



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

RAFAELA CABRAL FARIAS

**A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
CONTEXTO HOSPITALAR E OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL
FRENTE À CRISE SOCIOSSANITÁRIA E ESTRUTURAL DO CAPITAL**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2023

Rafaela Cabral Farias

**A reestruturação dos serviços de saúde no contexto hospitalar
e os desafios para o Serviço Social frente à crise socio sanitária
e estrutural do capital**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins (UFT), como requisito à obtenção do grau de Mestra em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanda Micheli Burginski.

Miracema do Tocantins, TO

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do
Tocantins**

R136r Farias, Rafaela Cabral.

A reestruturação dos serviços de saúde no contexto hospitalar e os desafios para o Serviço Social frente à crise socio sanitária e estrutural do capital. / Rafaela Cabral Farias. – Miracema, TO, 2023.

125 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Serviço Social, 2023.

Orientadora : Vanda Micheli Burginski

1. Crise socio sanitária. 2. Saúde. 3. Trabalho. 4. Serviço Social.
I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RAFAELA CABRAL FARIAS

A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
CONTEXTO HOSPITALAR E OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL
FRENTE À CRISE SOCIOSSANITÁRIA E ESTRUTURAL DO CAPITAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins (UFT), avaliada para obtenção do grau de Mestra em Serviço Social e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 22/03/2023.

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Vanda Micheli Burginski, Orientadora, UFT

Prof.^a Dr.^a Betina Ahlert, Avaliadora, UFMT

Prof.^a Dr.^a Josenice Ferreira dos Santos Araújo, Avaliadora, UFT

Dedico este trabalho aos/às colegas assistentes sociais que continuam laborando e, in memoriam, aos/às que foram acometidos/as pelo vírus de modo fatal.

Todos/as que, mediante a necessidade de subsistência, mesclada à resistência, continuaram inseridos/as na luta, no projeto coletivo vinculado a princípios que viabilizem a equidade, a saúde e a justiça social à classe trabalhadora, mesmo face à insegurança e ao medo proporcionados pela barbárie social.

AGRADECIMENTOS

A Elohim, arquiteto de todo o universo.

Ao corpo docente e discente e aos/às trabalhadores/as da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Vanda Micheli Burginski, intelectual, militante que contempla uma gama de atores sociais que persistem na luta em cujas causas acredita, e nestas se inclui o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Agradeço pela paciência e pelo incentivo contínuo para a efetivação desta pesquisa e para além.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFT. E às professoras Josenice Ferreira Araújo (UFT) e Betina Ahlert (UFMT) pelas valorosas contribuições na ocasião da banca de qualificação desse trabalho, que foram fundamentais para chegarmos até aqui.

Agradeço aos/às amigos/as pelo incentivo e ajuda, de forma coletiva, e, em especial, ao colega assistente social Me. Valteir Conceição da Silva, mestre por esse mesmo Programa de Pós-Graduação, que me incentivou acreditando no tema que propus investigar, como também pelas discussões teóricas. Sou demasiadamente grata, também, à assistente social Maria Rosimar Moreira, que me apoiou através da articulação nas trocas de plantões, para que eu pudesse assistir às aulas, além de ser uma exímia colega e uma grande amiga!

A minha mãe, Madalena Farias, a mais bela flor, de onde emana o amor incondicional, um motor que motiva minha caminhada. Ao pensar nela, pairam pensamentos que dizem que há coisas as quais nunca conseguiremos pagar/retribuir. Diante disso, tentarei sempre demonstrar a ela minha eterna gratidão.

A meu pai, Antônio Farias, meu maior exemplo de força, quem, assim como minha grande família – que, mesmo não entendendo do que se trata um curso de mestrado, pois boa parte não concluiu os estudos, inclusive ele –, sempre me apoiou em tudo.

A minha irmã, Beatriz Cabral Farias, pelo incentivo permanente, e a minha família de modo geral.

Qualquer quarentena é sempre discriminatória, mais difícil para uns grupos sociais do que para outros e impossível para um vasto grupo de cuidadores, cuja missão é tornar possível a quarentena ao conjunto da população. (SANTOS, 2020, p. 14).

RESUMO

Este trabalho tem como escopo central produzir conhecimento acerca do contexto de crise socio sanitária e seus rebatimentos no trabalho dos/as assistentes sociais; e como objetivos específicos: caracterizar as tendências da crise atual e seus rebatimentos na política de saúde brasileira; compreender o processo de trabalho do/a assistente social no contexto hospitalar; e analisar as novas demandas e requisições postas aos/às assistentes sociais, advindas da crise socio sanitária, no município de Imperatriz, estado do Maranhão. Nesse contexto, as instituições de saúde tiveram que se organizar para realizar esse enfrentamento. Com as inúmeras adaptações, dentre elas os reordenamentos nos trabalhos das categorias profissionais, o/a assistente social, enquanto trabalhador/a da saúde, vivenciou transformações em sua prática interventiva, para imprimir respostas profissionais à população usuária da política pública de saúde. Buscando responder aos objetivos, esta pesquisa traçou uma teorização subdividida em três momentos. Na primeira parte, são apresentados os aspectos conceituais para apreensão da crise socio sanitária. De modo geral, cabe destacar que, mais do que nunca, a conjuntura abordada revela a necessária luta em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem sofrido constantes ataques da tendência neoliberal de sucateamento das políticas públicas sociais, favorecendo a ótica mercadológica. Na segunda premissa, buscou-se transcrever, com base também em uma fundamentação teórica, o trabalho interventivo do/a assistente social na saúde, em contextos hospitalares. Já o terceiro momento dedica-se à síntese do movimento da realidade concreta, sistematicamente observada por meio do relato de experiência e cujo cenário provocou a incidência de velhas requisições institucionais sob novas roupagens. Verificou-se, pois, que não há um trabalho antes e depois da pandemia. O que ocorre são imposições – determinadas pela racionalidade sistêmica – reaplicadas ao cotidiano profissional, sob forma de atividades burocráticas e administrativas.

Palavras-chave: Crise socio sanitária. Saúde. Trabalho. Serviço Social.

RESUMEN

Esta investigación tiene como ámbito central producir conocimiento sobre el contexto de la crisis sociosanitaria y sus repercusiones en el trabajo de los trabajadores sociales; y como objetivos específicos: caracterizar las tendencias de la crisis actual y sus repercusiones en la política de salud brasileña; comprender el proceso de trabajo del trabajador social en el contexto hospitalario; y analizar las nuevas demandas y solicitudes hechas a los trabajadores sociales, resultantes de la crisis sociosanitaria, en el municipio de Imperatriz, estado de Maranhão. En este contexto, las instituciones de salud tuvieron que organizarse para llevar a cabo este enfrentamiento. Con las innumerables adaptaciones, entre ellas los reacomodos en el trabajo de las categorías profesionales, el trabajador social, como trabajador de la salud, experimentó transformaciones en su práctica intervencionista, para imprimir respuestas profesionales a la población usuaria de la política pública de salud. Buscando responder a los objetivos, esta investigación trazó una teorización subdividida en tres momentos. En la primera parte se presentan los aspectos conceptuales para la comprensión de la crisis sociosanitaria. En general, cabe señalar que, más que nunca, la situación abordada revela la necesaria lucha en defensa del Sistema Único de Salud (SUS), que ha sufrido constantes ataques de la corriente neoliberal de desguace de las políticas públicas sociales, privilegiando la perspectiva de la comercialización. En la segunda premisa, buscamos transcribir, también a partir de una fundamentación teórica, el trabajo intervencionista del trabajador social en salud, en contextos hospitalarios. El tercer momento está dedicado a la síntesis del movimiento de la realidad concreta, sistemáticamente observada a través del relato de experiencia y cuyo escenario provocó la incidencia de viejas exigencias institucionales bajo nuevas formas. Se verificó así que no hay trabajo antes y después de la pandemia. Lo que sucede son imposiciones – determinadas por la racionalidad sistémica – reaplicadas a la vida cotidiana profesional, en forma de actividades burocráticas y administrativas.

Palabras clave: Crisis sociosanitaria. Salud. Trabajo. Servicio social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BM	Banco Mundial
CAPS	Centro(s) de Atenção Psicossocial
CENTRO POP	Centro de Referência à População em Situação de Rua
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamento(s) de Proteção Individual
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
NR	Norma Regulamentadora
OCT	Organização Científica do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UPA	Unidade(s) de Pronto Atendimento
UTI	Unidade(s) de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	A CRISE SOCIOSSANITÁRIA E O SUS NA ENCRUZILHADA.....	21
2.1	Aspectos teórico-conceituais para entender a crise socio sanitária	21
2.2	As interpretações sobre as crises na contemporaneidade	27
2.3	Sistema Único de Saúde (SUS) na encruzilhada da crise socio sanitária.....	35
3	O PROCESSO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE..	48
3.1	Serviço Social e o processo de trabalho	48
3.2	Assistente social: trabalhador/a da saúde	56
3.3	O trabalho do/a assistente social em contextos hospitalares	61
4	O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR SOB/NA CRISE SOCIOSSANITÁRIA: ENTRE VELHAS/NOVAS REQUISIÇÕES E OS DESAFIOS À CATEGORIA PROFISSIONAL.....	73
4.1	O Serviço Social no hospital lócus da pesquisa.....	74
4.2	As medidas de enfrentamento à Covid-19, no estado do Maranhão.....	77
4.3	Assistentes sociais na divisão sexual e social do trabalho, no contexto hospitalar.....	83
4.4	O “fazer” profissional do/a assistente social entre velhas/novas requisições.....	87
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	111

1 INTRODUÇÃO

A crise sanitária ocasionada pela Covid-19 coadunou-se com uma crise estrutural do capital que afeta todas as dimensões societárias: econômica, social, política, institucional e ambiental, na medida em que provocou impactos nas mais variadas esferas da vida social, a partir das inúmeras e emergentes requisições para adaptações, no sentido de promover o enfrentamento do contexto pandêmico. Nesse contexto, as instituições de saúde tiveram que se organizar para realizar esse enfrentamento, pois se tratava de uma doença ainda pouco conhecida, que se alastrou de forma avassaladora por todo o mundo.

Para isso, os equipamentos de saúde, como hospitais de referência existentes em todas as partes do país, tiveram que passar por inúmeras adaptações, dentre elas os reordenamentos nos trabalhos das categorias profissionais. O/a assistente social, enquanto trabalhador/a da saúde, vivenciou transformações em sua prática interventiva, como forma de imprimir respostas profissionais à população usuária da política pública de saúde.

Assim, o interesse pelo tema proposto surgiu a partir da experiência profissional em uma unidade hospitalar que passou por mudanças institucionais, as quais afetaram diretamente o trabalho das diversas profissões da saúde, bem como a forma de organização das equipes. Nesse sentido, a pesquisa teve, por objetivo, produzir conhecimento acerca do contexto pandêmico e seus rebatimentos no trabalho de assistentes sociais, o que exigiu estudos acerca dos limites e das possibilidades de atuação profissional, tendo em vista essa demanda interventiva face ao atual contexto de crise complexa.

Em geral, a complexidade demandada à intervenção requer, dentre outras, a dimensão investigativa do exercício profissional, visto que, historicamente, a práxis do/a assistente social tem seu significado na reprodução das relações sociais, o ser social e suas condições de subsistência, sendo imprescindível uma análise de totalidade social e das políticas públicas e econômicas correspondentes ao contexto no qual indivíduos estão inseridos. Busca-se, assim, intervir de forma que se responda às necessidades socialmente constituídas e demandadas ao Serviço Social, dado que se requer um profissional direcionado à contínua busca por conhecimento do espaço institucional, do território e das demandas a estes inerentes, tendo como intencionalidade uma práxis profissional qualificada.

Nesse sentido, a relevância deste estudo dá-se ao problematizar de que forma os aspectos sanitários, econômicos, políticos e, conseqüentemente, institucionais repercutiram no trabalho dos/as assistentes sociais no município de Imperatriz, estado do Maranhão. Pretendeu-se investigar, também, quais respostas profissionais estão sendo articuladas, objetivando o acolhimento e a efetivação dos direitos sociais, em particular do direito à saúde, no contexto pandêmico. Infere-se que as informações baseadas na discussão teórica e observação participante poderão subsidiar projetos de intervenção profissional. Também é uma forma de registro de um período histórico, registro que pode ampliar espaço para o debate e análise desse momento nas ações individuais e coletivas, na região supracitada.

Ademais, esta pesquisa, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins (UFT), vincula-se à linha de pesquisa: Serviço Social e Políticas Sociais, ao buscar investigar a saúde no cenário brasileiro enquanto política da seguridade social, sob a atual conjuntura catastrófica, enquanto espaço sócio-ocupacional legitimado do/a assistente social. Verificam-se os principais desafios postos mediante a intervenção do Estado capitalista junto à situação de calamidade pública, ocasionada pela complexa crise da Covid-19.

O trato científico do tema proposto, enquanto objeto de estudo, em geral, é desafiador, tendo em vista que a crise multidimensionada ganha tamanha vastidão, que as páginas seguintes que carregam pressupostos teóricos e retratos do cotidiano laboral tornam-se uma breve síntese do movimento real frente às incontáveis reverberações que o emergir do vírus trouxe ao conjunto da sociedade. É de extrema relevância a atenção que Boaventura de Sousa Santos (2020) dirige ao problema da escrita e da pesquisa desse cenário que atravessamos. Segundo o autor, frequentemente, os intelectuais:

Medeiam entre si, entre as suas pequenas-grandes divergências ideológicas. Escrevem sobre o mundo, mas não com o mundo. São poucos os intelectuais públicos, e também estes não escapam ao abismo destes dias. A geração que nasceu ou cresceu depois da Segunda Guerra Mundial habituou-se a ter um pensamento excepcional em tempos normais. Perante a crise pandêmica, têm dificuldade em pensar a exceção em tempos excepcionais. O problema é que a prática caótica e esquiva dos dias foge à teorização e exige ser entendida em modo de sub-teorização. Ou seja, como se a claridade da pandemia criasse tanta transparência que nos impedisse de ler e muito menos reescrever o que fôssemos registando no ecrã ou no papel (SANTOS, 2020, p. 12-13).

O autor aponta para dois exemplos: o primeiro é o de Giorgio Agamben, que,

no irromper da crise pandêmica, revoltou-se contra o perigo da emergência de um Estado de exceção. O Estado, ao tomar medidas de vigilância e de restrição da mobilidade, sob o pretexto de combater a pandemia, adquiriria poderes excessivos que poriam em causa a própria democracia. Essa advertência faz sentido e foi premonitória em relação a alguns países, mas foi escrita num momento em que os cidadãos, tomados de pânico, constatavam que os serviços de saúde não estavam preparados para o combate à pandemia e exigiam que o Estado tomasse medidas eficazes para evitar a propagação do vírus (SANTOS, 2020).

O que Santos (2020) busca problematizar fundamenta-se na excepcionalidade no momento universal que o mundo vivencia, o que é fora do comum, do corriqueiro, que exige novos desdobramentos e inclinações dos/as intelectuais, de tal forma que a reação dos cidadãos não se fez esperar, e Agamben teve de retroceder. Isto é, a excepcionalidade desta exceção não lhe permitiu pensar que há exceções e exceções e que, frente a isso, torna-se necessário distinguir-se, futuramente, não apenas entre Estado democrático e Estado de exceção, como também entre Estado de exceção democrático e Estado de exceção antidemocrático (SANTOS, 2020).

Já o segundo exemplo, trazido pelo mesmo autor, refere-se a Slavoj Žižek, quem, na mesma altura, afirmou que a pandemia demonstrava que o comunismo mundial era a única solução futura. A proposta vinha das suas teorias em tempos normais, mas era completamente sem fundamento em tempo de exceção excepcional. Assim, ele também teve de repensar. O autor assinala ainda que, por muitos motivos, tem defendido que o tempo dos intelectuais de vanguarda esgotou-se. Os intelectuais devem aceitar-se como intelectuais de retaguarda e estarem atentos às necessidades e vontades dos cidadãos comuns, aprendendo a partir delas para elaborar suas teorizações (SANTOS, 2020).

Esse momento, nada corriqueiro e/ou comum a todos os dias, instiga à investigação e memorização. Tentou-se buscar correntes que demonstrassem os aspectos mais severos da crise, a partir de uma consequência ultradimensional. No caso do/a assistente social do espaço hospitalar, tem-se que muitas medidas são tomadas de cima para baixo. Em contextos emergentes, mudanças afetaram o labor desse profissional, quanto às requisições institucionais que tinham como objetivo nortear metodologias de trabalho, como também quanto às demandas que chegavam à categoria – retratos de segmentos da classe trabalhadora que mais sofreram e sofrem a cada evento capitalista.

A pintura abaixo¹, de Mike Davis, ilustra bem o contexto do vírus e os manejos político-econômicos que afetam as pessoas, sobretudo as vulneráveis, o que será abordado durante este trabalho:

Figura 1 – Pintura de Mike Davis



Fonte: 30 Poemas..., 2021.

Dessa forma é o modo de produção explorador expresso em tempos de “acidentes históricos”, como o caso intitulado de Covid-19. A pintura acima foi escolhida porque, conforme expressa Goethe, “a ideia, na imagem, permanece infinitamente ativa e inexaurível” (BOSI, 2015, p. 19). De fato, o que mais presenciou-se foram imagens de terror. No caso dos trabalhadores de ala Covid, estes assistiam em meio ao labor, não só através de reportagens e notícias de jornais.

Por outro lado, a história da humanidade aponta para sequências de pandemias, como é apresentado na primeira parte deste estudo. Assim, do ponto de vista histórico, depreende-se o estado de medo e incertezas com dimensões globais e inexoráveis, postas com os rebatimentos sociais ocasionados com o vírus da Covid-

¹ Esse e outros quadros que retratam o contexto pandêmico podem ser vistos na matéria *30 poemas sobre a pandemia do novo coronavírus* (30 POEMAS..., 2021).

19. E a tendência de banalização da vida continua a surpreender, pois “apesar do número de vítimas da Covid-19 crescer exponencialmente dia após dia, assistimos a manifestações contrárias a medidas preventivas, como a quarentena, amplamente testada pelas epidemias/pandemias ao longo da história” (VALLE, 2020, on-line).

A Covid-19 desnuda as desigualdades sociais mais ferrenhas que o modo de produção vigente tenta consubstanciar em suas expressões, nos dias atuais, ao passo que “os mais desfavorecidos são os mais fortemente atingidos e os menos assistidos” (VALLE, 2020, on-line). O que se pretende pontuar, até aqui, é que “as desigualdades agora mais visíveis, não autorizam nosso silêncio” (VALLE, 2020, on-line). Aspirou-se, portanto, buscar respostas que fundamentassem uma teorização, ainda que seja apenas parte de um dos infinitos objetos ou mediações objetivas que o momento aponta.

Em geral, tem-se como foco dois elementos de análise a partir dessa proposta de pesquisa: o primeiro se propôs a compreender que esse contexto evidenciou as múltiplas contradições do modo de produção capitalista, adensando as desigualdades sociais no seu atual patamar de crise estrutural/sistêmica permanente. Soma-se à crise econômica o “impacto direto, na vivência imediata da sociabilidade, da pandemia. Avista-se já um flagelo social de proporções enormes, com desgraças e sofrimentos vultosos ao povo trabalhador e pobre” (MASCARO, 2020, p. 15).

O segundo elemento diz respeito às repercussões no cotidiano de trabalho do/a assistente social, visto que “a vida cotidiana é a vida de *todo* homem. Todos a vivem, sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico”² (HELLER, 1985, p. 17, grifo da autora). E foi assim que:

Na política de Saúde, a categoria atuou em todos os serviços, nas unidades básicas, consultórios na rua, atendimento domiciliar, ambulatórios, Urgência e Emergência, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), hospitais de pequeno, médio e grande porte, entre outras diversas políticas de atendimento à população [...]. Os principais impactos da pandemia na saúde da categoria estão ligados diretamente à sobrecarga de trabalho. Mesmo com medo de se contaminarem, seguiram seu trabalho incansavelmente. Durante esse período pandêmico, Assistentes Sociais atuando nos mais diversos campos foram essenciais. Jornadas extras de trabalho e o medo de contaminação levaram muita preocupação e até problemas de saúde (ASSISTENTES..., [2022], on-line).

² Uma matéria do jornal *Expresso* aponta que “pelo menos 17 mil médicos, enfermeiros e outros trabalhadores ligados à saúde morreram em 2020 com covid-19, revela um relatório da Anistia Internacional, dos Serviços Públicos Internacionais (PSI) e da União Global (UNI)” e que “pelo menos 1.576 profissionais de saúde morreram até [...] [março de 2021,] nos Estados Unidos [...], e no Reino Unido faleceram no ano passado 494 assistentes sociais com a infecção” (ANTUNES, 2021, on-line).

Em meados de março de 2020, a Covid-19 foi designada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como pandemia, por sua amplitude geográfica de disseminação, existindo surto da doença em várias regiões do planeta, o que provocou uma crise socio sanitária de natureza mundial. Diante dessa realidade, pode-se destacar que seja “[...] evidente que uma pandemia como a que neste exato momento se abate sobre a humanidade não poderia deixar de ter efeitos catastróficos nas condições da reprodução econômica organizada pelo capital” (GRANEMANN; MIRANDA, 2020, p. 19).

Doravante, “os dados demonstram que o Brasil está entre os países com os piores indicadores relativos a óbitos e contaminação” (BRAVO; MENEZES, 2021, p. 66). Nesse contexto, “um significativo contingente da classe trabalhadora viu a pandemia se disseminar, desprotegida, sem direitos e sem empregos” (GRANEMANN; MIRANDA, 2020, p. 32).

Conforme dados da Covid-19 no país, são 36,7 milhões de casos acumulados e quase 700 mil mortes³ por coronavírus (BRASIL, 2023). E, do início da pandemia até o final de 2021, morreram acima de 4.500 profissionais da saúde⁴, nos setores público e privado, no Brasil (AGÊNCIA BORI, 2022).

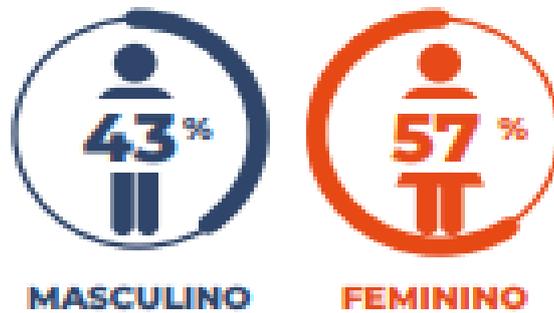
No estado do Maranhão, conforme dados do Boletim Epidemiológico⁵, até o mês de janeiro de 2023, foram 491.004 casos confirmados e 11.043 óbitos, sendo 90 óbitos de profissionais da saúde (MARANHÃO, 2023). Em geral, os óbitos foram com maiores índices para pessoas declaradas pardas. E 57% foram de pessoas do sexo feminino, conforme demonstram os gráficos a seguir (**Gráficos 1 e 2**).

³ A pesquisa intitulada *A morte por Covid-19 bate à porta das/os assistentes sociais no Brasil*, realizada no ano de 2022, refere um total de 105 assistentes sociais que morreram em decorrência da Covid-19. Os dados apontaram que 83,8% (88 profissionais) estavam atuando como assistentes sociais e 16,2% (17 pessoas) estavam aposentadas/os e, portanto, não estavam atuando. Os dados apontaram ainda que os profissionais, em sua maioria, são mulheres de idade entre 41 a 60 anos e trabalhavam no Sistema Único de Saúde (LEAL et al., 2022).

⁴ Recordar-se aqui que a primeira vítima fatal por Covid-19 registrada no Tocantins foi da assistente social da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Francisca Romana Souza Chaves, de 47 anos (HALLAL, 2020).

