



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Trabalho, Questão Social e Serviço Social

Sub-eixo: Transformações contemporâneas no mundo do trabalho e suas repercussões no trabalho profissional da e do assistente social

CRISE SANITÁRIA E SERVIÇO SOCIAL: IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA DE COVID-19 NA REORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

FERNANDA KILDUFF ¹
ANDREIA DE ALBUQUERQUE TRINDADE ²
CAMILA OLIVEIRA CARVALHO ²
CAMILA ANDRADE CARDOSO ²
LIVIA DE ALMEIDA NASCIMENTO ²

RESUMO: o presente trabalho se propõe a refletir sobre a crise sanitária e o desfinanciamento da política de saúde e suas implicações para o trabalho profissional da/o assistente social no âmbito da saúde pública, particularmente em um hospital universitário, em contexto de expropriações de direitos e contrarreformas, considerando a Pandemia de Covid-19.

Palavras-chave: Crise Sanitária; Covid-19, Processos de trabalho em saúde; Hospital Universitário, Serviço Social.

RESUMEN: el presente trabajo se propone reflexionar sobre la crisis sanitaria y desfinanciación de la política de salud y sus implicaciones para el trabajo profesional de la/del trabajador/a social en el ámbito de la salud pública, particularmente en un hospital universitario, en contexto de expropiaciones de derechos y contrarreformas, considerando la Pandemia de Covid-19.

Palabras-clave: Crisis sanitaria, Covid-19, Procesos de trabajo en salud, Hospital Universitario, Trabajo Social.

1 Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal Do Rio De Janeiro/ess

2 Profissional de Serviço Social. Universidade Federal Do Rio De Janeiro/hucff

1. INTRODUÇÃO

O capitalismo, em sua gênese e desenvolvimento, se manifesta por crises cíclicas e periódicas, alternando períodos de crescimento e recessão, que o posiciona em um processo de reestruturação orgânica permanente com o objetivo de recompor as taxas de lucro e restituir níveis de acumulação esperados.

Com isso, crises estruturais de longa duração expressam estratégias comuns, articuladas internacionalmente pelo grande capital, que ancoram a mesma lógica destrutiva e constitutiva da ordem burguesa. Para Meszáros (2019, p.42), a razão de ser do sistema do capital é a extração máxima de trabalho excedente dos produtores em qualquer forma compatível com seus limites estruturais, já que, de forma contrária, não poderia realizar suas funções sociais de reprodução sócio metabólica.

Para garantir a acumulação, o capital, entre outros processos sucessivos e

articulados, intensifica a exploração da força de trabalho e combina a extração de mais-valia absoluta, vale dizer, o aumento de números de horas trabalhadas e a relativa, proveniente do aumento da produtividade do trabalho, diminuindo o tempo do trabalho necessário remunerado através do salário e aumentando o trabalho excedente, que se intensifica pela introdução de novas tecnologias. Portanto, na extração de mais-valia relativa, o que varia é a divisão da mesma jornada entre trabalho socialmente necessário e trabalho excedente, em que o primeiro diminui e o segundo aumenta.

Assim, historicamente, o capital, garante sua reprodução ampliada, transformando em mercadoria tudo o que está a seu alcance, universalizando a lógica mercantil, abrindo, de onde antes não existiam, novos mercados necessários à valorização do valor. Para Harvey:

O capital, abre de forma violenta novos mercados, buscando colocar lucrativamente o capital excedente, controlando militarmente e desbastando territórios ricos em recursos naturais, contaminando o meio ambiente, avançando sobre os ativos públicos estatais, cancelando direitos trabalhistas e destruindo a força de trabalho - que lhe é supérflua para suas necessidades de incorporação dentro dos processos produtivos-, chegando a ameaçar a própria sobrevivência da vida humana no planeta. (HARVEY, 2005, p.28).

O atual estágio de desenvolvimento capitalista iniciado nas últimas três décadas do século XX é marcado por uma crise estrutural e sistêmica permanente³. A resposta da burguesia internacional para se sobrepor à tendência à queda da taxa de lucros provoca uma reorganização da economia mundial com renovados processos de centralização e concentração de riqueza⁴.

Raichelis e Arregui (2020), observam que a eclosão do novo coronavírus, em meio à profunda crise estrutural do capital, acentuará exponencialmente seus traços

³Em seu livro *A crise estrutural do capital* (2019), Mészáros, em uma interlocução direta com Marx, analisa a crise mundial capitalista que se abre a partir das décadas de 1970/1980. O filósofo húngaro observa que, entre as principais respostas do capital a sua própria crise, está a ampliação da esfera financeira, especialmente do capital fictício, que ocupa a liderança na dinâmica do capitalismo contemporâneo. Assim, a crise estrutural caracteriza-se por ser endêmica, cumulativa, crônica e permanente; e suas principais manifestações são o desemprego estrutural, a destruição ambiental e as guerras permanentes.

