Normativa nº 3, que afirma que a comunicação de óbito não é atribuição ou competência profissional dos assistentes sociais. A orientação afirma a importância dessa atividade ser realizada por profissionais que possuam conhecimentos específicos da causa *mortis* dos pacientes, que requer um trabalho conjunto entre médicos, enfermeiros e psicólogos. Aos assistentes sociais cabe a prestação de esclarecimentos do conjunto de direitos e benefícios, amparados legalmente e que se referem à situação particular de cada paciente. Além disso, pode fazer os encaminhamentos necessários e articular a rede socioassistencial de serviços que se fizerem necessários.

Portanto, em tempos de pandemia, se potencializam ainda mais requisições que reduzem o trabalho do assistente social a uma dimensão emergencial e que não referendam o verdadeiro saber fazer do assistente social. Nesse sentido, é necessário que os profissionais façam uma reflexão crítica do planejamento da sua atuação, considerando as prerrogativas legais que a regem como a Lei de Regulamentação da Profissão, o Código de Ética Profissional, as Resoluções emitidas pelo CFESS, assim como os Parâmetros para os Assistentes Sociais na Saúde.

Outro ponto desafiador para os assistentes sociais na pandemia refere-se às condições do trabalho. De acordo com Soares, Correia e Santos (2020) o início da COVID-19 evidenciou as dificuldades de acesso dos profissionais ao Equipamento de

de óbitos de pacientes. Após mobilizações da categoria, o conteúdo agora responsabiliza médicos assistentes ou substitutos para a realização dessa atividade.

Proteção Individual – EPI³⁰, pois muitas unidades de saúde sofriam com a escassez desse material. Mesmo que os assistentes sociais não tivessem contato direto com os pacientes acometidos pelo vírus, atendiam aos familiares, o que também trazia riscos à saúde.

Segundo as autoras, a articulação do conjunto CFESS/CRESS com a criação de comunicação de canais remotos, contribuiu fortemente para que essa questão fosse debatida, e que fossem geradas mobilizações das equipes para a garantia do EPI. O levantamento produzido pelas entidades representativas levou à ANVISA a ratificar o uso de EPI para os assistentes sociais, e culminou posteriormente no Parecer Jurídico do CFESS nº 05/2020-E.

A garantia do uso de EPIs possibilitou uma conquista para os assistentes sociais, pois como parte da força tarefa do combate ao Coronavírus estão expostos à doença, de forma constante. Os dados do Boletim Epidemiológico nº. 52, publicado em 4 de março de 2021 pelo Ministério da Saúde, ratificam essa assertiva. Segundo o documento, foram notificados mais de 39 mil casos de adoecimento de profissionais da saúde em decorrência da COVID-19, incluindo assistentes sociais com o índice de 412 casos confirmados da doença.

Importa ressaltar também os vínculos profissionais dos assistentes sociais nesse período. Soares, Santos e Correia (2020) relatam que houve uma pequena expansão de vínculos de assistentes sociais na saúde, considerando os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. As autoras apontam um aumento de 3,72% em apenas seis meses em serviços de emergência, internação e Unidades de Terapia Intensiva, mas ainda se configura como um índice de contratação restrito para esses profissionais.

As autoras revelam ainda que, em muitos casos, as contratações de assistentes sociais ocorreram dentro de um padrão fragilizado, dada à expansão dos serviços de saúde pela terceirização, que vem ocasionando contratos temporários e com baixas remunerações.

Convém ressaltar o entendimento de Mathis, Rodrigues e Braga (2020) que sinalizam as Organizações Sociais, como forma de viabilizar também a terceirização

³⁰ O vírus Sars-Cov-2 tem facilidade de transmissão através de gotículas respiratórias transmitidas por pacientes infectados. Nesse sentido faz-se necessário o uso de instrumentos de proteção específicos. Teixeira *et.al* (2020) indicam que o EPI para evitar a transmissão da COVID-19 se constitui pelo uso de máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas.

na saúde. Nesse modelo de gestão, as contratações dos profissionais ocorrem por processos seletivos com análises de currículos e/ou entrevistas, ou pela indicação. Essas relações de trabalho, segundo os autores, são marcadas pela instabilidade, pela alta rotatividade, e também contribuem para a diminuição de concursos públicos na área da saúde. O medo do desemprego condiciona os profissionais ao trabalho precário, minando formas de resistências por melhorias nas condições de trabalho.

O cenário impõe desafios para os assistentes sociais, o que requer posturas criativas e propositivas, que não recaiam no fatalismo profissional, que se centra numa visão determinista e a-histórica da realidade, e tampouco no messianismo, voltado para a visão heroica de que o assistente social pode fazer tudo, segundo o entendimento de Iamamoto (2009). Para o profissional é necessário pensar em alternativas que sejam exequíveis, sobretudo na pandemia.

A pandemia da COVID-19 parece ter potencializado os desafios para o trabalho profissional na saúde, com o (re)surgimento de demandas que direcionam o Serviço Social muito mais para uma dimensão emergencial, sendo urgente a constante retomada dos elementos que balizam a profissão.

As condições de trabalho na atualidade também se apresentam como percalços aos profissionais, pois evidenciam ainda mais a sua fragilidade no mundo do trabalho contemporâneo, ou como dizem Raichelis e Arregui (2020) é o admirável mundo novo do trabalho, que traz novas peculiaridades, mas representam a continuidade dos padrões de degradação do trabalho e dos direitos sociais.

CAPÍTULO III

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE EM MANAUS

O Serviço Social enquanto profissão vem garantir a efetivação do direito à saúde consolidada pela CF/88, a qual diz que ela “é direito de todos e dever do Estado, garantido 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.” Na alta complexidade é necessário um profissional capacitado e qualificado que possa identificar os vários determinantes sociais os quais impedem o usuário ter uma qualidade de vida melhor (Assistente Social nº 04, Pesquisa de Campo, 2021)

Considerações iniciais

A saúde pública brasileira encontra-se imersa em uma conjuntura na qual as propostas do Movimento de Reforma Sanitária, que deram origem ao SUS constitucional, são obscurecidas em prol de um projeto de saúde flexível e que caminha a largos passos para o avanço da privatização. Esse cenário vem produzindo desafios para o cotidiano profissional dos assistentes sociais que atuam na área da saúde.

O projeto ético-político da profissão, centrado em princípios como liberdade e justiça social, é ameaçado por uma lógica societária que requisita políticas sociais à imagem e semelhança do paradigma neoliberal. A situação agrava-se pelo fato dos profissionais serem constantemente pressionados pelas exigências institucionais para reproduzirem uma atuação dentro dos moldes ditados para as políticas sociais em tempos neoconservadores, o que gera um desafio para um trabalho profissional.

Nesse sentido, o capítulo versará sobre o processo de trabalho de assistentes sociais que atuam na alta complexidade em Manaus, destacando as particularidades e os desafios que se estabelecem nesse nível de atenção à saúde para o Serviço Social.

3.1 O processo de trabalho na saúde de alta complexidade: As particularidades do Serviço Social em Manaus

A organização do modelo de atenção à saúde brasileira atende aos princípios organizativos de regionalização e hierarquização. Dessa maneira, a saúde é dividida em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Essa divisão se justifica pelas ações e procedimentos fornecidos por cada um desses níveis de atenção, de acordo com suas particularidades.

A atenção básica, segundo a Portaria nº 648/2006 do Ministério da Saúde, compreende um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a manutenção e a prevenção dos agravos. É considerada como o contato preferencial dos usuários com o SUS, sendo comumente conhecida como “porta de entrada”, envolvendo os serviços de baixa densidade tecnológica, mais simples e mais baratos, mas que conseguem contemplar 76,08% das demandas da população, segundo dados do Ministério da Saúde (2021).

Mesmo com o percentual elevado de cobertura, algumas demandas necessitam de atenção especializada oferecida por centros de referência que constituem a média complexidade. Segundo o Ministério da Saúde (2009) esse nível de atenção requer a participação de profissionais especializados para a oferta de:

cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia (p.17)

A alta complexidade, por sua vez, envolve procedimentos de alto custo e com grande inovação tecnológica, integrando-se aos níveis de atenção básica e de média complexidade. O conjunto de serviços oferecidos contempla:

assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia

bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 32-33).

No estado do Amazonas, a gestão de saúde está organizada em 9 (nove) regiões. As regiões de saúde são definidas como o espaço geográfico contínuo constituído por municípios limítrofes, de acordo com as particularidades econômicas, culturais, sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Elas possuem como objetivo principal integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Na tabela 1 é possível visualizarmos como se estrutura a distribuição das regiões de saúde no Amazonas:

Tabela 1: Regiões de Saúde do Estado do Amazonas

Região de Saúde	Área (Km²)	População 2019 (Hab)	Densidade (Pop/ Km²)
Alto Solimões	213.281	251.867	1,18
Baixo Amazonas	68.383	250.599	3,66
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	365.264	2.576.049	7,05
Médio Amazonas	58.424	172.977	2,96
Rio Juruá	102.714	137.818	1,34
Rio Purus	252.985	132.588	0,52
Rio Madeira	221.036	199.609	0,90
Rio Negro e Solimões	156.690	297.949	1,90
Triângulo	131.964	151.121	1,14
TOTAL	1.570.741	4.144.597	2,63

FONTE: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES/AM (2019)

A tabela 1 apresenta também a área, a população e a densidade populacional, sendo possível observar a maior concentração em Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, que chega a 2.576.049 habitantes. Esta região compreende também o maior número de municípios, sendo 12 (doze)³¹ no total.

O Plano Estadual de Saúde do Amazonas (2020-2023) evidenciou que a maior parte dos estabelecimentos de saúde estão concentrados na capital, com o índice de

³¹ De acordo com Sousa et al. (2017) os 12 municípios que compõem a **Região de Saúde Manaus, Entorno e Alto do Rio Negro** são: Autazes, Barcelos, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manaquiri, Manaus, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira

distribuição de 60,7%. O documento informa também que no estado estão cadastrados 2.454 estabelecimentos de saúde, sendo 80,76% de gestão municipal, 16,46% de gestão estadual e 2,77% por gestão dupla (gestão compartilhada entre o estado e os municípios). A tabela 2 apresenta a rede física dos serviços de saúde pública e privada prestadora de serviços do SUS no Amazonas:

Tabela 2: Rede Física de Saúde por tipo de estabelecimento e gestão no Amazonas

TIPO DE ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO			TOTAL
	DUPLA	ESTADUAL	MUNICIPAL	
Academia da Saúde	-	-	8	8
Central de Regulação	-	3	3	6
Central de Regulação Médica das Urgências	-	6	1	7
Centro de Apoio a Saúde da Família – CASF	-	-	1	1
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	-	1	1	2
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	3	2	26	31
Centro de Saúde/Unidade Básica de saúde	3	-	473	476
Central de Notif. Captação e Distr. Órgãos Estadual	-	3	1	4
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	17	125	50	192
Consultório	-	-	724	724
Cooperativa	-	34	1	35
Farmácia	-	2	27	29
Hospital Especializado	3	16	2	21
Hospital Geral	18	28	33	79
Hospital Dia	1	9	-	10
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	-	-	1	1
Laboratório de Saúde Pública	-	1	13	14
Policlínica	6	39	29	74
Posto de Saúde	-	-	131	131
Pronto Atendimento	8	6	1	15
Secretaria de Saúde	-	3	66	69
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (<i>Home Care</i>)	-	5	-	5
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	157	157
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	2	64	38	104
Unidade de Vigilância em Saúde	-	2	71	73
Unidade Mista	2	1	4	7
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp.	4	41	63	108
Unidade Móvel Fluvial	-	9	42	51
Unidade Móvel Terrestre	-	3	8	11
Telessaúde	1	1	7	9
TOTAL	68	404	1.982	2.454

FONTE: SES/AM (2019)

Como se vê, a gestão municipal concentra o maior quantitativo de estabelecimentos, tendo em vista a maior abrangência da rede de atenção básica, composta por unidades básicas de saúde, unidades móveis fluviais e unidades de atenção à saúde da população indígena. No que tange à rede de serviços de saúde em Manaus, capital do estado, evidenciamos que os estabelecimentos geridos pela rede estadual contemplam o quantitativo de 57 instituições administradas pela SES/AM. Os assistentes sociais estão distribuídos nas instituições de diferentes níveis

de complexidade, tanto a SEMSA como a SES são empregadoras de grande quantidade assistente sociais.

Para melhor compreensão de como está organizada a saúde pública na cidade apresentamos a tabela 3 com a distribuição dos estabelecimentos por zona geográfica.

Tabela 3: Rede Pública Estadual de Saúde na Capital por Tipo de Estabelecimento e Zonas

TIPO DE ESTABELECIMENTO	ZONA ADMINISTRATIVA				TOTAL
	NORTE	SUL/CENTRO	LESTE	OESTE/CENTRO	
		SUL		OESTE	
Centro de Atenção Integral à Criança – CAIC	3	3	3	3	12
Centro de Atenção Integral à Melhor Idade –	1	1	-	1	3
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	1	-	-	-	1
Serviço Pronto Atendimento – SPA	1	1	1	3	6
SPA e Policlínica	1	-	-	1	2
SPA/Maternidade/Hospital	-	-	1	-	1
Unidade Pronto Atendimento – UPA	1	-	-	1	2
Policlínica	1	3	2	-	6
HPS Criança	-	1	1	1	3
HPS Adulto	-	1	2	-	3
HPS Adulto/Criança	1	-	-	-	1
Maternidade	2	1	1	1	5
Maternidade/Unidade ginecológica	-	1	-	-	1
Hospital Infantil	-	2	-	-	2
Hospital Adulto	-	1	1	-	2
Hospital Universitário	1	-	-	-	1
Fundações de Saúde	1	2	-	3	6
TOTAL	13	17	12	14	57

FONTE: SES/AM (2019)

Na cidade de Manaus, 9 instituições são consideradas de alta complexidade. Segundo a SES/AM (2019) esse nível de atenção à saúde requer profissionais especializados para cirurgias e exames complexos para o tratamento de pacientes com enfermidades oncológicas, renais crônicas, cardiopatias, neurológicas, dentre outras.

O quadro 1 apresenta as fundações e hospitais da cidade de Manaus que pertencem ao nível de alta complexidade, sua zona geográfica e suas especialidades. É importante ressaltar que em todas essas instituições existe uma equipe de serviço social em atividade:

Quadro 1: Fundações e Hospitais de Alta Complexidade em Manaus

Fundações e Hospitais de Alta Complexidade em Manaus	Zona Geográfica	Especialidades
Fundação Centro de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON)	Centro-Oeste	Assistência ambulatorial e hospitalar Radioterapia Quimioterapia Terapia da Dor e Cuidados Paliativos
Fundação Alfredo da Matta (FUAM)	Sul	Tratamentos de doenças dermatológicas; Cirurgias dermatológicas
Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD)	Centro-Oeste	Assistência hospitalar e ambulatorial; Tratamento de doenças infecciosas e parasitárias.
Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (FHMOAM)	Centro-Oeste	Assistência médica ambulatorial e hospitalar; Serviços de diagnóstico nos exames laboratoriais; Tratamento de doenças hematológicas na região Norte.
Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ)	Sul	Assistência médica ambulatorial e hospitalar; Exames clínicos; Procedimentos cirúrgicos nas áreas de: ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, urologia, odontologia, cirurgia plástica reparadora, proctologia, ginecologia e cirurgia vascular
Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM)	Norte	Assistência médica ambulatorial e hospitalar; Cirurgia Cardiovascular; Cardiologia Intervencionista; Cirurgia Vascular de Alta Complexidade; Cirurgia Endovascular; Exames Clínicos
Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV)	Sul	Ortopedia; Neurologia/Neurocirurgia; Cirurgia Vascular; Videocirurgias; Nefrologia.
Hospital Pronto Socorro 28 de agosto	Centro-Sul	Ortopedia; Clínica Médica; Cirurgia Vascular; Urologia; Nefrologia; Oftalmologia; Exames Clínicos.
Hospital Dr ^o João Lúcio Pereira Machado	Leste	Neurocirurgia/Neurologia; Politraumas

FONTE: Pesquisa Documental (2021)

No Amazonas, os atendimentos de alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, estão concentrados em Manaus. Sousa et al. (2017) apontam que a cidade não apenas detém todos os serviços de alta complexidade, mas também 89% dos serviços pertencentes ao nível de média complexidade, fato que obriga o deslocamento dos usuários de outros municípios à capital para acessar aos serviços de atenção especializada.

Esse quadro faz com que o estado apresente a segunda maior média de deslocamento dos usuários para tratamentos de saúde de alta complexidade, com uma distância percorrida aproximada de 462 quilômetros, segundo dados do IBGE (2020). Considerando que a média nacional de deslocamentos de pacientes é de 155 quilômetros, o cenário amazonense nos aponta um padrão de desigualdades entre os municípios, prejudicando a população que vive em localidades mais distantes da capital.

Sousa et al (2017), baseados no estudo de Oliveira (2008), afirmam que as iniquidades que conformam a regionalização da saúde no Amazonas são decorrentes não apenas do isolamento geográfico e político, mas também pela baixa capacidade de gestão e arrecadação dos municípios menores, com exceção de Manaus que contribui em 77% para o PIB do Estado. Em contrapartida os municípios menores, além de carecerem de protagonismo político, se deparam com um sistema de regionalização de saúde inadequado, que não contempla estratégias para os problemas de comunicação e logística, sobretudo no período de cheias e vazantes dos rios.