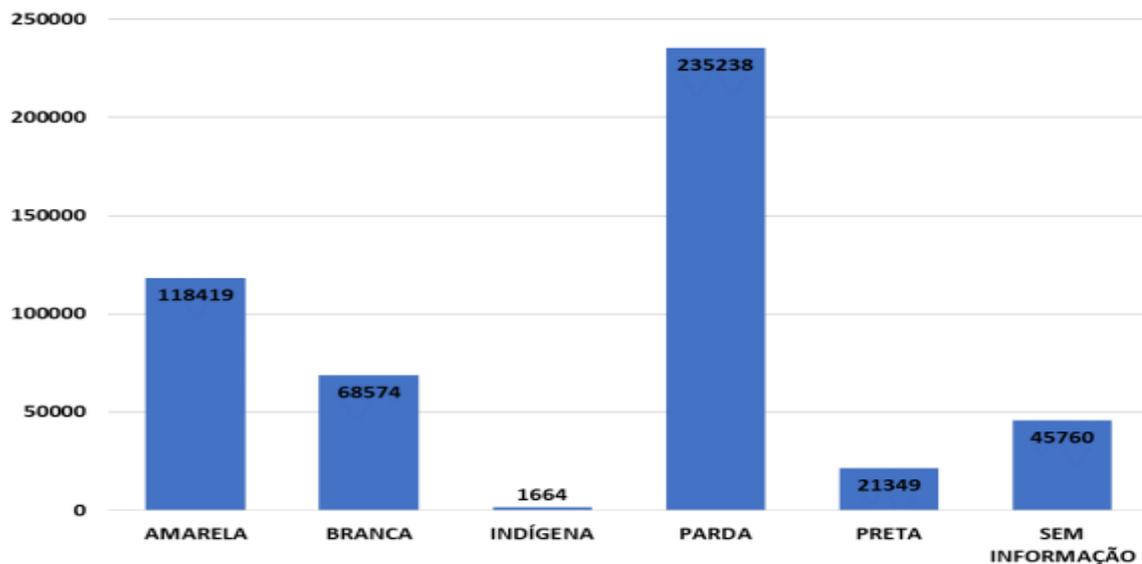
⁵ “O Boletim Epidemiológico é o veículo institucional da SVS/MS [Secretaria de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde], com publicação periódica, de caráter técnico-científico, de acesso livre, em formato eletrônico, responsável pela divulgação das análises da situação epidemiológica de doenças e agravos de interesse da Saúde Pública” (BRASIL, 2018a, on-line), instituído pela Portaria nº 15, de 26 de abril de 2018, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

Gráfico 1 – Percentual de casos confirmados por sexo no estado do Maranhão (2023)



Fonte: Maranhão, 2023.

Gráfico 2 – Casos confirmados Raça x Cor no estado do Maranhão (2023)



Fonte: Maranhão, 2023.

Diante desse cenário, a determinação macrofenomênica provoca a necessária análise de sua base estrutural, para que não incorra ao cariz de análise positivista que não perpassa a mera visão abstrata permanente à pseudoconcreticidade⁶. Conforme Guerra (2009, p. 706), o nível de conhecimento em que predomina meramente a racionalidade formal-abstrata realiza suas “operações de análise e

⁶ Termo utilizado por Karel Kosík (1969). Conforme o autor, o mundo da pseudoconcreticidade é, em suma, constituído pelo complexo de fenômenos que povoam o ambiente do cotidiano que, a partir da sua imediatidade, penetram na consciência dos indivíduos, assumindo um aspecto independente e natural. E a ele pertencem: o mundo dos fenômenos externos; o mundo do tráfico e da manipulação; das representações comuns e dos objetos fixados, que dão impressões de serem condições naturais, não sendo reconhecíveis enquanto resultado da atividade social dos homens.

síntese sobre as bases da positividade do mundo”, esgotando-se “a racionalidade aos comportamentos manipuladores do sujeito em face do mundo objetivo” (PAULO NETTO, 1994 apud GUERRA, 2009, p. 706).

Examina-se, desse modo, a crise socio sanitária não em sua relação de causa, mas como um “[...] momento de um determinado todo” (KOSÍK, 1969, p. 40). É que os fenômenos, de maneira geral, são a manifestação imediata e, conseqüentemente, parcial da *coisa em si*, isto é, de todo o complexo social que constitui a concreticidade sócio-histórica.

Diante disso, este trabalho teve como norte os seguintes objetivos: caracterizar as tendências da crise atual e seus rebatimentos na política de saúde brasileira; compreender o processo de trabalho do/a assistente social no contexto hospitalar; e analisar as novas demandas e requisições postas aos/às assistentes sociais, que são advindas com a crise socio sanitária, no município de Imperatriz, estado do Maranhão.

Realizou-se um estudo aproximativo das principais categorias teóricas que propiciaram as bases da investigação, a saber: a centralidade do trabalho na sociedade capitalista e sua exploração; o significado da profissão; a crise estrutural/sistêmica/metabólica do capital; o processo de trabalho do/a assistente social, com particularidade na política de saúde; e as contradições do Estado capitalista nesse contexto. Além disso, foram necessárias aproximações acerca da conjuntura política e social brasileira, permeada por crises e polarizações.

Tal realização deu-se por intermédio de consultas especialmente a livros, artigos, dissertações e teses. Cabe ressaltar que uma pesquisa baseada na exploração bibliográfica permite “[...] ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2008, p. 50).

Buscou-se, durante o desenvolver da pesquisa, lançar mão do método de análise do movimento real do objeto, os fundamentos marxistas, como base para a investigação proposta. Nesse sentido, “o método implica, pois, para Marx, uma determinada *posição (perspectiva)* do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele suas múltiplas determinações” (PAULO NETTO, 2011, p. 53, grifos do autor). A atividade de construção do conhecimento:

[...] deve fazer um caminho em que parte-se da realidade concreta, através de processos de abstrações e aproximações às suas determinações, relações e processualidade, e volta-se à ela após desvendá-la em sua totalidade complexa. O método histórico – dialético é o caminho pelo qual se pode desvendar a constituição dos fenômenos através de aproximações contínuas sem a pretensão de esgotar a realidade (BOURGUIGNON, 2005, p. 110).

Portanto, esse método prescinde de sucessivas aproximações com o objeto, por isso necessário, uma vez que “[...] as coisas se mostram ao homem diretamente tal qual são e como o homem não tem a faculdade de ver as coisas diretamente na sua essência, a humanidade faz um *détour*⁷ para conhecer as coisas e a sua estrutura” (KOSÍK, 1969, p. 21).

Doravante, este estudo tem como base uma abordagem qualitativa a partir de uma observação participante. Oliveira (2007, p. 81) ressalta que “essa participação pode ser mais intensa quando o(a) pesquisador(a) é parte integrante do grupo pesquisado [...]”. Assim, a ambiência onde se deu essa observação é um ambiente hospitalar na região sudoeste do estado do Maranhão.

Pode-se definir observação participante, conforme Gil (2008), como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir de seu cerne. Historicamente, “[...] foi introduzida na pesquisa social pelos antropólogos no estudo das chamadas ‘sociedades primitivas’. A partir daí passou a ser utilizada também pelos antropólogos nos estudos de comunidades e de subculturas específicas” (GIL, 2008, p. 103, grifo do autor).

Ainda de acordo com o mesmo autor, a observação participante pode apresentar duas formas diferentes: “(a) natural, quando o observador pertence à mesma comunidade ou grupo que investiga; e (b) artificial, quando o observador se integra ao grupo com o objetivo de realizar uma investigação” (GIL, 2008, p. 103). No caso, este trabalho teve como técnica a observação natural, visto que a pesquisadora está inserida no espaço observado.

Ademais, a inclinação, no que tange ao objeto de estudo, não se deu de forma dogmática. O movimento da realidade e os desafios do cotidiano fizeram, por vezes, surgir reflexões acerca do método de abordagem do real. Podemos destacar “que isto de método, sendo, como é, uma coisa indispensável, todavia é melhor tê-lo sem gravata nem suspensórios, mas um pouco à fresca e à solta, como quem não se lhe

⁷ Desvio.

dá da vizinha fronteira, nem do inspetor de quarteirão”⁸ (DURÃO, 2020, p. 7). Refere-se aqui à dinâmica da realidade estudada. Não se pode abordá-la como algo recortado que deve se enquadrar em certas metodologias. No entanto, ao analisar tal movimento, teve-se em mente que há impossibilidade em observar tudo no movimento do universo pesquisado, como também o *tudo* pode não fazer parte da delimitação dos objetos deste estudo.

Assim, as pesquisas do tipo sistemática propõem que o pesquisador saiba quais aspectos da comunidade ou grupo são significativos para alcançar os objetivos pretendidos. Por essa razão, elabora previamente um plano de observação que estabeleça o que deve ser observado: em que momentos, bem como a forma de registro e organização das informações. Essa definição leva em consideração os objetivos da pesquisa (GIL, 2008).

Quanto ao registro da observação, “[...] é feito no momento em que esta ocorre e pode assumir diferentes formas. A mais freqüente consiste na tomada de notas por escrito ou na gravação de sons ou imagens” (GIL, 2008, p. 105). Diante disso, as informações obtidas, no decorrer da pesquisa, por meio da narrativa, foram transcritas enquanto síntese do fenômeno observado, relacionando-se com literatura crítica referente ao atual contexto pesquisado. Assim:

[...] podemos encontrar referências à pesquisa narrativa em vários [...] campos do conhecimento: na semiótica, na medicina, na enfermagem, na psicologia, na psicanálise, na comunicação, na sociologia, na tecnologia da informação, na antropologia, na filosofia, na arte, estudos *gays*, estudos feministas, etc. Basta usar qualquer mecanismo de busca na Internet para se ter acesso a referências de pesquisa narrativa nessas e em outras áreas. A pesquisa narrativa mais comum pode ser descrita como uma metodologia que consiste na coleta de histórias sobre determinado tema onde o investigador encontrará informações para entender determinado fenômeno. As histórias podem ser obtidas por meio de vários métodos: entrevistas, diários, autobiografias, gravação de narrativas orais, narrativas escritas, e notas de campo (PAIVA, 2008, p. 3).

Dessa forma, o instrumento de coleta de dados, para realização da experiência laboral, somado à observação participante de forma sistemática, foi o diário de campo da pesquisadora, onde eram registradas, também de forma sistemática, as implicações do contexto da crise socio sanitária no cotidiano da equipe de Serviço Social, em uma unidade de saúde de referência ao enfrentamento da Covid-19. Esta

⁸ Trecho do livro *Memórias Póstumas de Brás Cubas*, de Machado de Assis, citado na nota introdutória da obra *Metodologia de pesquisa em literatura* (2020), de Fabio Akcelrud Durão.

pesquisa fez um recorte temporal desde a reestruturação e/ou implantação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, para atender essa demanda de pessoas acometidas com o vírus citado até os dias atuais.

Buscando responder aos objetivos específicos desta pesquisa, este trabalho traçou uma teorização subdividida em três momentos, ou seja, três capítulos, além deste capítulo introdutório. No segundo capítulo, são apresentados os aspectos conceituais para apreensão da crise socio sanitária, correlacionando esse momento histórico como advindo do contexto de depressão contínua do atual estágio de desenvolvimento capitalista de expansão global.

No terceiro, o esforço foi em transcrever, com base também em uma fundamentação teórica, um elo, um encadeamento de ideias que correlacione a malha social de crise multifacetada com o trabalho interventivo do/a assistente social. Com essa projeção, comenta-se acerca do processo laboral do/a assistente social na saúde, em contextos hospitalares, apontando o processo de precarização da força de trabalho e os rebatimentos na práxis cotidiana desse/a profissional.

Já o quarto e último capítulo transcreve síntese do movimento da realidade concreta sistematicamente observada, como forma de teorizar e memorizar as repercussões do contexto pandêmico *no* e *para* o processo de trabalho do/a assistente social na saúde, nas dinâmicas da ambiência hospitalar. A peculiaridade desse ambiente trouxe embates históricos para a categoria, para a qual o atual cenário provocou inquietações, pois trouxe ao ato laboral especializado velhas requisições institucionais sob novas roupagens.

Por fim, são tecidas breves considerações finais, mas não conclusivas, desse universo inesgotável de objetos pré-observáveis ou não observáveis, mas que existem e repercutem no cotidiano do trabalho coletivo e, dessa forma, no ato laboral do/a assistente social na área hospitalar. Aponta-se, com base na experiência laboral da pesquisadora, que as incidências do atual contexto trouxeram embates já conhecidos desse/a profissional da área da saúde, somados ao aumento da carga de requisições administrativas e de *controle*, no que diz respeito às demandas que prejudicam sua autoimagem da profissão e sobrecarregam o profissional.

2 A CRISE SOCIOSSANITÁRIA E O SUS NA ENCRUZILHADA

Este capítulo pretende discutir a crise socio sanitária, no contexto da crise estrutural do capital, e consiste em trazer análises de fundo, ou seja, a base estrutural da sociedade capitalista sob a qual emerge a crise socio sanitária, colocando o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro em uma encruzilhada. Compreende-se, como base social para fins dessa fundamentação, a estrutura econômica da sociedade, que, por sua vez, constitui-se das relações sociais de produção e em todos os aspectos da reprodução social.

Dentro dessa perspectiva, vale compreender que todos os modos de organização das relações de produção se estabeleceram, historicamente, mediante natureza desigual e exploratória. Contudo, no modo de produção capitalista, o lucro advém da exploração da força de trabalho, aspecto central que o distingue de todos os outros modos de produção que o antecederam.

2.1 Aspectos teórico-conceituais para entender a crise socio sanitária

A escolha em abordar a crise socio sanitária consistiu em problematizar as análises do senso comum que estiveram/estão bastante em voga, ao considerar que a crise econômica em curso, que tem penalizado, duramente, a classe trabalhadora, é tributária da tragédia pandêmica. Assim, “todos os dias as mídias proprietárias relembram das últimas grandes epidemias – Ebola, SARS, MERS, H1N1 etc, mas ‘esquecem’ de dizer que foram gestadas pelo próprio capitalismo” (FONTES, 2020, on-line, grifo no original).

De outro modo, o atributo *sem precedentes*, tão utilizado pela mídia para caracterizar a crise sanitária, ganha sentido ambíguo para esta fundamentação, pois:

A própria expansão do capital em sua desordenada e devastadora relação com a natureza vem agudizando permanentemente a possibilidade de pandemias e já há uma enorme quantidade de estudos a esse respeito – confinamento de animais, tratados com doses massivas de medicamentos; alteração do uso do solo e do ambiente por monoculturas gigantescas, massivamente impregnadas de agrotóxicos etc. (FONTES, 2020, on-line).

A economia burguesa busca explicar e/ou escamotear os reais motivos no que diz respeito às crises capitalistas na atualidade, “o problema é que as teorias ortodoxas econômicas, que, manifestamente, não conseguiram prever a crise

continuam informando nossos debates, dominando nosso pensamento e fundamentando a ação política” (HARVEY, 2011, p. 40). Ou seja, de todo modo, “foi um ‘acidente’ histórico o Novo Coronavírus ter surgido e se disseminado quando a economia capitalista global parecia estar caminhando para uma nova recessão” (ALVES, 2020, on-line, grifo do autor):

Como observou Karl Marx, em 1871, a história seria muito “mística” se os “acidentes” não desempenhassem papel algum. Na medida em que o capitalismo mundial adquiriu uma dimensão global nas últimas décadas, o sistema mundial do capital tornou-se um sistema da complexidade, onde os “acidentes” tornaram-se parte compositiva do próprio desenvolvimento sistêmico: “Esses acidentes mesmos, caem naturalmente no curso geral do desenvolvimento e são compensados outra vez por novos acidentes” (Carta a Kugelmann em 17 de abril de 1871) (ALVES, 2020, on-line, grifos do autor).

Mas “a descoberta de determinações que guardam com os fenômenos cotidianos uma relação de causalidade pressupõe um mergulho para além das aparências” (GRANEMANN; MIRANDA, 2020, p. 20). É, portanto, fundamental “[...] possuir uma segura consciência do fato de que existe algo susceptível de ser definido como estrutura da coisa [...]” (KOSÍK, 1969, p. 13).

Posto isso, antes de prosseguir em busca de trazer as repercussões da crise socio sanitária e a forma como o Estado brasileiro tem se articulado para o seu enfrentamento, cabe destacar que já estava em curso, desde 2008, uma crise metabólica do capital. Já se ingressava “numa nova crise capitalista, de novo por superprodução de capitais, pois o enorme volume de capitais, sob forma de títulos ou de dinheiro, que precisam se valorizar, já estavam implodindo a vida social” (FONTES, 2020, on-line).

Assim, “longe da falaciosa versão de que ‘vínhamos crescendo e o vírus pode atrapalhar’, apresentada por Trump e por Bolsonaro, a crise já estava em curso e era anunciada pelos próprios economistas burgueses” (FONTES, 2020, on-line, grifo no original):

Desde 2018, a economia global indicava uma nova desaceleração que poderia levar o capitalismo desenvolvido a uma recessão global em 2020. Uma série de indicadores do FMI [Fundo Monetário Internacional] e da OCDE [Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico] mostravam nuvens negras no horizonte da economia global: Brexit, guerra comercial entre EUA e China e, mais recentemente, a queda do preço do Petróleo em fevereiro de 2020 por conta do conflito na OPEP [Organização dos Países Exportadores de Petróleo] entre Rússia e Arábia Saudita. Um informe emitido pelo FMI em 12 de janeiro de 2019 [...] observou que a expansão da economia global tinha enfraquecido: “O crescimento global para 2018 é estimado em

3,7%, como na previsão do *World Economic Outlook* (WEO) de outubro de 2018, apesar do desempenho mais fraco em algumas economias, principalmente na Europa e na Ásia. A economia global deverá crescer 3,5% em 2019 e 3,6% em 2020, 0,2 e 0,1 ponto percentual abaixo das projeções [...]”. Logo depois, em 15 de outubro de 2019, um artigo no blog do FMI, alertou: “A economia mundial: desaceleração sincronizada, perspectivas precárias” (ALVES, 2020, on-line, grifos do autor).

Nesse contexto, é válido lembrar que, no âmbito da ciência, a possibilidade da existência de uma pandemia já estava anunciada. Em 2005, logo após à gripe aviária, o sociólogo e historiador Mike Davis escreveu um ensaio sobre o perigo de que um desses vírus que transmite a doença de animais para seres humanos pudesse causar uma pandemia catastrófica.

Conforme Davis (2020, p. 5), “o Ebola foi logo seguido pela gripe aviária, que pulou para os seres humanos em 1997, e a SARS, que surgiu no final de 2002. Ambos os casos apareceram pela primeira vez em Guangdong, o centro de produção do mundo”. Assim, o vírus da Covid-19 “[...] é o velho filme que temos visto repetidamente desde que o livro de Richard Preston, *The Hot Zone*, de 1995, nos apresentou ao demônio exterminador, nascido em uma misteriosa caverna de morcegos na África Central, conhecida como Ebola” (DAVIS, 2020, p. 5).

Ocorre que, com a ascensão do capitalismo nos últimos séculos, as tendências criativo-destrutivas¹ sobre a terra têm aumentado eminentemente. Sob esse aspecto, é pertinente mencionar a entrevista concedida ao site *Algerie Culture*, em 2020, pelo economista e professor argelino Omar Aktouf, radicado no Canadá, que explica acerca das bases da crise sanitária. Ao ser questionado se a natureza há de se revoltar contra a voracidade do capitalismo, responde que: “é exatamente isso que a natureza tem feito relativamente ao Coronavírus, com as alterações climáticas, com o Ebola, com o Zika...!” (AKTOUF, 2020, p. 17).

Aktouf (2020) propõe que é válido relembrar os textos premonitórios – de Marx, a exemplo dos trabalhos de 1844, das obras *Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858; esboços da crítica da economia política* e *O Capital* – e também da Hipótese de Gaia, de Lovelock, hipótese que propõe que a Terra funciona como um organismo vivo complexo e, dessa forma, “[...] interage com elementos patogênicos contra os quais reage fabricando anticorpos para restaurar sua homeostase. Nós, espécie humana, em especial a sociedade ocidental, nos tornamos elementos

¹ Expressão utilizada por Marx e Schumpeter, citada na obra de Harvey (2011).

patogênicos contra os quais a Terra se defende!” (AKTOUF, 2020, p. 17). Sob o contexto de racionalidade do capital globalmente expansionista², “[...] a pilhagem dos territórios e dos oceanos, o massacre ao meio ambiente, a violência praticada contra seres vivos e obviamente contra os seres humanos, a despeito do equilíbrio ecológico, visam enriquecer cada vez mais os mais ricos” (AKTOUF, 2020, p. 17).

Um dos momentos que compõem o ponto de partida da ontologia marxiana do ser social é que “o ser social pressupõe, em seu conjunto e em cada um dos seus processos singulares, o ser da natureza inorgânica e da natureza orgânica. Não se pode considerar o ser social como independente do ser da natureza” (LUKÁCS, 2012, p. 286). Sumariamente, verifica-se, na realidade concreta, que as coisas, bem como o ser social “constituem o ambiente de cada uma das atividades humanas, que não teriam sentido sem tal localização; e, no entanto, este ambiente, o mundo ao qual viemos, não existiria sem a atividade humana que o produziu” (ARENDRT, 2005, p. 31). Sublinha-se, dessa forma, que “o ser humano é parte integrante e dependente da natureza” (AKTOUF, 2020, p. 17). Em geral:

Metabolismo social significa a ineliminável troca orgânica entre homem e natureza onde a natureza implica tanto a (1) “natura naturans”, como diria Spinoza, isto é, o mundo do ecossistema natural ou meio-ambiente que abriga a espécie humana, quanto (2) a “natura naturata”, ou seja, o mundo social dos homens, as relações sociais dos homens com outros homens e também as relações sociais dos homens consigo mesmo, ou seja, o homem em sua auto-referência pessoal (ALVES, 2011a, on-line, grifos do autor).

Entretanto, a sociabilidade burguesa vive um tempo de barbárie social, sendo o modo de produção capitalista não apenas um modo de produção de mercadorias, mas também modo de reprodução social ou modo de controle do próprio processo de metabolismo social e/ou troca orgânica historicamente determinada. No atual período histórico de crise estrutural do capital, o sociometabolismo da barbárie possui como traço histórico-ontológico a degradação estrutural da troca orgânica entre homem e natureza. E, diante disso, tem-se, por um lado, a crise ecológica e, de outro, a crise do humano (ALVES, 2011a). Acerca desse intercâmbio:

É necessário insistir que o capital não é simplesmente uma “entidade material” – também não é [...] um “mecanismo” racionalmente controlável, como querem fazer crer os apologistas do supostamente neutro “mecanismo de mercado” (a ser alegremente abraçado pelo “socialismo de mercado”) – mas é, *em última análise, uma forma incontrolável de controle*

² Expressão utilizada por István Mészáros (2011b) para caracterizar o atual estágio de expansão do modo de produção capitalista.

sociometabólico. A razão principal por que esse sistema forçosamente escapa a um significativo grau de controle humano é precisamente o fato de ter, ele próprio, surgido no curso da história como uma poderosa – na verdade, até o presente, de longe *a mais*, poderosa – estrutura “totalizadora” de controle à qual tudo o mais, inclusive seres humanos, devem se ajustar, e assim provar sua “viabilidade produtiva, ou parecer, caso não consiga se adaptar (MÉSZÁROS, 2011b, p. 96, grifos do autor).

É nesse sentido que Alves (2020) destaca ainda a crise ecológica por uma tripla dimensão: a) a da ecologia natural propriamente dita; b) a da ecologia social e da humana, que contêm vínculos orgânicos com a crise de socialidade; c) e da ecologia viral e/ou epidemiológica, relacionada à organização das relações Homem e Natureza. “Os vírus ou a ecologia viral, são produtos sócio históricos do modo de intercâmbio do homem (ecologia social) com a natureza (ecologia natural)” (ALVES, 2020, on-line).