⁴O relatório *Lucrando com a dor* produzido pela *Oxfam* (2020), comprova que bilionários aumentaram seus patrimônios com a pandemia. Os setores que mais concentraram capital são: energia, alimentos, tecnologia e medicamentos. O aumento das fortunas de um pequeno grupo de pessoas se deu enquanto a maioria da população do mundo enfrenta o drama da fome, falta de acesso à saúde e à educação. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/> Acesso em: 29 ago.2022.

sistêmicos em curso, articulando em uma totalidade contraditória suas dimensões econômica, política, social e sanitária⁵.

Na particularidade do Brasil, a rápida proliferação deste vírus vincula-se com a desigualdade estrutural provocada pela apropriação privada da riqueza socialmente produzida e as péssimas condições de vida impostas à maioria da classe trabalhadora. No atual cenário, presencia-se a coisificação da vida humana em um processo acelerado de descartabilidade, no qual, o aumento da fome, da desigualdade, da pobreza e do desemprego se revelam como as principais expressões da questão social⁶, ainda acirradas em contexto de Pandemia de Covid-19. É precisamente com esta dura realidade que as/os assistentes sociais se enfrentam todos os dias no cotidiano dos serviços.

2. DESENVOLVIMENTO

No Brasil, as estratégias de contrarreformas na saúde assumem principalmente duas formas: de um lado o subfinanciamento crônico, ou seja, desde que o Sistema Único de Saúde (SUS)⁷ foi criado, nunca contou com os recursos necessários para funcionar com qualidade; e do outro, a sua precarização, sendo essa última, condição necessária para o crescimento de serviços de saúde privados.

Assim, o período de existência do SUS tem sido acompanhado por uma trajetória de persistência de reduzidos montantes de recursos, evidenciando o subfinanciamento estrutural deste sistema⁸, explicado a partir de mecanismos legais

⁵Compreende-se a pandemia de Covid-19, não como fenômeno natural: o contato humano com o novo coronavírus esteve diretamente relacionado com o desmatamento e desequilíbrios ambientais provocados pela organização capitalista da agricultura e da pecuária.

⁶Parte da produção acadêmica crítica em serviço social, delimitou o trato da “questão social” (NETTO, J. 1992; 1996) como elemento fundante da especialização do trabalho do assistente social. “Reafirma-se, pois, a questão social como a base de fundação sócio histórica da profissão, em seu enfrentamento pelo Estado, pelo empresariado e pelas ações das classes trabalhadoras no processo de constituição e afirmação de direitos sociais, o que requer decifrar suas multifacetadas refrações no cotidiano da vida social, que são ‘matéria’ do trabalho do assistente social. (IAMAMOTO, 1998, p.183. Letra itálica da autora).

⁷A partir da Constituição de 1988, através de articulação, mobilização e luta de trabalhadores e usuários da saúde, foi construído o Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização político-administrativa e participação social, integrante da seguridade social e financiado com orçamento próprio (CONCEIÇÃO et al., 2012).

⁸Para uma ideia geral desse subfinanciamento, se o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde,

que o Estado implementa para transferir riqueza do trabalho para o capital. Por um lado, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que limita a realização de concursos e contratações no de pessoal no serviço público; e por outro, a chamada Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite a retirada ou desvio de recursos inicialmente destinados a políticas sociais.

As políticas macroeconômicas ortodoxas denominadas de “austeridade fiscal”, caracterizaram os mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC); orientações mantidas, posteriormente, nos governos de conciliação de classe. Neste sentido, cabe observar que, no governo de Dilma Rousseff (2011-2016), a expropriação de fundo público adotou um ritmo mais acelerado e a DRU aumentou de 20% para 30%, sendo prorrogada até 2023. Dessa forma, esses mecanismos continuam vigentes até o momento atual e permitem desvincular/expropriar parte do orçamento das políticas sociais para pagamento de juros e amortização de dívida externa remunerando dessa forma o capital financeiro. Assim, cada vez mais, o Capital e o Estado se desresponsabilizam das necessidades de reprodução da classe trabalhadora.

Na hipótese de Mendes e Carnut (2020), com o golpe jurídico-parlamentar-midiático de 2016, o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado em desfinanciamento, configurando um quadro de aniquilamento das tentativas de construção de nosso sistema universal em saúde. A Emenda Constitucional 95/2016 foi promulgada pelo governo Temer e teve por objetivo limitar a expansão dos gastos públicos pelos próximos 20 anos, mas não o fez para as despesas financeiras, mantendo-se alto o patamar de pagamento de juros da dívida por parte do governo brasileiro⁹.

Essa medida, somada à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a Desvinculação de Receitas da União (DRU), provocam redução e/ou eliminação da oferta de serviços públicos, esvaziamento e sobrecarga de equipes profissionais, precarizando ainda mais as relações de trabalho.

Além do mais, cabe mencionar um outro aspecto que contribui para prejudicar

mas isso nunca foi feito (FUNCIA; SANTOS, 2019 apud MENDES e CARNUT, 2020, p.15).