Essa problemática impacta na oferta de procedimentos de maior qualidade e de densidade tecnológica nos municípios menores. Além disso Sousa et al. (2017) revelam que há uma dificuldade de fixação de recursos humanos nos municípios de pequeno porte, o que indica uma alta rotatividade de profissionais nessas localidades, resultando na ausência de um trabalho articulado e continuado com as populações do interior do estado.

Manaus, sendo o único polo de atendimento especializado, não apenas se sobrecarrega com as demandas de saúde da população da capital, mas assim como as provenientes dos outros municípios do Amazonas. É necessário destacar que as solicitações não apenas são concernentes aos tratamentos, às internações hospitalares, às cirurgias e/ou tratamentos para doenças, mas também contemplam demandas sociais.

As demandas sociais na saúde se referem às condições de vida dos usuários que, por sua vez, são decorrentes do desemprego, subemprego, ausência de local de moradia, modalidades de violência urbana, doméstica, acidentes de trabalho, dentre outras expressões da questão social, segundo o CFESS (2010).

Frente ao exposto, é fundamental a atuação dos assistentes sociais no campo da saúde, uma vez que são profissionais capazes de desenvolver ações que fortaleçam os princípios do SUS, mediadas por uma reflexão crítica, que defenda os direitos sociais da classe trabalhadora. Todavia, é importante reconhecer que a racionalidade vigente do SUS, direcionada para uma perspectiva mercantil dos direitos, causa tensões para esses profissionais, sobretudo na defesa de um projeto de saúde alinhado à Reforma Sanitária, em contrapartida à uma atuação burocrática e centrada no caráter emergencial que vem sendo requerida na saúde.

Na cidade de Manaus, grandes são os desafios que delineiam o cotidiano de assistentes sociais que atuam na saúde de alta complexidade. A pesquisa realizada com suporte de um questionário eletrônico, via Plataforma *Google Forms*, no período de maio a julho de 2021, entrevistou 20 assistentes sociais atuantes em 5 (cinco) hospitais e fundações de alta complexidade. São eles: Hospital Pronto Socorro 28 de agosto; Hospital Dr. João Lúcio Pereira Machado; Hospital Universitário Getúlio Vargas; Hospital Universitário Francisca Mendes e Fundação Hospital Adriano Jorge.

Ressaltamos que o universo da pesquisa é de 48 (quarenta e oito) profissionais, contudo, com os critérios de inclusão e exclusão, um total de 12 (doze) assistentes sociais não puderam compor a nossa amostra. É importante ressaltar que houve ainda o fato de que alguns profissionais não concordaram em participar da pesquisa, alegando distanciamento das discussões acadêmicas e por não se sentirem à vontade com as questões levantadas pelo estudo. Além dessas justificativas apresentadas, não se pode desconsiderar o contexto de pandemia da COVID-19, o qual modificou, e continua modificando, amplamente, a rotina dos trabalhadores da saúde. Nessa conjuntura caótica instalada, não existe em várias instituições um ambiente favorável para realização de pesquisa, assim como muitos profissionais não se sentem em condições de saúde (mental) para contribuir com estudos acadêmicos.

É importante assinalar que a construção de toda e qualquer pesquisa envolve dificuldades, mas independente dos obstáculos encontrados, o estudo conseguiu obter a participação de 20 assistentes sociais, o que representa um percentual de 41% do universo da pesquisa. Acreditamos que os aspectos quantitativos e qualitativos

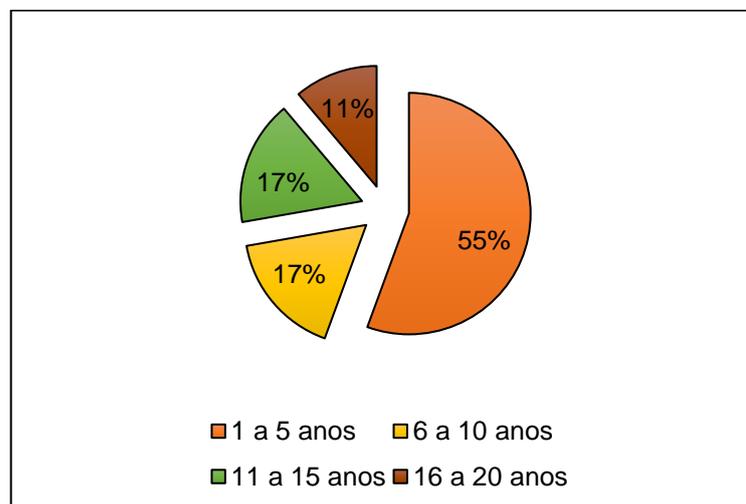
apresentados pelos participantes contribuíram para a discussão sobre o trabalho profissional no nível de alta complexidade e permitiram conhecer suas principais particularidades e desafios.

Conforme dados levantados pela investigação, podemos observar que todas as profissionais são do sexo feminino. Por conta disso, optamos por adequar a linguagem de gênero ao longo da apresentação deste tópico.

Das 20 assistentes sociais participantes do estudo, 9 são de hospitais de urgência e emergência, 7 são de hospitais universitários e 4 profissionais pertencem à fundação. Ressaltamos ainda que 19 assistentes sociais são formadas em cursos presenciais e 1 assistente social é formada em um curso semipresencial. Este número, de certa forma, até nos surpreende, uma vez que no estado do Amazonas como um todo houve uma grande explosão de cursos semipresenciais e a distância a partir dos anos 2000.

Verificou-se, com a pesquisa, que a maioria das assistentes sociais entrevistadas têm de 1 a 5 anos de experiência profissional, conforme exhibe o gráfico 1:

Gráfico 1: Tempo de Atuação nas Instituições de Saúde



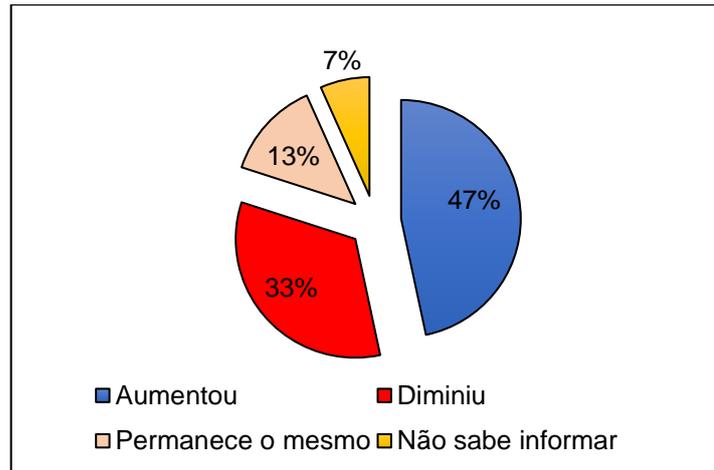
Fonte: Pesquisa de Campo (2021)

Os números constatados pela pesquisa revelam um corpo profissional inserido recentemente nas instituições. Um dos motivos explicativos para esse cenário reside na realização de concurso público da SES/AM em 2014, que teve vigência até 2018. Esse concurso contemplou 112 vagas para assistentes sociais na capital para diferentes hospitais e fundações. Dentre eles, 3 (três) instituições envolvidas nesse

estudo ofertaram vagas nesse certame, são eles: Hospital Fundação Adriano Jorge, Hospital Pronto Socorro João Lúcio e Hospital Pronto Socorro 28 de agosto.

Quando questionadas sobre a expansão do quantitativo de assistentes sociais nas instituições nos últimos 3 anos, 47% das profissionais alegaram que esse quantitativo aumentou, segundo o gráfico 2 apresenta.

Gráfico 2: Expansão do quantitativo de assistentes sociais



Fonte: Pesquisa de Campo, 2021

Acreditamos que um dos motivos que pode explicar a expansão recente de assistentes sociais nessas instituições, sobretudo nos últimos 2 anos, foi a realização de concurso público e processos seletivos emergenciais por conta da COVID-19. A EBSERH, por exemplo, empresa que gerencia o HUGV, realizou o último concurso em janeiro de 2020 ofertando vagas para assistentes sociais em cadastro reserva. Uma das assistentes sociais que participou desta pesquisa foi convocada em 2020.

É necessário analisarmos o percentual de 33% que sinaliza que houve a diminuição nas equipes de serviço social. As assistentes sociais do estudo não indicaram motivos que influíram nessa redução, mas podemos eleger como possíveis elementos explicativos a solicitação de aposentadorias e os terminos de vínculos do Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV e do Hospital Universitário Francisca Mendes – HUFM com a Fundação de Apoio Institucional Rio Solimões – Unisol durante os anos de 2018 a 2020. Além disso, foi informado por uma assistente social do Hospital Pronto Socorro João Lúcio que houve a transferência de 1 assistente social para outra instituição em 2021.

Como havíamos indicado, a realização de Processos Seletivos Emergenciais por conta da pandemia da COVID-19 foi propulsora para a expansão das equipes de serviço social em outros hospitais. As informações encontradas pela pesquisa indicam que a SES/AM realizou dois processos seletivos, em 2020 e em 2021, respectivamente. A EBSERH também chegou a realizar três processos seletivos nacionais nesses últimos dois anos, ofertando vagas para o HUGV.

Os processos seletivos emergenciais foram responsáveis por ampliar o quadro profissional das equipes de Serviço Social em algumas unidades de saúde. Como exemplo, apresentamos a narrativa desta profissional que revela que a equipe foi acrescida com 9 assistentes sociais no período de 2020 a 2021:

Embora no momento tenhamos 16 assistentes sociais, 07 são efetivas, 01 residente, as demais foram convocadas por meio do Processo Seletivo Emergencial para atuarem nesta época de pandemia. Assim, por ser contrato temporário, haverá (se não continuará) escassez de profissionais, comprometendo a qualidade do trabalho, devido ao aumento da demanda (Assistente Social nº 07, Pesquisa de Campo, 2021).

A assistente social está se referindo à realidade de um hospital universitário da capital que na segunda onda da COVID-19 no Amazonas, iniciada em janeiro de 2021, foi redimensionado para o atendimento de casos mais graves da doença.

Convém destacar que a crise de oxigênio na capital do estado foi derivada do aumento vertiginoso de oxigênio líquido nas instituições hospitalares. Os números informados pela SES/AM (2021) indicam que o volume de oxigênio contratado pelo governo saltou de 176 mil metros cúbicos para 850 mil metros cúbicos por mês, apresentando um acréscimo de 382,9%. Para termos uma ideia da dimensão da crise, antes da pandemia o consumo de oxigênio diário era de 14 mil metros cúbicos, enquanto que em janeiro de 2021 o consumo diário passou a ser de 76 mil metros cúbicos, representando o verdadeiro colapso da saúde manauara.

Em meio ao contexto de segunda onda da COVID-19, o HUGV teve mais de 60 leitos direcionados para o tratamento exclusivo da COVID-19, fruto do convênio estabelecido entre o governo estadual com o federal, tendo em vista o aumento do número de casos, e a conseqüente sobrecarga da rede de saúde (SES/AM, 2021).

Este hospital teve grande protagonismo durante a crise sanitária. Contudo o quantitativo de profissionais de serviço social não foi suficiente para o atendimento das demandas, conforme relatado pela assistente social nº 07. Esse posicionamento

também foi presente nas narrativas de profissionais de outras instituições, como podemos observar no seguinte testemunho:

Não, são muitas demandas sociais, muitos leitos, os profissionais que atuam na unidade ficam sobrecarregados de trabalho (Assistente Social nº 03, Pesquisa de Campo, 2021)

O testemunho apresentado é de uma assistente social que atua em uma unidade de atenção à urgência e emergência, o Hospital Pronto Socorro Dr. João Lúcio, comumente apresentado na mídia amazonense e conhecido pela população local como “o gigante da Zona Leste”. Essa alcunha possui um motivo claro, tendo em vista que é um grande hospital situado na zona leste de Manaus. Segundo a SES/AM (2019) a instituição possui 215 leitos, divididos em 72 leitos clínicos, 115 cirúrgicos e 28 leitos de Unidades de Terapia Intensiva – UTI. Convém ressaltar que é único hospital da rede pública estadual a realizar cirurgias de Trauma Raque Medular – TRM, um procedimento voltado para casos de lesões na coluna vertebral e cervical.

Com o cenário da COVID-19 as demandas também foram agudizadas e, mesmo com o crescimento de algumas equipes de serviço social, para um Hospital Pronto-Socorro pesquisado esse aumento de profissionais foi insuficiente para a realidade da instituição, segundo o testemunho dessa assistente social:

Não é suficiente, pois cinco dos 12 profissionais foram contratados temporariamente em decorrência da pandemia da COVID-19. Temos demandas do hospital e do pronto socorro para atender (Assistente Social nº 02, Pesquisa de Campo, 2021).

A profissional que nos cedeu esse depoimento é assistente social do maior hospital da rede pública da cidade, o Hospital Pronto-Socorro 28 de Agosto. Essa instituição possui 375 leitos, sendo 154 leitos clínicos, 181 cirúrgicos e 40 leitos de UTI (SES/AM, 2019). Considerando que cada leito representa um usuário com um conjunto de requisições que vão além do tratamento à saúde e que contemplam sua realidade social, cultural, econômica, o número de profissionais que compõem a equipe de serviço social, que são 12, é insuficiente para a oferta de um serviço de qualidade. Numa previsão de atendimento por profissional, significa que cada uma delas precisaria atender cerca de 30 pacientes ao dia.

Esse quadro nos mostra que, com a restrição de recursos financeiros na

saúde³², torna-se difícil a constituição de uma equipe conforme às necessidades que se apresentam no cotidiano profissional dessas assistentes sociais, o que revela também a intensificação da exploração da força de trabalho para aquelas que atuam na equipe atualmente

É imprescindível analisar esses dados com base no que apresenta o CNES/MS (2021) que destaca que, no Brasil, existem cerca de 36.818 vínculos de assistentes sociais em instituições de saúde do SUS. Na região Norte esse número concentra-se em 3.501, sendo 451 vínculos em Manaus, considerando todos os níveis de complexidade. Para uma capital com mais de 2 milhões de habitantes, o número de contratações de assistentes sociais nos parece inexpressivo, sobretudo pelo fato da alta complexidade estar toda concentrada na capital, o que faz com que as populações de 61 municípios do estado recorram a Manaus para atendimento médico-hospitalar.

Costa (2010) afirma que a rede ambulatorial e hospitalar geral e especializada de atenção terciária tem sofrido com o aumento de requisições ao Serviço Social sem a equivalência quantitativa da equipe profissional. A autora fala da realidade de Natal, mas a realidade de Manaus se assemelha muito, sobretudo quando observamos nos relatos das profissionais, a ausência de recursos humanos nas equipes de Serviço Social da alta complexidade e como esse fato vem impactando no exercício profissional. Na realidade, é possível avaliar que a precarização do SUS é uma realidade nacional e, nesse cenário, está também a sobrecarga ao trabalho profissional do assistente social.

No que diz respeito às demandas para os assistentes sociais na saúde, o CFESS (2010) sinaliza que elas podem ser enquadradas em 4 eixos de atividades profissionais: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação

³² Importa ressaltar que no estado do Amazonas a saúde tem sido profundamente prejudicada por escândalos políticos que envolvem desvios de verbas públicas do sistema de saúde estadual. Um dos exemplos mais notórios é a Operação Maus Caminhos, deflagrada pelo Ministério Público Federal - MPF em 2016. Segundo o MPF (2021), o esquema de corrupção envolveu o maior volume de recursos públicos, agentes públicos da alta cúpula e possui o maior número de desdobramentos já conduzidos pelos órgãos de fiscalização e controle no Amazonas. Ao todo foram 5 (cinco) fases: Operação Custo Político, Operação Estado de Emergência, Operação Cashback e Operação Vertex. Em quantitativos numéricos, a Operação Maus Caminhos representou 76 ações penais à Justiça, 40 ações de improbidade administrativa ajuizadas, processando civil e criminalmente 80 pessoas. O MPF informa que o valor dos desvios da saúde pública no Amazonas ultrapassa R\$ 100 milhões de reais. Diante dos dados, afirmamos que o cenário de esquemas corruptivos também são elementos propulsores para que o SUS no Amazonas enfrente dificuldades em relação à obtenção de equipamentos, à infraestrutura de unidades de saúde, assim como desafios para a conformação de equipes de saúde compatíveis com as demandas das populações de mais de 62 municípios.

profissional, que devem estar articulados entre si para uma efetiva intervenção profissional. Para melhor visualização organizamos os eixos no quadro 2:

Quadro 2: Eixos Norteadores do Trabalho em Saúde

Eixos Norteadores do trabalho em saúde	Características
O atendimento direto aos usuários	É presente nos diferentes níveis de atuação profissional desde a atenção básica, média e alta complexidade. As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas.
A participação e controle social	Abrange um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde
Planejamento e gestão e assessoria	Incorpora um conjunto de ações que têm como objetivo a consolidação da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, ideias que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos.
Qualificação e formação profissional	Envolve atividades de qualificação e formação profissional tendo em vista o aperfeiçoamento profissional e a melhoria da qualidade nos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários.

FONTE: Adaptado de: Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde – CFESS (2010)

Para compreendermos como esses eixos compõem na alta complexidade em Manaus, questionamos às assistentes sociais sobre quais são as 5 (cinco) principais atividades desenvolvidas por elas nos hospitais. O quadro 3 apresenta a sistematização das atividades diárias, citadas como recorrentes pelas profissionais:

Quadro 3: Sistematização das principais atividades das assistentes sociais

Principais atividades desenvolvidas pelas profissionais
Entrevista Social (Ficha Social)
Visita diária aos leitos
Orientações trabalhistas, previdenciárias, socioassistenciais
Encaminhamentos internos e externos
Reuniões com familiares
Contatos com instituições e representações dos municípios

Fonte: Pesquisa de Campo, 2021.