Desse modo, a pandemia do novo coronavírus pode ser a “explicitação *não* apenas da crise ecológica, mas da crise estrutural do sociometabolismo do capital; ou a crise estrutural das mediações de segunda ordem entre o homem e a natureza” (ALVES, 2020, on-line, grifo do autor). Para o autor, não se trata de mais uma entre outras crises do capitalismo industrial, desde o começo do século XIX, mas “de uma *crise radical da civilização do capital* social, colocando em perspectiva não apenas a superexploração do trabalho e a barbárie social, mas a própria extinção da humanidade tal como a conhecemos” (ALVES, 2020, on-line, grifo do autor).

Podemos apontar, portanto, que – mesmo não fazendo distinção no que diz respeito à transmissão – a manifestação e o contágio pelo vírus, bem como as formas de tratamento ocorrem de forma desigual. E não apenas “pelo fato de se produzir efeitos distintos no corpo das pessoas, mas por atingi-las desigualmente relativamente à posição social e à localização geográfica de cada indivíduo no contexto geral da pandemia” (FERREIRA; RODRIGUES, 2020, p. 21).

Desde o início da pandemia, as expectativas eram de que as favelas seriam grandes vítimas do coronavírus no Brasil. Como as principais medidas de combate à disseminação do vírus são o isolamento social e a higiene das mãos, não reunir condições de cumprir tais requisitos pode rapidamente tornar pessoas uma vítima da doença. Pessoas que não possuem acesso às instalações de saneamento básico adequadas, fornecimento de água tratada e recolhimento de esgoto tornam-se alvos fáceis (FERREIRA; RODRIGUES, 2020, p. 21).

Trata-se, dessa forma, de uma crise de natureza histórica e social “evidenciada pela pandemia e [...] [pelo] modelo de relação social, baseado na apreensão dos meios de produção pelas mãos de alguns e pela exclusão automática da maioria dos

seres humanos das condições de sustentar” (MASCARO, 2020, p. 7). E, dentro desse contexto de desigualdade social, aponta-se que as “contaminações em transportes públicos lotados e a fragilidade do sistema de saúde são, exata e necessariamente, condições históricas de um modo de produção específico” (MASCARO, 2020, p. 7).

Inúmeras são as alterações que a crise socio sanitária que já emergiu nas bases da crise estrutural do capital desencadeou na sociabilidade humana, em patamar mundial e, conseqüentemente, nas respostas dos Estados Nacionais para atender esse contexto. Assiste-se, dessa forma, em escala global, um retorno ao darwinismo social: apenas os *mais aptos sobrevivem*, enquanto os fracos, os pobres e os marginalizados morrem (ALVES, 2020).

Os mais aptos são aqueles com o status social mais alto, que já têm melhor saúde por melhor acesso a recursos, bem-estar material e social, e, por isso, sobrevivem. Desse modo, não foi a Covid-19 que desvalorizou as pessoas, mas expôs aquilo que está contido na lógica do capital: a desvalorização generalizada do *trabalho vivo*³ e o descaso de governos e políticos pela ameaça real da pandemia do novo coronavírus (ALVES, 2020).

O conceito da necropolítica⁴ pode trazer elementos que caracterizam as estratégias dos Estados perante o esgotamento das possibilidades civilizatórias do capital. Desenvolvida pelo filósofo Acheli Mbembe, a noção de necropolítica e necropoder é caracterizada enquanto formas de políticas que levam à morte, para designar estratégias e comportamentos de Estados: “[...] as várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, armas de fogo são implantadas no interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de ‘mundos de morte’”, bem como as “[...] formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o *status* de ‘mortos-vivos’” (MBEMBE, 2016, p. 146, grifos do autor).

Compreende-se, assim, que “[...] as formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte (necropolítica) reconfiguram profundamente as relações entre resistência, sacrifício e terror” (MBEMBE, 2016, p. 146). Posto isso, tem-se que

³ Consideramos *trabalho vivo* enquanto o ato laboral, atividade que elabora e fabrica produtos e/ou objetos, isto é: a ação humana propriamente dita, agindo na natureza tendo como finalidade atender/satisfazer suas necessidades. Define-se, dessa forma, como: “condição natural da existência do homem” e “condição das trocas orgânicas entre o homem e a natureza” (HAMRAOUI, 2014, p. 44).

⁴ O conceito de necropolítica não emerge da tradição marxista, contudo é possível trazer os elementos aproximativos desse conceito para caracterização da realidade atual, sem aderir a seus pressupostos.

“qualquer constatação crítica que seja rigorosa cientificamente e fecunda só pode analisar a crise presente, exacerbada pela pandemia, tendo em vista que se trata da crise do capitalismo” (MASCARO, 2020, p. 10). Em vista disso, seguir-se-á, neste trabalho, na abordagem que circunda o processo de crise do modo de produção capitalista de modo essencial, para a apreensão dessa perspectiva na sociabilidade, com base na interpretação de autores/as marxistas clássicos e contemporâneos.

2.2 As interpretações sobre as crises na contemporaneidade⁵

O modo de produção capitalista desencadeia crises periódicas e, na contemporaneidade, o processo de crise estrutural se expressa de forma permanente. A crise é caracterizada por Marx (2013) como o momento da perturbação e da destruição do processo de reprodução. Mas uma crise de caráter permanente, como a que temos vivenciado desde os anos 1970, não poderá ser resolvida pela lógica do processo que a engendrou. Para garantir sua permanência, implica naturalizar a concentração da riqueza e não efetivar medidas que contenham uma catástrofe ecológica.

A pandemia da Covid-19 é catalizadora das tendências da crise estrutural do capital que já estava em curso e a todo vapor. Entretanto, como apontou-se anteriormente, trata-se de uma combinação inédita, por envolver a crise econômica e a crise sanitária, que atinge de forma bastante desigual os diferentes países, territórios e populações, dada a ausência de sincronia mundial nas medidas de contenção do vírus (HUSSON, 2020).

Marx, ao contrário dos teóricos clássicos da economia política burguesa de sua época (David Ricardo e Adam Smith), analisou que as crises são inerentes ao modo de produção capitalista e, portanto, não é possível eliminar as crises preservando esse modo de produção. Assim, “[...] podemos dizer, ao contrário de [...] toda a historiografia marxista sobre as crises, que Marx possui, sim, uma teoria sobre as crises do capital” (ANTUNES, 2005, p. 771), entretanto:

[...] esta teoria não está posta em nenhum texto canônico e irrefutável, [...] as crises não são impulsionadas por nenhuma causa especial, [...] mas [...] são impulsionadas pelo próprio desenvolvimento do conceito de capital. A

⁵ O significado de *contemporâneo* se refere ao período após os anos 1970, em especial para se abordar as crises capitalistas, levando em consideração o divisor de águas da crise estrutural do final dos anos 1960 e início dos anos 1970.

compreensão das crises, por isso, é inseparável da compreensão do conceito de capital. Assim como teoricamente seria errôneo querer encontrar causas para o conceito de capital também seria errôneo buscar causas para o conceito de crise. As crises não possuem uma causa determinada, aquilo que comumente é chamado de causas das crises é nada mais que as formas mais abstratas dela [...] (ANTUNES, 2005, p. 771).

É necessário ressaltar que, “da mesma forma que a teoria acadêmica, a teoria marxista do ciclo industrial tem estimulado autores influentes a formular uma explicação monocausal das crises periódicas de superprodução” (MANDEL, 1990, p. 209). O ponto de clivagem para essa análise é resgatar a memória, a célula base elementar da sociedade capitalista: a *mercadoria*, sendo o trabalho o elemento fundante ontológico do ser social, pois a mercadoria é a objetivação do trabalho social. Trata-se de elemento fundamental para responder às necessidades humanas, como também responder à produção social.

O aspecto central é que o valor das mercadorias é determinado pela *quantidade de trabalho necessário para produzi-las*, portanto, a quantidade de força de trabalho é a unidade de medida de valor de uma mercadoria. Assim, o trabalho, no capitalismo, já se constitui em si uma mercadoria: o trabalhador vende sua força de trabalho e, em troca, recebe salário (dinheiro), que também, nesse processo, é uma mercadoria. “Assim, como a própria mercadoria é unidade de valor de uso e valor, seu processo de produção tem de ser a unidade de processo de trabalho e o processo de formação de valor” (MARX, 2013, p. 263).

O valor da força de trabalho e sua valorização no processo de trabalho são, portanto, duas grandezas distintas. É essa diferença de valor que o capitalista tem em vista quando compra a força de trabalho. Sua qualidade útil, sua capacidade de produzir fio ou botas, é apenas uma condição indispensável, já que o trabalho, para criar valor, tem necessariamente que ser despendido de modo útil. Mas o que é decisivo é o valor de uso específico dessa mercadoria, o fato de ela ser fonte de valor, e de mais valor do que aquele que ela mesma possui (MARX, 2013, p. 270).

Mas, para Marx, o trabalho é mais que simples força empregada para transformar a natureza. O trabalho é uma categoria ontológica capaz de desvelar a forma como se produz e se reproduz a sociedade burguesa. O trabalho extrapola o âmbito da produção e se relaciona à subjetividade do ser social, pois “o trabalho é antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza” e “agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse

movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza” (MARX, 2013, p. 255). Além disso, “o que diferencia as épocas econômicas não” é “o que” é produzido, mas “como”, “com que meios de trabalho” (MARX, 2013, p. 257).

O conceito de mais-valor é extremamente importante na análise marxiana. Marx chega ao conceito de mais-valor em uma análise processual. É no capítulo 4, *A transformação do dinheiro em Capital*, que Marx chega, pela primeira vez, ao conceito de mais-valor e o desenvolve no capítulo 5, *O processo de trabalho e o processo de valorização*. A partir do conceito de mais-valor, elabora o capítulo *A jornada de trabalho*, no qual utiliza o conceito de luta de classes: “a consolidação de uma jornada de trabalho normal é o resultado de uma luta de 400 anos entre capitalista e trabalhador” (MARX, 2013, p. 343).

A questão fundamental é simplesmente esta: de onde vem o incremento, o mais-valor? (HARVEY, 2013b). Portanto, mesmo que o mais-valor se realize no processo de circulação, a criação do mais-valor não pode ter origem na circulação, mas sim na produção, pois “o mais-valor tem de ser produzido, não em como poderia ser pago e realizado por meio do consumo. O mais-valor tem de ser produzido antes de ser consumido” (HARVEY, 2013b, p. 98).

Marx (2013, p. 223) afirma que o “produto final da circulação das mercadorias é a primeira forma de manifestação do capital”. No processo de circulação, o dinheiro tem um papel fundamental, pois ele pode ser usado para fins diversos: comprar uma mercadoria, para medir o valor, para armazenar riqueza, e assim por diante. Em termos gerais, o capital é dinheiro usado de determinada forma, logo, considera-se a circulação de mercadorias como o ponto de partida do capital. “Produção de mercadorias e circulação desenvolvida de mercadorias – o comércio – formam os pressupostos históricos a partir dos quais o capital emerge” (MARX, 2013, p. 223).

Na circulação M-D-M, o dinheiro é, enfim, transformado em mercadoria, que serve como valor de uso e é, portanto, gasto de modo definitivo. Já na forma contrária, D-M-D, o comprador desembolsa o dinheiro com a finalidade de receber dinheiro como vendedor. Na compra da mercadoria, ele lança dinheiro na circulação, para dela retirá-lo novamente por meio da venda da mesma mercadoria. Ele liberta o dinheiro apenas com a ardilosa intenção de recapturá-lo. O dinheiro é, portanto, apenas adiantado. [...] A produção capitalista, que é essencialmente produção de mais-valor, absorção de mais-trabalho, produz, portanto, com o prolongamento da jornada de trabalho não apenas a atrofia da força de trabalho, a qual é roubada de suas condições normais, morais e físicas, de desenvolvimento e atividade. [...] O valor da força de trabalho compreende, entretanto, o valor das mercadorias necessárias para a reprodução do trabalhador ou a propagação da classe trabalhadora (MARX, 2013, p. 225, 338).

O mais-valor absoluto é adquirido através de mecanismos como o prolongamento da jornada de trabalho ou uma intensificação do ritmo de produção durante uma jornada, com objetivo de produzir cada vez mais mercadorias em menos tempo de trabalho, barateando seus custos, colocando o capitalista em posição de concorrer por melhores preços no mercado. “Quanto maior é a força produtiva do trabalho, menor é o tempo de trabalho requerido para a produção de um artigo, menor a massa de trabalho nele cristalizada e menor seu valor” (MARX, 2013, p. 118). Esse tipo de mecanismo foi muito utilizado no começo do capitalismo industrial e “fez com que ignorassem até mesmo [...] limites, comprometendo a própria existência física da classe operária” (COGGIOLA, 1998, p. 22).

Mas há outra forma de se extrair o mais-valor, que praticamente não conhece limites: trata-se do incremento da inovação tecnológica na produção. A inovação tecnológica tem rebatido sobre a produção, a partir do aumento do capital constante, em detrimento do capital variável. “Essas inovações têm por objetivo um *aumento da produtividade do trabalho*, e como consequência uma queda do valor das mercadorias – pois, se reduz o tempo de trabalho necessário para produzi-las” (COGGIOLA, 1998, p. 23, grifo do autor). No entanto, “as máquinas também são fonte de uma contradição imanente, já que dois fatores que compõe o mais-valor fornecido por um capital de dada grandeza, aumenta somente na medida em que reduz o outro fator, o número de trabalhadores” (HARVEY, 2013b, p. 207)⁶.

Chama-se atenção para o fato de que Marx (2013) não entende a produção, o processo de troca, de circulação e de consumo como elementos separados. Esses momentos estão interligados e não sofrem nenhuma separação, justaposição ou hierarquia⁷. Na verdade, esses momentos, em forma separada, podem levar à ideia equivocada de que a circulação predomina, porém o que Marx pretendia era mostrar

⁶ Importante a afirmação de Harvey de que há vários modos de se conseguir mais-valor relativo e mais-valor absoluto. “Quando Marx fez esse tipo de bifurcação conceitual, invariavelmente leva de volta a dualidade ao estado de unidade: no fim das contas, há apenas um mais-valor, e suas duas formas se condicionam mutuamente. Seria impossível ganhar mais-valor absoluto sem uma base tecnológica e organizacional adequada. Inversamente, o mais-valor relativo não teria sentido algum sem uma duração da jornada de trabalho que permitisse a apropriação de mais-valor absoluto” (HARVEY, 2013b, p. 229).

⁷ “Nada é mais corriqueiro do que a censura aos economistas políticos por conceberem a produção exclusivamente como fim em si. A distribuição seria igualmente importante. Tal crítica está baseada precisamente na ideia econômica de que a distribuição reside ao lado da produção como esfera autônoma e independente. Ou no fato de que os momentos não seriam concebidos em sua unidade. Como se a dissociação não fosse passada da realidade aos livros-textos, mas inversamente dos livros-texto à realidade, e como se aqui se tratasse de um nivelamento dialético de conceitos e não da concepção de relações reais!” (MARX, 2011, p. 45).

que a produção, no capitalismo industrial, é predominante porque é onde se produz a riqueza social, contudo ela não prescinde da expansão dos processos de circulação.

Com base nas elaborações marxianas acerca das categorias teóricas para compreender as crises capitalistas, cabe destacar as caracterizações da crise atual realizadas por teóricos marxistas. Na contemporaneidade, o que se vivencia é a intensificação da barbárie social, desencadeada por meio dessa contínua depressão que ocupa escala global e multidimensional, incidindo, dessa forma, nas mais diversas dimensões da sociabilidade humana. Há, pois, no caráter do próprio modo de produção capitalista, uma promoção de crises para sua preservação e expansão:

[...] a crise estrutural do sistema do capital como um todo – a qual estamos experimentando nos dias de hoje em uma escala de época – está destinada a piorar consideravelmente. Vai se tornar à certa altura muito mais profunda, no sentido de invadir não apenas o mundo das finanças globais mais ou menos parasitárias, mas também todos os domínios da nossa vida social, econômica e cultural (MÉSZÁROS, 2011a, p. 17).

De modo geral, as crises capitalistas têm intensidade e duração variadas: “são maneiras de progredir para além de suas barreiras imediatas e, desse modo, estender com dinamismo cruel sua esfera de produção e dominação” (MÉSZÁROS, 2011b, p. 795). No entanto, as crises financeiras se tornaram mais frequentes e profundas desde o início da crise estrutural dos anos 1970, que traz novidades históricas – em relação às crises cíclicas –, sobre a qual destacam-se quatro aspectos essenciais:

- (1) seu *caráter é universal*, em lugar de restrito a uma esfera particular (por exemplo, financeira ou comercial, ou afetando este ou aquele ramo particular de produção, aplicando-se a este e não àquele tipo de trabalho, com uma gama específica de habilidades e graus de produtividade etc.);
- (2) seu *alcance é verdadeiramente global* (no sentido mais literal e ameaçador do termo), em lugar de limitado a um conjunto particular de países (como foram todas as principais crises do passado);
- (3) sua *escala de tempo é extensa, contínua*, se preferir, *permanente*, em lugar de limitada e cíclica, como foram todas as crises anteriores do capital;
- (4) em contraste com as erupções e os colapsos mais espetaculares e dramáticos do passado, seu *modo de se desdobrar* poderia ser chamado de *rastejante*, desde que acrescentemos a ressalva de que nem sequer as convulsões mais veementes ou violentas poderiam ser excluídas no que se refere ao futuro: a saber, quando a complexa maquinaria agora ativamente empenhada na “administração da crise” e no “deslocamento” mais ou menos temporário das crescentes contradições perder sua energia (MÉSZÁROS, 2011b, p. 795-796, grifos do autor).

István Mészáros pontua, de modo preciso, os aspectos da depressão contínua. Para ele, a severidade dessa crise encontra-se no fato de não estarmos mais frente a

uma crise cíclica, mas uma crise profundamente estrutural que afeta “[...] diretamente, pela primeira vez na história, toda a humanidade”, exigindo, para sobreviver, “[...] uma reorientação qualitativa da reprodução sociometabólica [...]” (MÉSZÁROS, 2011b, p. 632).

Outro ponto a considerar é que o desenvolvimento das novas tecnologias e das novas relações de produção, segundo Lessa e Tonet (2011), marcam o surgimento do capitalismo maduro, o que fez com que a humanidade passasse, objetivamente, à era da abundância, isto é, ao dado tempo histórico em que a produção total é maior do que a requerida para o processo de reprodução da humanidade. Contudo, a sociedade capitalista não pode viver na abundância, pois é herdeira de um período histórico demarcado pela carência; a abundância propriamente fere-a de morte.

Desse modo, conforme explicam os autores, a oferta maior que a procura pode fazer com que os preços tendam a cair e que, dessa forma, os capitalistas tenham prejuízos. Assim, “as crises de superprodução são, por essa razão, o grande problema econômico da nossa época” (LESSA; TONET, 2011, p. 105).

Nos últimos três séculos, o capital, mediante o capitalismo burguês, promoveu sua dominação como sistema social global, com a produção generalizada de mercadorias por meio de reduzir e degradar os seres humanos ao status de meros custo de produção como força de trabalho necessária. É um sistema de controle do metabolismo social que impôs sobre a sociedade sua lógica expansionista cruel e irracional, independente da natureza devastadora de suas consequências (MÉSZÁROS, 2011b).

Distintamente da perspectiva monocausal, Mandel (1990) cita algumas causas das crises econômicas capitalistas, dentre elas a superacumulação de capitais, que se refere a uma superprodução de mercadorias e também o superconsumo das massas. É que os capitalistas não estão interessados na simples venda das mercadorias em questão, mas em vendê-las com lucro suficiente. No entanto, todo aumento referente aos “salários além de um certo limiar, necessariamente reduziria, antes de tudo, a taxa e, em seguida, a própria massa dos lucros, travando assim a acumulação de capital e os novos investimentos” (MANDEL, 1990, p. 210-211).

Assim, a crise econômica capitalista é sempre uma crise de superprodução de mercadorias, sendo um fenômeno que o marxismo procura explicar no sentido de que a superprodução, em geral, significa que o capitalismo produziu tantas mercadorias que não havia poder de compra suficiente para adquiri-las a um preço que fornecesse

a seus proprietários o lucro médio e/ou esperado. Dessa forma, quaisquer que sejam os enredos de investigação, “[...] o primeiro fenômeno a se compreender é o dessa ruptura brutal do equilíbrio instável que existe em ‘tempos normais’ entre a oferta e a procura de mercadorias” (MANDEL, 1990, p. 212, grifo do autor).

Há, também, nesse recorte acerca da noção dessa crise, eventual aproximação do arcabouço de Mészáros com a obra mandeliana, no que diz respeito à busca pela explicitação “dos fenômenos sociais nas determinações da totalidade social em seu conjunto, incluindo o Estado e demais complexos” (ALVES, 2014, p. 131). Para Mandel (1982), o Estado burguês é um administrador dos processos que se cruzam na instância do capitalismo tardio e tem como principais funções: criar as condições gerais de produção; reprimir qualquer ameaça das classes dominadas e integrá-las.

Há uma outra característica desse Estado, na fase tardia do capitalismo, que é a administração das crises, incluindo todo o arsenal das políticas governamentais anticíclicas, cujo objetivo é evitar, ou pelo menos adiar tanto quanto possível, o retorno de quedas bruscas e catastróficas, como a de 1929/32. Mas todo esse processo envolve esforço permanente para impedir a crise cada vez mais grave das relações de produção capitalistas, por meio de um ataque sistemático à consciência de classe do proletariado. O Estado desenvolve uma vasta maquinaria de manipulação ideológica para integrar o trabalhador à sociedade capitalista tardia (MANDEL, 1982).

Dessa forma, mesmo para a perpetuação do processo de ampliação de produção e reprodução do modo de produção social vigente, o Estado teve que integrar, também, a classe trabalhadora, por meio da racionalidade capitalista. Depreende-se, a partir da análise de Mandel (1982), que há uma diretriz, um viés ideológico de classe burguesa para garantir as condições de sua ampliação.

Diante da natureza apresentada com base nos autores, acerca da forma de ser do capital mediante *ethos* dominante, a partir da crise estrutural e contínua, pode-se verificar que ultrapassa a interpretação ou perspectiva meramente econômica da sociabilidade hodierna. Diante dessa não restrição, cabe enfatizar que:

O seu caráter estruturador diz respeito a um duplo aspecto, tanto à estrutura geral da vida social ao sistema do capital atingindo todas as suas dimensões e/ou instituições quanto a um “desgaste” progressivo da estrutura de cada uma dessas dimensões e/ou instituições particularmente e em seu conjunto (ALVES, 2014, p. 117, grifo do autor).

Assim, as crises financeiras que ocorrem sobretudo a partir da década de 1990,

por conta da financeirização da riqueza capitalista e da hegemonia do capital financeiro, bem como das políticas de austeridade neoliberal, baseadas na flexibilização do estatuto salarial e no desmonte do Estado social, é a tendência estrutural responsável pelo desemprego e precarização laboral. Nesse constructo, a crise das dívidas soberanas tornou-se o *cavalo de Troia* capaz de destruir efetivamente o Estado Social, pois os mercados financeiros impõem o ajuste neoliberal, e o Estado de Bem-Estar Social transforma-se em Estado de Austeridade Social, sob direção da disciplina fiscal, guiado pelos interesses do capital financeiro globalizado (ALVES, 2011b).

Esse cenário de financeirização é a base explicativa da crise mundial de 2008-2009, que afetou economias de diversos países, sendo uma das maiores recessões da história recente. Iniciou-se, segundo Behring (2021, p. 131), “com a disjunção entre compra e venda, pela interveniência do crédito na venda de moradias – a questão imobiliária nos EUA – automóveis e bens de consumo durável, com prazos e juros além do poder de compra em médio prazo”. Compreende-se, dessa forma que:

O acontecimento detonador que precipita as crises de superprodução distingue as suas formas de aparição. Este pode ser um escândalo financeiro em brusco pânico bancário, a barrocada de uma grande empresa, como pode ser simplesmente a mudança da conjuntura (venda insuficiente generalizada) em um setor-chave do mercado mundial (MANDEL, 1990, p. 212).