⁹Sob essa perspectiva, nota-se que, entre 1995 a 2018, o gasto do Ministério da Saúde não foi alterado, mantendo-se 1,7% do PIB, enquanto que o gasto com juros da dívida representou, em média, 6,6% (FUNCIA; SANTOS, 2019 apud MENDES e CARNUT, 2020, p.16).

o financiamento do SUS, ao longo da sua existência: as renúncias fiscais, no setor saúde: “o total de renúncias fiscais concedidas à saúde privada cresceu de forma considerável, passando de R\$ 8,6 bilhões, em 2003; para R\$ 32,3 bilhões, em 2015”. (MENDES e CARNUT, 2020, p.17).

Percebe-se com esses dados, que a apropriação do fundo público na saúde pelo capital manteve-se intensa, expropriando da classe trabalhadora o direito de acesso universal à saúde. Assim, o SUS passa a enfrentar, ao lado do subfinanciamento de mais de 30 anos, um processo crescente e contínuo desfinanciamento, evidenciando-se a relação orgânica entre Capital e Estado, sobretudo no papel decisivo que ocupa na administração da crise contemporânea.

Como analisado, o ritmo da expropriação de recursos da saúde pública se acelerou a partir de 2017, acumulando-se perdas de R\$ 9,7 bilhões em 2018 e 2019¹⁰. É com o SUS asfiziado que a população brasileira atravessou e continua enfrentando a pandemia de Covid-19. Dessa forma, o neoliberalismo¹¹ torna a política de saúde espaço de grande tensionamento e alvo de sucessivos ajustes fiscais, interferindo na qualidade dos serviços e nas práticas profissionais.

Além do subfinanciamento crônico e desfinanciamento, a contrarreforma na política de saúde se efetiva com a incorporação dos chamados “novos modelos de gestão” buscam legitimar a lógica neoliberal da eficiência do setor privado na gestão pública. Já na década de 2000, o Banco Mundial (BM) apontava “problemas burocráticos no SUS” e “sugeria” – quer dizer, “impor” como condição para o acesso dos governos a novos empréstimos - o repasse da política de saúde para o setor privado denominado: “público, mas não estatal”: Fundações Estatais de Direito Público e Privado, Empresas de Serviços Hospitalares, Organizações Sociais, etc. administram crescentemente recursos públicos destinados à política de saúde.

Durante a gestão de Temer, ocorreu uma efetiva articulação com o setor empresarial de saúde¹², ocasionando a redução do orçamento destinado a política

¹⁰“Os brasileiros e as brasileiras foram comunicados sobre a perda de R\$9,7 bilhões no financiamento do SUS, acumulados nos anos de 2018 e 2019”. (op.cit, p.3).

¹¹Entende-se neoliberalismo com uma reestruturação do capitalismo em termos globais iniciada na década de 1970 que envolve aspectos econômicos, políticos, ideológicos e culturais; alterações profundas que buscam responder à crise estrutural do capital caracterizada pela queda das taxas de lucro, uma crise de superacumulação de capitais e superprodução de mercadorias.

¹²A título de exemplo, essa articulação, se expressa na proposta de ofertar Planos de Saúde Populares, como

de saúde, que seria destinado inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS, responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde. Aparece como mais uma forma de favorecer o capital, na disputa pelo fundo público.

Ao analisar a política de saúde no (des) governo Bolsonaro, verifica-se grande inconsistência e ausência de dedicação sobre esta política. A partir de 2018, com a desmontagem e retrocessos da atual gestão, ainda há necessidade de defendermos o SUS como um patrimônio necessário à preservação da vida dos brasileiros.

O SUS, vem tentando resistir a partir de lutas, o (des) governo Bolsonaro vem apresentando o enfraquecimento, a fragilização, a pauperização das políticas públicas como uma estratégia de mercado. Caracteriza-se por ser uma gestão deliberadamente privatizante, pró-mercado, que fragiliza a política de Atenção Primária e também conhecida pelo desmonte da política de saúde mental. Deixando claro o negacionismo desse governo, que está a serviço dos negócios.

Por sua vez, o governo do atual, é marcado pela intensificação da proposta privatista e do ultra neoliberalismo conservador. O presidente busca dar continuidade às contrarreformas perpetuadas por seus predecessores no campo das políticas sociais, sua gerência se dá através da maximização da privatização que é atravessada pela retração de direitos sociais previamente conquistados.

Assim como o ex-presidente interino, Michel Temer, Bolsonaro visa a expansão e a redução de gastos públicos por intermédio de reformas na política previdenciária. Em 2019 o governo Bolsonaro apresentou uma proposta ao Congresso Nacional que traria mudanças significativas para o Regime Geral da Previdência Social e aos trabalhadores que dependem dos benefícios por ela ofertados. A proposta era ainda mais restritiva que as propostas elaboradas pelos governos anteriores, exercia alterações para o acesso dos trabalhadores às suas aposentadorias, como o aumento da idade mínima para homens e mulheres, aumento do tempo de contribuição e criação de um sistema de capitalização (BRAVO et al, 2020). A reforma da Previdência entrou em vigor com a publicação da

um dos pilares da sua gestão. No que diz respeito ao financiamento, foi elaborada a medida drástica de congelamento dos gastos, através da EC 95/2016, diminuindo o repasse recursos federais destinados ao SUS.