Observamos, com base nos dados fornecidos pela pesquisa, que a entrevista social (ficha social) é a principal atividade desenvolvida pelas assistentes sociais nas instituições. Mito (2009) informa que a entrevista social supõe habilidade técnica do assistente social para conhecer a realidade do usuário atendido, assim podendo realizar os encaminhamentos necessários para a garantia dos seus direitos. Para que a entrevista social possa ter efetividade é necessário que envolva um planejamento para sua devida execução.

No entanto, nos chamou atenção um depoimento de uma profissional que revelou que a ficha de entrevista social “não passa por uma análise e nem por uma tabulação de dados, sendo realizada sem objetivo e função clara” (Assistente Social, nº 09, Pesquisa de Campo, 2021).

Percebemos, claramente, que a profissional faz uma crítica ao trabalho do Serviço Social que vem sendo desenvolvido na instituição em que atua, derivada da ausência de planejamento do trabalho por parte da própria equipe, pois como afirmou a mesma assistente social: “O planejamento não faz parte dessa equipe, não tem reunião de trabalho, estudo de caso e/ou reflexão acerca do objeto. O trabalho é apenas técnico e rotineiro” (Assistente Social, nº 09, Pesquisa de Campo, 2021).

O desabafo é significativo, pois a entrevista social acaba sendo uma atividade esvaziada de sentido ao não envolver um processo de planejamento, tampouco de reflexão sobre as informações disponibilizadas pelos usuários. Nesse sentido, dados quantitativos e qualitativos oriundos da realidade social, que poderiam subsidiar a realização de pesquisas e publicizar como as expressões da questão social estão se formatando na cidade de Manaus, acabam não sendo produzidos.

É preocupante também que a concepção de trabalho meramente técnico, sem a devida análise dos dados que conformam o cotidiano dos usuários da saúde, vem sendo privilegiada. Importa ressaltar que o exercício profissional, distante de um sólido referencial teórico-metodológico e do compromisso ético-político, impossibilita o profissional de pensar em estratégias que fortaleçam o direcionamento do seu projeto ético-político na saúde.

Como bem aponta Vasconcelos (2010) é preciso mais do que boa vontade do assistente social, é necessário analisar a realidade, entender como se engendra a lógica de organização capitalista e como ela se refrata nas relações sociais, na vida dos usuários atendidos cotidianamente. Deste modo, é preciso sair do aparente, mas no cotidiano de trabalho o ato de ir além da superficialidade parece ser um verdadeiro

obstáculo. Observemos o depoimento dessa profissional:

As profissionais da equipe ainda não entendem a importância dos nossos instrumentos, a exemplo da Entrevista Social, pois não a fazem de forma qualitativa e completa, implicando diretamente na continuidade do acompanhamento do usuário por outras profissionais (Assistente Social nº 16, Pesquisa de Campo, 2021)

Segundo a pesquisa, outra atividade rotineira das assistentes sociais é a visita diária aos leitos com o propósito de realizar o esclarecimento de direitos e deveres dos usuários e as informações sobre as normas e rotinas institucionais. Essa atividade se enquadra no eixo de atendimento direto aos usuários e pode se conformar como uma atividade socioeducativa. Segundo o CFESS (2010) as ações socioeducativas devem ser orientações reflexivas, a partir da socialização de informações que podem ser fornecidas em um atendimento individual, grupal ou coletivo, ao usuário e/ou sua família.

É comum que os assistentes sociais sejam disseminadores de normas e rotinas hospitalares, assim como são convocados para elaborá-las, considerando as exigências institucionais (COSTA, 2010). É interessante aliar esse fato com a realidade, pois em pelo menos 3 instituições pesquisadas o Serviço Social é responsável por sistematizar *folders* contendo informações sobre normas e rotinas hospitalares e sobre recursos socioassistenciais. Esses materiais são entregues na primeira oportunidade de contato com pacientes e/ou seus familiares.

Entendemos que a visita diária ao leito pode receber a denominação como educação em saúde, pois como sinaliza o CFESS (2010) o seu enfoque abrange informações e debates sobre o funcionamento das unidades de saúde, objetivando a democratização da informação para o usuário. Contudo, é preciso reiterar que sua amplitude pode ser limitada e pode ir na contramão do que sugere esse eixo de atuação.

O CFESS (2010) alerta para os perigos nessa atividade, quando afirma que as ações de educação em saúde não podem se constituir apenas como um meio de fornecimento de informações e/ou esclarecimentos conduzindo a simples adesão do usuário, pois essa perspectiva reforça a sua subalternização e controle. Essas ações devem ter uma intencionalidade direcionada para a criação de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da realidade, criando estratégias coletivas.

Portanto, as atividades realizadas pelos assistentes sociais, no que concerne ao atendimento direto aos usuários, devem:

a. sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; b. democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade; c. realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição; d. realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas; e. democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação; f. socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera; g. elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral; h. mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar o controle democrático dos serviços prestados; i. realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse (CFESS, 2010, p.56)

Outra atividade importante apontada pelas profissionais tem sido os encaminhamentos internos e externos. Eles se enquadram no conjunto de ações socioassistenciais, que são as atividades que conformam as principais demandas para os assistentes sociais na saúde.

Costa (2010) destaca que as ações socioassistenciais demandam a articulação de recursos assistenciais que não competem apenas à política de saúde, mas também necessitam da mediação de outras políticas sociais. Esse fato é nitidamente comprovado quando as narrativas das assistentes sociais sinalizam que é cotidiana a realização de encaminhamentos externos para outras instituições, o que revela a importância da intersetorialidade.

A intersetorialidade, nos termos de Costa (2010), se define como a articulação de diferentes políticas sociais como: assistência social, educação, habitação e trabalho, como forma de efetivar o direito à saúde. Essa concepção parte do pressuposto de que a saúde não apenas se define como a ausência de doenças, mas compreende os condicionantes e determinantes sociais. Contudo, a autora ressalta fragilidades em torno da intersetorialidade, que se apresentam na desarticulação entre os sistemas de saúde e de assistência, o que reflete na efetividade da integralidade das ações.

É necessário observar com criticidade as demandas que surgem no eixo socioassistencial, pois elas também podem aparecer no cotidiano profissional dentro do caráter emergencial/assistencial. Sendo assim muitas dessas atividades podem

aparecer na forma de marcação de consultas, exames, transferência de pacientes, segundo o CFESS (2010). As narrativas das assistentes sociais refletem esse cenário de impasses:

O serviço social acaba sendo responsável por questões relacionadas a guarda e pertences dos pacientes e as autorizações para troca de acompanhante (Assistente Social nº 07, Pesquisa de Campo, 2021)

Algumas vezes nós [assistentes sociais] acabamos acionando ambulância, por exemplo (Assistente Social nº 11, Pesquisa de Campo, 2021)

Na alta complexidade, o ambiente, que muitas vezes exige pronta resposta ou atendimento, acaba colaborando para que essas demandas sejam realizadas pelos profissionais em caráter excepcional. Todavia, Soares (2010) destaca a importância de uma reflexão crítica e fortemente fundamentada por parte dos profissionais em relação à essas requisições, para que não recaiam apenas no imediato e possam ter clareza das intencionalidades profissionais. Além disso, caso não haja a clareza que trata de uma excepcionalidade, atividades que não são próprias dos assistentes sociais podem acabar se tornando uma prática cotidiana. Uma formação continuada pode permitir aos profissionais maior segurança para negociar estas demandas e devolvê-las aos profissionais capacitados para tal, bem como mostrar os motivos pelos quais não pertencem à área de domínio do serviço social.

Na pesquisa de campo, por mais que as atividades socioassistenciais de caráter pontual e emergencial, não tenham sido apontadas como de maior recorrência, ainda assim elas ocorrem e influem no trabalho profissional, uma vez que buscam agilidade e não fornecem tempo para que as assistentes sociais possam sistematizar estratégias para seu melhor atendimento.

Uma estratégia de resistência importante para os assistentes sociais está na dimensão investigativa, que segundo a ABEPSS (1996) é um dos princípios formativos e condição central da formação profissional e do trabalho profissional. Para intervir na realidade social é preciso conhecê-la, a pesquisa é um dos meios que permite a apreensão do real e que pode contribuir na construção de uma intervenção qualificada com o usuário.

3.2 Competências e Atribuições do assistente social na saúde: Conhecendo a realidade manauara

As competências e atribuições do assistente social em qualquer espaço socio ocupacional são direcionadas pelo Código de Ética Profissional do Serviço Social (Resolução CFESS 273/1993) e pela Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº. 8.662/1993).

O Código de Ética do Serviço Social preconiza no seu Artigo nº. 3, os 4 (quatro) deveres para os assistentes sociais. São eles:

1)Desempenhar suas atividades profissionais com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; 2) Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; 3) Abster-se de práticas que caracterizem censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência a seus competentes; 4) Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

Esses deveres estão sintonizados com o direcionamento adotado pela profissão que se revela no reconhecimento das demandas voltadas à autonomia, à emancipação e à plena expansão dos indivíduos sociais, além de fazer a defesa dos direitos humanos, recusa do autoritarismo e de todas as formas de preconceito.

A Lei de Regulamentação da Profissão já traz em seu cerne uma maior explicitação das competências e das atribuições profissionais dos assistentes sociais. O artigo nº 4 nos apresenta 10 (dez) competências profissionais para o Serviço Social, que são:

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

serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993)

As competências profissionais envolvem atividades que podem ser realizadas por assistentes sociais, mas que não são exclusivas destes, pois são atividades que também podem ser executadas por outros profissionais por não contemplarem conteúdos específicos do Serviço Social. São atividades que envolvem o processo de planejamento, assessoria e avaliação de políticas sociais públicas.

As atribuições profissionais são atividades que somente um assistente social, devidamente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, pode desenvolver. O artigo nº. 5 apresenta 13 (treze) atribuições profissionais, portanto privativas dos assistentes sociais.

I - Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (BRASIL, 1993).

Esse conjunto de competências e atribuições são fundamentais para que os assistentes sociais conduzam o seu trabalho profissional, todavia é importante que possamos ter a compreensão de que esse rol de ações profissionais pode ser variado de acordo com o espaço socio ocupacional que o assistente social se insere. As demandas acabam sendo relativamente distintas, de acordo com os espaços socio ocupacionais, o que, obviamente, faz sobressair diferenças nas atribuições e competências. Não significa dizer que são trabalhos radicalmente diferentes, mas que

têm particularidades, até mesmo porque sabemos que a profissão de Serviço Social é generalista.

A área de saúde, por exemplo, traz algumas especificidades para a atuação do assistente social, as quais envolvem a política de saúde, em sua concepção ampliada, mas também a intercessão com outras políticas sociais e econômicas, conforme o previsto no texto constitucional de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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)

Na pesquisa, quando questionadas sobre a relação do trabalho desenvolvido pelo serviço social com o conceito de saúde expresso na Constituição Federal de 1988, as profissionais revelaram perspectivas afinadas ao que consta na lei. Os depoimentos a seguir são exemplos disso:

O Serviço Social deve atuar relacionado com o que diz a Constituição Federal porque a saúde é direito de todos e dever do Estado. O assistente social deve atuar em prol dos direitos dos usuários para a promoção e proteção da saúde orientando sobre seus os direitos e deveres no serviço público (Assistente Social nº 01, Pesquisa de Campo, 2021).

O Serviço Social tem relação direta, uma vez que nossa profissão busca viabilizar, garantir o direito do cidadão, independente de raça, cor, gênero, classe social ou outra condição. A saúde na CF 88 passa a ser direito universal (a todos os cidadãos) e dever do Estado. Portanto, nossa relação enquanto categoria profissional está intrinsecamente ligada ao conceito de saúde estabelecido na Constituição (Assistente Social nº 11, Pesquisa de Campo, 2021).

Outra profissional apontou ainda a necessidade de prevenção ao adoecimento, uma vez que a saúde deve ser entendida como resultado de vários fatores condicionantes. Assim, ela frisou que é necessário pensar para além do combate às doenças:

Garantir a viabilização dos direitos garantidos na Constituição de 1988. Orientando os usuários que buscam informações sobre seus direitos dentro da área da saúde. Além de buscar dentro das políticas sociais uma forma não somente de combater, mas também de prevenção (Assistente Social nº 03, Pesquisa de Campo, 2021).

O trabalho do assistente social, dada a densidade do projeto ético-político, necessita de uma gama de subsídios importantes. Estes encontram-se, inclusive, em todo o aparato legislativo vigente no país. Nesse quesito, o texto constitucional ganha

proeminência, assim como as leis que regulamentam as políticas sociais, decretos, portarias, resoluções, entre outros documentos, como o é o caso dos “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na saúde”.

A criação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na saúde é fruto dos debates elaborados pelo Grupo de Trabalho “Serviço Social na saúde”, que foi instituído pelo CFESS em 2008. O conteúdo do documento abarcou também as discussões realizadas no 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS (CFESS, 2010). A versão preliminar dos parâmetros no ano de 2009, contou com a colaboração de 5.000 assistentes sociais de diferentes regiões do país, o que nos mostra o caráter democrático da construção deste documento e a importância de uma participação expressiva da categoria nas discussões que visem a análise do trabalho profissional e seu aperfeiçoamento.

Quando questionadas se têm conhecimento do documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), as profissionais revelaram que o conhecem e que é importante para a atuação profissional:

Sim. Os parâmetros são de suma importância para atuação do profissional na área da saúde, pois vem fortalecer a prática profissional do assistente social, direcionando-o aos projetos de Reforma Sanitária e ao projeto ético-político profissional garantindo qualidade nos serviços ofertados, assim como ao acesso a estes serviços de forma justa, e igualitária aos usuários desta política (Assistente Social nº 05, Pesquisa de Campo, 2021)

Sim. A importância desse documento é fundamental, pois apresenta orientações gerais para a atuação do assistente social na área da saúde e também o nosso compromisso com a Reforma Sanitária. (Assistente Social nº 06, Pesquisa de Campo, 2021)

A este respeito, uma das entrevistadas elucida um ponto muito interessante acerca dos parâmetros, que é o caráter de delinear a área de domínio do serviço social na saúde. Nesse sentido, este documento dá fundamento e argumento para que o assistente social não ceda às demandas institucionais que fogem do escopo do seu trabalho. Nas palavras da entrevistada:

É muito importante porque traz orientações gerais para nossa atuação porque muitas demandas que enviam para o setor não correspondem com o nosso fazer profissional. O documento nos embasa e nos respalda em relação à essas demandas (Assistente Social nº 17, Pesquisa de Campo, 2021).

Quando observamos este depoimento, surgem algumas questões para a

problematização, como, por exemplo, a possível falta de proximidade de alguns profissionais desse e de outros documentos elementares para o trabalho profissional. No processo de levantamento de participantes para a pesquisa realizado em maio de 2021, duas assistentes sociais responderam nossos e-mails alegando estarem distanciadas do conteúdo dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, sinalizando isso como um impeditivo para participação na pesquisa.

Outro fato que nos chamou atenção foi que uma das assistentes sociais nos revelou que precisaria reler o documento para poder contribuir com a pesquisa, mas que, levando em conta a sua rotina, não encontraria tempo para fazer essa revisita ao conteúdo e que, sendo assim, não estaria interessada em participar da pesquisa.

Sabemos que a participação em toda e qualquer pesquisa é voluntária. No entanto, o fato das assistentes sociais se recusarem a participar da pesquisa por não estarem sintonizadas com as discussões acadêmicas é alarmante, e nos faz pensar se apenas a dimensão técnica tem sido valorizada em seus cotidianos profissionais. É válida a assertiva de Iamamoto (2000) quando afirma que o privilégio da eficiência técnica, descolado dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos compromete a atuação profissional, tornando-a acrítica e ineficaz.

A resistência em participar de pesquisas acadêmicas é outro dado significativo para análise. Iamamoto (2009) assinala como um dos desafios a participação de assistentes sociais em um empreendimento coletivo que possibilite colocar como centro de debate o trabalho cotidiano do assistente social. Quando analisamos o exercício profissional numa perspectiva de totalidade, podemos averiguar de que forma ele vem sendo impactado pela lógica do capital e assim podemos impulsionar debates no âmbito da categoria que reflitam sobre o tipo de trabalho que vem sendo demandando na atualidade.

Todavia, discutir o trabalho e repensá-lo criticamente ainda é um grande obstáculo, pois a exemplo do que ocorreu nesta pesquisa, existem profissionais que sabem que atuam distanciados dos substratos para um trabalho guiado pela perspectiva crítica, e que por este motivo se recusam a participar de pesquisas que discutem o trabalho profissional.

Nas diferentes instituições pesquisadas tivemos recusas com essa mesma justificativa. Quando entrevistamos outras assistentes sociais atuantes nas mesmas unidades, um depoimento foi bastante esclarecedor para entendermos mais profundamente o motivo da recusa. A profissional entrevistada apontou que uma das

grandes fragilidades da equipe é justamente o desconhecimento de materiais como o produzido pelas entidades da categoria profissional, como os do CFESS (2010):

O documento (Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde) é fundamental importância, **contudo infelizmente ele é pouco usado e é desconhecido por parte da equipe do serviço social do hospital** (Assistente Social nº 08, Pesquisa de Campo, 2021)

Esta narrativa permite compreender que algumas assistentes sociais estão distanciadas dos aparatos que poderiam subsidiar o seu trabalho, o que nos leva a supor que também podem estar distantes do compromisso ético-político profissional. Todavia, não podemos generalizar essa interpretação, tendo em vista que também encontramos profissionais que detêm o domínio de substratos teóricos para a realização de um trabalho numa perspectiva crítica, voltada para garantia de direitos.