No outono de 2008, conforme explicita Harvey (2011, p. 10), essa “crise das hipotecas *subprime*⁸”, como veio a ser denominada, “levou ao desmantelamento de todos os grandes bancos de investimento de *Wall Street*, com mudanças de estatuto, funções forçadas ou falências” (grifos do autor). No início de 2009, o comércio internacional “caiu em um terço em poucos meses, criando tensões nas economias majoritariamente exportadoras, como a da Alemanha e a do Brasil” (HARVEY, 2011, p. 13). Nesse contexto:

O [...] [FMI] estimava que mais de 50 milhões de dólares em valores de ativos (quase o mesmo valor da produção total de um ano de bens e serviços no mundo) haviam sido destruídos. A Federal Reserve estimou em 11 trilhões de dólares a perda de valores de ativos de famílias dos EUA apenas em 2008. Naquele período, o Banco Mundial previa o primeiro ano de crescimento negativo da economia mundial desde 1945 (HARVEY, 2011, p. 13).

O autor classifica essa referida crise como sendo a mãe de todas no contexto

⁸ O termo *subprime* caracteriza linha de crédito de maior risco de inadimplência.

da depressão contínua e estrutural do capital. No entanto, ela deve ser vista, também, “como auge de um padrão de crises financeiras que se tornam mais frequentes e mais profundas ao longo dos anos, desde a última grande crise do capitalismo nos anos 1970” (HARVEY, 2011, p. 13). O resultado devastador dessa ininterrupta crise capitalista são as inúmeras consequências como o desemprego estrutural, a miséria, os ataques aos direitos sociais e o sucateamento das políticas públicas sociais, como é o caso da Política de Saúde brasileira.

Desse modo, os itens a frente tratarão tanto do cenário posto a essa política que se encontra dentro do padrão da racionalidade capitalista, como também, da pandemia da Covid-19, não como determinante da crise mundial ultradimensionada, mas, como expressão/produto dessa depressão contínua da qual nos mostra Mézáros em sua tão dedicada e exímia investigação.

2.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) na encruzilhada da crise socio sanitária

O SUS vigente no Brasil nasceu na década de 1980, fruto das constantes lutas e mobilizações de sujeitos sociais como os/as profissionais de saúde, o movimento sanitário e demais movimentos sociais urbanos, bem como partidos políticos de oposição ao governo. Bravo (2009) aponta que, nesse contexto, a questão da Saúde passa a assumir uma dimensão política estreitamente ligada à perspectiva democrática. Nessa construção, as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos citados foram:

[...] a universalização do acesso; concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal. O temário central versou sobre: I - A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III - Financiamento setorial (BRAVO, 2009, p. 96).

É no campo da saúde coletiva que podemos situar uma proposição fundamental a esse debate, que é o conceito de determinação social e determinantes sociais da saúde. No território latino-americano, esse conceito antecede o período de

eclosão do próprio movimento de reforma sanitária:

De fato, desde o início do século passado, os sanitaristas brasileiros vêm se dedicando a aprofundar o conhecimento das relações entre os determinantes socioeconômicos e a situação de saúde e a desenvolver ações concretas, baseadas nesse conhecimento. Mais recentemente, inspirados por essa tradição, diversos setores da sociedade se articularam em um movimento de reforma sanitária, que contribuiu decisivamente para incluir, na Constituição de 1988, o reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado, bem como para criar o Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nos princípios de solidariedade e universalidade (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p. 17)⁹.

Mas foi em meados dos anos 1970 que se principiaram os questionamentos às restrições que circundam o paradigma biomédico na explicitação dos adoecimentos, buscando caracterizar o binômio saúde-doença como processo socialmente determinado, transcendendo, de tal forma, a mera abordagem de fenômenos exclusivamente biológicos, no contexto do desenvolvimento capitalista. No Brasil, essa abordagem foi integrada ao capítulo da Constituição Federal (CF) brasileira de 1988 dedicado à Saúde, bem como à legislação infraconstitucional, que adotam ambas o conceito de determinantes e condicionantes sociais da saúde (CORDOVIL, 2020)¹⁰. Assim:

O conceito de determinantes sociais da saúde, conforme disseminado internacionalmente a partir do início do século 21 pela OMS, foi retomado para explicar *desigualdades* em saúde diante da constatação de que disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso a serviços assistenciais, na distribuição de recursos de saúde repercutem de forma injusta sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais. As abordagens aos DSS [determinantes sociais da saúde] neste âmbito concentram-se predominantemente em fatores explicativos de diferenças evitáveis relacionadas a posição que os indivíduos ocupam na hierarquia social e aos fatores de risco e vulnerabilidades a que estão expostos em suas circunstâncias de vida, que abarcam desde os efeitos de políticas públicas até comportamentos e estilos de vida (CORDOVIL, 2020, on-line, grifo do autor).

Em síntese, a compreensão de que “a vida humana depende [...] do grau de desenvolvimento e da força como a própria sociedade se organiza” e também de que “saúde significa estar vivo e em condições de nos objetivarmos como humanos” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 957) faz chegar à análise dessa objetivação a partir

⁹ Para aprofundar o debate, essas informações estão no livro *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*, da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008).

¹⁰ Ver o artigo *Qual a diferença entre os conceitos de “determinantes sociais da saúde” e de “determinação social da saúde”?* (CORDOVIL, 2020).

da apropriação do que foi produzido coletivamente pelo ser genérico, isto é:

Os produtos humanos aos quais estamos nos referindo e dos quais necessitamos para nos objetivarmos incluem: alimentos, moradia, educação, meio ambiente, transporte, serviços de saúde, hábitos ou estilos de vida, entre outros, denominados de “determinantes sociais de saúde” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 957, grifo dos autores).

Em 2006, foi criada, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). O fato de o Brasil ser o primeiro país a criar sua própria comissão integrou-o, precocemente e de forma decisiva, ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). A implementação da comissão situa-se nesse processo de afirmação e consolidação da luta pela reforma sanitária, sendo um reconhecimento da saúde como um direito humano genérico.

Entretanto, mesmo com tantos avanços para afirmação da saúde como direito humano e social, os sujeitos sociais continuam em meio a lutas ferrenhas contra os ataques capitalistas à consolidação desse sistema unificado, pois, com a asserção da hegemonia neoliberal no Brasil, as propostas de Política de Saúde construídas nos anos 1980 têm sido desconstruídas. Vêm se afirmando propostas de privatizações no SUS cada vez mais ferrenhas, de forma gradativa, pelos governos.

Apesar de declarações oficiais de adesão ao SUS, verificou-se que o governo federal descumpriu dispositivos constitucionais e omitiu-se na regulamentação e fiscalização das ações de saúde. Nesse quadro, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na CF de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2009).

O projeto de reforma sanitária tem no SUS uma de suas estratégias. Pretende assegurar que o Estado atue em função da sociedade, a partir da concepção de Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Já o projeto articulado ao mercado está pautado na política de ajuste fiscal, que tem como principais tendências a contenção dos gastos. A tarefa do Estado, nesse projeto, pauta-se em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (BRAVO, 2009).

Contemporaneamente, em meio a esses dois projetos em disputa, nota-se que há também um terceiro, acentuadíssimo no que diz respeito à tendência do

desenvolvimento do modo de produção capitalista, em sua fase neoliberal, que articula ao Estado contrarreformas e participação dos mercados cada vez mais intensas. No tocante à política pública de saúde, esse terceiro projeto trata-se da:

[...] reforma sanitária flexibilizada que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país. A proposição do SUS possível é pautada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária. Este projeto se consolida nos governos petistas. (BRAVO, 2013). As disputas entre esses projetos inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com diminuição de direitos para a classe trabalhadora e participação cada vez maior do mercado, em todos os aspectos da vida social (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 194).

Aponta-se que, durante a gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o governo brasileiro elaborou, em 1995, um documento que sintetiza a proposta de reforma para esse setor, em conformidade com o documento formulado pelo Banco Mundial (BM) de 1995: *Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. No documento elaborado pelo governo, “propõe-se uma ‘reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial de saúde do SUS’” cujo eixo é o mesmo das reformas recomendadas pelo BM, de racionalização dos custos (CORREIA, [2009], p. 4, grifo da autora).

A ideia central “é a criação de um Sistema de Atendimento à Saúde com uma ‘clara separação operacional em dois subsistemas’ – Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar” (CORREIA, [2009], p. 4, grifo da autora). Esse último subsistema citado seria formado tanto por ambulatorios como por hospitais “credenciados, que poderão ser estatais, públicos não-estatais (filantrópicos) ou privados e poderão estar dentro do município ou, muito frequentemente, fora dele ofertados pelos consórcios intermunicipais” (CORREIA, [2009], p. 5).

Bravo e Matos (2009) explicitam que a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, para a presidência da república, foi resultado da reação da população brasileira às medidas implantadas no período anterior. A análise que se faz, após esses anos de governo, é que a política macroeconômica do governo anterior foi mantida e as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Consequentemente, a concepção de seguridade social não foi valorizada.

Oficialmente, a economia brasileira encontra-se em recessão desde 2014, devido à conjugação do contexto externo com elementos da nossa política interna. As respostas às crises recentes têm seguido, nos países da América Latina, as imposições de organismos multilaterais, a exemplo do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o BM, que condicionam a renegociação de dívidas externas por meio da adoção de medidas neoliberais.

Assim, desde o início da crise no Brasil, algumas medidas são implementadas aprofundando a tendência de desmonte do SUS. A Desvinculação das Receitas da União (DRU)¹¹, por exemplo, estava prevista para encerrar em 2015, mas a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 143/2015 decidiu por sua prorrogação até 2023 (DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, 2016). Sucintamente, pode-se descrever que “a partir do governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro. No governo Bolsonaro (2019-2022) tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 194).

É que, “pela aceleração da acumulação burguesa, o Brasil gestou um golpe em 2016 e, em seguida, vem desmontando seu Sistema Único de Saúde (SUS)” (MASCARO, 2020, p. 7), que tem sofrido desmontes constantes em decorrência de projetos privatistas. Durante o governo Temer, houve o adensamento no processo de contrarreforma e privatizações na política de saúde, a partir do *austericídio*¹² desencadeado pela implementação das medidas preconizadas na Emenda Constitucional (EC) 95/2016, congelando os gastos públicos na área social para os próximos 20 anos (TEIXEIRA; PAIM, 2018). Com a EC 95/2016, a política pública que mais perdeu recursos foi a saúde: 9,9% de 2016 a 2018, mantendo-se no mesmo nível, em 2019 (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2019 apud BEHRING, 2021).

¹¹ A DRU é um artifício jurídico que permite uma retirada ainda maior de dinheiro da saúde, o qual é redirecionado essencialmente para o pagamento da dívida em 1994 como uma medida excepcional, porque, no Brasil, uma série de tributos, como as contribuições sociais, compõem a receita vinculada, ou seja, os impostos *carimbados* para uma determinada área, como a saúde. À época, o governo precisava de dinheiro para gastos *prioritários* (basicamente o pagamento da dívida) e aprovou a DRU, prevendo a possibilidade emergencial do redirecionamento de até 20% dos gastos aprovados para áreas sociais para outros setores (DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, 2016).

¹² Nesse contexto, a austeridade fiscal, que consiste no corte de gastos públicos como em saúde e educação, tem sido utilizada como um dos pilares para a *superção* das crises financeiras, o que desencadeia, em contrapartida, graves impactos sobre o sistema de saúde e, dessa forma, sobre a saúde da população (DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, 2016).

Bravo, Pelaez e Menezes (2020), ainda no que diz respeito ao governo Bolsonaro, buscaram analisar as propostas do programa de governo, declarações à imprensa e o decorrer da gestão ministerial nos seis primeiros meses de governo. Com relação ao setor privado, “há apenas a defesa da privatização em geral, como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 199). Além disso, há a previsão de treinamento dos agentes comunitários de saúde para atuação como “[...] técnicos de saúde preventiva e [...] no controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 199).

As autoras ressaltam, também, que, para a política de saúde mental, teve destaque a divulgação da Nota Técnica nº 11/2019, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. O documento trouxe à tona debates e preocupações, pelo fato de reduzir a relevância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e fortalecer as comunidades terapêuticas e os manicômios, além de liberar a compra de aparelhos de choque elétrico/eletrochoque/eletroconvulsoterapia.

Outro destaque é o tema da eficiência dos hospitais estar presente na proposta de reforma do SUS, explicitada no documento do BM denominado *Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*, que foi apresentado na Câmara dos Deputados, em 04 de abril de 2019 (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). Uma de suas premissas é “que há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público, como se não houvesse necessidade de maior financiamento ou de revogação da EC 95” (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 203).

A partir do que foi apresentado nos últimos projetos de governos, evidencia-se uma intensificação da racionalidade hegemônica neoliberal implicada na política de saúde brasileira, que busca enfatizar a ineficiência do SUS por meio das orientações dos agentes internacionais, como foi parcialmente mencionado com o BM, o qual, constantemente, tem imposto o projeto de financeirização na política de saúde. Na esteira das orientações dos organismos internacionais, com destaque ao BM, a contrarreforma tem tido como perspectiva a privatização do setor público e a racionalidade dos gastos públicos, a partir de ajustes que têm potencializado o desmonte das políticas de proteção social e, sobremaneira, a política de saúde no atual estágio ultraneoliberal.

Bresser Pereira foi o ideólogo da proposta de contrarreforma administrativa do governo FHC (SOUZA FILHO, 2009). As reformas que Bresser Pereira pontua tratam-

se, na verdade, de um processo de *contrarreforma*, pois já é perceptível, no pensamento neoliberal contemporâneo, forte evocação do passado como resgate dos ideais liberais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006 apud BEHRING, 2009), na medida em que esse processo “[...] não foi um bloco homogêneo, mas uma combinação substancial, se não formal, entre o velho e o novo” (GRAMSCI, 2002 apud COUTINHO, 2012, p. 121). Nas palavras do próprio Bresser Pereira:

A reforma ou a reconstrução do Estado, particularmente pela via da Reforma Gerencial da administração pública, é uma resposta ao processo de globalização em curso, que ameaça reduzir a autonomia dos Estados na formulação e implementação de políticas, e, principalmente, à crise do Estado, que começou a se delinear em quase todo o mundo nos anos 70, mas que só assumiu plena definição nos anos 80. Uma primeira geração de reformas, nesses anos, promoveu o ajuste estrutural macroeconômico, por meio de medidas de ajuste fiscal, de liberalização comercial e de liberalização de preços – e já iniciou a reforma do estado, estrito senso, por meio dos programas de privatização. A causa fundamental por trás dessa primeira onda de reformas era a crise fiscal do Estado; o objetivo ilusório, caminhar em direção ao Estado mínimo desejado pelos ideólogos neoliberais (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 31).

Sendo assim, a expressão *Estado fraco ou mínimo* dispõe-se, para fins desta discussão, enquanto forma de caráter vago e ambíguo, carregada de conteúdo ideológico, com fins de manipular o imaginário social (CHESNAIS, 1996). Daí que a ideia de Estado fraco seja também, tendencialmente, o Estado mínimo, inicialmente defendida pela teoria liberal, e gradualmente abandonada à medida que o capitalismo nacional, enquanto relação social e política, foi exigindo maior intervenção estatal em favor do capital e em detrimento do trabalho. Dessa forma, esse consenso:

[...] é, de todos os consensos neoliberais, o mais frágil e mais sujeito a correções. É que o “encolhimento” do Estado – produzido pelos organismos conhecidos, tais como a desregulamentação, as privatizações e a redução dos serviços públicos – ocorre no final de um período de cerca de cento e cinquenta anos de constante expansão regulatória do Estado. Assim, [...] desregular implica uma intensa actividade regulatória do Estado [...] (SANTOS, 2002, p. 40-41, grifo do autor).

O neoliberalismo, então, parte do suposto de que o Estado se desviou de suas funções básicas, ao ampliar sua presença no setor produtivo, deixando, dessa forma, de ser o responsável pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado suas funções (BRAVO, 2009). Ocorre que o neoliberalismo “não preconiza a extinção do Estado, mas sim um novo Estado, forte para garantir as liberdades do mercado e parco na proteção ao mundo

do trabalho” (OLIVEIRA, 2011, p. 136).

Em geral, as funções que pertencem ao Estado são, em síntese, a proteção e reprodução da estrutura social e as relações de produção, ao passo que não se consegue esse objetivo a partir dos processos automáticos da economia. Suas funções não se originam das necessidades de produção ou da circulação de mercadoria. Nas sociedades pré-capitalistas, “[...] a propriedade privada assume a forma de apropriação privada da terra e do solo, e não das mercadorias. Nesses casos o Estado garante as relações entre os proprietários de terra e sua união contra inimigos [...]” (MANDEL, 1982, p. 335).

Analisa-se, desse modo, o Estado, conforme Behring (2021), como elemento central no que diz respeito ao processo de acumulação capitalista, enquanto um verdadeiro mecanismo de dominação de classe. Nesse sentido, tem-se “[...] em vista a apropriação privada do sub-produto social e/ou dominação de sua distribuição em qualquer tempo, em que pesem os trânsitos dos modos de produção – do feudalismo ao capitalismo” (BEHRING, 2021, p. 112).

Somado a isso, desencadeia-se, também, uma crise política em geral, sob todos os seus aspectos, não somente sob os diretamente preocupados com a legitimação ideológica de qualquer sistema particular do Estado. Desse modo, constitui-se como a única estrutura corretiva compatível com os parâmetros estruturais do capital enquanto modo de controle sociometabólico. Sua função é retificar a falta de unidade entre a produção e o controle; produção e consumo; produção e circulação (MÉSZÁROS, 2011b).

Assim, cabe colocar que, em contextos de depressão econômica, o capital tem um aliado imprescindível para a sua produção e reprodução: o Estado. Este afirma-se “como pré-requisito indispensável para o funcionamento permanente do sistema do capital” (MÉSZÁROS, 2011b, p. 108-109). Diante do que foi apresentado, com suporte dos autores, exige-se o reconhecimento de “que a sua natureza é capitalista. O Estado é o garantidor da manutenção da relação de produção” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 15). Diante desse contexto, podemos destacar uma tendência de que:

Entendemos por ultraneoliberalismo essa mais recente forma do neoliberalismo, que não se resume ao Brasil, pois pode ser observada em vários países no mundo. A maioria dos autores do campo crítico, adotando ou não esse termo, concordam que o neoliberalismo sofre uma inflexão que aprofunda seus pressupostos, como consequência da crise financeira de 2008. Apesar de a crise ser centralmente das atividades do setor privado financeiro, e fazer parte de um momento estrutural de crise do capital que se

arrasta por décadas, ela foi apresentada, mais uma vez, como uma crise do Estado, que de fato, absorveu os prejuízos do capital por meio de fundo público, com a justificativa de que bancos e instituições financeiras eram “grandes demais para quebrar” o que afetaria o conjunto da sociedade (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020, p. 106, grifo das autoras).

Pode-se descrever, assim, o atual patamar da racionalidade hegemônica capitalista que perpassa o SUS como *ultraneoliberal*, caracterizado como “[...] as exigências que ultrapassam as privatizações e os cortes dos recursos das políticas públicas, mesmo aquelas focalizadas e compensatórias” (SILVA, 2020, p. 315-316). Em concordância, Freire e Cortes afirmam:

[...] que o sucesso ideológico da racionalidade neoliberal proporcionou um agigantamento da sua agenda transformando suas metas em uma verdadeira avalanche ultraneoliberal [e isso] se confirma quando percebemos a velocidade das perdas de direitos sociais nos últimos três anos (FREIRE; CORTES, 2020, p. 40).

No quadro brasileiro, conforme Mascaro (2020), a pandemia e a crise econômica já existente “encontram um grau ímpar de regressismo e reacionarismo político e social, que, sob o governo de Jair Bolsonaro, majorou-se em relação as próprias experiências neoliberais precedentes”, ao passo que “ecoa políticas de direitas havidas em torno do Governo Temer e no final do governo Dilma Rousseff, na antessala de sua derrubada” (p. 12).

Em meio à grave crise socio sanitária desencadeada com avanço da Covid-19, os Estados de governos, por mais neoliberais que sejam, “[...] tiveram que tomar para si a luta contra o avanço da doença centralizando em seu ministério da saúde as informações relativas aos recursos disponíveis [...]” (MARQUES, 2020, on-line). Cabe enfatizar a relevância e centralidade do SUS, de modo que “em meio a este tempo presente de 2020 com a crise capitalista, a pandemia da Covid-19 e a gestão de um governo de extrema direita, a grande trincheira que vem defendendo a vida da população brasileira é o nosso Sistema Único de Saúde” (SOARES, 2020, p. 315). Dessa forma, “se ainda há um sopro de esperança e vida nos corredores dos hospitais do Brasil é porque o Sistema Único de Saúde (SUS) exerce um papel importantíssimo de entidade atuante no território” (RODRIGUES; LANDIM; SANTOS, 2020, on-line).

Verifica-se, até aqui, que, desde 2016, o projeto privatista tem sido acentuado a partir das políticas e propostas dos últimos governos, bem como a racionalidade capitalista hegemônica condensa e legitima os processos de contrarreforma na

política de saúde, a partir de um viés ultraneoliberal que tem como escopo central atender os interesses mercadológicos e/ou privatistas. A princípio, essa configuração foi percebida através da análise de propostas, projetos de governo e as falas à imprensa, no entanto, a novidade dessas tendências em curso “[...] é que cada vez mais essa racionalidade alinha-se a elementos do neoconservadorismo, do fundamentalismo religioso e, em seguida, acrescenta elementos do negacionismo científico [...]” (SOARES, 2020, p. 297). A partir do contexto de crise socio sanitária com a “[...] pandemia da Covid-19, [...] tais elementos parecem tomar a forma de um projeto em disputa no âmbito da gestão federal da política de saúde, fundamentado no irracionalismo” (SOARES, 2020, p. 297-298).

A mesma autora pontua que o discurso e práticas políticas do ex-presidente Jair Bolsonaro expressam “a defesa de interesses econômicos em detrimento da vida da população”. Tajra (2020) destaca que, em 17 de março de 2020, o então chefe do executivo afirmou: “Esse vírus trouxe uma certa histeria. Tem alguns governadores, no meu entender, posso até estar errado, que estão tomando medidas que vão prejudicar e muito a nossa economia” (apud SOARES, 2020, p. 303-304).

Para reafirmar os elementos levantados pela autora, pode-se apontar que, diante desse cenário catastrófico, o que se verifica é que há debate que versa acerca de qual seria a primazia das estratégias políticas, isto é, estratégias e articulações para salvar vidas ou as economias dos Estados nacionais, ou ainda quem deve viver ou morrer diante dessa crise. Infere-se que esse embate também se configura enquanto traço de necropolítica, o que mencionamos parcialmente no item anterior. A soberania, diante das estratégias de poder para a morte ou política deste mesmo fim, concentra-se na capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é *descartável* e quem não é (MBEMBE, 2016).

Em entrevista especial concedida a João Vitor Santos, em abril de 2021, publicada originalmente pelo Instituto Humanitas Unisinos, a médica sanitária Lúcia Souto, Doutora em Saúde Pública, destacou que a ausência de coordenação nacional, bem como o negacionismo contra vacinas são, dentre outras, algumas das explicações para o extermínio que vivemos, pois:

Desde a chegada da Covid-19 ao Brasil o que expressa o descaso e a despreocupação do governo com uma política contínua de enfrentamento à pandemia. Os dois primeiros ministros (Mandetta e Teich) eram especialistas na área da saúde com histórica vinculação ao setor privado da saúde. Já o terceiro ministro é um militar, o general Eduardo Pazuello, sem formação e

experiência na área, que está promovendo um processo de militarização do Ministério da Saúde e um verdadeiro desmonte de sua estrutura técnica, mediante a nomeação de vários militares para o preenchimento de cargos (SOUTO, 2021, on-line).