emenda constitucional 103, em 13 de novembro de 2019 e nela o Congresso Nacional abdica do sistema de capitalização. Constatam-se prejuízos significativos ao conjunto da classe trabalhadora durante os mandatos de Temer e posteriormente de Bolsonaro. O desmonte da política de saúde é reforçado pelo último ainda em fase de campanha eleitoral. Em sua fase pré-eleitoral, o atual presidente “fugiu” de questionamentos sobre a política de saúde e sobre o papel que o SUS desempenharia em seu governo, não respondeu a entrevistas que teriam como objeto principal a temática da saúde, não atendeu e-mails ou ligações (BRAVO et al, 2020). Em seu programa de Governo intitulado *O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos*¹³, Bolsonaro não abordou a temática da saúde como um eixo primordial de sua administração e privilegiou o setor privado em suas considerações, apoiando a privatização em termos gerais, como um sistema de governo fadado ao sucesso econômico.

O seu primeiro ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, fez declarações em defesa da saúde como prevista na Carta Magna de 1988: Direito de todos e dever do Estado. Porém, em declarações posteriores elencou os mecanismos de saúde privado como essenciais na constituição da política de saúde brasileira, o ministro defendia um sistema de saúde privado forte e com participação solidária. Todavia, suas concepções são contraditórias, ao defender o sistema de saúde privado e a não ampliação do orçamento público para o SUS, ele rejeita o princípio da universalização previsto pela Constituição Federal de 1988 (CF 88) em seu Art. 196 e reforçado pela Lei N° 8.080 em seu Art. 7°. Compreendemos a saúde privada e a saúde pública (SUS) como projetos antagônicos, já que apesar da CF 88 conter a primeira apenas como suplementar, na prática a realidade ocorre com a sobreposição da primeira pela última.

A Pandemia de Covid-19 emergiu durante o mandato do presidente Jair Messias Bolsonaro, e de seu ministro da saúde Mandetta. Esse acontecimento evidenciou o despreparo do governo para o enfrentamento das situações de calamidade pública com escala global. Durante esse período teremos um

¹³Proposta do Plano de Governo do PSL de 2018. Disponível em: https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000614517/proposta_1534284632231.pdf

negacionismo por parte do Estado, a propagação de informações inverídicas, com deslegitimação da cientificidade das vacinas, validação de tratamentos comprovadamente ineficazes e medidas que buscavam o fim do isolamento social (lockdown) como forma de prevenção e proteção da população (CALIL, 2021).

O Brasil desde o início da pandemia de covid-19 até o momento atual (agosto de 2022) possui os piores indicadores em relação a óbitos e contaminações. Atualmente o país é o segundo com o maior número de óbitos no mundo¹⁴, com 683.472 mil mortes por covid-19¹⁵, além dos casos subnotificados que foram registrados como “síndrome respiratória aguda grave não especificada”. No cenário atual, contabilizam-se 34.381.295 casos confirmados, após a aplicação da vacina em escala nacional a incidência de novos casos e de mortalidade reduziu significativamente. Atualmente há uma média móvel de 14.501 casos confirmados e 139 mortes a cada 7 dias, última atualização de 27 de agosto de 2022.

Esse panorama serve para ilustrar a ineficiência do governo na administração da pandemia no Brasil, com a premissa de alcançarmos a “imunidade de rebanho” através da contaminação em massa da população, Bolsonaro estimulou atitudes inconsequentes, com aparições fazendo o uso incorreto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), não respeitando o distanciamento social e reivindicando o fim do isolamento social com vistas a restabelecer a economia em detrimento da saúde populacional. Conforme documento publicado pelo Portal da Fiocruz, o elevado número de mortes poderia ter sido evitado se tivessem sido respeitadas as medidas de contenção, e se o país tivesse se antecipado na compra das vacinas:

A aquisição antecipada das vacinas teria facilitado toda a logística de distribuição, principalmente pela experiência acumulada pelo Plano Nacional de Imunização (PNI). Se o governo tivesse adquirido antes, não teríamos presenciado aquela confusão dos seis meses iniciais. E isso teria feito a grande diferença, pois, com a estrutura montada do PNI, teríamos vacinado como na época do H1N1. A logística e o pessoal deram conta a partir do momento em que o país teve uma regularidade na vacina. Desse momento em diante, o SUS deu conta. Portanto, se tivéssemos um planejamento adequado, teríamos, sim, estrutura para avançar mais. E muitas mortes teriam sido evitadas. (FIOCRUZ, 2020, s/n).

Sendo assim, observa-se que a tragédia desencadeada no Brasil ocorreu

¹⁴Disponível em: <https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419>

¹⁵Para maiores informações acessar: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>

como previsto pelo governo de extrema direita. No imaginário do presidente, a imunidade de rebanho poderia ocasionar em perda populacional, desde que desse curso à política econômica vigente. Preocupado com a economia atribuiu a responsabilidade pela crise aos defensores do isolamento social e colheu como resultado um índice crescente de aprovação popular. “Na realidade, a sua política agravou a crise sanitária e conseqüentemente a econômica ao prolongar a vigência da pandemia no Brasil.” (CALIL, 2020, p.47).