O Código de Ética Profissional (Resolução CFESS nº 273), em um dos seus princípios fundamentais, fala sobre o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, voltado à competência profissional. Ou seja, o trabalho profissional numa perspectiva crítica, embasada no código de ética dentre outras regulamentações, requer qualificação continuada e compromisso com os serviços ofertados, tanto na esfera pública como na privada.

No que concerne ao conjunto de demandas que chegam ao Serviço Social nas instituições, as narrativas das profissionais alegaram ser uma constante o encaminhamento de requisições para o setor que não são competências e/ou atribuições privativas dos assistentes sociais na saúde. Vejamos esse depoimento:

Sim! Várias, entrega de tickets de alimentação para acompanhantes, autorização de entrada de acompanhantes e/ou com vestimentas consideradas inadequadas, solicitação indevidas por parte da equipe de enfermagem, entre tantas outras que são reproduzidas há décadas (Assistente Social nº 19, Pesquisa de Campo, 2021)

A narrativa evidencia problemáticas que já foram identificadas pelo CFESS há mais de uma década, o que nos mostra a sua persistência no cotidiano de assistentes sociais. O histórico desconhecimento das competências e das atribuições profissionais dos assistentes sociais por outros profissionais da saúde tornou comum o surgimento e direcionamento de demandas de caráter técnico-administrativo e/ou de outras áreas para assistentes sociais, como: marcação de consultas e exames, solicitação de transporte para paciente, declaração de alta, notificação de óbito,

pesagem e medição de crianças, dentre outras questões.

Percebemos nos testemunhos das profissionais que elas reconhecem que desenvolvem atribuições que não pertencem ao serviço social, mas que realizam essas atividades para não contrariarem a própria dinâmica de trabalho imposta pelas gestões, como apontou essa assistente social:

Solicitação de transporte para alta de paciente acamado. Sempre enviam para o setor, **é muito difícil bater de frente com a instituição**, porém estamos em constante luta para não fazer trabalhos que não são da nossa competência (Assistente Social nº 15, Pesquisa de Campo, 2021).

Frente ao exposto, referenciamos Lourenço et al. (2019) que nos dizem que o compromisso profissional com o trabalho bem feito e com a satisfação das demandas emergentes, faz com que muitos assistentes sociais ultrapassem seus próprios limites profissionais para o atendimento desse compromisso. Dessa forma, a constante pressão direta e indireta de gestores e de outros profissionais para a resolutividade de demandas pode acarretar na sobrecarga de trabalho para os assistentes sociais, gerando assim desgaste físico e mental.

Além de terem demandas encaminhadas por outros profissionais, é comum que em hospitais quaisquer problemáticas que envolvam dificuldades de deslocamento, de acesso a medicamentos, exames, alimentos e documentos sejam encaminhadas para as equipes de serviço social, segundo Costa (2010).

Sobre a marcação de exames, consultas e leitos, a autora afirma que nessas solicitações os assistentes sociais são convocados pela direção das unidades para mediar a situação com instituições sociais e com a família. A narrativa abaixo é clara ao afirmar que é comum que os assistentes sociais sejam acionados por familiares e outros profissionais da saúde para essa atividade, como se fosse uma competência ou atribuição privativa da profissão:

A grande maioria, tanto usuário, como outros profissionais do hospital pensam que o **assistente social tem a obrigação de agendar consulta médica** (Assistente Social nº 18, Pesquisa de Campo, 2021)

Independente de reconhecerem que estão desenvolvendo competências e atribuições que não são da profissão, muitas profissionais alegaram desenvolver essas tarefas como forma de não prejudicar os usuários que as procuram nas unidades de saúde. Esta assistente social nos revelou que: “Muitas vezes para não

deixarmos o usuário desassistido, desenvolvemos atribuições que não competem a nós assistentes sociais”. (Entrevistado nº 12, Pesquisa de Campo, 2021).

A fala é muito significativa e nos faz recorrer às contribuições de Vasconcelos (2010) que, em tom de crítica, afirma que a forma de organização individual e coletiva do Serviço Social nas unidades de saúde cria uma postura profissional passiva, dependente, submissa e subalterna às rotinas institucionais, às demandas das direções e até mesmo de outros profissionais. Essa recepção passiva acaba determinando boa parte do tipo de trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas instituições.

A análise da autora é interessante e nos faz refletir acerca da importância do esclarecimento das atribuições dos assistentes sociais na saúde, rompendo com o caráter subsidiário que o serviço social apresenta para outras profissões. Em consonância é importante destacar o estudo de Pinheiro, Barroco e Santos (2020) que afirma que o debate sobre as competências e atribuições profissionais deve ser contínuo, como forma de potencializar o conhecimento sobre o real trabalho dos assistentes sociais na saúde. A clareza sobre as competências e atribuições profissionais é essencial para que os assistentes sociais não aceitem fazer tudo aquilo que é solicitado por outras equipes profissionais, sem a devida reflexão sobre as ações e se estas contemplam sua área de domínio.

Outra possibilidade para os profissionais reside na constante revisita e reafirmação de normativas que regem e sinalizam as atividades profissionais como a Lei de Regulamentação da Profissão, o Código de Ética da profissão, as Resoluções emitidas pelo CFESS, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, dentre outros. Essa instrumentalização é um dos caminhos para que o assistente social sustente um trabalho na perspectiva de ampliação de direitos sociais e assim, viabilize uma atuação crítica e comprometida com as demandas apresentadas pelos trabalhadores (PINHEIRO, BARROCO e SANTOS, 2020).

3.3 Condições de trabalho dos assistentes sociais na alta complexidade em Manaus: entre dilemas e estratégias

O trabalho dos assistentes sociais em todos os espaços socio ocupacionais envolvem as condições éticas e técnicas, conforme recomenda a Resolução nº 493/2006. Segundo a resolução, o local de atendimento ao assistente social deve ser

dotado das seguintes características:

a- Iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado (p.2)

Quando questionamos sobre as principais dificuldades enfrentadas pelos assistentes sociais nas instituições, observamos uma recorrência sobre a estrutura física dos hospitais e ainda quantidade insuficiente de equipamentos e mobiliários. Em face ao exposto, selecionamos um depoimento de uma profissional que revela a limitação de recursos elementares ao trabalho: “Quantidade insuficiente de computador, mesa e cadeira considerando a equipe atual” (Assistente Social nº 08, Pesquisa de Campo, 2021).

As irregularidades institucionais prejudicam o bom desempenho do trabalho profissional, como diz essa assistente social: “Existe uma falta de estrutura física da instituição para o nosso trabalho” (Assistente Social nº 10, Pesquisa de Campo, 2021)

Nesse sentido, dialogamos com Vasconcelos (2010) quando afirma que, no ambiente hospitalar, nem sempre o assistente social dispõe de lugar adequado para a realização de atendimento. As enfermarias, por exemplo, como assinala a autora, não contam com instalações próprias para os assistentes sociais, o que faz com que a intervenção profissional com os usuários e/ou seus familiares ocorra, muitas vezes, junto ao leito. Os depoimentos das assistentes sociais investigadas coadunam com a perspectiva da autora, visto que a visita diária ao leito como forma de atendimento foi apresentada como atividade rotineira nas instituições desta pesquisa.

A realização das visitas aos leitos nos remete à discussão das condições éticas e técnicas do exercício profissional. Segundo a Resolução do CFESS nº 493/2006, já citada anteriormente, o local de atendimento do assistente social deve ser dotado de espaço suficiente para abordagens individuais e coletivas. Não queremos afirmar que o assistente social não deva fazer visita ao leito, na realidade nosso interesse é deixar claro que nem todo atendimento pode ocorrer ao lado do leito, sobretudo os casos que exigem sigilo profissional. A visita ao leito é primordial para a identificação preliminar de alguma situação que necessita de intervenção, bem como para tornar o serviço social mais acessível ao usuário, mas não se configura como espaço

adequado para toda e qualquer forma de atendimento.

Considerando os elementos citados na resolução, é perceptível que os atendimentos no leito são frágeis e ferem a legislação vigente. Além disso, de pé, ao lado do leito, o assistente social fica muito limitado em termos do tempo e do conteúdo do atendimento. Todavia, considerando que, em algumas instituições não é fornecido um espaço adequado para a própria equipe profissional, recorrer a essa estratégia tem sido uma forma de realizar o trabalho, ainda que precário. Além disso, muitos pacientes não podem sair de seus leitos por conta das enfermidades, assim como seus acompanhantes. Dessa forma, o assistente social muitas vezes precisa ir diretamente à enfermaria para realizar a entrevista social e fazer as orientações necessárias.

Um elemento desafiador revelado pela pesquisa refere-se à insuficiência de recursos humanos, não apenas da equipe de Serviço Social, mas de outras equipes profissionais nas instituições pesquisadas. Esse quadro pode ser explicado pelo regime de austeridade fiscal ditado pela EC/95, que traz o congelamento de despesas primárias pelo período de 20 anos. Para a saúde pública trata-se de um ataque para o seu orçamento e significativa redução nos investimentos, os quais podem ser observados na estabilização dos salários e na ausência de concursos para suprir com os quadros insuficientes de profissionais, segundo Lourenço et al. (2019).

Os autores relatam ainda que nos serviços públicos de saúde têm-se a errônea ideia de que os vínculos de trabalho sejam formais, estáveis, com salários fixos e adequados, com relações horizontais, democráticas e participativas, quando na verdade a realidade aponta para outro horizonte, muito mais marcado pela precarização, instabilidade e insegurança. A realidade manauara sinaliza os mesmos desafios na área da saúde.

Os dados da pesquisa revelam que 53% das nossas entrevistadas são estatutárias, 31% estão em regime de trabalho temporário, contratadas diretamente pela Secretaria de Saúde do Estado e 16% são celetistas da empresa EBSEH. Vale destacar que tem sido cada vez mais comum encontrarmos assistentes sociais que trabalham no mesmo local e que têm diferentes tipos de vínculos. Essas diferenças, muitas vezes, implicam em salários, atividades e benefícios diferenciados, o que, por sua vez, resulta em um ambiente de trabalho cheio de competitividade, situações de assédio, sofrimentos e adoecimento.

Mesmo que a maior parte das assistentes sociais investigadas pertença a um

regime de trabalho aparentemente estável, devemos considerar os apontamentos de Druck (2017) citados por Lourenço et al. (2019) que mostram que as novas gestões de trabalho não priorizam concursos públicos e realizam processos seletivos por tempo determinado, sob contratos terceirizados e precarizados. Além disso vêm sendo impostas estratégias para a redução dos salários e a expansão da jornada de trabalho, o que sugere a perda de direitos e benefícios a esses trabalhadores.

Assinalamos, no início do capítulo, que muitos vínculos temporários foram firmados na cidade de Manaus a partir de março de 2020 quando começou a pandemia. Entretanto essa modalidade de regime já era presente antes da COVID-19. A UNISOL participou da administração de 2 dos hospitais dessa pesquisa, o HUFM e HUGV. O HUGV já vinha em um processo gradual de passagem para EBSEH desde 2011, concluído em 2013³³. No HUFM, com o fim do contrato em abril de 2020, governo do Estado anunciou que iria assumir a gestão direta do hospital e que contrataria 420 funcionários vinculados à UNISOL, em regime de contrato temporário, que poderia ser renovado a cada 30 dias, segundo informações disponibilizadas pelo G1 Amazonas (2020).

A proposta do governo do Amazonas era de que esses contratos temporários chegassem ao fim com a celebração de contratos com Organizações Sociais. O mesmo caso acontece com o Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto. A SES/AM anunciou em fevereiro de 2020 o interesse em firmar parcerias com Organizações Sociais para a gestão do Hospital 28 de Agosto, a exemplo do que ocorreu com o Hospital Pronto Socorro Delphina Aziz³⁴ que firmou contrato com o Instituto Nacional

³³ A EBSEH gerencia o HUGV desde o acordo celebrado no ano de 2013, no mandato da reitora Márcia Perales (2009-2017). O processo que condicionou a adesão da UFAM à empresa iniciou com a votação realizada pelo CONSUNI. A referida consulta resultou em 23 votos favoráveis, 17 contrários e 1 abstenção, após 5 horas de deliberação (ADUA, 2013). Destaca-se que diversos movimentos da comunidade universitária foram contrários à essa decisão, afirmando que EBSEH simbolizava a continuidade das ações desestruturantes da saúde pública e da educação.

³⁴ O hospital Delphina Aziz teve sua estrutura reformulada na pandemia para atendimentos de casos graves da COVID-19. Segundo a SES/AM (2021) o hospital tornou-se o 3º maior do país em oferta de leitos de UTI, saltando de 50 para 180 leitos em março de 2021. Indicado como uma unidade de referência para o tratamento da doença no estado do Amazonas, o hospital recebeu grandes investimentos por parte do governo do estado. O INSDH, organização social que gerencia o hospital, chegou a receber R\$ 17 milhões de reais, quando o Hospital Delphina Aziz foi indicado como unidade de referência no enfrentamento da COVID-19, mais do que o dobro indicado na primeira fase de implementação do programa de trabalho que era de R\$ 8 milhões de reais (G1, AMAZONAS). Vale mencionar que o caos no estado do Amazonas durante a primeira e a segunda onda da Covid-19 foi tão grande, especialmente em fevereiro de 2021, quando a cidade ficou sem oxigênio e vários pacientes internados foram a óbito, que o referido hospital não teve capacidade para atender a grande demanda e o estado precisou transferir cerca de 500 pessoas para tratamento da doença para vários estados brasileiros.

de Desenvolvimento Social e Humano – INSDH, no valor de 154 milhões por ano (AMAZONAS ATUAL, 2020).

Segundo o secretário de saúde da época, Rodrigo Tobias, a contratação de Organizações sociais simboliza o aumento da qualidade dos serviços de saúde do Estado e na redução de custos em 25%, segundo matéria do Amazonas Atual (2020). No entanto, compartilhamos da concepção de Batista Junior (2011) *apud* Mathis, Rodrigues e Braga (2020) de que a contratação de Organizações Sociais viola os princípios constitucionais de legalidade, moralidade e impessoalidade, ao destituírem o concurso público como única forma de ingresso no serviço público e ao destratarem as leis de licitação e responsabilidade fiscal, com o aval de diversos Tribunais de Justiça.

Ademais, para os trabalhadores contratados nesse tipo de gestão uma arena de obstáculos se forma. O estudo de Mathis, Rodrigues e Braga (2020) apresenta uma dura realidade para os assistentes sociais no país, como os baixos salários oferecidos pelas Organizações Sociais que variam entre R\$ 2.000 e R\$ 3.000³⁵. Este valor pago aos profissionais não conforma a complexidade do trabalho do assistente social e está abaixo da proposta de piso salarial para a categoria, atualmente em R\$ 3.720, para uma jornada de trabalho de 30 horas semanais. Além disso, há registros de cargas de trabalho que ultrapassam 40 horas semanais, em desconformidade com os preceitos legais.

A intensificação da exploração da força de trabalho representa uma das particularidades do mundo do trabalho na contemporaneidade. Segundo Antunes (2020) o Brasil é um perfeito candidato para o abismo humano, pois com uma economia em profunda recessão em tempos pandêmicos, a tendência é de que as formas de exploração do trabalho sejam fortalecidas. Desta feita, a intensificação da jornada de trabalho, a precarização dos espaços laborais, o subemprego e o desemprego são elementos cada vez mais presentes e que agravam a situação de miserabilidade da classe trabalhadora, que já se encontra privada de vários direitos sociais e trabalhistas.

A alta rotatividade de profissionais, por conta da instabilidade do tipo de vínculo

³⁵ De acordo com a lei nº 14.158/2021 o valor do salário mínimo em 2021 é de R\$ 1.100 (mil e cem reais). Considerando que as Organizações Sociais oferecem uma média salarial que varia entre R\$ 2.000 a R\$ 3.000 para assistentes sociais, notamos que o salário não chega a 3 salários mínimos, o que representa a verdadeira precarização e desvalorização do trabalho do assistente social, uma profissão que envolve um processo formativo de 4 anos em nível superior.

constituído nas Organizações Sociais, reapresenta outro desafio. Sendo assim, consideramos que a constituição dessas organizações na verdade se constrói como uma estratégia de fazer avançar o processo de mercantilização dos direitos sociais e que simboliza o crescimento da exploração do trabalhador.

A falta de autonomia profissional também foi revelada pelas assistentes sociais como uma das principais dificuldades vivenciadas nas instituições. Essa narrativa nos permitiu aferir: “Uma dificuldade é ter o respeito de profissionais **que acham que podem mandar em nossa atuação**” (Assistente Social nº 14, Pesquisa de Campo, 2021)

Além disso, como já foi mencionado, é cotidiano o direcionamento de demandas para o Serviço Social, tanto por outros profissionais como também pela própria direção, que não dialogam com as atribuições e competências profissionais. Em um cenário de redução do corpo profissional, o assistente social acaba sendo demandado para assumir diversas funções de natureza alheia à sua atuação. Observamos claramente nesse depoimento esse tipo de situação:

Vínhamos fazendo acolhimento em caso de óbito e situações de transtorno psicológico sem a contribuição da psicologia porque estão em número reduzido e nem todos os dias tem psicologia (Assistente Social nº 15, Pesquisa de Campo, 2021).