Ainda segundo a entrevistada, a terceira onda da pandemia foi uma expressão do total descontrole da pandemia no Brasil, “resultante da convergência de pelo menos três fatores: a ausência de medidas coordenadas de distanciamento físico, a baixa vacinação e o espalhamento de novas variantes” (SOUTO, 2021, on-line). Seguindo nessa mesma direção de sentido, pode-se mencionar, também, a título de ilustração, que os altos índices de infecções e óbitos “em países que lidaram com a enfermidade de maneira mais responsável e com um Estado mais presente são menos impactantes em comparação aos países que negligenciaram a doença ou nem sequer decretaram *lockdown*”. (RODRIGUES; LANDIM; SANTOS, 2020, on-line).

É que, conforme explicita Mascaro (2020), a solução de Donald Trump, até há pouco tempo, como também a de Bolsonaro é a de investir na crise como reação à crise. Segundo o autor, trata-se de um movimento múltiplo que se inicia com um negacionismo, a exemplo de como foi típico também de muitos governos nas reações da crise de 1929. Em seguida, trata-se de uma estratégia política, na medida em que tais líderes põem-se em oposição à própria realidade sobre a qual governam, diminuindo, dessa forma, “custos políticos e responsabilidades que lhe sejam inerentes, valendo-se dos seus públicos cativos de extrema direita e de discursos e pensamentos anticientificistas” (MASCARO, 2020, p. 13).

Já em relação propriamente a esses governos supracitados, cabe destacar que “a escalada da pandemia no Brasil é comparável à dos EUA, onde já foram observadas três ondas” (SOUTO, 2021, on-line). Entretanto, mediante a mudança de governo, “o número de casos caiu substancialmente: quase 80% em relação a janeiro. Isso é resultado de uma mudança radical na política de enfrentamento da pandemia” (SOUTO, 2021, on-line). De outro modo, a extrema e urgente necessidade de ampliação de leitos, sobretudo os leitos de UTI, bem como a aquisição de respiradores e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais de saúde demandavam maior recurso do que a realidade do orçamento público que a política de saúde no Brasil comporta (SOARES, 2020).

A pandemia, “acirrada pela crise do capital em contexto hegemônico do neoliberalismo e do capitalismo financeirizado, leva a uma profunda recessão

econômica com aumento do desemprego e da desigualdade social global” (SALVADOR, 2020a, p. 1-2). É dessa forma que ocorrem as disputas dos recursos em uma economia, isto é, os dilemas “de financeirização do capitalismo, ajuste fiscal e de ‘reformas’ do Estado” (SALVADOR, 2020b, p. 367, grifo do autor).

Infere-se que há a tendência de se interpretar as contas de acordo com quem se quer culpar, e o governo federal certamente culpou o vírus da Covid-19 (DOWBOR, 2020). Tal situação, no contexto de crise estrutural do capital, vem ganhando força no tocante ao adensamento dos ajustes das políticas sociais no atual patamar ultraneoliberal de racionalidade capitalista. Diante disso, o professor Dowbor (2020) faz uma alerta que julgamos ser pertinente a esse contexto, que é ter a convicção, de uma vez por todas, que o dinheiro do governo é o nosso dinheiro e, desse modo, saber o que acontece com ele é essencial, e não há nada de complicado nisso.

Segundo Dowbor (2020), os grupos que controlam o dinheiro preferem que fiquemos discutindo acerca das grandes prioridades sociais, a exemplo da educação, da saúde ou outras políticas em termos gerais, mas não sobre o dinheiro, que é elemento essencial para assegurar as políticas sociais – é o que permite ter serviços de saúde, educação e outros. Trata-se, dessa forma, das contas públicas. Seguir o dinheiro, todavia, é esclarecedor e faz com que se entenda a política e as grandes porções.

Vale reiterar que, com a EC 95, houve sepultamento e a vinculação dos recursos obrigatórios da União, direcionados para as políticas de educação e saúde, a partir de 2018 (SALVADOR, 2020b). Como consequência, os gastos com a política pública de saúde encontram-se “praticamente congelados, em termos reais, ao longo do período, apresentando uma pífia evolução de 0,39%, saindo de 118,63 bilhões de reais, em 2016, para 119,10 bilhões de reais, em valores pagos em 2019” (SALVADOR, 2020b, p. 381). Com as tendências de ajuste fiscal permanente, o então governo caucionava a prioridade no que diz respeito ao “pagamento das despesas financeiras, com juros, encargos e amortização da dívida pública, em detrimento dos gastos sociais, que já apresentam encolhimento em várias funções orçamentárias, no período de 2016 a 2019” (SALVADOR, 2020b, p. 385).

Até aqui, pode-se depreender que a crise estrutural do capital, de natureza rastejante – que, entretanto, avança implacavelmente – só pode ser entendida como um processo contraditório de ajustes recíprocos (uma espécie de *guerra de atrito*) (MÉSZÁROS, 2011b), que seriam formas e ataques contínuos. E que o Brasil, por sua

vez, “convive há algumas décadas com uma espécie de ajuste fiscal permanente” (BEHRING, 2021, p. 145). Avalia-se, desse modo, no contexto atual de crise socio sanitária, que “os efeitos da COVID-19 foram praticamente ignorados pelo governo e acabaram agravados pelas medidas de ajuste fiscal permanente e sua face mais recente de austeridade fiscal” (SALVADOR, 2020a, p. 2).

Souto (2021) pontua, ainda, na entrevista mencionada anteriormente, que, apesar de toda essa política de ataque e desestruturação do SUS, imposto pela EC 95, bem como pela tentativa de privatização da atenção básica, por meio do Decreto 10.530, ainda na gestão Luiz Henrique Mandetta, o SUS representou um sustentáculo no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Conforme Souto (2021), essa realidade pode ser medida pelo aumento expressivo no que diz respeito a confiança da população no SUS.

Nesse sentido, a “pesquisa Exame/Ideia publicada em 9 de abril mostra que para 61% dos entrevistados, o SUS tem mais competência para lidar com os problemas da pandemia do que a rede privada”, pois, mesmo com todo o cenário de turbulência, “o SUS salvou incontáveis vidas, demonstrou sua relevância para o enfrentamento da pandemia, evidenciando o quanto o Brasil precisa do sistema de saúde” (SOUTO, 2021, on-line). Isso provoca uma conjuntura que expressa, mais do que nunca, a luta em defesa da política pública de saúde e pelo SUS, pois o referencial teórico denuncia que são “três décadas de existência desse sistema com recorrentes embates e sinais claros de redução de sua sustentabilidade financeira” (MENDES; CARNUT, 2020, p. 11).

Enquanto uma das categorias profissionais envolvidas nessa defesa, pode-se mencionar os/as assistentes sociais, profissionais da política de saúde brasileira, cujo projeto profissional tem como proposição a luta em favor da democracia e da cidadania, tendo em vista a defesa dos direitos humanos e sociais, o que engloba o direito humano à saúde. Nessa inclinação, para o próximo capítulo, a problematização pauta-se acerca do processo de trabalho do/da assistente social, que é fundamental para se compreender e/ou verificar de que forma o contexto de crise socio sanitária tem afetado o cotidiano profissional dessa categoria.

3 O PROCESSO DE TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Neste capítulo, são problematizadas as conexões genéticas e atuais do Serviço Social mediante “suas particularidades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica” (PAULO NETTO, 2001, p. 18). Isto é, explicita-se que esses/as profissionais já vivenciam as implicações das mudanças macroscópicas da sociedade capitalista e que o contexto de crise do contexto pandêmico tem acentuado as contradições no que diz respeito a sua intervenção no interior do processo de trabalho coletivo em saúde.

3.1 Serviço Social e o processo de trabalho

Apreender o processo de trabalho do/a assistente social é situá-lo na divisão social e técnica do trabalho coletivo. É buscar analisar suas reconfigurações na atualidade. O ponto principal, para esse debate, é sua inserção no processo da produção e reprodução das relações sociais, enquanto uma das múltiplas formas de especialização do trabalho social e/ou coletivo. As relações sociais são altamente determinadas pela forma de organização do trabalho: o modo de produção.

O trabalho ou atividade propriamente humana é dado primário da produção social e, conseqüentemente, das determinações das relações sociais que emanam desse processo. Foi a partir do trabalho que o ser humano pode contrapor-se como sujeito ao mundo dos objetos naturais (KONDER, 2005). É nesse processo que se estabelece a relação entre sujeito e objeto, na qual o homem passa a ser sujeito ativo na natureza. O trabalho é esse elo responsável pelo desenvolvimento histórico-social da humanidade.

No entanto, com a divisão social do trabalho, alguns homens passaram a dispor de meios para explorar o trabalho dos outros. É quando surge o estranhamento. É necessário compreender que a “divisão do trabalho e propriedade privada conforme Marx são termos idênticos: um diz em relação a exploração do trabalho escravo a mesma coisa que o outro diz em relação ao produto da exploração do trabalho escravo” (KONDER, 2005, p. 30). Todavia, é apenas na idade do capitalismo dos monopólios, em meio à intercorrência do conjunto de processos econômicos, políticos e sociais, que se instaura o espaço histórico-social que possibilita a emergência do Serviço Social (PAULO NETTO, 2001).

O Serviço Social, no entanto, origina-se e desenvolve-se no interior do capitalismo monopolista clássico que levou “ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada: internacionalizada a produção, grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e estados” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 24). Os autores demarcam esse período entre os anos 1890 e 1940. Já com relação aos monopólios, Mézáros explicita que:

Os países capitalistas dominantes sempre defenderam (e continuam a defender) seus interesses econômicos vitais como combativas entidades nacionais, apesar de toda a retórica e mistificação em contrário. Suas campanhas mais poderosas estabeleceram-se e continuam a funcionar pelo mundo afora; são “multinacionais” apenas no nome. Na verdade, são corporações *transnacionais* que não se sustentariam por si mesmas [...] A expressão “multinacional” é frequentemente usada de modo completamente equivocado, ocultando a verdadeira questão do domínio das empresas capitalistas de uma nação mais poderosa sobre as economias locais – em perfeita sintonia com as determinações e os antagonismos mais profundos do sistema do capital global (MÉSZÁROS, 2011b, p. 229, grifos do autor).

Demarcado esse período, um fator importante para este debate é que não é o agente técnico que se constitui para criar um dado espaço que leva à constituição profissional engendrada na sociedade burguesa com a consolidação do monopólio. Esse processo de consolidação ocorreu mediante as modalidades pelas quais o Estado Burguês enfrenta a “*questão social*”, tipificadas nas políticas sociais, que se constituem enquanto procedimentos técnicos-operativos e requerem agentes técnicos em dois planos (PAULO NETTO, 2001):

O da formulação e o da implementação. Neste último, em que a natureza da prática técnica é essencialmente executiva, põe-se a demanda de atores da mais variada ordem, entre os quais aqueles que se alocam prioritariamente ao patamar terminal da ação executiva – ponto em que diversos vulnerabilizados pelas sequelas e refrações da “*questão social*” recebem a direta e imediata resposta articulada nas políticas sociais setoriais (PAULO NETTO, 2001, p. 74, grifo do autor).

Consolidou-se, dessa forma, o mercado de trabalho do/a assistente social pelo direcionamento das políticas sociais no estado capitalista do/no estágio do monopólio, mesmo com o seu traço interventivo, enquanto agente técnico executivo para a implementação das políticas sociais de enfrentamento das sequelas da questão social, conforme caracteriza o autor supracitado.

Com o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais, os novos impasses desse processo passaram a exigir profissionais qualificados para o seu

atendimento, em conformidade “com os parâmetros de racionalidade e eficiência inerentes a socialidade capitalista” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 83). É também sob esse contexto que emerge a chamada “‘questão social’, a qual se torna base de justificação desse tipo de profissional especializado” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 83, grifo dos autores):

É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mas além da caridade e da repressão. O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicos, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 84).

E, quanto à classe trabalhadora, esta engloba tanto a parcela dessa classe que se encontra diretamente inserida no mercado de trabalho, como aquele excedente para as necessidades médias de exploração do capital, a parcela intitulada *exército industrial de reserva*. Ou, pode-se acrescentar, as “diferentes formas de existência da superpopulação relativa” (MARX, 2013, p. 716).

Essa superpopulação relativa possui, incessantemente, três formas: a flutuante, a latente e a estagnada. Nos centros da indústria moderna, os trabalhadores ora são repelidos, ora atraídos novamente em maior volume, mesmo que, de modo geral, o número de trabalhadores ocupados cresce, ainda que de forma decrescente, no que diz respeito à produção geral. Essa é a forma flutuante (MARX, 2013).

No entanto, assim que a produção capitalista se apropria da agricultura, a demanda da população trabalhadora rural “decrece em termos absolutos na mesma proporção em que aumenta a acumulação do capital em funcionamento dessa esfera” (MARX, 2013, p. 717). Diante disso, a população rural encontra-se “continuamente em vias de transferir-se para o trabalhador proletariado urbano ou manufatureiro, e à espreita de circunstâncias favoráveis a essa metamorfose” (MARX, 2013, p. 717). Aqui, verifica-se a forma de superpopulação latente.

Tem-se, também, a terceira categoria de superpopulação, a estagnada: forma uma parcela do exército de trabalhadores ativos, porém com ocupação totalmente irregular, que “proporciona ao capital um depósito inesgotável de força de trabalho disponível”, de modo que “seu volume se amplia à medida que avança, com o volume e a energia da acumulação, a ‘transformação dos trabalhadores em supranumerários” (MARX, 2013, p. 718, grifo do autor). Entretanto, Marx sublinha que o depósito mais

baixo dessa superpopulação, de modo geral, povoa o pauperismo:

[...] o lumpemproletariado, propriamente dito, essa camada social é formada por três categorias. Em primeiro lugar, os aptos ao trabalho. Basta observar superficialmente as estatísticas do pauperismo inglês para constatar que sua massa engrossa a cada crise e diminui a cada retomada dos negócios. Em segundo lugar, os órfãos e os filhos de indigentes. Estes são candidatos ao exército industrial de reserva e, massivamente alistados no exército ativo de trabalhadores. Em terceiro lugar os degradados, maltrapilhos, incapacitados ao trabalho. Trata-se especialmente do trabalho, daqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e, finalmente, das vítimas da indústria-aleijados, doentes, viúvas etc., cujo número aumenta com a maquinaria perigosa, a mineração, as fábricas químicas etc. (MARX, 2013, p. 719).

Conseqüentemente, com o agravamento dessas manifestações da questão social, provocada pela produção capitalista, pode-se depreender que “este segmento de trabalhadores, não podendo sobreviver principalmente de salário, enquanto está socialmente impossibilitado de produzi-lo, passa a depender da renda de todas as classes” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 84).

Assim, o Serviço Social, no Brasil, afirma-se como uma profissão, estreitamente integrado ao setor público, em especial, diante da progressiva ampliação do controle e do âmbito da ação do Estado junto à sociedade civil. Vinculam-se, também, as organizações patronais privadas de caráter empresarial, dedicadas às atividades produtivas propriamente ditas e à prestação de serviços sociais à população. A profissão se consolida, então, como parte integrante do aparato estatal e de empresas privadas, e o profissional, como um assalariado a seu serviço (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

Dentre as organizações institucionais que mediatizam o exercício profissional, conforme os autores supracitados, cabe ao Estado uma posição de destaque, de modo que é, tradicionalmente, um dos maiores empregadores de assistentes sociais no contexto brasileiro. Assim, a profissão é polarizada por interesses de classes antagônicas e, participa também:

[...] do processo social, reproduzindo e reforçando as contradições básicas que conformam a sociedade do capital, ao mesmo tempo e pelas mesmas atividades em que é mobilizada para reforçar as condições de dominação, como dois polos inseparáveis de mesma unidade (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 101).

Iamamoto e Carvalho (2014) vêm enfatizando, por meio de sua obra fundamental, o debate da gênese e significado profissional – no cotidiano da vida

social, enquanto tecnologia e/ou recurso que englobou as intervenções estatais nas contradições emergentes do modo de produção capitalista, no cerne do monopólio –, que o Serviço Social não se constituiu a partir de uma proposição unilateral, do ponto de vista histórico. Pois, embora estabelecida para servir aos interesses do capital, a profissão em si não:

[...] reproduz monoliticamente, necessidades que lhes são exclusivas: participa também, ao lado de outras instituições sociais, das respostas as necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, em face das suas condições de vida, dadas historicamente (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 102).

Foram essas forças contraditórias que criaram as bases que proporcionaram, no processo de renovação de seu estatuto profissional¹, um projeto coletivo² que “[...] beneficia-se tanto da socialização da política conquistada pelas classes trabalhadoras, quanto dos avanços de ordem teórico-metodológica, ética e política acumulados no universo do Serviço Social a partir dos anos de 1980” (IAMAMOTO, 2009a, p. 11). Dessa forma, não se pode, face a essa problematização, deixar de considerar as tendências e/ou os fundamentos teórico-metodológicos que embasam as análises e suas intermediações, mediante as demandas postas pelo recorte do universo empírico em que estão inseridos/as os/as profissionais, isto é, as bases que, historicamente, foram subsidiando o seu processo de trabalho.

Mas, para isso, é crucial pairar na mente um fator fundamental: que a profissão, bem como “o conhecimento que a ilumina, se explicam no movimento histórico da sociedade” (YAZBEK, 2009a, p. 144), ocorre no cerne da interlocução com o movimento dialético da realidade. As bases de institucionalização do Serviço Social, no contexto brasileiro, deram-se mediante a incidência do referencial católico. O/A profissional contribuía sobre valores e aspectos comportamentais de sua clientela, vislumbrando sua integração à sociedade, com base nos pensamentos de São Tomás

¹ Cabe trazer sucintamente à memória que esse movimento culminou no amadurecimento profissional. Com as mudanças econômicas, políticas e sociais nos anos 1960, que caracterizam a expansão do capitalismo mundial, que impôs aos países da América Latina modo de desenvolvimento excludente, a profissão direciona inúmeros questionamentos ao Serviço social tradicional, a partir de um movimento de grande amplitude de visão teórico-metodológico, político e operativo, que colocou aos assistentes sociais a necessidade de construção de um projeto comprometido com a classe trabalhadora (YAZBEK, 2009a).

² Mencionaremos esse projeto coletivo profissional interrelacionando com o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, como forma de qualificar o significado da profissão no cerne da sociedade, o que inclui sua inserção nos espaços públicos de direitos, campos consolidados de intervenção do/a assistente social, o que compreende também a política pública de saúde.

de Aquino, no século XII, e isso era um doutrinário, uma visão de mundo.

Enquanto método de análise social, o primeiro suporte foi buscado na matriz positivista, método que trabalha com a aparência dos fatos, não aponta mudanças, volta-se para ajustes e conservação, particularmente pela vertente funcionalista. Ocorre, nos anos 1960, face às inúmeras mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, o questionamento a esse referencial, a partir de um amplo movimento de revisão global nos níveis teóricos, metodológicos e operativos (YAZBEK, 2009a).

É no âmbito desse movimento que se iniciam as primeiras aproximações com a teoria social marxista, mesmo que, de início, de forma tortuosa. E é apenas na década de 1980 que essa teoria social se efetiva com a profissão. Essa matriz, todavia, não é um conhecimento manipulador. Analisa fatos e indicadores como expressões, mas não como fundamentos últimos da análise social. Busca apreender o movimento contraditório da sociedade capitalista (YAZBEK, 2009a). Esse movimento foi crucial, pois somente a partir desse momento de maturidade teórico-metodológica foi que houve a possibilidade de perceber, analiticamente, a profissão como especialidade do trabalho coletivo, isto é, inserida no processo de relações sociais do modo de produção vigente.

No contexto mais recente de financeirização, mundialização ou globalização e/ou de capital transnacional globalmente expansionista, a terminologia utilizada pelo intelectual Mészáros (2011a; 2011b), apontada reiteradamente no capítulo que antecedeu esta discussão, infere-se ser, para esta fundamentação, a que melhor transmite as peculiaridades das mudanças sociais do atual contexto, considerando a crise rastejante e as estratégias, não de sua superação, mas de manutenção e expansão da racionalidade hegemônica. Essa racionalidade traz, em seu seio, profundas repercussões na trajetória das políticas públicas, em suas conhecidas diretrizes de focalização, descentralização e regressão dos direitos do trabalho. Confere, também, redimensionamentos às requisições dirigidas aos/às assistentes sociais.

Pode-se ponderar que suas expressões perpassam além das desigualdades, pois essa *questão*:

[...] expressa a banalização da vida humana, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes maiorias de trabalhadores e dos direitos a elas atinentes. Indiferença ante os destinos de enormes contingentes de homens e mulheres, trabalhadores excedentes para as necessidades médias do capital (IAMAMOTO, 2013, p. 332).

Acerca do processo de trabalho profissional, cabe pontuar, também, quanto ao significado da profissão, que “o Serviço Social não desempenha função produtiva” (PAULO NETTO, 2001, p. 75). Mas, para compreender melhor essa particularidade da profissão, é pertinente analisar essas dimensões que se apresentam ao debate: trabalho produtivo e improdutivo. No primeiro volume da obra *A dialética do trabalho*, que trata de escritos de Marx e Engels e tem organização de Ricardo Antunes (2013), é possível verificar esses elementos.

Conforme os escritos, apresenta-se como produtivo o trabalho que se realiza em um produto, mais precisamente em mercadoria. Do ponto de vista do processo capitalista de produção, acrescenta-se a determinação mais precisa: de que é produtivo o trabalho que valoriza diretamente o capital, o que produz mais-valia. Todo trabalhador produtivo é assalariado, mas nem todo assalariado é trabalhador produtivo. Necessário compreender que, quando se compra o trabalho para consumi-lo como valor de uso, como serviço, esse trabalho não é produtivo. Aqui, o trabalho é consumido por causa de seu valor de uso, e não como trabalho que gera valores de troca; consome-se essa atividade de forma improdutivo, não produtivamente (ANTUNES, 2013).

Tem-se, pois, que “quanto mais se desenvolve a produção em geral como produção de mercadorias, tanto mais cada qual quer e deve converter-se em vendedor de mercadorias, fazer dinheiro, seja com o seu produto seja com seus serviços”³ (ANTUNES, 2013, p. 139). Ademais, no processo de produção capitalista, “todos os serviços se transformam em trabalho assalariado, e todos os seus executantes em assalariados” (ANTUNES, 2013, p. 130). Além disso:

O processo de trabalho capitalista não anula as determinações gerais do processo de trabalho. Produz produtos e mercadorias. O trabalho continua sendo produtivo na medida em que se objetiva em mercadorias como unidade de valor de uso e de valor de troca (ANTUNES, 2013, p. 126).

Não cabe aqui uma análise delongada acerca dessas premissas que compõem o trabalho coletivo, pois não é intuitivo, como toda discussão científica. Requer conhecimentos aprofundados e prévios, o que, neste momento, nortearia esse

³ Isso remete a algo bastante corriqueiro nas instituições sociais que compõem o SUS, sobretudo as ambiências hospitalares, que é o termo *faturar*. Reverbera-se, entre os trabalhadores, que, por meio de seus serviços ou em exercício destes, são bastantes cobrados com relação a cada evolução em prontuário, cada assinatura recolhida dos usuários, após cada atendimento, para que possa gerar faturamento.

trabalho em outra direção distinta ao objeto proposto. No entanto, ter pontuado esses elementos é evidentemente necessário, na medida em que é possível qualificar o Serviço Social como uma das formas de trabalho geral, por meio da vertente improdutiva, isto é, no sentido de produzir objetos, mercadoria, ainda que bastante utilizável. Isso remete à gênese da profissão como um dos recursos de Estado para intervir na pobreza e desigualdades produzidas com o ampliamto do modo de produção vigente.