Observa-se também que no país, as recomendações de isolamento social e prevenção coexistiram perversa e contraditoriamente com altos índices de desemprego, subemprego, precarização, ausência de moradia, inexistente ou precário abastecimento de água e saneamento básico, exigindo a compreensão da determinação social da doença e partindo de uma concepção ampliada de saúde.

A inserção em trabalho remunerado com direitos e o acesso a benefícios assistenciais não é a realidade de grande parte da população que vive com menos de um salário mínimo. Considerando o período de escrita desse trabalho, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), aponta atualmente no Brasil a existência de mais de 10 milhões de desempregados e 4,3 milhões de trabalhadores desalentados.

Além do mais, os mesmos dados do IBGE (2022) revelam o aumento para mais de 50% da força de trabalho entre desocupados, desalentados e subutilizados no mercado de trabalho brasileiro.

Os processos de contra reformas (considerando o sub e desfinanciamento) e a pandemia de Covid-19, reconfiguraram a política de saúde e o trabalho de diferentes categorias profissionais, entre elas a de assistentes sociais, que participam da divisão social e técnica do trabalho em atividades de gestão, planejamento, implementação e avaliação políticas públicas.

Na fase neoliberal do capitalismo, presencia-se o avanço da lógica empresarial na saúde¹⁶ que se expressa, por exemplo, no fato da liberação de recursos ser apenas com metas de produtividade; na falta de transparência na

16O principal argumento neoliberal que justifica o repasse de financiamento para a gestão de organizações privadas se fundamenta na “falta de eficiência” do setor público estatal, porém a precarização e “a crise” das políticas públicas são principalmente provocadas pelo subfinanciamento estrutural e o desfinanciamento crônico, tese defendida neste artigo.

administração de verbas públicas¹⁷ com fraudes e desvios de recursos operados pelo chamado “setor público não estatal”; na falta de concursos públicos (sendo as contratações com vínculos precarizados, temporários e com a eliminação de direitos trabalhistas); nos atrasos e baixos salários; na instabilidade contratual e nas demissões frequentes; na ausência de plano de carreira para as/os trabalhadoras/es do SUS; na alta rotatividade das equipes pelos processos de trabalho desgastantes e orientados por metas de produtividade e pelas precárias políticas de incentivos para qualificação profissional. Todos esses processos impactam desfavoravelmente nos atendimentos e nos serviços oferecidos às/os usuárias/os¹⁸. Neste último ponto, cabe observar o desencontro, muitas vezes observado entre instituições empregadoras e as orientações do Código de Ética da/o Assistente Social, toda vez que se identificam dificuldades das/os profissionais para dedicação à pesquisa e a projetos de formação profissional continuada¹⁹.

Em contexto de pandemia de Covid-19, o desmonte histórico da saúde pública cobra um preço alto. O acesso desigual e não universal ao sistema de saúde; a insuficiência de instalações hospitalares e de recursos humanos; profissionais da linha de frente no combate à doença cansados, adoecidos, mal pagos e sem condições de trabalho adequadas (infraestrutura precária, falta de insumos, sem Equipamentos de Proteção Individual e medicamentos, etc.); testagem insuficiente, tentativa do governo federal de mercantilizar as vacinas; falta de leitos e vagas em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), caracterizou a péssima administração do (des) governo Bolsonaro.

Por sua vez, comorbidades e demandas de saúde reprimidas, ou seja, sem o devido atendimento previamente à chegada do novo coronavírus, aumentou o número de mortes²⁰. Cabe observar também que no decorrer da pandemia, houve

¹⁷Para retratar esta falta de transparência no manejo da verba pública, lembramos que durante 2020, houve irregularidades na contratação para a construção de hospitais de campanha. A Organização IABAS, recebeu do Município do Rio de Janeiro o valor de quase 20 milhões de reais em um contrato de seis meses e essas unidades de saúde simplesmente nunca foram inauguradas. Informações disponíveis em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/inauguracao-dos-hospitais-de-campanha-do-rio-de-janeiro-e-adiada> Acesso: 04 jun.2022.

¹⁸As reflexões e afirmações realizadas são produto das próprias experiências profissionais.

¹⁹Entre os princípios do Código de Ética do Assistente Social destaca-se o aprimoramento intelectual e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população usuária. Ver Código de Ética do/a Assistente Social. - 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

²⁰Várias pesquisas demonstram a desigualdade racial no acesso ao sistema de saúde público. O número de

omissão de repasse de recursos financeiros do governo federal aos Estados: o critério foi discricionário e não epidemiológico²¹.

Ao realizar debate sobre os impactos no trabalho das/os assistente sociais, Raichelis e Arregui (2020), demonstram que, o acompanhamento atento do debate profissional em diversos espaços ocupacionais, públicos e privados, evidenciam, de um lado, o medo, as pressões, as angústias reais de assistentes sociais, especial, mas não exclusivamente, daqueles (as) que estiveram na linha de frente do trabalho presencial nos períodos mais duros da pandemia, quando ainda não havia disponibilidade de vacinas²².

Do mesmo modo, a radicalização das expressões da questão social em contexto de crise social, econômica e sanitária, tem provocado angústia e processos de adoecimento das equipes de profissionais de saúde.