O depoimento enseja duas polêmicas já tratadas pelo conjunto CFESS/CRESS. Sobre a notificação de óbito, o CFESS (2010) relata a importância desse trabalho ser realizado em conjunto com a equipe de saúde, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e outros que se fizerem necessários. Em caso de óbito, ao assistente social cabe as competências voltadas para o esclarecimento de benefícios e direitos previstos no aparato normativo e legal, como, por exemplo, a assistência funerária, a pensão por morte aos dependentes, as licenças por mortes de familiares e os seguros sociais.

Além disso é competência do assistente social o esclarecimento de informações e encaminhamentos necessários, articulados com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, o traslado para usuário de outras localidades, entre outras garantias de direitos. Nesse sentido, não cabe ao assistente social o esclarecimento sobre os determinantes de saúde que levaram o paciente ao óbito, devendo essa atividade ser direcionada para os profissionais competentes para essa

função.

Quando a narrativa da profissional se volta para o acolhimento e o atendimento de situações de transtorno psicológico, algumas reflexões precisam ser feitas. O acolhimento, é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH e se classifica como uma postura ética que implica na escuta qualificada do usuário em relação as suas queixas, no reconhecimento de seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher pressupõe um compromisso com respostas às necessidades dos cidadãos, e é uma atividade que não tem local próprio e nem profissional específico para realizá-la (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Com base no exposto, entendemos que o acolhimento é uma tarefa fundamental no âmbito da saúde, pois permite conhecer as particularidades da realidade do usuário que chega às unidades de saúde, a partir de uma postura humanizada e cidadã. Diante disso, o trabalho do assistente social alinhado à essa diretriz é importante, pois se interliga diretamente à perspectiva de defesa e acesso aos direitos sociais básicos. Todavia, a postura de acolhimento humanizado precisa ser extensiva a todos os profissionais da área da saúde, conforme recomenda a PNH.

Contudo, o depoimento da profissional também fala em “contribuições em situações de transtorno psicológico, sem a atuação da Psicologia”. A profissional fala sobre como o Serviço Social acaba sendo demandado a atuar com protocolos profissionais de outra área, por conta da equipe reduzida de recursos humanos da Psicologia, assumindo assim uma dupla função. A atuação do serviço social na área de psicologia é matéria bastante debatida e entendida como vedada ao profissional. A este respeito é preciso ressaltar que existe uma ampla produção bibliográfica, além de manifestos e documentos produzidos pelas entidades da categoria profissional.

É necessário destacar o que preconiza a Resolução CFESS nº 569/2010 que dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Nesse documento a entidade destaca que a realização de terapias não constitui uma atribuição e/ou competência do assistente social. A resolução entende como terapias individuais, grupais e/ou comunitárias:

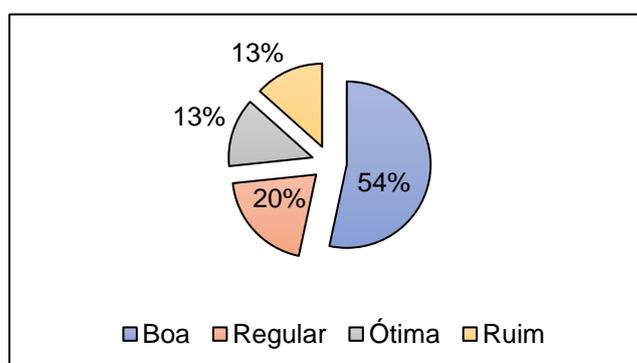
Intervenção profissional que visa a tratar problemas somáticos, psíquicos ou psicossomáticos, suas causas e seus sintomas; Atividades profissionais e/ou clínicas com fins medicinais, curativos, psicológicos e/ou psicanalíticos que atuem sobre a psique (CFESS, 2010, p.2)

Portanto, é um assunto que deve ser analisado com cuidado pela categoria, pois como o CFESS (2010) alerta, alguns segmentos profissionais vêm se dedicando à terapia familiar e individual, reivindicando o reconhecimento do campo psíquico como um espaço de atuação do assistente social, qualificando-o como Serviço Social Clínico³⁶.

Compreendemos que essa atribuição dada a profissional nº 15 é mais um dos traços de precarização do trabalho, que pela ausência de profissionais, encontram no Serviço Social um arranjo para o atendimento dessas requisições, sem a observância das atribuições profissionais.

O assistente social na área da saúde compõe a equipe multiprofissional, nesse sentido não deve assumir o papel de outros profissionais, ao contrário, deve atuar em conjunto com os outros profissionais. Achamos importante sinalizar o desafio do trabalho multidisciplinar. A pesquisa revelou que 54% das profissionais acreditam que o trabalho com outras equipes é bom, 20% afirmaram que ele é regular, e 13% relataram que ele é ruim, e o mesmo percentual (13%) acredita que seja ótimo. O gráfico 3 apresenta esses dados:

Gráfico 3: Trabalho Multidisciplinar



Fonte: Pesquisa de Campo, 2021

O assistente social deve integrar-se às equipes multiprofissionais como forma de garantir o melhor atendimento ao usuário e seus familiares. É imprescindível que,

³⁶ O Serviço Social Clínico refere-se à atuação do assistente social com práticas terapêuticas, que buscam ser reconhecidas por profissionais da categoria como uma especialidade da profissão, segundo o CFESS (2009). A entidade afirma que os profissionais que apoiam essa perspectiva de trabalho alegam como argumentos a insuficiência de subsídios para lidar com a subjetividade dos usuários e a defesa do pluralismo na profissão para o reconhecimento do caráter terapêutico como uma das vertentes de atuação do assistente social. O CFESS ressaltou que o Serviço Social Clínico reitera uma natureza conservadora na profissão, e de forma implícita, se relaciona com projetos societários antagônicos aos do projeto ético-político.

na atuação com outros profissionais, o assistente social deve garantir o espaço de sua área de atuação, ou seja, a amplitude e os limites de suas competências e atribuições.

Quando questionamos sobre os principais desafios, foi unânime nas falas das assistentes sociais a falta de reconhecimento do trabalho do assistente social por outros profissionais. Os testemunhos a seguir deixam isso claro:

Falta de esclarecimento/entendimento sobre a profissão, o que dificulta o trabalho (Assistente Social nº 02, Pesquisa de Campo, 2021)

[falta de] Respeito, reconhecimento e clareza do objetivo do trabalho (Assistente Social nº 04, Pesquisa de Campo, 2021)

Falta de respeito por alguns profissionais de outras categorias e gestores do que faz um assistente social (Assistente Social nº 06, Pesquisa de Campo, 2021)

Nas instituições de alta complexidade investigadas, o Serviço Social se depara com algumas situações de desvalorização profissional, sendo os assistentes sociais vistos muitas vezes como subordinados a outras profissões da saúde, sobretudo ao médico. Apesar de todo o avanço advindo com a implantação do SUS, ainda é comum perceber uma certa centralidade na figura do profissional da medicina. Além disso, o desconhecimento da profissão nas instituições hospitalares faz com que demandas totalmente alheias ao trabalho dos assistentes sociais sejam direcionadas a eles, como aponta esse depoimento: “Dificuldade de outros setores, inclusive direção, em entender as competências técnicas do assistente social, sempre querendo designar atividades que não são do nosso cunho” (Assistente Social nº 05, Pesquisa de Campo, 2021).

O trabalho coletivo não deve impor a diluição de competências e atribuições profissionais, sob a premissa de que uma profissão é mais importante do que outra. Nesse sentido, citamos Iamamoto (2002) que diz:

é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais (p.41)

Todas as profissões possuem suas particularidades e especializações, que, em conjunto, enriquecem o trabalho multiprofissional. Atribuir funções estranhas aos assistentes sociais, contudo, é uma realidade em muitos espaços socio ocupacionais,

sobretudo na saúde, conforme os depoimentos nos permitiram aferir ao longo do capítulo 3. O desconhecimento de outras equipes do que faz um assistente social invalida a natureza do seu trabalho e do seu saber interventivo. Além disso, dilui possibilidades de atuação em conjunto com esse profissional.

Destacamos essa narrativa que aborda a atribuição de demandas que não pertencem ao Serviço Social nos hospitais, mas destaca a importância do documento elaborado pelo CFESS como respaldo para a negação dessas requisições:

Na unidade hospitalar, por exemplo, sempre somos requisitadas por outras equipes profissionais a **realizarmos atendimentos que fogem totalmente a nossa demanda**, e que por vezes a própria direção também deseja impor. O documento (Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde) também nos serve de respaldo a essas situações, além obviamente de sabermos nos posicionar sobre nossa real demanda (Assistente Social nº 13, Pesquisa de Campo, 2021)

Como havíamos abordado no tópico anterior, revisitar os subsídios que direcionam a profissão é de grande valia, pois não só permitem a compreensão do real papel dos assistentes sociais pelas próprias profissionais, mas permite a defesa das suas competências e das suas atribuições profissionais para outras equipes.

Sobre o desenvolvimento de projetos no âmbito das instituições, observamos algumas diferenças entre as instituições. Percebemos que nos 2 hospitais universitários investigados são realizados mais projetos do que nas outras unidades de saúde desta pesquisa. No HUGV, por exemplo, foram citados 3 projetos que são desenvolvidos pela equipe, enquanto no HUFM não foi informada uma quantidade exata, mas foi mencionada a existência de projetos realizados pela equipe de serviço social.

O hospital universitário, além de fornecer assistência aos pacientes, se constitui como uma instituição de aprendizagem voltada para a formação de recursos humanos e para o desenvolvimento de pesquisas científicas. O ensino, a pesquisa e a extensão são objetivos dos hospitais universitários, além da assistência à saúde. Essa caracterização torna esses hospitais espaços privilegiados para a realização de projetos.

As assistentes sociais dos hospitais universitários pesquisados afirmam que desenvolvem projetos de humanização, projetos com os pacientes das clínicas e com o público externo ligados às temáticas relacionadas ao SUS. Alegaram ainda que o desenvolvimento desses projetos ocorre de acordo com o plano de trabalho elaborado

pelas equipes.

A pesquisa revelou ainda que, em 3 instituições investigadas, a equipe de serviço social não possui plano de trabalho e não desenvolve projetos. Esta informação revela grande fragilidade para o trabalho profissional. Iamamoto (2009) destaca que uma das exigências para a qualificação profissional na contemporaneidade é o domínio do processo de planejamento, que possibilita que o assistente social desvele o seu objeto de atuação e possa propor ações e atividades que contemplem as problemáticas do seu cotidiano. É importante destacar ainda que o planejamento é um processo permanente e contínuo, que deve acompanhar as especificidades apresentadas, uma vez que a realidade social está em constante transformação.

Destacamos o depoimento de uma assistente social que atua em uma unidade de saúde de urgência e emergência, com uma realidade diferente de um hospital-escola, ou seja, que não desenvolve ações planejadas de forma contínua. Notamos em sua fala que a elaboração de projetos está aliada à participação dos estagiários de Serviço Social:

No momento existe um projeto que perdeu [na equipe] que é o "Mãos que se unem" desenvolvido por estagiários que viram a necessidade de pacientes em situação de pobreza onde existe a visita no leito, orientações sobre benefícios sociais, contato com abrigos, doação de roupas e materiais de higiene (Assistente Social nº 06, Pesquisa de Campo, 2021)

A realização de projetos por estagiários nos revela a importância do Estágio não apenas para a formação de discentes, mas para a troca de saberes com os profissionais. O estágio é um momento ímpar que permite o constante contato entre a academia e as instituições empregadoras dos assistentes sociais. Todavia o fato de apenas os estagiários estarem responsáveis pela elaboração e desenvolvimento de projetos, sem a participação ativa de um assistente social, nos revela um dado importante para análise e muito preocupante também.

É necessário assinalarmos o que preconiza o Código de Ética em seu artigo 4º sobre as vedações profissionais. A passagem destaca que é vedado compactuar com o exercício ilegal da profissão, inclusive nos casos de estagiários exercerem atribuições específicas, em substituição aos assistentes sociais. Ressaltamos que os estagiários devem estabelecer uma relação de articulação com a equipe, contribuindo sempre que for necessário, mas não devem ser responsáveis por atividades que

apenas um profissional devidamente inscrito e habilitado no âmbito do CRESS pode fazer.

É nesse sentido que também defendemos a importância de ser ter um plano de trabalho, pois ele deve ser um instrumento de luta, de negociação, de registro da prática, e não um mero documento a ser consultado. Os profissionais ao projetarem suas ações se transformam em recurso vivo e podem contribuir com os usuários na busca por transformações das suas condições de vida e de trabalho. Com o planejamento do trabalho é possível ser um profissional propositivo e não passivo (VASCONCELOS, 2010).

Outro obstáculo apontado para a realização de projetos foi a pandemia da COVID-19. A realização de projetos em 1 unidade de saúde estava muito articulada com a participação de estagiários, porém com a pandemia, muitos discentes tiveram suas atividades suspensas pela SES/AM como forma de prevenção dos riscos de contágio da doença. Esse fato impactou na suspensão de algumas ações, segundo esse relato:

Sim, mas isso é mais presente com a atuação dos estagiários devido constantes demandas. No momento a atuação de estagiários está suspensa pela SES-AM por causa da pandemia, porém quando os estagiários estão atuando isso [refere-se aos projetos] é feito com mais frequência (Assistente Social nº 06, Pesquisa de Campo, 2021)

A COVID-19 foi um fator que limitou o desenvolvimento de atividades em grupo no âmbito das instituições, segundo alguns testemunhos fornecidos pelas assistentes sociais, tendo em vista que as interações sociais entre indivíduos devem ser evitadas, ao máximo, como forma de impedir a proliferação do vírus.

A pandemia impactou o trabalho do Serviço Social na saúde. Três instituições deste estudo: Hospital Pronto Socorro 28 de agosto; Hospital Universitário Getúlio Vargas e Hospital Drº João Lúcio foram instituições que atenderam casos de COVID-19, direcionando grande parte dos leitos de suas UTIs para atendimento exclusivo da COVID-19.

A crise ocorrida em janeiro de 2021 demarcou o colapso do sistema de saúde manauara³⁷ como havíamos afirmado no princípio deste capítulo. A falta de oxigênio

³⁷ Em meio a crise de desabastecimento de oxigênio no Amazonas e a falta de estrutura para atendimento de pacientes acometidos pela COVID-19, o MPF em parceria com o Ministério Público do Estado do Amazonas - MP/AM, o Ministério Público de Contas do Estado do Amazonas- MPC/AM, a Defensoria Pública da União - DPU e a Defensoria Pública do Estado do Amazonas - DPE/AM ingressou com um pedido de ação objetivando medidas imediatas para a crise da falta de oxigênio na

nos hospitais da cidade resultou na morte de pacientes por asfixia. Os números são incertos, mas estima-se que no fatídico 14 de janeiro, pelo menos 20 pacientes perderam suas vidas pela falta de oxigênio nos hospitais. Familiares de pacientes buscaram a compra de cilindros e recargas de oxigênio por conta própria, contudo a alta demanda e o aumento vertiginoso dos valores dos cilindros agravou ainda mais a conjuntura caótica, que obteve grande repercussão na mídia nacional e internacional.

Somando-se a esses fatos o sistema de saúde manauara carecia de leitos clínicos e de terapia intensiva, portanto muitos pacientes vítimas da COVID-19 que recorriam aos hospitais no início de janeiro não obtiveram a internação hospitalar, e por conta disso foram à óbito³⁸ em ambulâncias ou até mesmo em suas casas. Nesse cenário, a SES/AM transferiu 424 pacientes para 15 estados brasileiros, de forma mais imediata, com o intuito de melhorar o atendimento nas unidades de saúde da capital.

O serviço social do Hospital 28 de agosto foi envolvido na operação, articulando trabalhos com a Secretaria de Assistência Social – SEAS, com a Unidade Gestora de Projetos Especiais – UGPE, com a Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania – SEJUSC e com o Fundo de Promoção Social e Erradicação da Pobreza – FPS.

Segundo a coordenadora de serviço social do Hospital Pronto Socorro 28 de agosto para a SES/AM (2021), a equipe tinha como responsabilidade fazer orientações para pacientes e familiares sobre o processo de transferência. Em suas palavras:

capital. Em resposta, à Justiça Federal obrigou a União a apresentar um plano para abastecimento da rede de saúde do estado do Amazonas com oxigênio e promover a transferência imediata dos pacientes da rede de saúde para outros estados com garantia de pagamento de Tratamento Fora de Domicílio – TFD. Além disso, a União deveria ser responsável pela realização de acordos para obtenção de oxigênio líquido disponível em outros estados, promovendo o transporte para o Amazonas. Ao estado do Amazonas, foi determinado todo o suporte material e humano necessário para implementação das medidas de coordenação determinadas à União, além da observação e acompanhamento de pacientes para que não faltassem suprimentos de oxigênio para crianças e adultos em tratamento domiciliar. Dentre outras medidas instauradas pelo MPF, destaca-se a ação contra o ex-ministro da Saúde Eduardo Pazuello e contra o ex-ministro de saúde do estado do Amazonas Marcellus Campelo, por omissão no combate à pandemia no Amazonas em dezembro de 2020 e janeiro de 2021 (G1 AMAZONAS, 2021).