Iamamoto (2009a) destaca que os processos de contrarreforma do Estado, a reestruturação produtiva e ideologia neoliberal – os quais tem sido também trazidos na construção deste debate –, embora estejam sendo tratados por intelectuais de forma isolada, constituem faces de uma mesma moeda, do mesmo projeto de expropriação do trabalho e dos trabalhadores: a barbárie social. E é dentro desse cenário que os/as profissionais não somente executam, mas também elaboram e propositam políticas e programas sociais, em meio a todos os desafios, desmontes e ataques aos direitos humanos e sociais, somados a sua condição de trabalhador/a assalariado/a. Nessa determinação, é importante apreender que:

O Serviço Social no Brasil, embora regulamentado como profissão liberal, não tem uma tradição de prática peculiar às profissões liberais na acepção corrente do termo. O assistente social não tem sido um profissional autônomo, que exerça independentemente suas atividades, dispondo das condições materiais e técnicas para o exercício de seu trabalho e do completo controle sobre o mesmo, seja no que se refere à maneira de exercê-lo, ao estabelecimento da jornada de trabalho, ao nível de remuneração e, ainda, ao estabelecimento do “público ou clientela a ser atingida” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 86, grifo dos autores).

Mesmo com essa condição de trabalho assalariado que incide na autonomia profissional, os autores apontam, brilhantemente, que não se exclui de modo integral, porquanto certos traços marcam uma prática liberal, a exemplo do próprio Código de Ética da profissão e do caráter não rotineiro da intervenção, que pode viabilizar certa manobra e liberdade no exercício de suas funções (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014). Os tensionamentos que envolvem a contradição entre profissão liberal e trabalho assalariado, que implica a dimensão de autonomia profissional, serão pontuados no capítulo da narrativa de campo na saúde, cujos desdobramentos recaem de forma ferrenha no contexto da crise que despiu as desigualdades sociais, somados, ainda, à ideologia de roupagem ultraneoliberal. Por ora, prossegue-se à discussão com base em apontamentos de autores no que diz respeito à significação da práxis do/a

assistente social na saúde, no contexto geral.

3.2 Assistente social: trabalhador/a da saúde

Apontou-se, no subitem anterior, a emergência do Serviço Social como profissão na divisão social e técnica do trabalho. Não cabe aqui redundância quanto a essa particularidade histórica, mas apenas situar que esse processo se deu diante da necessidade de intervenção do Estado na questão social advinda das contradições do modo de produção capitalista, no estágio monopolista. Reafirmar esse aspecto é fundamental para apreendermos a profissão “como atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas que imprimem certa direção social ao exercício profissional” (YAZBEK, 2009b, p. 128).

Conforme o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o/a assistente social é, majoritariamente, um/a funcionário/a público/a que, no contexto brasileiro, “[...] atua predominantemente na formulação, planejamento e execução de políticas sociais com destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras⁴” (2005 apud IAMAMOTO, 2009b, p. 345). Um ligeiro relato histórico apresentado por Matos (2017) aponta que o Serviço Social, em suas protoformas, buscou, com êxito, a institucionalização da profissão sem um questionamento ao modelo burguês de desenvolvimento.

Nos serviços de saúde, a inserção da profissão se deu a partir do modelo médico clínico. O assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical) como aquele que poderia contribuir com o trabalho médico:

Daí muito ter se usado, à época a categoria paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalham na saúde. Aparentemente não se tinha, um objetivo próprio para os paramédicos, ficando sua atuação para aquilo que o médico lhes delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ao não queria fazer. Contudo, estamos falando de uma época específica, década de 1940, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo de conhecimento de outras áreas também se pautava em pressupostos positivistas (MATOS, 2017, p. 59).

É só a partir de 1970 que o Serviço Social enfrenta questionamentos no cerne

⁴ Assim o CFESS caracteriza o/a profissional de Serviço Social, bem como seus espaços sócio-ocupacionais.

da profissão, com o processo de reconceituação que ocorre concomitantemente ao movimento de reforma sanitária. No entanto, a partir dos anos 1990, pode-se afirmar que há uma incorporação, pelos/as assistentes sociais, dos princípios da reforma sanitária que se constituem, em sua maioria, nos princípios do SUS (MATOS, 2017).

O projeto profissional é, também, projeto político, visto que, nos projetos societários, assim como em qualquer projeto coletivo, há uma dimensão política (TEIXEIRA; BRAZ, 2009), desta forma, são interrelacionados e vislumbram uma nova sociabilidade. Os princípios do projeto da categoria, estão dispostos no Código de Ética Profissional do/a assistente social de 1993, a saber:

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, [2012], p. 24-25).

Já os princípios do Movimento e Reforma Sanitária Brasileira, que foram incorporados ao SUS, conforme Matos (2017), são: a) universalidade: defesa de todos; b) descentralização: prioridade ao planejamento da esfera local; c) hierarquização: ordenação da prestação de acordo com a demanda apresentada; d) integralidade: entendimento do homem enquanto totalidade; e) articulação dos

saberes envolvidos nos processos de: promoção, prevenção e cura; f) regionalização: a situação de saúde da população está relacionada a diferentes condições de vida; e g) participação popular: participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde.

O projeto ético-político do Serviço Social é de uma corporação profissional, e o da Reforma Sanitária é mais amplo: aglutina diferentes profissões e formula uma política de Estado. Os projetos têm pontos em comum, especialmente quanto à defesa dos direitos inalienáveis do homem e do público (MATOS, 2017), o que inclui o direito humano à saúde. Cabe ao/a profissional internalizar esses princípios no seu trabalho interventivo e investigativo no âmbito do SUS.

Quanto às particularidades do trabalho do/a assistente social na saúde, pode-se situar a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa resolução considera a relevância da prática interdisciplinar, ao passo que a 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentou, entre as questões fundamentais, o atendimento integral, além de ter reconhecido o/a assistente social como trabalhador/a da saúde (BRASIL, 1997).

Tendo em conta essa mesma perspectiva interdisciplinar, a Resolução nº 383/1999, do CFESS, caracterizou também o/a assistente social como trabalhador/a da política de saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011 [1999]). Nessa perspectiva legal, é válido mencionar que os/as assistentes sociais atuam, na saúde, em quatro grandes eixos, a saber: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

Ainda conforme o Conselho Federal de Serviço Social (2010, p. 41), o “atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde”, perpassando a atenção básica até os serviços de ações de média e alta complexidade. As ações que predominam no atendimento direto devem ser: “ações socioassistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; ações socioeducativas” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2012, p. 14). As primeiras são desenvolvidas no âmbito da ação direta com os usuários, nos diferentes níveis de complexidade, nos serviços de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Em alguns espaços e/ou unidades de saúde, como é o caso da ambiência hospitalar, o Serviço Social tem seguido certa lógica de padronização de suas

estratégias de planejamento, por meio do plantão⁵. Nesse ínterim, “as demandas são atendidas individualmente através de ‘orientações diversas’, ‘encaminhamentos’, ‘esclarecimentos’, ‘informações’, ‘providências’, ‘apoio’, ‘aconselhamento’, atividades apontadas pela quase totalidade dos assistentes sociais” (VASCONCELOS, 2009, p. 247, grifos da autora).

Em todos esses espaços, os/as assistentes sociais “não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para a atuação na área da saúde” (MATOS, 2017, p. 65). No entanto, mesmo não “havendo uma atuação ou saber exclusivos do Serviço Social nesta área – como também em nenhuma área das políticas sociais setoriais – há no exercício profissional na saúde particularidades” (MATOS, 2017, p. 65).

Não é objeto de análise desta pesquisa discutir a categoria da particularidade – isto é, no sentido de reflexão e/ou elaboração conceitual da particularidade em si⁶. Entretanto, destaca-se que todas as profissões da área social possuem particularidades, conforme explicita Montaño (2007), mediadas “pela sua significação social, pela sua funcionalidade, pela sua inserção no universal” (p. 155). Pode-se verificar que, nos serviços de saúde:

A inserção dos/as assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. Considere-se que a partir dos anos 90, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde (COSTA, 2009, p. 310).

A autora levanta uma problematização, ao pontuar que essa atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário – a exemplo dos princípios e diretrizes da universalização e da descentralização, bem como da incorporação dos mecanismos de controle social e participação social no SUS –, ainda não superou algumas contradições existentes. O conjunto das mudanças processadas em seu cerne ainda não avançou no sentido de, efetivamente, superar o modelo médico-hegemônico (COSTA, 2009). Mas, para isso, o SUS deveria concentrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população,

⁵ Esse espaço de inserção do/a assistente social será melhor demarcado no próximo tópico.

⁶ Para mais: Carlos Montaño (2007), na obra *A natureza do Serviço Social*, apresenta um rico debate que inclui a discussão acerca da categoria da *particularidade*.

articulando, dessa forma, proposições intersetoriais com as demais políticas públicas sociais, que, por sua vez, possam intervir “nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação, assistência previdência, acesso à terra etc” (COSTA, 2009, p. 311).

É no bojo dessas contradições típicas do modo de produção capitalista – de negar as necessidades básicas ao ser social, o que repercute fortemente em sua condição de saúde – que se encontra o lugar significativo da prática profissional no âmbito hospitalar. *Trocando em miúdos*, é basicamente apontar que o/a profissional tem como ponto de análise e intervenção justamente as condições sociais em que estão inseridos os/as usuários/as e a forma como estas interferem em sua saúde, e também como as questões relacionadas ao adoecimento vão interferir nas suas condições sociais, quando se busca intermediar na rede socioassistencial de cada paciente e/ou família.

Ao realizar suas ações profissionais, no campo da saúde, o/a assistente social depara-se com um conjunto complexo de situações que exigem conhecimentos próprios, não só da área sanitária como de outras áreas do conhecimento, os quais devem ser apropriados e ressignificados para a sua ação cotidiana, abarcando o campo teórico, ético, político e operativo (NOGUEIRA, 2011). São conhecimentos pelos quais os profissionais devem subsidiar suas ações, mas sem perder de vista os seus fundamentos e métodos de análise social, os quais são a base de sua formação e compreende o conjunto da mediação, instrumentalidade que singulariza a sua especialidade no trabalho coletivo e sua identidade profissional.

Nesse viés, Nogueira (2011) aponta que a ação profissional em saúde se assenta a partir de três pilares que permitem o movimento da dimensão teórico-metodológica e dos princípios ético-políticos à concretude da intervenção. A saber:

- O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, reflete um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, sendo operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. [...]
- As necessidades sociais em saúde – historicamente construídas e determinadas pela posição das classes sociais e segmentos de classe e situadas entre a natureza e a cultura. [...]
- Produção de saúde – sendo a autonomia e as condições de saúde as duas dimensões essenciais para avaliar os direitos sociais e o patamar de igualdade alcançado pelas formações societárias, a forma de produzir saúde é um fator importante. Junto com outros determinantes, é a finalidade precípua dos sistemas e serviços de saúde e pode ser entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas (NOGUEIRA, 2011, p. 7-10).

Dadas as circunstâncias que perpassam esse espaço sócio-ocupacional, torna-se pertinente abordar esses aspectos, apontando que é necessário, também, para efetivação da prática profissional, que seus/suas agentes tenham em mente o significado social da profissão e uma constante atualização desses conceitos acima problematizados e incorporação dos princípios do SUS. Pois, de outro modo, “como justificar a existência de uma profissão que é da saúde, mas não somente dessa área?” (MATOS, 2017, p. 56), haja vista que:

A saúde é historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais; entretanto, por esses profissionais não atuarem somente nessa política têm sido sistematicamente questionados sobre sua competência no campo de trabalho coletivo em saúde, ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de produzirem uma resposta sistematizada (MATOS, 2017, p. 57).

Para uma melhor visualização desse embate no âmbito do trabalho coletivo em saúde, seriam necessárias amplas pesquisas que se delimitassem a apreender o Serviço Social “como realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais e que se expressa pelo discurso teórico e ideológico sobre o exercício profissional” (YAZBEK, 2009b, 127).

A própria realidade nega, constantemente, o discurso ambíguo e escamoteador “quanto ao não-reconhecimento da utilidade e da eficácia da ação dos assistentes sociais como parte do conjunto das práticas profissionais voltadas para o alcance dos objetivos da política de saúde no contexto de implementação do SUS” (COSTA, 2009, p. 341), ou até mesmo a própria ausência de discurso que aponte a relevância profissional por parte dos/as próprios/as assistentes sociais. O aumento significativo das demandas colocadas aos/as profissionais no SUS, bem como seus embates serão abordados dentro da singular dinâmica do trabalho profissional no que tange ao cotidiano hospitalar, para fins de apontar dimensões de um processo mais específico à realização dessa investigação.

3.3 O trabalho do/a assistente social em contextos hospitalares

Partindo do ponto de vista histórico e social, podemos descrever, empiricamente, que o hospital, enquanto instituição social, tem, em sua trajetória, a marca de uma forma de atendimento mediante o modelo biomédico de saúde centralizado. No entanto, as inúmeras demandas que chegam aos hospitais se

sobressaem à mera necessidade desse modelo, uma vez que o direito à saúde, conforme abordado no item anterior, está intimamente relacionado com as determinações sociais.

É também, pela perspectiva histórica, a observação de que o Serviço Social não absorveu as ações de participação popular no âmbito hospitalar. Sua atuação ainda permanece individual, com poucos ensaios a uma ação coletiva. No cotidiano, os atendimentos, a rotina institucional, as demandas acometem o fazer profissional deixando o planejamento das ações em segundo plano, sobretudo as ações de mobilização da sociedade civil (RIOS; DAL PRA, 2017).

Diante desse aspecto, a viabilidade de discussão sumária, nas páginas que se seguem, são apontadas a partir de alguns estudos e experiência de profissionais que têm como locus de trabalho a ambiência hospitalar. Cabe destacar que, ao realizar esta pesquisa, encontrou-se produções ainda insuficientes acerca do processo de trabalho do/a assistente social no contexto hospitalar, que expressem as reais determinações institucionais, bem como o significado interventivo nessa política pública, o que parece ser preocupante, em função de que a área da saúde é a que mais emprega assistentes sociais no Brasil.

Antes de abordar as experiências, cabe destacar orientações do Conselho Regional de Serviço Social – 7ª Região (Rio de Janeiro)⁷, que têm como objetivo iniciar um processo de debate para a elaboração de orientações básicas a serem discutidas com os/as assistentes sociais da rede, as chefias dos Hospitais com Emergência e as Secretarias de Saúde, dando início à estruturação do Serviço Social na rede de saúde e nas demais instâncias do estado do Rio de Janeiro, com a participação efetiva dos/as assistentes sociais (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO RIO DE JANEIRO, 2009).

A cartilha traz, no item 6, as “ações a serem realizadas pelos assistentes sociais nos hospitais de emergência, necessárias ao atendimento dos usuários, de forma interdisciplinar e em articulação com a rede de saúde do município e com os conselhos

⁷ A proposta é resultado de um trabalho conjunto de assistentes sociais dos hospitais com emergência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS), iniciado em junho de 2001 e posteriormente ampliado para um Grupo de Trabalho composto por assistentes sociais estimulados à participação pelo Conselho Regional de Serviço Social – 7ª Região (Rio de Janeiro) para a elaboração final do documento, que se estendeu para a dinâmica dos Hospitais Gerais. O Grupo de Trabalho contou, durante todas as discussões, com a assessoria da assistente social Ana Maria de Vasconcelos, Mestre e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), professora da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO RIO DE JANEIRO, 2009).

de políticas e de direitos” (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO RIO DE JANEIRO, 2009, p. 30). As orientações para serem realizadas no plantão do Serviço Social são na perspectiva “[...] de garantir espaços para os usuários explicitarem seus interesses e necessidades, colocarem (em tempo real) suas demandas à unidade de saúde e ao Serviço Social e terem suas demandas conhecidas e eventualmente atendidas” (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO RIO DE JANEIRO, 2009, p. 35):

- organizar o plantão do Serviço Social articulado às demais ações e serviços da unidade de saúde;
- priorizar o atendimento coletivo, possibilitando aos usuários captarem o que há de não-individual nas demandas apresentadas à unidade de forma individualizada, visando a ampliação do acesso;
- manter um sistema de registro e estudo das expressões da questão social que chegam aos plantões do Serviço Social, objetivando criar mecanismos, estratégias e ações articulados à rotina da unidade para enfrentá-las;
- suscitar, no âmbito e espaço do plantão, discussões com a população usuária acerca das condições de vida, de trabalho e estilo de vida e relação destas com a promoção de saúde, a prevenção de riscos, agravos e danos e com o tratamento, como, por exemplo, a realização de atendimento em grupo no plantão e a realização de um programa de “salas de espera” no âmbito da unidade, que atinja usuários de diferentes serviços, objetivando atingir as demandas indicadas como prioridade;
- identificar recursos internos e externos à unidade de saúde para indicação aos usuários, tendo em vista seus interesses e necessidades;
- realizar abordagem individual, a partir da avaliação do assistente social ou de solicitação do usuário, tendo como centro a discussão da situação social e de saúde apresentada, bem como a democratização das informações dos serviços e programas (por exemplo, a discussão do conteúdo de material educativo veiculado através de folders, cartilhas, cartazes e outros instrumentos e programa da unidade etc) (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO RIO DE JANEIRO, 2009, p. 35, grifo no original).

Cabe deixar claro que se mostram bastante propositivas essas orientações que norteiam e subsidiam a prática do/a profissional de Serviço Social no âmbito hospitalar, dentro do arranjo do plantão social, na perspectiva de inserção dos usuários nos serviços relacionados ao direito à saúde. Entretanto, são inúmeras as implicâncias para a efetivação. É que essa lógica atual de organização do trabalho do/a assistente social, como informa Soares (2020), “[...] expressa os mecanismos e fundamentos da racionalidade do SUS, que primam pela *contenção da demanda e a emergencialização da vida*” (p. 196, grifo da autora).

Assim, tem-se, no cerne dessa ligeira reflexão, a sua base eminente de organização do processo de trabalho, nesse espaço sócio ocupacional: o plantão,

considerando as fortes incidências desse modo de organização na práxis do Serviço Social. Necessariamente, as colocações apresentadas possibilitam uma aproximação com a vivência empírica que será abordada no próximo capítulo. Assim, é imprescindível apontar essa organização de trabalho, pois:

A maioria dos assistentes sociais entrevistados, 55,8%, afirmou que atua em plantão ou em atendimento semelhante ao plantão em Serviço Social. A atividade de plantão, segundo esses profissionais, é realizada em todos os tipos de instituição de saúde, mas se concentra, sobretudo, nos hospitais e maternidades: 78,3% dos assistentes sociais que trabalham nessas grandes unidades atuam em plantão. A nós chama também atenção que mesmo nas unidades de atenção básica, 27,3% dos profissionais referiram que atuam em plantão (SOARES, 2020, p. 196).

O peso da racionalização e emergencialização faz com que o plantão não se constitua enquanto atividade planejada. Vasconcelos (2009) já havia contextualizado essa lógica atual de organização do processo de trabalho no contexto hospitalar. Conforme a autora, essa forma de organização individual e coletiva do Serviço Social, bem como a postura dos/as profissionais de se colocarem, por vezes, passivos/as e dependentes ao movimento das unidades em que se encontram inseridos/as resultam numa percepção também passiva das demandas as quais lhes são dirigidas (VASCONCELOS, 2009). Em sentido lato:

O plantão se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários; funciona na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instalação. Assim, um ou mais assistentes sociais, num mesmo espaço físico, aguardam serem procurados – de forma passiva – por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social; encaminhamentos realizados por profissionais, funcionários, serviços da unidade, serviços externos (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, guardas de segurança, atendentes, recepção, marcação de consultas, assistentes sociais de outras unidades etc.) ou pelos assistentes sociais que realizam outras atividades – geralmente relacionadas aos Programas – no interior da própria unidade de saúde (SOARES, 2020, p. 246).

E, como respostas às demandas, os/as assistentes sociais realizam as orientações diversas e fazem encaminhamentos internos e externos. O atendimento, no cerne dessa organização, assume, ainda de acordo com Vasconcelos (2009), dentre outras características:

- a) atendimento individual;
- b) atendimento à demanda espontânea;

- c) o plantão não é planejado, sistematizado nem avaliado nas suas consequências. Assim, não conta com qualificação estatística dos atendimentos, objetivando conhecer a variação da demanda, as solicitações por serviços e recursos materiais e a própria utilização do Serviço social e dos serviços da unidade. Dessa forma, não conta com a observação, análise e avaliação sistemática de todo o seu processo.

Do mesmo modo, Rios e Dal Pra (2017) percebem a partir de sua experiência, enquanto residentes, que, no espaço hospitalar, não há clareza acerca do trabalho do/a assistente social, tanto pelos profissionais de saúde quanto para os usuários – podemos acrescentar que na maioria das vezes nem mesmo pelos próprios profissionais de Serviço Social. O trabalho ainda está atrelado ao assistencialismo, na resolução de questões que se afastam de sua competência, mas que a instituição não resolve devido à tamanha burocracia dos acessos. Em hospitais onde existe plantão social, essa dinâmica se mostra mais nitidamente, visto que:

[...] as dúvidas, a consulta que foi marcada na data errada, as instituições privadas que encaminham para os hospitais públicos para que o Serviço Social interfira no atendimento, são encaminhadas para o plantão social. Assim, o plantão do Serviço Social, tem se tornado um espaço “acolhedor” de todas as dúvidas que perpassam por outros setores. Em determinadas situações, os usuários querem apenas uma informação sobre algum procedimento que está para fazer, ou uma consulta que deve marcar, ou ainda saber onde fica determinado setor. Sendo o receptor dessas indagações, sem ter as respostas, encaminham ou orientam os usuários a procurarem o plantão do Serviço Social, entendendo que neste espaço o usuário terá as respostas de que precisa. Desta forma, os assistentes sociais atendem estas demandas e passam a desenhar suas ações involuntariamente dentro da instituição, reforçando um caráter assistencialista⁸ (RIOS; DAL PRA, 2017, p. 6, grifo das autoras).

De fato, por meio da experiência vivenciada na residência multiprofissional em saúde, pelas autoras citadas, as ações socioeducativas são as de maior constância no trabalho dos/as assistentes sociais, nos hospitais pesquisados. Relacionam-se com as orientações de acesso aos direitos sociais, a saber: “direitos previdenciários; benefícios eventuais; orientações de óbito; rotinas hospitalares; entre outras. Elas ocorrem geralmente após o primeiro contato com o usuário e a identificação de demandas” (RIOS; DAL PRA, 2017, p. 6).

Costa (2009), ao analisar as principais atividades desenvolvidas pelos/as

⁸ É importante também ressaltar que, segunda as autoras, “as ações profissionais não se resumem ao plantão do Serviço Social, esta é apenas uma análise do plantão, e que o assistencialismo não está em todos os atendimentos” (RIOS; DAL PRA, 2017, p. 6).

assistentes sociais, no contexto dos serviços de saúde na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte, identificou que estão intimamente relacionadas às requisições, a saber: ações de caráter emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria; e mobilização e participação social. Estas se operacionalizam pelos núcleos de objetivação do trabalho do/a assistente social. Dentre eles, descrevem-se, aqui, os que mais ocorrem nas dinâmicas ou no processo de trabalho em saúde, no contexto hospitalar.

O primeiro desses eixos apresentados pela autora é o levantamento de dados, para a caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários, o que tem como finalidade conhecer as variáveis que interferem no processo saúde-doença e identificar as possibilidades e condições de participação da família ou de seu grupo de referência. No atendimento hospitalar, por exemplo, a obtenção de dados, por meio de entrevistas e preenchimento de ficha social, é a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo/a assistente social (COSTA, 2009).

Podemos pontuar que, historicamente, a ficha social, enquanto instrumento de trabalho, costuma ser utilizada como forma de roteiro para a entrevista realizada pelo/a profissional de Serviço Social. Nela, são elencadas questões prioritárias a serem identificadas. Nas unidades de saúde, cabe a esse/a profissional identificar os determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos que influenciam no processo saúde-doença (MATOS, 2017), para que, a partir da identificação, possa mobilizar recursos para intervir na realidade empírica sob forma de demanda apresentada.