Apesar das/os assistentes sociais realizarem frequentemente ações coletivas trazendo a perspectiva do trabalho interdisciplinar e intersetorial, enfrentam no cotidiano profissional situações difíceis, tais como o aumento do desemprego e precarização das relações de trabalho da população atendida, intensificando-se situações de violência e fome, entre outras expressões da desigualdade social agravadas no tempo presente pelo quadro de retrocesso da seguridade social²³.

Um dos grandes impactos da lógica neoliberal na dinâmica do hospital

óbitos decorrentes da Covid-19 entre a população negra e parda é mais elevado que entre a população branca. Pesquisa da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), realizada em junho de 2020, apresenta índices acerca de adoecimentos e óbitos causados por Covid-19 no Brasil e nos Estados Unidos. Os dados explicitam como o racismo estrutural é preponderante para o agravamento de casos e de óbitos. As diferenças de mortalidade entre a população negra e branca, mostra que apesar do vírus não fazer escolha à hora de infectar, as ações de prevenção, saneamento e o atendimento dos serviços de saúde são fatores que colocam em risco à população negra, que, no Brasil, é também o 75% da população mais pobre. Informações disponíveis em:

<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/desigualdade-racial-por-que-negros-morrem-mais-que-brancos-na-pandemia/49455/> Acesso: 20 jul.2022.

²¹Segundo Relatório do Tribunal de Contas (TCU): O Ministério da Saúde liberou apenas 29% do total de recursos destinados ao combate da pandemia: “Chama a atenção o fato de Pará e Rio de Janeiro terem respectivamente a segunda e terceira maior taxa de mortalidade por Covid-19, porém, são duas unidades da federação que menos receberam recursos (...)” (Relatório do TCU, julho de 2020). Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/07/22/ministerio-da-saude-gastou-menos-de-um-terco-do-dinheiro-disponivel-para-combate-a-pandemia-diz-tcu.ghtml> Acesso: 22 de jul.2022.

²²Considera-se que, a saúde física e mental das/os assistentes sociais (profissionais e residentes em formação) (sobretudo em contexto de pandemia, mas não unicamente), deve ser foco de estratégias de cuidado promovidas pelas equipes gestoras das políticas públicas, oferecendo condições adequadas de trabalho para o atendimento de qualidade à população usuária nas unidades de saúde dos distintos níveis de complexidade do SUS.

²³Considerações feitas a partir de trabalho de tutoria acadêmica realizado com a equipe de Serviço Social de um hospital universitário.

universitário, expressa-se na redução significativa do quadro de recursos humanos do funcionalismo público (servidores) e a progressiva estratégia de ampliação da terceirização (funcionários temporários).

Tal panorama, agudizado no contexto da pandemia, tem ocasionado grande instabilidade para as/os trabalhadoras da saúde, incluindo os assistentes sociais. Os impactos das transformações neoliberais no mundo do trabalho com o conseqüente processo de heterogeneização de relações contratuais e fragmentação da classe trabalhadora, verifica-se, na particularidade do hospital, nas dificuldades advindas de uma diversidade de vínculos trabalhistas que produzem acesso diferenciado a direitos trabalhistas para uma mesma equipe de profissionais.

Assim, mesmo num período pandêmico, cuja exposição e risco de contaminação aumentou devido aos atendimentos presenciais de pacientes e familiares, grande parte das/dos profissionais de saúde não tiveram o direito de acesso a insalubridade respeitado.

Ao considerar o avanço do projeto privatizador na gestão da política de saúde, outra preocupação é a iminente adesão da Universidade à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e seu impacto na desestruturação das atividades de ensino, pesquisa e extensão, tendo em vista que a lógica da empresa é prevalentemente assistencial e produtivista, resultando em prejuízos tanto para a população usuária quanto para profissionais e estudantes em processo de formação no âmbito do SUS.

Para o enfrentamento dessa complexa realidade caracterizada pelo acirramento da lógica privatista, durante a pandemia do novo coronavírus, a equipe de assistentes sociais do hospital universitário utilizou como principal estratégia a coletivização das ações com objetivo de ressignificar as demandas institucionais, principalmente no que se refere às requisições equivocadas, a partir de esforços na perspectiva de acesso à informação sobre direitos fundamentais à população usuária, reafirmando o compromisso profissional com a classe trabalhadora. Assim, foi preciso reorganizar os processos de trabalho próprios à intervenção do Serviço Social naquela unidade hospitalar para superar as dificuldades institucionais no período da pandemia de Covid-19.

O estado de emergência em saúde pública, adensado pelo contexto neoliberal de retração de direitos sociais e precarização/privatização/terceirização do SUS no Brasil, propiciou o cenário para a ampliação das demandas equivocadas para o Serviço Social e retração de garantia de direitos à população usuária no âmbito institucional. Entretanto, é importante ressaltar que a partir de cada adversidade que se apresentava para o trabalho das (os) assistentes sociais, a equipe as enfrentou a partir da democratização das ações, inclusive dos processos decisórios e gestão, reforçando as ações de planejamento na perspectiva do fortalecimento do trabalho coletivo nas diversas frentes de atuação.