³⁸ Os documentos do Ministério Público de Contas do Estado do Amazonas – MPC/AM afirmam que cerca de 31 pessoas morreram por falta de oxigênio em Manaus nos dias 14 e 15 de janeiro. O maior número de mortes concentrou-se no SPA e Policlínica Dr. José Lins, que registrou 7 óbitos. O SPA Alvorada registrou 3 mortes no dia 14 e outras 3 no dia 15 após a interrupção do fluxo de oxigênio. O HUGV registrou 4 mortes de pacientes internados, dependentes de ventilação. O SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa registrou 7 mortes de pacientes vítimas da COVID-19 nos dois dias de desabastecimento de oxigênio, embora a causa mortis de nenhum dos pacientes constar nos prontuários como asfixia (G1, AMAZONAS).

Nesse momento de calamidade pública, o nosso acolhimento psicossocial é de suma importância junto à equipe médica, porque o médico trata o físico e nós fazemos o acolhimento psicológico, aquela segurança que a família precisa ter para assinar o termo, para ter certeza que tudo vai dar certo. Estamos aqui para somar junto com a equipe médica e de enfermagem (SES/AM, 2021)

O testemunho cedido pela profissional oportuniza alguns pontos de análise. Como já havíamos indicado ao longo da discussão deste tópico, o Serviço Social, em uma das instituições pesquisadas, vinha sendo demandado a atuar com base nos protocolos da Psicologia, por conta do reduzido número de profissionais. É importante que as assistentes sociais não recaiam na concepção equivocada de que podem atuar na perspectiva terapêutica, tendo em vista que não é competência ou atribuição que pertença aos assistentes sociais, conforme os documentos e discussões do conjunto CFESS/CRESS.

O acolhimento é uma ação estratégica importante no âmbito hospitalar e definitivamente essencial nesse período de pandemia nos atendimentos aos familiares, entretanto compartilhamos do entendimento de Vasconcelos (2010) de que os assistentes sociais sempre devem estar observando de que forma essa atividade está sendo feita, se está contemplando a democratização à saúde através de informações essenciais, ou se apenas não está reiterando a disseminação de informações dentro de uma perspectiva burocrática.

O trabalho do assistente social assumiu novas demandas por conta da pandemia em algumas instituições, mas ela não é concebida como a única causa de mudanças no âmbito do trabalho profissional. No questionário, perguntamos para as assistentes sociais se o trabalho havia sido afetado nos últimos 3 anos com as mudanças nas instituições, 90% delas afirmaram positivamente:

Sim. Quando muda a gestão mudam as solicitações, o espaço físico, o tratamento dado ao setor fica melhor ou pior (Assistente Social nº 04, Pesquisa de Campo, 2021).

Sim, pois surgem demandas institucionais pela gestão que acabam sobrecarregando os profissionais de Serviço Social (Assistente Social nº 08, Pesquisa de Campo, 2021).

Os depoimentos revelam tensão com as gestões hospitalares que requisitam do assistente social o atendimento de um grande volume de demandas para as profissionais. Citamos o entendimento de Iamamoto (2009) que revela que o recorte

das políticas, realizadas pelos organismos empregadores, acaba por ditar as demandas e as prioridades a serem atendidas, inferindo diretamente sobre a autonomia profissional.

Nesse sentido, fizemos um destaque especial para uma narrativa, pois ela apresenta a requisição de um trabalho profissional voltado ao controle dos próprios usuários:

Sim. Estamos atuando sempre de forma contraditória. Numa luta constante. O que a gestão quer, é que atuemos de acordo com atuação na origem do Serviço Social na Europa: Como forma de dominação e controle social (Assistente Social nº 09, Pesquisa de Campo, 2021)

A profissão em sua gênese, no Brasil, estava interligada a um conservadorismo católico, tendo uma formação cristã humanista. Os seus referenciais orientadores estiveram articulados com Doutrina Social da Igreja e pelo ideário franco-belga de ação social, direcionado pelo pensamento de São Tomás de Aquino.

Dessa forma, a questão social era concebida como um problema moral e religioso, responsabilizando o indivíduo pela sua condição social. Yamamoto e Carvalho (2006) revelam que essa perspectiva ao desconsiderar os antagonismos existentes nas relações sociais, fazia com que os assistentes sociais atuassem dentro de um cunho doutrinário e moralizador.

Os autores estão se referindo ao contexto de 1930 e 1940, porém percebemos traços desse tipo de atuação na atualidade, conforme o depoimento nos permitiu aferir. Estamos vivendo tempos de ofensiva neoconservadora, que reservam ao Estado e aos seus agentes a função de reprimir violentamente as formas de contestação à ordem societária vigente.

Neste contexto, é necessário que os assistentes sociais reconheçam as formas que os discursos conservadores vêm se apresentando no seu espaço socio ocupacional para que possam refutá-los. Para isso é necessário estarem sintonizados com as discussões da categoria e sempre dispostos a refletirem sobre o trabalho realizado cotidianamente, possibilitando a construção de uma estratégia interventiva criativa e não interligada aos preceitos conservadores, que limitam o acesso pleno aos direitos sociais e cerceiam a vida dos usuários.

O assistente social na condição de trabalhador assalariado se depara com inúmeros desafios, visto que as instituições empregadoras delimitam os meios e as formas que o seu trabalho deve se construir, entretanto é importante frisar que os

assistentes sociais possuem uma relativa autonomia, que segundo lamamoto (2009) é com ela que os profissionais podem redirecionar o seu trabalho para rumos sociais distintos daqueles esperados por seus contratantes.

O depoimento é bastante significativo e nos traz oportunidades de reflexão:

As alterações advindas da direção geral por vezes implicam na burocratização do fluxo de atendimento das demandas do Serviço Social, o que nos convoca sempre à luta para garantir nossa autonomia profissional. Eu não me deixo escurecer, e sigo atuando de acordo com as competências teórico metodológicas, técnicos-operativas e no compromisso ético político para garantir o direito do usuário à saúde (Assistente Social nº 10, Pesquisa de Campo, 2021)

Embora conviva com dilemas cotidianos na unidade de saúde, a profissional ressalta a importância da resistência individual e coletiva e das lutas para a defesa de um trabalho que caminha articulado às proposições do projeto ético político. Entendemos que a política de saúde é repleta de contradições e desencadeia tensões para o Serviço Social, mas acreditamos que os assistentes sociais podem analisar e repensar o seu trabalho criticamente, para assim esboçar possibilidades de mudanças no seu cotidiano profissional.

As assistentes sociais dos hospitais e das fundações deste estudo nos revelaram muitas dificuldades, mas ao mesmo tempo falaram da importância das dimensões profissionais e das prerrogativas legais que as ajudam a defender o seu trabalho perante às gestões, às outras equipes profissionais e para os próprios usuários. Sabemos que semear mudanças é desafiador, entretanto reiteramos que a esperança existe, mas como uma flor precisa ser regada todos os dias para que possa se fortalecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários (Marilda Yamamoto, 2000)

A construção do SUS foi um grande marco nas políticas sociais brasileiras. Contudo, os caminhos para a efetivação desse sistema, de acordo com o que preconiza o texto constitucional, são marcados por contradições. Embora o cenário regressivo, não devem ser desconsideradas as lutas travadas pelos sujeitos e movimentos sociais ao longo dos mais de 30 anos para a defesa da saúde pública.

O projeto político do capital não se engendra apenas no campo dos discursos, na verdade ele vem se construindo nos programas, políticas e projetos, mantendo como pressuposto um caráter focalizado e segmentado para as propostas da saúde.

Os assistentes sociais, com uma ampla atuação nesse espaço socio ocupacional, sofrem com os impasses produzidos pela conjuntura política de regressão de direitos, que acaba por conduzi-los a uma proposta de atuação distanciada dos valores contidos no seu projeto ético-político. Nesse sentido, os profissionais devem estar atentos aos desafios e às armadilhas que se colocam no seu espaço socio ocupacional. Entender a conjuntura e os desafios que se conformam é essencial para que os assistentes sociais entendam os rumos ditados para as políticas sociais na contemporaneidade e como elas podem rebater no trabalho profissional.

Na construção da Dissertação, conseguimos vislumbrar um pouco sobre tendências para o trabalho do assistente social na saúde no espaço da alta complexidade e como elas podem representar obstáculos. É preciso deixar claro que o conteúdo da pesquisa não se conforma como um manual a ser seguido pelas assistentes sociais participantes, mas sim buscou refletir acerca da atuação do Serviço Social na alta complexidade. Ressaltamos ainda que todo o conhecimento é parcial, provisório e histórico, dessa forma, as proposições aqui elencadas são passíveis de mudanças e refutações.

O percurso construído pela pesquisa nos permitiu compreender que nas atividades diárias a entrevista social é a mais realizada no âmbito das instituições.

Contudo, constituiu-se como um sinal de alerta o fato dessa atividade não passar por uma análise pelas profissionais em duas unidades de saúde investigadas pela pesquisa.

A prática irrefletida, se realizada de forma cotidiana sem a devida sistematização, pode fazer com que as profissionais não compreendam as contradições existentes da realidade social investigada. Analisando os dados apresentados pelos usuários dentro de uma totalidade histórica, é permitido ao profissional apreender quais os condicionantes e determinantes de saúde.

Todavia, é importante ressaltar também que o trabalho das assistentes sociais é absorvido em uma multiplicidade de demandas no seu cotidiano profissional. A pesquisa apresentou que o número de assistentes sociais nas equipes de serviço social não é considerado suficiente para as demandas, sobretudo em hospitais direcionados para o atendimento da COVID-19.

Os encaminhamentos internos e externos foram apontados como de grande recorrência pelas assistentes sociais, o que indica a importância do conhecimento do conjunto de políticas sociais e da rede socioassistencial disponível no estado do Amazonas para a viabilização dos direitos sociais.

Outra atividade importante apontada pelas profissionais foi a visita aos leitos. A socialização de informações é um caminho importante na relação entre profissionais e usuários, desde que sejam orientações reflexivas e potencializem o conhecimento e participação do usuário e de seus familiares. Portanto, é importante a apreensão das profissionais sobre os limites que a visita permite no campo de educação em saúde, uma vez que a amplitude dessa tarefa é limitada.

Dessa forma, se faz necessária a construção de atividades reflexivas para além das orientações realizadas nas enfermarias, algo que demanda o planejamento das equipes de serviço social para a construção de ações mais efetivas no campo socioeducativo.

A ausência de projetos nas instituições foi outro dado bastante revelador. Notamos que apenas os hospitais universitários possuem e desenvolvem os projetos estabelecidos nos planos de trabalho. Nas outras unidades de saúde analisadas não foi apontada a realização de nenhum projeto atualmente, e em uma instituição da pesquisa foi revelado ainda que o desenvolvimento de um projeto acontecia apenas quando os estagiários de serviço social estavam presentes. Contudo, com o cenário de pandemia, os estagiários da SES/AM tiveram suas atividades suspensas e,

consequentemente, o projeto foi interrompido.

Afiançamos que realização de projetos articulados com a inserção de acadêmicos é de grande valia, pois representa a relevância da participação da academia e suas discussões nos espaços socio ocupacionais do Serviço Social. Todavia, é um dado que também nos sugere um sinal de dependência das profissionais com a participação dos estagiários para o desenvolvimento de projetos, quando na verdade é uma atribuição que compete ao assistente social.

Acreditamos que as ações de educação em saúde poderiam ter um grande nível de efetivação com a elaboração de projetos que contassem com temáticas de interesse da população usuária, sobretudo que se referem aos serviços oferecidos pelo SUS. Contudo, compreendemos que os tempos atuais são difíceis, sobretudo com a pandemia da COVID-19, e com equipes profissionais com alta demanda na alta complexidade é preciso definir um planejamento que possa suprir essa fragilidade.

A questão das demandas não concernentes às competências e as atribuições do serviço social foi algo bastante recorrente no estudo. Esse fato relatado pelas profissionais reforça a histórica dificuldade da profissão em ter seu significado social reconhecido nos espaços em que atua, em especial na saúde. As entidades representativas da profissão – CFESS e CRESS – vem se dedicando na emissão de notas e documentos que explicitem essas competências e atribuições para os profissionais como forma de fortalecer o seu exercício profissional.

O documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde tem sido imprescindível para essas profissionais, uma vez que os depoimentos nos apresentaram a importância do conteúdo produzido pelo CFESS, em relação à atuação do assistente social na saúde e sua relação com os princípios da Reforma Sanitária. Além disso, é considerado um instrumento no qual as assistentes sociais encontram respaldo para não realizarem atividades fora do seu escopo de atuação, o que representa um movimento importante para essas profissionais na saúde, demonstrando a relevância da revisita aos materiais que subsidiem e fortaleçam as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política.

Atuar no SUS não é fácil, porque assim como aponta lamamoto (2009) trabalhar com as políticas da seguridade social requer uma competência teórica, política e técnica que exige uma rigorosa análise crítica. As assistentes sociais envolvidas nesse estudo apresentaram alguns dos traços de sua realidade para nós, nos proporcionando informações de importante valor que permitiram entender um

pouco mais sobre a sua atuação na saúde de alta complexidade.

Os dilemas, também presentes nos depoimentos sugerem a constante reafirmação dos princípios do projeto ético-político profissional e sua relação com o SUS. Destacamos ainda que, nesses 30 anos de existência do SUS, a política enfrenta inúmeros desafios e retrocessos que buscam desestruturá-la como uma política pública. Contudo, paralelo a este cenário, o Movimento de Reforma Sanitária vem resistindo e mobilizando lutas da classe trabalhadora, incluindo os assistentes sociais, em defesa de uma saúde pública e de qualidade, algo que em tempos tão adversos, simboliza um ato de coragem.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira; ALENCAR, Mônica Maria Torres. Políticas Públicas e mercado de trabalho profissional do assistente social. In: **Serviço Social: trabalho e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2011.
- ALVES, Giovanni. **O novo e precário mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. São Paulo: Boitempo, 1999.
- AMAZONAS. **Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas**. SUSAM convoca Organizações Sociais interessadas em administrar o HPS 28 de agosto. Amazonas, 20 fev. 2020. Disponível em: <http://www.amazonas.am.gov.br/2020/02/susam-convoca-organizacaoessociais-interessadas-em-administrar-o-hps-28-de-agosto/>. Acesso em: 20 maio 2021.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir e GENTILI, Pablo (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANDIFES. **Ideia federal de voucher para saúde e educação esbarra em falta de exemplos de sucesso**, 2019. Disponível em: <https://www.andifes.org.br/?p=61605>. Acesso em: 28 fev. 2021.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do trabalho. 12ª edição. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2007.
- ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.
- AROUCA, Sergio. **Reforma Sanitária**. 1998. Disponível em: http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05_p.htm. Acesso em: 24 set. 2020.
- BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. A Carta ao Povo Brasileiro, de Dilma Rousseff. **Revista Política Social e Desenvolvimento**, v. 03, p. 6-13, 2015.
- BECKER, Paula; RAVELOSON, Jean-Aimé. **O que é democracia**. Lisboa: Luanda, 2008.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra Reforma - desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008. v. 1. 304p.
- BOBBIO, Norbert. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Nova ed. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL. **Boletins Epidemiológicos nº. 52 de 4 de março de 2021**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/05/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. **Ementa Constitucional nº. 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em: 18 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº.14.158 de 2 de junho de 2021**. Conversão da Medida Provisória nº 1.021, de 2020. Dispõe sobre o valor do salário-mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Lei/L14158.) Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. **Lei de Regulamentação da Profissão nº. 8662 de 7 de junho de 1993**: dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF: CFESS, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 21 jan. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.htmlAcesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Operação Maus Caminhos**. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/grandes-casos/operacao-maus-caminhos>. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Norma Operacional Básica nº 01/91. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 11 jan. 2021.

BRASIL. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3 ed. Série Comunicação e Educação em Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Painel Coronavírus Brasil.** Brasil, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais.** 2º ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 185-187, Mar. 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. Unidade IV: O significado do trabalho do Assistente Social nos distintos espaços sócio-ocupacionais. **CFESS/ABEPSS:** Brasília, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2010

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões. In: Maria Inês Souza Bravo; Vanda D' Acri Soares; Janaina Bilate Martins. (Org.). **Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho.** 1ed. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social,** Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE,** v. 1, p. 85-103, 2017.

BULLA, Leonia Capaverde. O contexto histórico da implantação do Serviço Social no Rio Grande do Sul. In.: **Revista Virtual Textos & Contextos da Faculdade de Serviço Social da PUCRS,** v. 7, n. 1, 2008.

CALIL, Gilberto Grassi. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 14, p. 30-47, jan./abr., 2021.

CARRANÇA, Thais. Relembre frases de Jair Bolsonaro sobre a COVID-19. **BBC News Brasil.** São Paulo, 7 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53327880>. Acesso em: 20 mar. 2021.

CELESTINO, Carlos. Centro de Triagem entregou mais de 12 mil kits de medicamentos para tratamento da Covid-19. **Governo do Mato Grosso.** Disponível

em: <http://www.mt.gov.br/-/15304126-centro-de-triagem-entregou-mais-de-12-mil-kits-de-medicamentos-para-tratamento-da-covid-19>. Acesso em: 24 out. 2021.

CEPEDISA. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19**. Disponível em: https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/06/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021_v3.pdf. Acesso em: 28 out. 2021

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional (1993)**. Brasília, DF: CFESS, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.cressrs.org.br>>. Acesso em: 20 de junho de 2021.