O outro eixo, a interpretação de normas e rotinas, que consiste na transmissão de informações e na interpretação das normas de funcionamento dos programas e das unidades prestadoras de serviços de saúde, volta-se para a formação de atitudes e de comportamentos do/a paciente, de seus familiares e/ou acompanhantes. Nos ambientes hospitalares, essas atividades incidem sobre o cumprimento de horários relacionados a visita, quantidade de pessoas permitidas por visitas e o comportamento dos visitantes (COSTA, 2009).

No que diz respeito aos procedimentos de natureza socioeducativa, em todos os tipos de atendimentos e qualquer unidade de saúde, o/a assistente social realiza atividades voltadas para informação e orientações. Além das questões de normas e rotinas institucionais, incidem também sobre os prazos a serem observados, a importância do retorno e a dinâmica de funcionamento, bem como as que se referem

às unidades de referência. Já nos casos de óbito, ao/a assistente social compete repassar as orientações e encaminhamentos junto à família ou responsável para liberação do corpo junto ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), como também traslado e sepultamento, incluindo as orientações sobre trâmites nos cartórios e junto à previdência social (COSTA, 2009).

É interessante pontuar características no que tange ao conceito de família. A literatura já vem apontando, de modo conceitual, três indicadores importantes para definir família: o domicílio, o parentesco e os afetos (LIMA, 2005; MIOTO; NORA, 2006 apud MIOTO, 2009). O domicílio define a família a partir da coabitação na mesma unidade de moradia. O parentesco define-se pela existência de laços consanguíneos ou biológicos e não necessariamente coincide com a unidade de moradia. Já as relações afetivas concorrem para se definir família a partir de aspectos de vivências subjetivas, podendo ser incluídos amigos e vizinhos (MIOTO, 2009). O arranjo domiciliar e as relações de parentesco ganham uma dimensão:

[...] fundamental para as estratégias familiares, tanto em termos de ajuda econômica, quanto no que diz respeito aos arranjos cotidianos. No entanto, os parentes que não moram no mesmo domicílio não aparecem como parte da família, mesmo quando tem papel fundamental. Assim, o predomínio de famílias nucleares acaba não coincidindo com nossa experiência diária, se pensarmos que arranjos diversificados que extrapolam as fronteiras do domicílio- como parentes morando no mesmo prédio, nos fundos de um terreno comum ou em bairros vizinhos-podem ser considerados como famílias ampliadas (BRUSCHINI, 1997, p. 75).

A relevância em pontuar esses indicadores apontados no texto da autora se dá pelo fato de que é fundamental a análise da determinação social de alguns pacientes, como é o caso de alguns pacientes que chegam à unidade hospitalar sem nenhum familiar. Alguns pelo fato de que não constituíram família, como também romperam qualquer vínculo com familiares, tendo apenas um/a amigo/a de trabalho ou vizinho/a ou amigo/a que reside próximo. E, em alguns casos, essas pessoas são a referência familiar desses pacientes. Às vezes, os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional não lançam mão do conceito de relações afetivas, ou não sabem das determinações sociais do/a paciente, inibindo-se em, algumas vezes, até de passar informações clínicas.

Ainda de acordo com Costa (2009), nos hospitais, uma das principais requisições emergenciais postas ao Serviço Social é a de providenciar transportes para os/as pacientes, seja no caso de transferência de um hospital para outro, seja

para realização de exames fora da unidade em que o/a paciente encontra-se internado/a. Frequentemente, o/a assistente social é acionado para intermediar a flexibilização das normas, ou seja, abrir exceções, de modo que possibilite locomover os usuários na condição de pacientes que já estão de alta e cuja família não tem condições de providenciar a locomoção.

Aqui cabe abrir um parêntese: a partir da experiência de trabalho de quem vos disserta, essa questão ganha uma dupla interpretação errônea quanto à prática profissional. A primeira é a institucional, transmite a impressão ao conjunto de trabalhadores/as de que o setor de Serviço Social é responsável pela quebra ou flexibilização de normas de uma dada unidade, o que responsabiliza o/a profissional do dia, caso algo venha a *dar errado*, e/ou a interpretação ainda mais ferrenha por parte dos usuários do SUS, de que o/a assistente social é o/a profissional da *ajuda*, aquele que vai flexibilizar, e não da luta pela garantia de direitos. Essa última se deve ao fato da fragilidade com que a perspectiva dos direitos está entranhada, ou ainda, totalmente ausente da perspectiva da classe trabalhadora ou mesmo do cotidiano das classes populares.

Outas questões postas ao cotidiano hospitalar, como: a marcação de exames, consultas e internamentos extras, face à grande demanda reprimida quanto ao acesso “por consultas, leitos e exames, tem levado as direções das unidades a solicitarem a mediação do assistente social junto as diversas instâncias do sistema, às instituições sociais, a família, aos políticos etc., para conseguir atender tal necessidade” (COSTA, 2009, p. 334).

É fato que também não se tem um processo de trabalho específico para essa instância. Tem-se em mente que o trabalho a ser realizado deva ser uma mediação, uma instrumentalidade precisa e devidamente fundamentada que norteia o fazer profissional, no sentido de analisar e buscar de forma coletiva inserir os sujeitos de direitos nos serviços e benefícios sociais, e /ou ir além, a partir do viés propositivo.

É interessante deixar claro que, não nos referimos ao montante de publicação sobre esse processo no SUS ou os inúmeros relatos de profissionais nos anais de eventos. Nos referimos aos embates reais do dia a dia, os conhecimentos produzidos dentro dessa política e os desdobramentos à prática profissional, dentre outras determinações do real. Isso diante da interpretação da autora dessa investigação.

Marcar consultas e solicitar transportes não constitui o rol de competências técnicas e nem atribuições privativas do/a assistente social conforme dispõe a lei de

regulamentação da profissão. No entanto, podemos colocar pela herança institucional colocada este/a profissional pelas demais categorias, encaminham os usuários demandantes até o setor de serviço social, que se põe obrigado a emitir respostas aqueles/as sujeitos de direitos, que ocasiona a sobrecarga de trabalho do/a assistente social⁹ que não consegue tempo para propor um processo de trabalho que ultrapasse essa demanda institucional e as demais emergenciais.

Infelizmente também há profissionais que acabam por legitimar as requisições e ideologias institucionais. É claro que a crítica não se dá de forma isolada, mas com base em muitos fatores que contribuem para esse fazer profissional. Por enquanto, esse fator não será abordado, deixando para o próximo capítulo. Acredita-se que trazer elementos empíricos que se relacionem intrinsecamente a crítica teórica e aos apuramentos ético-políticos, ocasiona em uma análise e prática qualificada, como reflexo genuíno de uma realidade observada no movimento da prática profissional em meio aos desafios cotidianos para materializar direitos.

Por ora, vamos utilizar o elemento de uma prática assistencialista, como um dos fatores que possivelmente contribuiu também para a falta de análises teóricas e publicações acerca da práxis do Serviço Social na saúde, em particular no contexto hospitalar. É que o assistencialismo prescinde de metodologia de análise e intervenção social. É fato que não se tem como aplicar um aporte metodológico em uma determinada realidade social, sem ter o embasamento teórico necessário para subsidiar uma intervenção. Não tendo, o profissional lança mão de qualquer fazer, colocando-se receptivo de demandas institucionais quaisquer, sem refletir se estão condizentes com sua legislação profissional e seus aspectos ético-políticos, ou ainda com a legislação vigente na Nação ou entes federativos (estados e municípios).

É sabido que um texto elaborado cientificamente ou uma experiência de campo fortemente analisada e escrita, torna-se uma forma também de denúncia pública, desde que tendo a concepção de direitos sociais ou de processos de trabalho adequados, a cada particularidade referente a cada profissão na divisão sociotécnica do trabalho, uma vez que não é porque o/a assistente social analisa e intervém nas inúmeras necessidades sociais que tem uma prática desvinculada de uma metodologia e de uma perspectiva teórica embasada.

Resta o questionamento: onde profissionais com essa forma passiva de

⁹ Essa tendência acentuou-se bastante no contexto de crise socio sanitária, que será melhor abordado no próximo capítulo.

trabalho encontrariam fundamentação para pesquisar e escrever? E aqui não nos referimos à visão formal abstrata, aquela reduzida à “mera identificação da demanda e a seu atendimento focalizado” (SIMIONATTO, 2009, p. 101), mas, a receber qualquer tipo de requisição institucional como uma espécie de assistente *faz tudo* dentro da burocracia e cotidiano hospitalar por se sentirem pressionados a dar resposta a instituição, onde entra o medo no que se refere a fazerem parte dos números do desemprego estrutural. É que o processo de precarização das relações de trabalho, com vínculos contratuais flexibilizados/terceirizados implica sobremaneira na desprofissionalização.

É dentro desse contexto de precarização que se tem também os baixos salários, muitos/as profissionais/as para garantir a sua subsistência e de suas famílias, as vezes precisam ter mais de um vínculo de trabalho¹⁰. Longa jornadas de trabalho, acomete cansaço e falta de tempo para refletir, propor e produzir teoricamente, à medida que “as novas exigências do mercado e trabalho impõe ações e papéis profissionais cada vez mais multifacetados, voltados à eficiência técnica e à resolução imediata das problemáticas sociais” (SIMIONATTO, 2009, p. 101).

Todavia, pode-se inferir que houve a repercussão de velhas requisições de novas situações no cotidiano de trabalho do/a assistente social, “ocorrendo uma intensificação ou ampliação da precarização o trabalho, o que demonstra a necessidade de capturar esses fenômenos no movimento concreto do real” (MELO, 2021, p. 8).

Um texto bastante relevante acerca da prática profissional na área problematizada é o artigo de Martinelli (2011), intitulado: *O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos*. O texto não tem como essência um relato de experiência, mas abordagens concretas do campo de atuação, como o destaque da autora para a contínua qualificação profissional e observância ética para a atuação no arranjo interdisciplinar:

¹⁰ O Assistente Social ainda não tem piso salarial. Alguns projetos de nível nacional também regional tramitam no Senado e em consulta pública. E por não terem piso, ficam assim como outros profissionais da saúde à mercê de baixíssimos salários e com isso precisam de outro vínculo, também precário para compor uma renda necessária para atender as necessidades básicas. Geralmente esses outros vínculos são adquiridos por influências políticas. Assim, o cenário é: uma gama enorme de profissionais desempregados e outros com dois ou três vínculos, até mais, dependendo do ajeitamento. Porém tanto um lado como o outro estão dentro do contexto de precarização do trabalho e fazem parte da população relativa. É um conglomerado de questões profundas ocasionadas por uma longa e devastadora crise que atinge todas as dimensões da vida social e que atinge cotidianamente os serviços sociais.

[...] torna-se indispensável ressaltar a importância dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborados a partir de ampla participação da categoria profissional e promulgados pelo CFESS, com o objetivo de “referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde” [...]. Tais parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia.

Este é o compromisso que nos cabe assumir e que somente pode ser alcançado por meio de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e de respeito à vida. Isto exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social (MARTINELLI, 2011, p. 500).

A autora reitera ao longo do texto que, enquanto área de conhecimento e de intervenção na realidade social, a categoria deve mobilizar-se, constantemente e intensamente, dentro da perspectiva da assistência integral à saúde da população. Para Martinelli (2011), é evidente a necessidade da ética como guia, pois é ela que nos permite atentar para os fundamentos valorativos do agir profissional. Seguindo firmemente apoiados nos princípios que regem a profissão, bem como, nas diretrizes políticas que norteiam o trabalho profissional na área da saúde, a ética militante será praticada com vistas à consolidação dos direitos de cidadania dos usuários, de seus familiares e dos trabalhadores da saúde, dentro do espaço hospitalar.

Essa perspectiva deontológica, na prática laboral do/a assistente social, deveria ser como nos transmitem os versos do poeta modernista Carlos Drummond de Andrade: “Vai comigo meu projeto entre sombras, minha luz de bolso me orienta”¹¹ (2012, p. 105). Mas, para esse fim, conforme Martinelli (2011), torna-se necessário “qualificar o conhecimento para qualificar a intervenção” (p. 502), o que exige, segunda a autora, dentre outras proposições:

- realizar a pesquisa a partir da prática;
- construí-la a partir do lugar da experiência;
- trabalhar a partir de uma proximidade crítica com os sujeitos;
- ter sempre no horizonte o valor social do conhecimento produzido, seu retorno ao campo da intervenção e aos sujeitos que dele partilham;
- intercambiar experiências, dialogar pela via interdisciplinar, para ser criativo na construção do conhecimento (MARTINELLI, 2011, p. 504).

No corpo do texto apresentado, tem-se o destaque para os estudos da Bioética que a mesma autora aponta de forma ligeira. Apresentando a relevância de apropriação dos conceitos e princípios dessa área da ciência, com relação aos

¹¹ Trecho do poema *Canto brasileiro*.

profissionais que trabalham nas áreas de cuidados paliativos.

Digamos que tais conhecimentos vão para além dessa área, pois os embates profissionais encontram-se no cerne da Bioética e do Biodireito, por estarem relacionados a conflitos que envolvem o direito inalienável à vida e, conseqüentemente, à saúde e ao respeito à diversidade e dignidade humana. São conhecimentos e aplicabilidades que transcendem para a interdisciplinaridade, na medida em que:

A bioética não deve tratar exclusivamente dos problemas éticos na clínica e prática médica. Pelo contrário, ela vai mais além das questões éticas relativas à medicina – incluindo a análise e o estudo de temas de interesse geral tais como a saúde pública, questões populacionais, genética, cuidado com o meio ambiente (principalmente, a saúde e bem-estar animal), além de todas as implicações mais recentemente trazidas pelo avanço tecnológico na área da reprodução assistida (LUMERTZ; MACHADO, 2016, p. 117)¹².

Doravante, outro ponto que cabe mencionar é a emergencialização, traço marcante da organização do trabalho por meio do plantão. É um outro fator que contribui para a não reflexão individual e coletiva do profissional de Serviço Social acerca de seu processo de trabalho no âmbito hospitalar. Depreende-se também que dentro do plantão social isso ganha força e no contexto de crise socio sanitária hipertrofiou.

No contexto pandêmico, houve uma articulação *fora do normal*, na qual os/as profissionais de saúde foram convocados para algo “[...] que chamamos coloquialmente de ‘força tarefa’” (MATOS, 2020, p. 238, grifo do autor). O/a assistente social, enquanto trabalhador da saúde, compõe também essa força tarefa, e sua prática interventiva tem se colocado dentro dos limites e possibilidades advindas do contexto pandêmico. Essa interface será parcialmente mencionada na premissa seguinte, abordada na próxima seção.

Essas e outras refrações serão parcialmente observadas na narrativa de experiência profissional acerca do cenário que desnudou a refrações da crise capitalista permanente acentuado ao duplo medo, o que já se tinha do desemprego, como também por conta do caráter letal do vírus da Covid-19, no contexto mundial.

¹² Para maior aprofundamento acerca desse assunto, consultar o texto de Lumertz e Machado (2016).

4 O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR SOB/NA CRISE SOCIOSSANITÁRIA: ENTRE VELHAS/NOVAS REQUISIÇÕES E OS DESAFIOS À CATEGORIA PROFISSIONAL

Desde o início desta propositura de teorizar e/ou analisar o atual cenário, reitera-se o suposto que a crise socio sanitária “[...] do coronavírus, a crise econômica e a interconexão profunda que há entre elas vêm impactando profundamente a classe trabalhadora” (ANTUNES, 2020, p. 181). Conforme defendido doravante, o cotidiano laboral dos/as profissionais de Serviço Social, no contexto da pandemia da Covid-19, enquanto objeto de análise desta pesquisa, foi percebido enquanto crise socio sanitária que provocou o aprofundamento dos impactos da crise econômica em constante processo. Compreende-se, dessa forma, que “ambas possuem o mesmo código genético: foram gestadas pelo capitalismo num mesmo marco histórico [...]” (GRANEMANN; MIRANDA, 2020, p. 29).

Esse cenário engloba, sobremaneira, o Serviço Social. Primeiro, pelo fato de constituir uma categoria de trabalhadores/as que vivenciam o cenário do contexto brasileiro que, muito antes da eclosão da crise supracitada, “[...] já contabilizava uma massa imensa de trabalhadores informais, precarizados, ‘flexíveis’, intermitentes [...]” (ANTUNES, 2020, p. 182, grifo do autor). E, agora, essas tendências encontram-se adensadas. Além disso, as formas de enfrentamento às demandas impostas por esse novo contexto no SUS são objetos particulares de intervenção do/a assistente social, considerando o cuidado integral, sublinhado no capítulo anterior, e a determinação social da saúde.

É que os usuários e usuárias, na condição de pacientes, compõem a classe trabalhadora e trazem em seu contexto histórico e social e de suas famílias, diversas expressões da questão social. Dito isso, apresentam-se a frente não apenas as refrações do ataque ao mundo do trabalho desnudadas pela crise que ora compõe esse objeto de análise, por meio de requisições impostas institucionalmente.

Como também, apontaremos a relevância social dessa categoria profissional que, mesmo em meio aos ataques aos direitos trabalhistas e sociais, acolhia e intermediava a população, em suas expressões da questão social, no contexto de contaminação, de adoecimento e ameaça de morte iminente.

Reafirma-se que, nessa premissa do trabalho, ousou-se discutir e teorizar mediante o testemunho acerca do cotidiano de labor do/as profissionais de Serviço

Social, no contexto da crise socio sanitária. Para tanto, buscou-se delimitar os principais desafios ao conjunto da categoria profissional, em um determinado tempo-espaço na ambiência hospitalar, e demonstrar, nessa interface, as intermediações dos profissionais junto à população mais atingida com a crise em voga – que ainda não cessou e, constantemente, metamorfoseia-se como espiral, nos processos de adensamento da crise complexa e permanente do capital. Pois, como nos alerta Gramsci, “a crise consiste precisamente no fato de que o velho está morrendo e o novo não pode nascer; nesse interregno, uma grande variedade de sintomas mórbidos aparece” (1999 apud BALLESTRIN, 2022, p. 225, tradução da autora).

4.1 O Serviço Social no hospital lócus da pesquisa

A inserção do Serviço Social, na unidade de saúde lócus desta pesquisa, enquanto espaço de trabalho do/a assistente social na política de saúde, é contemporânea à criação/implantação da própria unidade no município de Imperatriz, localizado na região sudoeste do estado do Maranhão, que compõe a região Nordeste do Brasil. O estado tem população estimada de 7.153.262 de pessoas e área territorial de 329.651,496 km² (IBGE, 2021b).

Já a cidade de Imperatriz possui uma população estimada em 259.980 pessoas (IBGE, 2021a). O município foi fundado em 1852, ano que surgiu a povoação denominada Colônia Militar de Santa Teresa do Tocantins, a partir de expedições que faziam parte de um programa de aldeamento do governo do estado do Pará. Composta por onze embarcações com cerca de 200 homens, a expedição partia da capital Belém, comandada pelo tenente-coronel João Roberto Ayres Carneiro, e teve enquanto capelão o frade carmelita baiano frei Manoel Procópio do Coração de Maria (SANTOS; NUNES, 2018)¹.

Pode-se demarcar que todo o processo de expansão econômica da cidade ocorreu a partir desse fator histórico descrito acima, que proporcionou a consolidação:

[...] econômica marcada pela presença da indústria e dos serviços urbanos especializados nas áreas de saúde e educação, bancários, automotivos, de hospedagem e alimentação, além dos comércios atacadista e varejista, do turismo de negócios, e do setor imobiliário. Atualmente, a cidade está submetida a essa dinâmica e as atividades urbanas têm desempenhado papel fundamental na economia local (SANTOS; NUNES, 2018, p. 24).

¹ Para mais pormenores acerca dos aspectos econômicos, históricos e sociais do referido município, consultar Santos e Nunes (2018).

Entretanto, vale ressaltar que, no modo de produção capitalista vigente, o desenvolvimento produz efeitos nefastos sobre a organização do trabalho e da vida social. A imagem da cidade, enquanto portal da Amazônia, cidade hegemônica, traz marcas ferrenhas. Expressões da questão social, como os conflitos relacionados à luta pela terra e os efeitos socioambientais, apropriação de territórios afetando as comunidades tradicionais, são trazidos com os empreendimentos, as multinacionais, repercussões também de políticas neoliberais. Diante disso, o que ocorre é que:

Pensada como a cidade do progresso, a cidade de Imperatriz reproduz em sua história, na prática de seus principais atores políticos, uma ideia de desenvolvimento que pode ser pensada como “fora do lugar” e ancorada em um conjunto de classificações que existem em oposição ao “tradicional”, “extrativista” e “arcaico”. A rota urbanização-industrialização e desenvolvimento tem sido propagada como única possibilidade para se pensar a produção e reprodução econômica do município (PANTOJA; PEREIRA, 2019, p. 91, grifos dos autores)².

Esses aspectos não são objeto de análise para esta dissertação, porém é válido mencionar que todo o contexto de expressões da questão social representa os impactos do capital proporcionados pelos projetos desenvolvimentistas e que vão repercutir na saúde da população. Em 2011, foi formulada, pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), a regionalização do sistema de saúde do estado, dividida em 19 regiões de saúde e oito macrorregiões. Imperatriz é uma macrorregião de saúde.

Conforme Pimentel Neto et al. (2021), é relevante apreender a dinâmica do município com relação à rede de saúde da região. Considera-se, nessa organização, os municípios de:

[...] Davinópolis, Governador Edison Lobão, Buritirana, Ribamar Fiquene, Senador La Rocque, João Lisboa, Montes Altos, São Pedro da Água Branca, Vila Nova dos Martírios, Porto Franco, São Francisco do Brejão, Amarante do Maranhão, Sítio Novo, Carolina, Itinga do Maranhão, Açailândia, Campestre do Maranhão, Cidelândia, Lajeado Novo, São João do Paraíso e Estreito. A população residente desses municípios quando necessitam de atividades de média complexidade deslocam-se para Imperatriz (MA), pois é a cidade com a maior estrutura urbana, a maior quantidade de estruturas de comércio e serviços, logicamente a maior rede de hospitais públicos e privados da região (PIMENTEL NETO et al., 2021, p. 2-3).

No contexto da crise da Covid-19, em âmbito municipal, as unidades ficaram organizadas da seguinte forma, para atender a população: casos leves – sintomas

² Pantoja e Pereira (2019) problematizam, por um viés crítico, o discurso legitimador do desenvolvimentismo que tem sido construído mediante as abordagens relacionadas ao município.

gripais e febre: Unidades Básicas de Saúde (UBS); casos moderados e graves – sintomas gripais + febre + falta de ar e/ou se teve contato direto com uma pessoa que testou positivo para a doença: Unidades de Pronto Atendimento (UPA); crianças com sintomas moderados e graves: Hospital Municipal Infantil (Socorrinho); gestantes e recém-nascidos: Hospital Regional Materno Infantil. Já para internação, o hospital de referência foi o Macrorregional Dra. Ruth Noletto e, posteriormente, o Hospital Municipal de Campanha da Covid-19, que recebiam os pacientes encaminhados das UPA (ALMEIDA, 2020).

Em âmbito estadual, ocorreram intervenções por parte do estado nas políticas econômicas e sociais, a fim de fazer enfrentamento à pandemia. No Maranhão, o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus (Covid-19) foi confirmado dia 20 de março de 2020 (FRÓES, 2020). Em maio desse mesmo ano, foi inaugurada a ala Covid-2019, no hospital lócus da pesquisa. Houve uma reestruturação para o atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação para a Covid-19. Os pacientes chegavam ao hospital de referência regulados da UPA local e das demais unidades dos municípios da região.