Além disso, decidiu estrategicamente pela divisão dos profissionais em grupos de trabalho temáticos para atualizações de recursos, de legislações, consultas a referências teórico-metodológicas que subsidiaram a atuação profissional na direção ético-política e articulações intersetoriais com os equipamentos da rede. Nesse sentido, foram realizadas discussões coletivas processuais com objetivo de sistematizar e refletir sobre os processos de trabalho do Serviço Social em todas as frentes de atuação profissional no âmbito hospitalar para criação de novos protocolos, com envolvimento de toda a equipe em parceria com as outras profissões, numa perspectiva de gestão mais democrática.

Para exemplificar a ampliação de demandas equivocadas é possível citar alguns acontecimentos. Um deles, foi a criação do espaço de Acolhimento, setor em que o Serviço Social estaria responsável pela recepção das famílias convocadas por situações de óbito durante o período de picos iniciais da pandemia. A partir disso, a equipe de assistentes sociais identificou que existiam possibilidade para ressignificar aquela demanda e definiu como estratégia principal a transformação do setor de Acolhimento em espaço multiprofissional, buscando construir outras parcerias com outros profissionais no acolhimento ao óbito, como com os médicos realizando posterior atendimento social em seguida a comunicação de óbito pela equipe médica e psicólogos compartilhando as situações de acolhimento e outras demandas que se apresentavam no setor ao longo daquela experiência. Outra parceria importante que se construiu foi com a equipe de farmacêuticos para que aquele espaço não se limitasse ao atendimento de situações de óbito, mas também fosse um local para

melhor orientação quanto à entrada de medicamentos. Assim, a equipe de Serviço Social comprometeu-se a trabalhar constantemente para a qualificação do atendimento naquele espaço para acesso à informação sobre direitos sociais aos familiares de pessoas com Covid até o seu fechamento em momentos de menor pico pandêmico e ampliação do acesso da vacinação aos profissionais e população usuária.

Outro exemplo na mesma direção, foi a criação do setor de Triagem e a solicitação de participação do Serviço Social neste espaço, no período de maior pico pandêmico no início de 2020. Este setor avaliava as necessidades clínicas de atendimento de usuários no hospital, considerando a insuficiência de leitos hospitalares na rede de saúde pública e privada supramencionada. A estratégia utilizada foi ocupar aquele espaço institucional, não se eximindo da demanda institucional, contudo a equipe de assistentes sociais apresentou um protocolo antes de sua inserção naquele espaço, considerando suas atribuições privativas e competências profissionais, limitando-se a: 1. Orientar usuários que passaram pela triagem clínica, efetuada somente por médicos e enfermeiros, sobre as formas de acesso a rede de atenção primária, principalmente para as situações de pessoas com sintomas suspeitos de covid que não possuíam prontuário naquele hospital; 2. Realizar atendimentos iniciais aos usuários que receberam atendimento clínico na unidade para orientações sociais e institucionais básicas, direcionando seus familiares para o setor de acolhimento, principalmente, quando demandaram maiores informações sobre o processo de internação.

Ademais, para lidar com a crise sanitária mundial, impôs-se nos ambientes institucionais, a premência de buscar novos recursos e protocolos. Dessa forma, naquele hospital universitário, foi criado o chamado “Gabinete de Crise” para revisão de protocolos institucionais, a partir das necessidades de distanciamento social no âmbito hospitalar, nele, todos os gestores dos diversos componentes da equipe de saúde foram convocados para discutir tais protocolos e mais uma vez, o Serviço Social, ocupou o espaço institucional e colocou em pauta os direitos e as demandas da população usuária no âmbito institucional, contribuindo com a construção de novas rotinas.

Dentre elas, o Protocolo de Comunicação com Famílias de Paciente Internado (suspeito ou confirmado), contou com a participação de equipe multiprofissional que supervisionou alunos internos de medicina na comunicação familiar por telefone quanto a situação clínica dos pacientes internados. Esse protocolo, garantiu que as/os assistentes sociais reafirmassem suas atribuições privativas e competências profissionais, ratificando que a comunicação do quadro clínico é uma atribuição médica. Assim, o Serviço Social pôde colaborar de outras formas nesse processo, a partir do entendimento de que a informação clínica aos familiares é direito, e assim o fez incluindo nos seus atendimentos sociais às famílias de pessoas com suspeitas ou quadro confirmado de Covid-19 a atualização de contatos telefônicos, a definição de quem seria a pessoa de referência da família a receber as notícias médicas e também o familiar que seria o decisor substituto, em casos de maiores agravos clínicos em que o próprio usuário não poderia decidir por si, além de explicar aos familiares sobre tais rotinas institucionais e, nesse contato, reafirmar à população usuária o que compete às/aos assistentes sociais no que diz respeito a realização de avaliação e acompanhamento social referente ao acesso a direitos civis, políticos e/ou sociais.

Outra intervenção profissional indispensável efetuada pela equipe de assistentes sociais daquele hospital foi a realização de reuniões com a equipe multiprofissional de diversos setores com objetivo de garantir o direito ao acompanhamento de familiares/cuidadores em casos amparados pela lei em leitos não covid, na tentativa de evitar que o contexto de excepcionalidades chancelasse situações de violações de direitos. Também, foram mantidos nos atendimentos sociais as orientações quanto a esses direitos e também encaminhamentos às instâncias de proteção em caso de descumprimento das legislações.