CFESS. **Resolução CFESS nº. 493/2006**. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf. Acesso em: 05 jun. 2021.

CFESS. **Resolução CFESS nº. 569/2010**. Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf. Acesso em: 05 jun. 2021.

COHN, Amélia; KARSCH, Úrsula; JACOBI, Pedro; NUNES, Edison. **A saúde como direito e como serviço**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2010a.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Serviço Social e Intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. 264f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2010b.

COUTINHO, Carlos Nelson. Cidadania e modernidade. **Perspectivas**. São Paulo, 1999.

Documentos mostram que mais de 30 morreram nos dois dias de colapso por falta de oxigênio em Manaus. **G1 Amazonas**. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/25/documentos-mostram-que-mais-de-30-morreram-nos-dois-dias-de-colapso-por-falta-de-oxigenio-em-manaus.ghtml>. Acesso em: 20 out. 2021.

FAGNANI, Eduardo. **A política social do governo Lula (2003-2010)**: Perspectiva histórica. Texto para Discussão nº 192. Instituto de Economia/ Unicamp. Campinas, 2011.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: EDUSP, 2013.

GALHARDO, Ricardo. Lula: crise é tsunami nos EUA e, se chegar ao Brasil, será 'marolinha'. **O GLOBO**. São Bernardo do Campo, 4 de outubro de 2008. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/lula-crise-tsunami-nos-eua-se-chegar-ao-brasil-sera-marolinha-3827410>. Acesso em: 10 mar. 2021.

Governo diz que fará contratação direta de profissionais no Hospital Francisca Mendes em Manaus. **G1 Amazonas**, Amazonas, 03 de jun. de 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/06/03/governo-diz-que-fara-contratacao-direta-de-profissionais-no-hospital-francisca-mendes-em-manauas.ghtml>. Acesso em: 02 maio de 2021.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital In: BRAVO, Maria et al (org) **Política de Saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: 2007, Adufrj.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, n. 25, p. 127-141, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Unidade IV: O significado do trabalho do Assistente Social nos distintos espaços sócio-ocupacionais. **CFESS/ABEPSS**: Brasília, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de; **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO. Marilda Vilela. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. **Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Justiça determina que governo do AM elabore programa de trabalho para contrato de gestão do Hospital Delphina Aziz. **G1 AMAZONAS**. Disponível em: g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/06/21/justica-determina-que-governo-do-am-elabore-programa-de-trabalho-para-contrato-de-gestao-do-hospital-delphina-aziz.ghtml. Acesso em: 18 ago. 2021.

LARA, Ricardo; SILVA, Mauri Antônio da. A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, 2015.

LESSA, Sérgio. Serviço Social e Trabalho: do que se trata? Disponível em http://www.sergiolessa.com/artigos_97_01/ssocial_trabalho_2000.pdf. Acesso: 20 jan. 2021.

LESSA, Sérgio. **Serviço Social e trabalho**: porque o serviço social não é trabalho. edição. São Paulo: Instituto Lucas, 2016.

LOURENÇO, Edvânia; et al. Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais. **Saúde e Sociedade [online]**, v.8, n.1, 2019.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 144-161, 2017.

MARCH, Claudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. **Universidade e Sociedade** (Brasília), v. 49, p. 62-70, 2012.

MARTINELLI, Maria Lucia (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social**: identidade e alienação. 6ª. Ed. São Paulo, Cortez, 2000.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos e filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro 1. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATHIS, Adriana de Azevedo; RODRIGUES, Jeferson Franco; BRAGA, Cilene Sebastiana da Conceição. O trabalho do assistente social nas Organizações Sociais de Saúde (OSS) em tempos de COVID-19. In: PINHEIRO *et al.*, Hamida Assunção. **Serviço Social e os dilemas da saúde em tempos de pandemia**. 1 ed. São Paulo: Manaus. Alexa Cultural/ EDUA: 2020, p. 139-55

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

MATOS, Maurílio Castro. Considerações sobre atribuições e competência profissionais de Assistentes Sociais na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, v. 124, p. 678-698, 2015.

MATOS, Maurílio Castro. **Cotidiano, Ética e Saúde: O Serviço Social frente a contrarreforma do Estado e à criminalização do aborto**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de

São Paulo – PUC/SP, São Paulo, 2010.

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço Social, Ética e Saúde**: reflexões para o exercício profissional. 01. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MIOTO, Regina Célia. Estudos Socioeconômicos. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Unidade V: Atribuições Privativas e Competências do Assistente Social. **CFESS/ABEPSS**: Brasília, 2009.

MPF processa ex-ministro Pazuello e secretário de Saúde do AM por responsabilidade na crise de oxigênio no estado. **G1 Amazonas**. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/04/14/mpf-move-acao-contra-ex-ministro-pazuello-e-secretario-de-saude-do-am-por-responsabilidade-na-crise-de-oxigenio-no-estado.ghtml>. Acesso em: 21 out. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; Reis, Camila Ramos. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, nº 58, p.101-114, 2018.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

PAULO NETTO, José. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1996.

PEREIRA, Bresser. **Reforma do Estado para a cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo, Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Necessidades Humanas**: Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PINHEIRO, Hamida Assunção; BARROCO, Clivia Costa; SANTOS, Glória Vaz. Crise Sanitária e Trabalho do/da Assistente Social na Saúde: o Amazonas em foco. Revista Humanidades e Inovação, v.8, n. 39. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/issue/view/110>. Acesso em: 30 dez. 2021.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS 2020-2023. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (**SES/AM**). Manaus, Amazonas, 2019.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

Prefeitura de Manaus concordou com tratamento precoce e anunciou 'Kit Covid'. **Amazonas Atual**. Disponível em: <https://amazonasatual.com.br/prefeitura-de-manaus-concordou-com-tratamento-precoce-e-anunciou-kit-covid/>. Acesso em: 18

out. 2021.

Prefeituras do RS planejam compra de remédios do Kit Covid em 2021 mesmo após ineficácia comprovada, diz organização. **G1 Rio Grande do Sul**. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2021/10/28/prefeituras-do-rs-planejaram-compra-de-remedios-do-kit-covid-em-2021-mesmo-apos-ineficacia-comprovada-diz-organizacao.ghtml>. Acesso em: 21 out. 2021.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares. (Org.); ALBUQUERQUE, V. O. (Org.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. 1ª. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serviço social & sociedade**, v. 1, p. 134-152, 2020a.

RAICHELIS, Raquel; YAZBEK, Maria Carmelita; SANTANNA, Raquel. **Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia**. SAO PAULO: Cortez Ed., 2020b (PERIÓDICO - Editorial).

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde**. São Paulo: UNIFESP. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em: 29 nov. 2020.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010.

SALLUM JÚNIOR, Brasília João; CASARÕES, Guilherme Stolle Paixao e. O impeachment do presidente Collor: a literatura e o processo. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 82, p. 163-200, 2011.

SANTOS-PINTO, Claudia du Bocage; et al. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, n. 02, v. 37, 2021.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, José Paulo Vicente da; LIMA, Juliano de Carvalho. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.) **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2009.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, nº. 140, p. 118-133, abril, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n140/0101-6628-sssoc-140-0118.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

SODRÉ, Francis; LITTIKE, Denilda; DRAGO, Leandra Maria Borlini e PERIM, Maria Clara Mendonça. Empresa Brasileira de serviços hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº. 114, p. 365 – 380, abril/ jun. 2013.

SOUSA, Amandia Braga Lima et al. Rede regional de saúde no contexto Amazônico: o caso de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]**, v. 17, n.1, 2017.

TEIXEIRA et al. A Saúde dos profissionais da saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3465-3474/>> Acesso em: 05 mar 2021.

VALLINA, Kátia de Araújo Lima; PINHEIRO, Hamida Assunção; BARROCO, Clivia Costa. As armadilhas do ensino remoto: o redirecionamento do ensino superior e as implicações para a saúde. In: PINHEIRO *et al.*, Hamida Assunção. **Serviço Social e os dilemas da saúde em tempos de pandemia**. 1 ed. São Paulo: Manaus. Alexa Cultural/ EDUA: 2020, p. 63-80.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

VIEIRA, Evaldo. Política Social na América Latina. In: VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e política social**. São Paulo: Cortez, 2009.

APÊNDICES

Apêndice A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



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

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Saúde e Serviço Social: particularidades e desafios do trabalho profissional em Manaus**”, realizada pela mestranda Clivia Costa Barroco, sob a orientação da professora Doutora Hamida Assunção Pinheiro.

A pesquisa tem por objetivo geral: Refletir sobre o trabalho profissional de assistentes sociais na saúde de alta complexidade em Manaus, considerando o contexto de contrarreforma do Estado e suas consequências para a saúde pública. Quanto aos objetivos específicos, a pesquisa pretende: analisar o trabalho profissional do Serviço Social nas instituições de alta complexidade de Manaus; examinar, a partir da visão dos assistentes sociais, a relação entre o trabalho profissional e as competências e atribuições do Serviço Social e apresentar estratégias de resistência traçadas pela categoria perante as dificuldades que constituem o cotidiano profissional. O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) por ser assistente social das instituições da saúde de alta complexidade selecionadas pela pesquisa, e por oferecer importante contribuição na análise que pretendemos fazer.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas abertas e fechadas do questionário eletrônico, disposto na Plataforma Google Forms. Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo na tomada de decisão livre e esclarecida. Além disso, o(a) senhor(a) tem todo o direito de não responder a qualquer pergunta do questionário, caso não queira ou não se sinta à vontade.

A pesquisa apresenta benefícios para a comunidade acadêmica na medida em que discute alguns dilemas enfrentados pelos trabalhadores da saúde pública, especialmente os assistentes sociais. Além disso, poderá ainda indicar estudos futuros de aprofundamento da temática. De forma geral, pode proporcionar uma reflexão sobre as políticas sociais na contemporaneidade, sobretudo no que concerne aos limites enfrentados pela política de saúde, e ainda acerca da importância das lutas em torno da defesa de direitos sociais fundamentais.

Para os sujeitos da pesquisa, o estudo propiciará uma reflexão sobre o trabalho profissional de assistentes sociais na saúde de alta complexidade em Manaus, considerando o contexto de precarização da saúde pública, elencando um campo de possibilidades de enfrentamento.

É importante que saiba que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, como: desconfortos, constrangimentos, estresse e/ou cansaço ao responder as questões, mas a pesquisadora principal se compromete a minimizar os riscos provenientes da pesquisa.

Respeitando o que estabelecem as Resoluções nº 466 de 2012 e a nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, no que concerne aos danos associados ou decorrentes da pesquisa, ou seja, os agravos imediatos ou posteriores, diretos ou indiretos, ao indivíduo ou à coletividade, seja físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos/as participantes, prestar-se-á assistência a esses de forma imediata e integral.

Apêndice A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



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

O participante e/ou acompanhante que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito à indenização e ressarcimento por parte da pesquisadora, ou seja, está assegurado o direito a cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa.

Em caso necessário, a pesquisadora principal encaminhará o participante e/ou acompanhante ao Centro de Serviços de Psicologia Aplicada (CSPA) da UFAM, localizado no Bloco X, setor sul do campus da UFAM, senador Arthur Virgílio Filho, Coroado, contatos (92) 3305-4121/ (92) 99314-4121, e-mail: cspapsicologiaufam@gmail.com. Além disso a pesquisadora encaminhará o participante e/ou seu acompanhante a outros serviços que se fizerem necessários, sendo responsável pelas despesas do participante e/ou do seu acompanhante.

Ressaltamos que o (a) Sr (a) é livre para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo, sem nenhuma penalização. O(a) senhor(a) não terá nenhuma despesa ou compensação financeira com a pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas garantimos a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e posteriormente na divulgação científica, portanto sua identidade não será revelada. Reforçamos ainda a garantia da não utilização das informações obtidas com a pesquisa em seu prejuízo.

Caso venham a surgir novos questionamentos sobre a pesquisa, o (a) sr. (a) pode contatar a pesquisadora principal Clivia Costa Barroco, endereço institucional: Av. General Rodrigo Octávio, nº 6200, Coroado I, CEP: 69077-000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga - IFCHS, telefone: 092 99508-1888, e-mail: cliviabarroco@gmail.com, ou a orientadora Hamida Assunção Pinheiro, endereço institucional: Av. General Rodrigo Octávio, nº 6200, Coroado I, CEP: 69077-000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga - IFCHS, telefone: 092 99152-6088, e-mail: hamida.assuncao@gmail.com.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM). O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, e-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Vale ressaltar, que em virtude das medidas de isolamento social, o contato com o CEP/UFAM deve ser realizado unicamente pelo e-mail supracitado.

É importante que saiba que esse documento pode ser impresso, e que ao imprimir a página do TCLE *on line* deve marcar a opção imprimir “cabeçalhos e rodapés”, para ter o link fonte e a paginação do TCLE.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Ao clicar no botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Página 2 de 2

Li e concordo em participar da pesquisa

Link para acesso: <https://forms.gle/Gxs8bwiBuQhpP7mQ6>

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

IDENTIFICAÇÃO

1.1 Tipo de graduação

Presencial

Semipresencial

À distância

Outro

1.2 Em qual instituição você atua?

Hospital Universitário Francisco Mendes

Hospital Dr. João Lúcio Pereira Machado

Fundação Hospital Adriano Jorge

Hospital Universitário Getúlio Vargas

Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto

1.3 Há quanto tempo você atua na referida instituição?

1 a 5 anos

6 a 10 anos

11 a 15 anos

16 a 20 anos

21 a 25 anos

30 anos ou mais

1.4 Qual seu regime de trabalho?

Estatutário

Celetista

Comissionado

Outro: _____

Link para acesso: <https://forms.gle/Gxs8bwiBuQhpP7mQ6>

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

SERVIÇO SOCIAL

2.1 Quantos profissionais compõem a equipe de Serviço Social atualmente?

Sua resposta _____

2.2 Você considera que o quantitativo de profissionais que atuam na equipe é suficiente? Justifique sua resposta.

Sua resposta _____

2.3 Nos últimos 3 anos, o número de profissionais na instituição que você atua:

Aumentou

Diminuiu

Permanece o mesmo

Não sabe informar

2.4 Em sua opinião qual a relação do Serviço Social com o conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988?

Sua resposta _____

2.5 Sobre seu cotidiano de trabalho liste, em ordem de prioridade, as cinco atividades que você mais faz todos os dias.

Sua resposta _____

2.6 Na sua opinião, qual o principal instrumento de trabalho do Assistente Social na instituição?

Sua resposta _____

2.7 Você conhece o documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde e sabe apontar sua importância para a sua área de atuação? Justifique sua resposta.

Sua resposta _____

2.8 Você acredita que em algumas situações desenvolve competências e atribuições que não estão relacionadas a profissão? Justifique sua resposta.

Sua resposta _____

[Voltar](#) [Próxima](#)  Página 3 de 5

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

AMBIENTE DE TRABALHO

3.1 Cite, pelo menos, três dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social na instituição.

Sua resposta _____

3.2 Como você classifica o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social na instituição.

Ótimo
 Bom
 Regular
 Ruim

3.3 Como se dá a relação do Serviço Social com outras equipes profissionais?

Ótima
 Boa
 Regular
 Ruim

3.4 O Serviço Social consegue desenvolver projetos dentro da instituição? Se sim, quais?

Sua resposta _____

3.5 Avalie conforme o quadro a seguir:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Estrutura física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomia no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valorização profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remuneração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições de segurança e saúde no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Voltar](#)

[Próxima](#)

Página 4 de 5

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

CONDIÇÕES DE TRABALHO

4.1 É exigido do Serviço Social o cumprimento de metas ou de produtividade?

Sim

Não

4.2 Em caso de afirmativo para a pergunta anterior, quais as dificuldades para atingir estas metas?

Falta de recursos humanos

Falta de recursos financeiros

Falta de recursos sociais

Outro: _____

4.3 Para você, as demandas para o Serviço Social têm aumentado de forma expressiva nos últimos 3 anos?

Sim

Não

4.4 Em caso de afirmativo para a pergunta anterior, defina quais as estratégias utilizadas pelo Serviço Social para lidar com as demandas.
Pode ser selecionada mais de uma opção.

Seleciona demandas por ordem de prioridade

Seleciona demandas por critérios

Não seleciona demandas por critérios, considerando que todas são prioritárias

Busca sistematizar as demandas, delineando as melhores formas de seu atendimento

Outro: _____

4.5 O Serviço Social, na instituição, possui Plano de Trabalho?

Sim

Não

4.6 Você acredita que sua intervenção profissional é planejada? Justifique sua resposta.

Sua resposta _____

4.7 As mudanças ocorridas na instituição de saúde que você atua vem interferindo no seu trabalho profissional? Justifique sua resposta.