O Serviço Social, igualmente, contribuiu para a diminuição da burocratização de acesso no que diz respeito a emissão de documentação médica para acesso a direitos trabalhistas, previdenciários e insumos necessários para continuidade do cuidado em saúde aos usuários e familiares, principalmente nos casos de Covid-19, através da articulação constante com as equipes médicas e a criação de protocolo/rotina institucional de envio dessa documentação por e mail à equipe de

Serviço Social para garantir o acesso a esses.

Por conseguinte, todas essas intervenções foram possíveis a partir da estruturação dos novos processos de trabalho e elaboração de documentos técnicos em matéria de Serviço Social para subsidiar o trabalho durante a pandemia. Esses Protocolos Operacionais Padrões de cada setor orientaram as formas de atuação profissional considerando suas atribuições e competências. Neste sentido, a equipe atualizou os Projetos de Intervenção, como também a rede de recursos socioassistenciais disponíveis, entre outros.

3. CONCLUSÕES

De acordo com Raichelis e Arregui: “o cotidiano profissional é marcado por tensões e desafios, mas é nesse mesmo cotidiano que se apresentam as possibilidades de superação (...), dispendo de autonomia relativa para propor e negociar suas propostas profissionais.” (2020, p.149).

Nesta direção, e na particularidade da experiência profissional no hospital universitário, foi preciso reafirmar competências e atribuições conforme a Lei de Regulamentação Profissional n. 8662/1993. A equipe de assistentes sociais foi tensionada por demandas indevidas à profissão, não sendo pouco frequente verificar solicitações de comunicação de óbitos por coronavírus a familiares. Contudo, o Serviço Social, em conjunto com a equipe multiprofissional, participou ativamente de um processo de reorganização das práticas profissionais para o combate e enfrentamento à pandemia, reafirmando seu compromisso com o Projeto Ético-Político da profissão.

Neste sentido, defende-se um projeto de formação profissional orientado à defesa de um sistema de saúde efetivamente público e universal exigindo sua recomposição orçamentária e posicionado contra as mais variadas formas de privatização e favorecimento do capital em detrimento das necessidades e direitos sociais classe trabalhadora.

Como observado por Soares (2018), o SUS é um dos maiores patrimônios da classe trabalhadora brasileira e constitui também, espaço de luta e contradição, de disputa de projetos. Em tempos de ataques à democracia e ao direito público à saúde, num contexto de golpe institucional e desfinanciamento da política de saúde (como também das demais políticas sociais), torna-se imprescindível a organização e mobilização na defesa do projeto de reforma sanitária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

Bravo, M.I S.; Pelaez, E. J.; De Menezes, J. S. B., A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. Ser Social, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147

Grassi Calil, Gilberto. **A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista**. São Paulo: Ser. Social e Sociedade, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/>

Conceição, Tainá. O Financiamento da Saúde no Brasil: principais dilemas. In: **Revista Temporalis**. Brasília (DF), ano 12, n.23, p.97-124, jan./jun, 2012. Disponível em: <https://www.sinfarmig.org.br/media/pdf/financiamento.pdf>

Soares, Raquel Cavalcante. **A racionalidade da Contrarreforma na política de saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2014.

CONSELHO FEDERAL de SERVIÇO SOCIAL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012.

_____. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Lei da Regulamentação da Profissão. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

G1- “Ministério da Saúde gastou menos de um terço do dinheiro disponível para combate à pandemia, diz TCU”. Jornal Globo, 22 de julho de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/07/22/ministerio-da-saude-gastou-menos->

[de-um-terco-do-dinheiro-disponivel-para-combate-a-pandemia-diz-tcu.ghtml](#)

Harvey, David. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2005.

Iamamoto, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desemprego. **IBGE**, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>

Leonel, Filipe. **Brasil celebra um ano da vacina contra a Covid-19**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Saúde do cidadão, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/print/116655>

Martins, Pedro. Desigualdade racial: por que negros morrem mais que brancos na pandemia? **ABRASCO**. 17 jun.2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/desigualdade-racial-por-que-negros-morrem-mais-que-brancos-na-pandemia/49455/>

Mendes, Áquilas; Carnut, Leonardo. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. In: **SER Social**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social /Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. *SER Social*. V. 22, n. 46, 1. sem./2020. 9-32 p. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136

Mészáros, István. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2019.

Netto, Jose Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

Soares, Raquel C. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS**. Revista Argumentum. Vitória, v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.

Sousa, Tainá; Fiuza, Juliana; Teixeira, Sandra. “O Financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas”. **Revista Temporalis**, ABEPSS, março 2012.

Oxford Committe for Famine Relief. Lucrando com a dor. **OXFAM**, 2022 Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/>

Raicheles, Raquel e Arregui, Carola. O trabalho no fio da navalha: a nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Revista Serviço Social e Sociedade**, 2020.

Vasconcelos, Ana M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf

,