Sua resposta _____

 Página 5 de 5

ANEXOS

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFAM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde e Serviço Social: Particularidades e Desafios do Trabalho Profissional em Manaus

Pesquisador: CLIVIA COSTA BARROCO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44930721.0.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.710.941

Apresentação do Projeto:

A saúde foi uma das grandes conquistas da Constituição Federal de 1988, ao integrar o tripé da Seguridade Social, e ao ser considerada como um direito social básico a todo cidadão brasileiro, rompendo com estigmas históricos nos quais a proteção social estava condicionada a determinados segmentos da classe trabalhadora através do seu vínculo trabalhista. Todavia, é necessário compreender que as inflexões oportunizadas pelo processo de contrarreforma do Estado, constituído como resposta para a crise mundial do capital iniciada nos anos 1970, influenciaram fortemente as políticas sociais no Brasil a partir da década de 1990. Nesse cenário, a saúde sofre com tendências de focalização, seletividade e privatização inerentes ao paradigma neoliberal, e que acabam por interromper o processo de legitimação do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme seu marco legal. Para o Serviço Social, a saúde constitui-se legalmente como um espaço de atuação, através da Resolução 218/97 que regulamenta as profissões da saúde, fator que se torna um dos elementos explicativos para que esse seja um dos espaços ocupacionais que incorpora significativamente os assistentes sociais. Sendo assim, é expressivo o contingente de profissionais que vivenciam a precarização ocasionada pela restrição de recursos, que, por sua vez, também afeta as condições de trabalho dos profissionais. É importante destacar que a profissão de Serviço Social na contemporaneidade tem feito a defesa de políticas sociais públicas que dialoguem com os valores democráticos. Nesse sentido, para a profissão o Sistema Único de Saúde trata-se de uma política de fundamental importância para a sociedade, uma vez que essa

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.710.941

política social carrega conquistas e lutas históricas expressas no Projeto de Reforma Sanitária, que dialoga intimamente com os princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social que se expressam na liberdade, na equidade, no compromisso com a classe trabalhadora e na defesa dos direitos sociais básicos. É fundamental assinalar que são impostos desafios para a defesa desse projeto, uma vez que dentro de um contexto societário adverso, são reascendidas práticas interligadas ao conservadorismo, o que acaba por requisitar um trabalho profissional, que muitas vezes, não se articula as competências do Serviço Social. No âmbito da saúde, o trabalho profissional é impactado em suas condições de trabalho, na sua formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação das demandas, na relação com outros profissionais e com os movimentos sociais, segundo o conteúdo expresso no documento Parâmetros do Assistente Social na Saúde (2010), elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social. Além disso, os profissionais acabam sendo condicionados a reforçar os padrões de seletividade, fiscalização dos usuários e de reafirmar práticas assistencialistas, como forma de amenizar o quadro de pobreza no qual a classe trabalhadora é submetida. Diante da problemática, o propósito desta pesquisa é refletir sobre os entraves que se apresentam no cotidiano profissional dos assistentes sociais na área da saúde da cidade de Manaus, e como os profissionais podem, na conjuntura adversa, construir uma atuação atrelada aos princípios do Sistema Único de Saúde e ao seu próprio Projeto Ético-Político. Dentro disso, o estudo buscará identificar as principais atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais nas instituições de alta complexidade em Manaus, examinando sua relação com as competências e atribuições do Serviço Social, assim como apresentar os desafios vivenciados pela categoria nessas instituições e quais são as possibilidades perante esse cenário. Na cidade de Manaus, o nível terciário da saúde é constituído por 8 (oito) instituições hospitalares, divididas em hospitais, fundações e hospitais universitários. Cabe ressaltar que é o único município do Estado do Amazonas que oferece serviços de alta complexidade, portanto as instituições hospitalares lidam diariamente com a sobrecarga de atendimentos somente com a população da capital, segundo Vieira (2020). Desta feita, a pesquisa abrangerá por 5 (cinco) instituições hospitalares que fazem parte da alta complexidade da saúde em Manaus, situadas nas 5 zonas geográficas da cidade. Os sujeitos da pesquisa serão os assistentes sociais que trabalham nas instituições definidas pela pesquisa que responderão ao questionário eletrônico na Plataforma Google Forms. É necessário apontar que a rede de alta complexidade da saúde pública compreende procedimentos de alto custo e que necessitam do uso tecnologia especializada, como os transplantes, as cirurgias cardíacas, tratamentos oncológicos, dentre outros serviços, buscando integrá-los aos demais níveis de complexidade: média e básica. Dentro da proposta, serão investigadas ainda as seguintes

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.710.941

questões: Como se configuram as demandas e requisições para o Serviço Social? Quais as principais mudanças ocorridas nas instituições nos últimos 3 anos? Como elas se incidem sobre o trabalho profissional? Existem padrões de produtividade? Quais os limites para um trabalho profissional aportado no Projeto Ético-Político? Considerando como ponto de partida essas problematizações, a pesquisa pretende realizar um estudo sobre o trabalho profissional dos assistentes sociais da alta complexidade em Manaus. Para isso, a pesquisa considerará como pano de fundo o processo de contrarreforma do Estado, o que vem remodelando o Sistema Único de Saúde e delineando para os assistentes sociais desafios constantes. Hipótese: Os assistentes sociais possuem dificuldades para operacionalizar as competências e atribuições em consonância ao Projeto Ético-Político profissional.

Metodologia Proposta:

A presente pesquisa terá como suporte teórico metodológico o materialismo histórico dialético, uma vez que pretende compreender a realidade estudada em sua totalidade, por meio dos seus condicionantes históricos, sociais, econômicos, políticos, culturais, entre outros. A pesquisa proposta se guiará por uma abordagem quanti-qualitativa. Para Martinelli (1999) os aspectos qualitativos e os dados quantitativos não estabelecem uma oposição, mas sim uma relação de articulação. Inicialmente, o estudo buscava contemplar 8 (oito) instituições que pertencem ao nível terciário de atenção à saúde em Manaus, porém com o cenário de pandemia ocasionado pelo Coronavírus SarsCov-2 (COVID-19), optou-se por redefinir a pesquisa e a abordagem aos sujeitos. Sendo assim, abrangerá 5 (cinco) instituições que pertencem à saúde de alta complexidade. Os participantes da pesquisa serão assistentes sociais que atuam nas instituições selecionadas para a pesquisa. A pesquisa será construída em fases sistemáticas e interdependentes. Na primeira fase será realizada a pesquisa bibliográfica, que proporcionará o entendimento do objeto estudado através da seleção de materiais afinados à proposta da investigação. Na segunda etapa, será realizada a pesquisa documental na qual serão pesquisadas e analisadas leis, decretos, portarias, resoluções referentes ao objeto do estudo, como: o documento Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, a Lei de Regulamentação da Profissão (8.662/93) e o Código de Ética Profissional do Serviço Social (Resolução 273 do CFESS). Na terceira fase, será elaborado, em consonância com os objetivos da investigação, o questionário eletrônico com perguntas fechadas e abertas na Plataforma Google Forms. O questionário é um instrumental que é preenchido pelos próprios participantes, sem a presença do pesquisador. Nesta mesma etapa será elaborado também o Termo de Consentimento

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.710.941

Livre e Esclarecido (TCLE) que explicita os riscos e benefícios da pesquisa para os sujeitos da pesquisa. Na quarta fase, a pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, que analisará se a proposta do estudo se afina com as proposições das Resoluções nº. 466/2012 e a nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ressaltamos que apenas após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, que poderá ser desenvolvida a pesquisa de campo, de forma remota. Na quinta fase, após a aprovação da pesquisa pelo CEP, será realizado o pré-teste, o qual consiste no envio do questionário eletrônico a alguns sujeitos da pesquisa. A sexta fase será marcada pela pesquisa de campo, que será realizada de forma remota. Originalmente essa etapa foi pensada para ser desenvolvida dentro das unidades de saúde de alta complexidade de Manaus. Contudo, considerando o quadro de emergência sanitária, é fundamental atender as orientações da Organização Mundial da Saúde – OMS, assim como as indicações elencadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Nesse sentido, a pesquisa será feita no formato online, pela Plataforma Google Forms, através do link: <https://forms.gle/Gxs8bwiBuQhpP7mQ6>. Na sétima etapa da pesquisa será feita a sistematização e análise dos dados. O tratamento dos dados quantitativos será feito através do programa de software Excel que permite a organização e apresentação em gráficos e/ou tabelas. Quanto aos aspectos qualitativos da pesquisa será executada a análise de conteúdo, ou seja, o momento de desvendar a realidade estudada por meio das simbologias proporcionadas pelos sujeitos da pesquisa. A oitava fase da pesquisa, que consiste na elaboração do relatório final que será construído de forma crítica e articulada aos objetivos da pesquisa. A nona e última etapa consiste na construção do texto da Dissertação, que será apresentado e defendido para uma banca de especialistas que julgará a qualidade da pesquisa.

Critérios de inclusão:

- Assistentes sociais com contratos de trabalho ativos no momento da pesquisa;- Atuação de, pelo menos, 1 (um) ano na equipe de Serviço Social

Critério de Exclusão: - Assistentes sociais aposentados;- Assistentes sociais que atuem há menos de 1 (ano) na equipe de Serviço Social;- Assistentes sociais em gozo de licença médica ou por interesse particular;- Assistentes sociais que estejam em desvio de função;- Assistentes sociais que estejam respondendo processo ético/disciplinar

Metodologia de Análise de Dados:

A análise dos dados da pesquisa configura-se como um momento de organizar, classificar, quantificar e analisar as informações relevantes para o estudo da temática. Goldemberg (2007)

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.710.941

afirma que a organização é de fundamental importância para que o pesquisador não se sinta perdido em meio aos dados coletados no momento de sua análise. O tratamento dos dados brutos, ou seja, os dados quantitativos, será feito através do programa de software Excel que permite a organização e apresentação em gráficos e/ou tabelas. Quanto aos aspectos qualitativos da pesquisa será executada a análise de conteúdo, ou seja, o momento de desvendar a realidade estudada por meio das simbologias proporcionadas pelos participantes da pesquisa. Segundo Bardin (1997) a análise de conteúdo permite estabelecer a relação entre os significados das narrativas, possibilitando articulá-las com os fatores que determinam suas características. Em Richardson (2010) a análise de conteúdo "deve ser eficaz, rigorosa e precisa" (p.224). Dessa forma, ela irá compreender da melhor maneira um discurso, a partir do aprofundamento de suas características, que podem ser: fonológicas, cognitivas, gramaticais, ideológicas, dentre outras, permitindo a extração dos momentos mais importantes.

Desfecho Primário:

Acreditamos que as reflexões da pesquisa serão valiosas para os entrevistados e as instituições nas quais atuam, uma vez que possibilitarão no conhecimento das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, e poderão ajudar a analisar o trabalho que vem sendo construído. Para os estudantes, pesquisadores e outros profissionais da saúde, o estudo pretendido pode contribuir para o entendimento da temática tratada através da divulgação dos resultados obtidos, assim como a realização de outros estudos que propiciem uma reflexão sobre as políticas sociais na contemporaneidade e o trabalho profissional. Para a sociedade civil o estudo também se faz importante, pois é necessário compreender os limites que a política de saúde passa nos dias atuais, e entender a importância das lutas em torno da defesa de direitos sociais fundamentais que lhes pertencem. Para o Serviço Social, a realização desta pesquisa é valorosa, visto que a profissão se atrela a uma perspectiva crítica da realidade na qual intervêm, que orienta as lutas pelos direitos sociais e que busca um projeto societário oposto ao do Capital.

Detalhamento:

Serão utilizadas legislações referentes ao objeto de estudo. Nesse sentido, elencamos o documento Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, disposto no site do Conselho Federal de Serviço Social, disponível para acesso e download por qualquer usuário. Além dele, destacamos a utilização da Lei de Regulamentação da Profissão (8.662/93) e o Código de Ética Profissional do Serviço Social (Resolução CFESS nº 273), normatizações disponíveis para

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.710.941

acesso público e download na página do CFESS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Refletir sobre o trabalho profissional de assistentes sociais na saúde de alta complexidade em Manaus, considerando o contexto de contrarreforma do Estado e suas consequências para a saúde pública

Objetivo Secundário:

- Analisar o trabalho profissional do Serviço Social nas instituições de alta complexidade de Manaus;
- Examinar, a partir da visão dos assistentes sociais, a relação entre o trabalho profissional e as competências e atribuições do Serviço Social
- Apresentar as estratégias de resistência traçadas pela categoria perante as dificuldades que constituem o cotidiano profissional

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por ser uma investigação que envolve seres humanos, a pesquisa será submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Amazonas. Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, como: desconfortos, constrangimentos, estresse e/ou cansaço ao responder as questões, mas a pesquisadora principal se compromete a minimizar os riscos provenientes da pesquisa. Respeitando o que estabelecem as Resoluções nº 466 de 2012 e a nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, no que concerne aos danos associados ou decorrentes da pesquisa, ou seja, os agravos imediatos ou posteriores, diretos ou indiretos, ao indivíduo ou à coletividade, seja físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos/as participantes, prestar-se-á assistência a esses de forma imediata e integral. O participante e/ou acompanhante que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito à indenização e ressarcimento por parte da pesquisadora, ou seja, está assegurado o direito a cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa. Em caso necessário, a pesquisadora principal encaminhará o participante e/ou acompanhante ao Centro de Serviços de Psicologia Aplicada (CSPA) da UFAM, localizado no Bloco X, setor sul do campus da UFAM, senador Arthur Virgílio Filho, Coroado, contatos (92) 3305-4121/ (92) 99314-4121, e-mail: cspapsicologiaufam@gmail.com. Além disso a pesquisadora encaminhará o participante e/ou seu acompanhante a outros

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

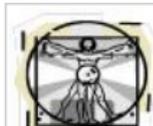
UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.710.941

serviços que se fizerem necessários, sendo responsável pelas despesas do participante e/ou do seu acompanhante. Ressaltamos que o sujeito da pesquisa é livre para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo, sem nenhuma penalização. Além disso, não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma compensação financeira com a pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas garantimos a manutenção do sigilo e da privacidade da participação dos sujeitos da pesquisa, e posteriormente na divulgação científica. Nesse sentido, a identidade dos participantes não será revelada. Reforçamos ainda a garantia da não utilização das informações obtidas com a pesquisa em prejuízo dos participantes.

Benefícios: A pesquisa apresenta benefícios para a comunidade acadêmica na medida em que discute alguns dilemas enfrentados pelos trabalhadores da saúde pública, especialmente os assistentes sociais. Além disso, poderá ainda indicar estudos futuros de aprofundamento da temática. De forma geral, pode proporcionar uma reflexão sobre as políticas sociais na contemporaneidade, sobretudo no que concerne aos limites enfrentados pela política de saúde, e ainda acerca da importância das lutas em torno da defesa de direitos sociais fundamentais. Para os sujeitos da pesquisa, o estudo propiciará uma reflexão sobre o trabalho profissional de assistentes sociais na saúde de alta complexidade em Manaus, considerando o contexto de precarização da saúde pública, elencando um campo de possibilidades de enfrentamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de estudo: pesquisa do programa de mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Caráter – acadêmico

Patrocínio - próprio;

País de origem – Brasil;

Nº de participantes – -38;

Forma de recrutamento dos participantes da pesquisa – apresentado em conformidade com a Resolução 466 e a Resolução 510 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

*Cronograma – apresentado e adequado, em conformidade com o contexto de emergência sanitária, plano de Biossegurança da UFAM e os protocolos locais;

*Instrumental de pesquisa eletrônico – apresentado e adequado.

*Projeto de pesquisa – apresentado e adequado, em conformidade com as normativas das

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

Município: MANAUS

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.710.941

resoluções 466/2012 e 510/2016.

Termo de anuência das instituições participantes – apresentados conforme a resolução 466/2012, mas há termos de anuência datados entre agosto e setembro do ano passado (quase um ano), sendo que a pesquisadora deu entrada no referido CEP no dia 15/01/2021, cinco meses após a assinatura da folha de rosto e dos primeiros dois termos de anuência.

Geralmente, o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos aceita termos datados até seis meses atrás, conforme as normativas vigentes, o que não seria o caso.

Entretanto, em decorrência do contexto de pandemia, o Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa aceitará, informando contudo, que não pode tornar-se uma prática, visto a necessidade efetiva de seguir as Resoluções sobre pesquisas com seres humanos vigentes no país.

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, além de estar adaptado ao contexto pandêmico, em conformidade com as exigências da Organização Mundial de Saúde e Carta Circular da CONEP (Comissão Nacional de Pesquisa) no que tange aos protocolos de biossegurança.

Para futuras submissões, ressalta-se que os termos de anuência e a folha de rosto não podem apresentar prazo superior a seis meses, conforme as resoluções sobre pesquisas com seres humanos vigentes no país. Consideramos o aceite, em virtude do contexto de pandemia, para que a pesquisadora não fique prejudicada.

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.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.710.941

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_1610215.pdf	06/05/2021 14:32:07		Aceito
Outros	TERMO_JOAO_LUCIO.pdf	06/05/2021 14:29:00	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Outros	TERMO_HUGV.pdf	06/05/2021 14:28:38	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Outros	TERMO_FRANCISCA_MENDES.pdf	06/05/2021 14:28:20	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Outros	TERMO_ADRIANO_JORGE.pdf	06/05/2021 14:27:39	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Outros	TERMO_28_DE_AGOSTO.pdf	06/05/2021 14:27:17	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ELETRONICO.pdf	06/05/2021 14:27:00	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_ELETRONICO.pdf	06/05/2021 14:26:49	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CLIVIA_CEP.docx	06/05/2021 14:25:14	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Outros	CURRICULO_HAMIDA_ORIENTADOR A.pdf	06/05/2021 14:24:43	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Outros	CURRICULO_CLIVIA_PESQUISADOR A_PRINCIPAL.pdf	06/05/2021 14:24:19	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Outros	CSPA_ANUENCIA_ENCAMINHAMENT O.pdf	06/05/2021 14:23:27	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CLIVIA_BARROCO.pdf	06/05/2021 14:22:42	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	11/04/2021 17:31:34	CLIVIA COSTA BARROCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.710.941

Não

MANAUS, 13 de Maio de 2021

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com