Nesse contexto, o governo estadual realizou processos seletivos de urgência para contratação temporária de profissionais, visando compor uma força tarefa para atender nos hospitais de campanha ao enfrentamento da Covid-19, no referido território, abrangendo também profissionais da equipe multiprofissional no hospital lócus da pesquisa. Não abarcou, porém, a contratação para assistentes sociais nessa unidade. A equipe que já atuava no local foi a que teve que se adequar para atender a nova ala e as demandas preexistentes.

Atualmente, a equipe de Serviço Social, nesse espaço, tem um total de 22 assistentes sociais, o que parece ser um número expressivo em relação a outras unidades de saúde existentes no município. Na atualidade, esse quantitativo contempla a demanda do SUS, que aumentou consideravelmente durante a pandemia. Também, os setores de atendimento que englobam distintas demandas em que o/a assistente social realiza a intermediação, mediante os atendimentos de direitos, também têm aumentado consideravelmente suas demandas, após o período mais intenso de contaminação e mortes por Covid-19.

No primeiro semestre de 2022, foram incorporadas ao Setor de Serviço Social quatro colegas – duas de transferência de outras unidades do estado, mais duas novas contratações via empresas que prestam serviços ao SUS, na modalidade de

parceria público-privada. Entretanto, nos primeiros picos de crise pandêmica, duas colegas solicitaram suas demissões. Infere-se que, na confluência perversa entre o pânico, por conta da letalidade, somado à invisibilidade do vírus e à nova dinâmica de trabalho imposta pela crise, as colegas decidiram se desvincular da equipe. Como expressa Santos: “o sentido literal da pandemia [...] é o medo caótico generalizado e a morte sem fronteiras causados por um inimigo invisível” (2020, p. 10).

Depreende-se que as profissionais enfrentaram uma terrível configuração da realidade, o medo, na medida em que possam ter tido *medo do medo*, ou seja, duplamente amedrontadas, duplamente angustiadas (SAWAIA, 2018). Pode-se situar o trabalho das equipes que compõem o processo de trabalho, na política de saúde, como os/as que precisaram continuar no período de quarentena mundial, como uma atividade frente ao eminente risco.

No que se refere às implicações de um contexto de perigo ou de risco real, em nível mental, Dejours, na obra *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*, traz uma importante reflexão sobre a saúde mental do/a trabalhador/a:

O medo relativo ao risco pode ficar sensivelmente amplificado pelo desconhecimento dos limites deste risco ou pela ignorância dos métodos de prevenção eficazes. Além de ser um *coeficiente de multiplicação do medo*, a *ignorância aumenta também o custo mental ou psíquico do trabalho* (DEJOURS, 1992, p. 66-67, grifo do autor).

Essa reflexão é muito atual, principalmente em contexto de calamidade pública, desencadeada pela pandemia da Covid-19. Ocorreu em espaço global – mesmo com as particularidades nacionais e regionais –, com forças coletivas, organizações de trabalho nas políticas de saúde para o enfrentamento do vírus e o cuidado com os/as infectados/as. No entanto, sem saber, de forma precisa, como tratar a doença, quais meios apropriados de intervenção junto aos pacientes, configurou-se um cenário de labor em meio ao pânico, cuja dimensão é imensurável.

4.2 As medidas de enfrentamento à Covid-19, no estado do Maranhão

Como já abordado nos capítulos anteriores, o cenário de pandemia mundial se deparou, na realidade brasileira, com uma crise de dimensão política, devido à defesa de medidas extremamente regressivas, tanto no que diz respeito aos direitos sociais, quanto aos direitos civis e políticos.

No que diz respeito às medidas de enfrentamento à Covid-19, por conta de divergências entre os governos estaduais e o governo federal, devido ao negacionismo científico e ao isolamento parcial ou flexível, houve tendências bem semelhantes entre o governo brasileiro e o dos Estados Unidos, conforme abordado ligeiramente no primeiro capítulo.

Infere-se, dessa forma, que a ausência de consensos entre o governo federal e os governos estaduais potencializou o avanço da Covid-19 no contexto brasileiro. De modo geral, “[...] a dimensão continental do Brasil e a heterogeneidade das características de seus diversos estados são fatores que deveriam ser considerados ao estabelecer metas, propostas e políticas públicas nacionais” (ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2021, on-line).

Contudo, mesmo em meio ao caos, houve medidas sanitárias por parte dos governos estaduais, destinadas à contenção do Coronavírus (SARS-CoV-2) indicadas pela OMS. Essas medidas dependeram, sobretudo, do entendimento dos governos estaduais e de suas tendências progressistas ou conservadoras. No caso do governo do Maranhão, as divergências com o governo federal foram bastante evidentes.

Em relação às medidas estabelecidas pelo governo estadual, cabe destacar a que foi direcionada ao afastamento de profissionais da saúde do processo de trabalho, especificamente os/as que tinham comorbidades. Essa medida ocorreu a partir da publicação do Decreto nº 35.878, de 10 de junho 2020, que alterou o Decreto nº 35.831, de 20 de maio de 2020. Diante disso:

Os empregados e prestadores de serviço que pertençam a grupos de maior risco, assim compreendidos os idosos, gestantes, cardiopatas, pneumopatas, nefropatas, diabéticos, oncológicos, pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas ou tratamento de saúde que provoque diminuição da imunidade e demais imunossuprimidos, devem necessariamente ser dispensados de suas atividades presenciais até o dia 30 de junho de 2020, com vistas a reduzir sua exposição ao vírus, sem qualquer tipo de punição, suspensão de salário ou demissão (MARANHÃO, 2020c, p. 2).

Dessa forma, visando minimizar a exposição ao vírus e até a data citada, “[...] todos os servidores dos órgãos e entidades vinculados ao Poder Executivo que pertençam aos grupos mais vulneráveis ficaram dispensados do exercício de suas respectivas atribuições de forma presencial” (MARANHÃO, 2020c, p. 2). Nessa conjuntura, os/as que não puderam parar de trabalhar tiveram que redobrar as suas escalas de trabalho, por meio de escalas extras, o que gerou uma carga de trabalho bastante intensa entre as categorias profissionais.

Nos diálogos efetivados por meio de contato telefônico, ou conversas acerca do processo de trabalho entre profissionais de Serviço Social, com as equipes de trabalho do hospital de campanha e do hospital de referência, observou-se que, no primeiro local, havia mais de uma/um assistente social por plantão, no atendimento às demandas, na dinâmica de enfrentamento à Covid-19. Já no outro, apenas uma profissional nesse trabalho específico. Um outro ficava responsável por outras demandas já habituais das especialidades do trabalho coletivo em saúde, na unidade.

De outro modo, as políticas públicas são afetadas pelos movimentos de base econômica, em dado tempo e espaço geográfico. Dessa forma, excluindo a vertente polarizadora entre economia e saúde, apenas situaremos parcialmente algumas intervenções por meio de legislações que tiveram maior ordenamento na política de saúde.

Dito isso, em âmbito federal, podemos citar que o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, declarou emergência de saúde pública de importância nacional (BRASIL, 2020d). Já a Portaria nº 454, de 20 de março de 2020, também do MS, por meio de seu artigo nº 1, dispõe que fica declarado, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19) (BRASIL, 2020e). A Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019 (BRASIL, 2020a).

Este último instrumento infraconstitucional, por meio do seu artigo 3º, dita que, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, as seguintes medidas, dentre outras: isolamento; quarentena; determinação de realização compulsória de: a) exames médicos; b) testes laboratoriais; c) coleta de amostras clínicas; d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou e) tratamentos médicos específicos; uso obrigatório de máscaras de proteção individual; estudo ou investigação epidemiológica; exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver (BRASIL, 2020a).

No território maranhense, “[...] o primeiro caso confirmado de Covid-19 por meio de testes laboratoriais ocorreu em março de 2020, o que fez o Estado iniciar a implementação de políticas de prevenção e controle de doença fortalecendo a capacidade de resposta ao vírus” (MARANHÃO, 2021, p. 1).

O Decreto nº 35.660, de 16 de março de 2020, dispôs sobre os procedimentos e regras para fins de prevenção da transmissão da Covid-19, e instituiu o Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Covid-19, dentre outras providências (MARANHÃO, 2020a). E o Decreto nº 35.672, de 19 de março de 2020, declarou a situação de calamidade no estado do Maranhão, em virtude do aumento de número de infecções pelo vírus H1N1 e da existência de casos suspeitos de contaminação pela Covid-19 (MARANHÃO, 2020b).

Ainda nesse constructo normativo, observa-se a redação da Lei nº 14.023, de 8 de julho de 2020, que alterou a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro do mesmo ano, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de Covid-19 (BRASIL, 2020c). Por meio do artigo 1º, são considerados profissionais essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública:

- I - médicos;
- II - enfermeiros;
- III - fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e profissionais envolvidos nos processos de habilitação e reabilitação;
- IV - psicólogos;
- V - assistentes sociais;
- VI - policiais federais, civis, militares, penais, rodoviários e ferroviários e membros das Forças Armadas;
- VII - agentes socioeducativos, agentes de segurança de trânsito e agentes de segurança privada;
- VIII - brigadistas e bombeiros civis e militares;
- IX - vigilantes que trabalham em unidades públicas e privadas de saúde;
- X - assistentes administrativos que atuam no cadastro de pacientes em unidades de saúde;
- XI - agentes de fiscalização;
- XII - agentes comunitários de saúde;
- XIII - agentes de combate às endemias;
- XIV - técnicos e auxiliares de enfermagem;
- XV - técnicos, tecnólogos e auxiliares em radiologia e operadores de aparelhos de tomografia computadorizada e de ressonância nuclear magnética;
- XVI - maqueiros, maqueiros de ambulância e padioleiros (BRASIL, 2020c, p. 1).

Ainda no que diz respeito às alterações incluídas pela Lei nº 14.019, também de 2020, o Art. 3º-B da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, passou a vigorar com a seguinte redação:

Os estabelecimentos em funcionamento durante a pandemia da Covid-19 são

obrigados a fornecer gratuitamente a seus funcionários e colaboradores máscaras de proteção individual, ainda que de fabricação artesanal, sem prejuízo de outros equipamentos de proteção individual estabelecidos pelas normas de segurança e saúde do trabalho (BRASIL, 2020b, p. 1).

Percebe-se que, assim como consta na Resolução nº 218, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 06 de março de 1997, e nas legislações citadas acima, os/as assistentes sociais são referidos/as enquanto trabalhadores/as essenciais no controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente da crise socio sanitária. Portanto, considerando a Resolução nº 218, devem receber equipamentos e proteção, tal qual os/as demais.

Não queremos registrar aqui a falta de EPI, pois esse é um aspecto do sucateamento das políticas públicas decorrentes das estratégias de manutenção do modo de produção vigente, mas pontuar a interpretação institucional quanto ao trabalho do/a assistente social. Não é aspecto de uma única unidade, mas deve ser contextualizado nas condições dos ataques às políticas públicas.

A Norma Regulamentadora (NR) nº 6, conforme classificação estabelecida na Portaria nº 787, de 27 de novembro de 2018, é uma norma especial, de modo que regulamenta a execução do trabalho com uso de EPI, sem estar condicionada [...] “a setores ou atividades econômicos específicos” (BRASIL, 2018c, p. 87). E, para “fins de aplicação desta [...] NR, considera-se [...] EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho” (BRASIL, 2001b, p. 50).

O CFESS entrevistou um grupo de assistentes sociais de hospital do Ceará. E indagou a equipe da seguinte forma: “Quais as dificuldades identificadas para o trabalho de assistentes sociais, no que se refere às condições éticas e técnicas estabelecidas pela Resolução CFESS nº 493/2006?”³ (ADJUTO; WERKEMA, 2020, on-line). As respostas a esse questionamento foram:

Esses desafios são profundamente agravados diante da Pandemia do Covid-19, em que os fluxos institucionais são criados e reordenados segundo o avanço da doença, em uma readaptação constante. Outra dificuldade visualizada é que, além da garantia do local de atendimento adequado e seguro para o/a trabalhador/a e usuário/a, existe a necessidade de o empregador garantir, para os/as profissionais de saúde de uma forma geral, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários para o desenvolvimento do trabalho. É preciso garantir, aos/as assistentes sociais

³ Para entrevista completa realizada pelo CFESS em 2020, junto ao grupo de assistentes sociais de hospital do Ceará acerca dos desafios enfrentados pelos/as assistentes sociais no contexto da crise socio sanitária, consultar Adjuto e Werkema (2020).

atuantes em instituição pública ou privada, os EPIs, treinamento sobre o uso destes e os meios de prevenção e proteção do Covid-19. Lidar com a escassez de máscaras cirúrgicas e de outros equipamentos de proteção tem feito os/as assistentes sociais custearem seus EPIs, apesar de a nossa intervenção requerer a ação do Estado na garantia da proteção ao/à trabalhador/a que, neste momento, está atuando no combate ao Covid-19, conforme determinam as organizações sanitárias (ADJUTO; WERKEMA, 2020, on-line).

Conforme a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2022 [2020], on-line), a transmissão do vírus da Covid-19 se dá por meio de “[...] secreções contaminadas, como gotículas de saliva, espirro, tosse e catarro”. Por isso, deve-se evitar o contato pessoal próximo, com beijo, toque ou aperto de mãos. Diante dessa realidade, o uso da máscara torna-se imprescindível, para que essas gotas que são liberadas ao falar, tossir ou espirrar não contaminem outras pessoas. É necessário, também, evitar “[...] tocar em objetos ou superfícies que possam estar contaminados, como maçanetas, botões de elevador etc.” (FIOCRUZ, 2022 [2020], on-line).

Diante dessas observações que foram veiculadas, pode-se pontuar que qualquer ser humano em contato com outro contaminado e localidades contaminadas está sobremaneira exposto. E, quanto ao profissional que já trabalha em local de risco, atende a famílias de pacientes contaminados e ainda faz visita ao leito de pacientes contaminados, a depender da forma como se apresenta a demanda ou como for necessária a resposta a estas, não estaria, dessa forma, o/a assistente social sujeito aos mesmos riscos que os demais profissionais da equipe multiprofissional? Ou, sendo o/a assistente social um/a profissional essencial, nesse contexto, como apontam as linhas acima, com base nas normativas, não tem o mesmo direito ao EPI?

Ocorreu, dessa forma, que, durante o período, além da falta de equipamentos individuais – a qual pode servir de elemento exploratório em outro objeto de pesquisa –, o Serviço Social enfrentou resistências a partir de falácias e interpretações de que não seria profissão e/ou categoria de contato direto ao usuário, portanto suscetível a riscos de contaminação – e assustadoramente apontados/as, por outras categorias profissionais, como profissionais meramente administrativos. Isso não é hipérbole, mas uma condição perversa, diante dos desafios enfrentados por assistentes sociais, no processo de trabalho na área hospitalar, durante o contexto pandêmico.

4.3 Assistentes sociais na divisão sexual e social do trabalho, no contexto hospitalar

Há, na gênese do conceito, tal como ele se apresenta no campo das políticas de saúde, a fundação de uma concepção de humanização crítica à tradicional definição do humano como bondoso humanitário (PEREIRA; BARROS, 2008). O bondoso e humanitário está sobremaneira relacionado a práticas filantrópicas e voluntárias, direcionadas aos segmentos mais empobrecidos da sociedade. Historicamente, esse trabalho foi executado, em geral, pelas mulheres.

A análise de tais práticas serve de base para compreender os desafios cotidianos enfrentados pela categoria profissional, pois se trata da característica estruturante feminina da profissão⁴. E é, sob esse aspecto, que também se agrega a esse debate a existente divisão sexual do trabalho, nos processos produtivos e reprodutivos, em sua indissociabilidade na sociedade capitalista.

No que se refere à profissão de Serviço Social, composta majoritariamente por mulheres, a discussão das relações entre gênero e trabalho remete também ao debate da feminização do trabalho, não propriamente em relação ao aumento do ingresso de mulheres em “profissões consideradas masculinas” (engenharia, física, matemática), mas principalmente, o que nos interessa de perto, no sentido daquelas profissões que são vistas socialmente como “profissões femininas” não apenas pelo sexo de quem as constitui, mas pela função que exercem estar vinculada a esferas da vida reprodutiva, como educar, cuidar, prestar serviços, acolher, atributos tidos socialmente como pertencentes à vida privada sob responsabilidade das mulheres (RAICHELIS, 2018, p. 60-61).

O fato é que, do ponto de vista sócio-histórico, a divisão sexual do trabalho ocorre no espaço primário de produção do trabalho, dentro de uma conotação primitiva, que é a família, enquanto base nuclear. A divisão sexual do trabalho ocorria no sentido de delegar as funções masculinas e as funções direcionadas às mulheres, sendo estas últimas o cuidado com o lar e a criação dos filhos – tarefas do âmbito doméstico.

É necessário compreender, acerca desse aspecto, que os imperativos alienantes do “sistema estabelecido da reprodução econômica exigem um controle social discriminatório e hierárquico” (MÉSZÁROS, 2011b, p. 267-268). Nessa

⁴ Importante pontuar, acerca desse fator estruturante, que, atualmente, “[...] no Brasil, existem aproximadamente 200 mil assistentes sociais, sendo que 92% deste total é de mulheres (cis, transexuais e travestis)” (ADJUTO, 2022, on-line).

proposição, o modo correspondente de administrar todo o processo de trabalho, o *macrocosmo* abrangente desse tipo, encontrará seu equivalente em todos os níveis do intercâmbio humano, mesmo nas menores *microestruturas* ou *microcosmos* da reprodução e do consumo, que habitualmente são teorizados sob o nome *família* (MÉSZÁROS, 2011b).

A divisão sexual do trabalho é, ainda, antecedente da era cristã, conforme pontua Nogueira (2011). No entanto, a autora explicita que, mesmo com o desenvolvimento industrial, quando houve a transferência do espaço produtivo da mulher – do lar para a fábrica –, as tarefas domésticas continuavam reservadas exclusivamente à mulher. E “aos poucos foi se organizando a família operária patriarcal: marido provedor e esposa provedora complementar e dona de casa, confirmando a divisão sexual desigual do trabalho que se mantém até o presente” (NOGUEIRA, 2011, p. 23).

Em perspectiva histórica, as mulheres permaneceram em situação desigual. “As relações sociais capitalistas legitimaram uma relação de subordinação das mulheres em relação aos homens, imprimindo uma conotação considerada ‘natural’ à mulher, dada pela subordinação” (NOGUEIRA, 2011, p. 23, grifo da autora). Além disso, “a entrada em massa das mulheres na força de trabalho [...], em extensão tão significativa que hoje elas já chegam a constituir maioria nos países de capitalismo avançado, não resultou em sua emancipação” (MÉSZÁROS, 2011b, p. 272).

A partir de meados dos anos de 1970, ocorreu uma ampliação do processo de feminização no mundo do trabalho. Porém, mesmo que se considere que as mudanças significativas vêm ocorrendo na trajetória feminina, nas interconexões do espaço produtivo e reprodutivo, parece que não ocorreu ainda uma nova divisão sexual do trabalho. Poderíamos dizer que prevalece a concepção conservadora de que o compromisso principal da mulher é com a família (NOGUEIRA, 2011).

O acesso das mulheres a profissões consideradas adequadas ao sexo feminino é determinado por um jogo de interesses. No caso do Serviço Social, a categoria carrega a subordinação de uma profissão exercida por mulheres devido à desigualdade estrutural do gênero. Sendo uma profissão com a presença majoritariamente feminina, não está isenta de apropriação do trabalho feminino pelo capital (CISNE, 2004).

Destacamos esse elemento que caracteriza a constituição e marco histórico do estatuto profissional, para que, posteriormente, seja possível compreender a cobrança

institucional acerca de um trabalho humanizado, voltado ao Serviço Social no contexto hospitalar. Por outro lado, o conceito de humanização na política de saúde engloba mudanças no modelo de atenção e novas práticas nessa política, a partir da participação dos sujeitos de direitos implicados nesse processo.

Esses elementos trazidos pelas/os autoras/es apontam para um intenso e conflitante desafio posto ao cotidiano profissional em que os/as assistentes sociais estão inseridas, nos seus espaços sócio-ocupacionais, os quais, hodiernamente, encontram-se dentro de uma organização de trabalho por arranjo multiprofissional. Diante disso, reiteramos que abordar e fundamentar, teoricamente, a condição de profissão feminina é, a priori, demarcar o que o/a leitor/a poderá verificar nos diálogos profissionais intercategoriais, no decorrer da experiência de trabalho profissional.

Outros pontos que caracterizam a condição da equipe de Serviço Social, no hospital lócus da pesquisa, é que as 22 assistentes sociais possuem vínculos extremamente precarizados, com diversas formas de contratação, mediante terceirização dos serviços, seja através de empresas prestadoras de serviços, seja por meio de processos seletivos, cujos contratos de trabalho são estabelecidos por tempo determinado. Portanto, a realidade é que não há concursadas trabalhando nessa instituição. Houve um concurso no estado, um pouco antes da eclosão da crise socio sanitária, porém não foram oferecidas vagas para assistentes sociais.

Reiterando esse suposto, as reflexões trazidas por Vicente (2018), sobre as consequências nocivas na vida e na saúde mental dos/das assistentes sociais, resultantes dos processos de precarização do trabalho na política pública de habitação de São Paulo, são importantes para abordar essa condição na política de saúde, em particular no contexto hospitalar. A autora aponta para a hipótese de que a atual forma de gestão e organização do trabalho, no âmbito das políticas sociais, especialmente nas contratações terceirizadas, têm interferido negativamente na vida e na saúde dos/as trabalhadores/as (VICENTE, 2018).

A situação discutida pela autora não repercute apenas na política de habitação, mas perpassa o contexto dos processos no âmbito das políticas sociais. No entanto, visualiza-se, na pesquisa de Vicente (2018) melhor ênfase acerca da questão contratual que coloca o/a trabalhador/a, no caso os/as assistentes sociais, em situação de instabilidade e/ou insegurança, no que tange à atual conjuntura.

As duas formas de contrato supracitadas dos/as assistentes sociais que compõem a equipe do hospital lócus desta pesquisa estão descritas na pesquisa de

Vicente (2018). A autora cita, no geral, três modalidades, mas não destacaremos a primeira, por se referir a trabalhadores/as concursados/as. No lócus da pesquisa, há, no contexto geral, esse tipo de contrato, mas não especificamente na equipe de Serviço Social, logo, essa modalidade não serve para caracterizar a equipe em voga. As outras modalidades expressas por Vicente (2018) são:

2) Os/as trabalhadores contratados/as por meio de concurso público, porém submetidos/as às regras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), típicas das contratações pelas organizações privadas que, dentre outras mudanças, instituíram, também para o funcionário público, a possibilidade de demissão por desempenho de trabalho considerado deficitário e 3) Os/as trabalhadores/as terceirizados/as, ou seja, contratados/as pelo regime da CLT por empresas privadas denominadas Gerenciadoras Sociais, que prestam serviços ao setor público (VICENTE, 2018, p. 138).

Conforme a mesma autora, esse cenário desencadeia clivagens que interferem diretamente na realização do trabalho, sobretudo no que diz respeito à diferença dos salários e direitos, às jornadas, bem como às condições subjetivas do processo de trabalho. Desse modo, os/as trabalhadores/as terceirizados/as sofrem ferrenhamente os efeitos dessas interferências, que provocam temores com relação ao eminente risco de demissão.

Podemos até classificar aqui esses moldes de precarização objetiva “enquanto estratégia de gestão e controle do trabalho”, conforme aponta Raichelis (2018, p. 52). A autora proporciona um rico debate no texto *Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo*, acerca desses desafios e degradação dessa atividade humana, que é dado primário no processo de produção e reprodução social. Diante dos elementos analisados, podemos contextualizar também os/as profissionais de Serviço Social na malha que compreende os “sujeitos vivos do trabalho – submetidos/as a relações de alienação próprias do trabalho assalariado” (RAICHELIS, 2018, p. 26), no contexto das mediações que compreendem a intervenção desses sujeitos nos espaços das políticas sociais, em particular na saúde.

Raichelis (2018) também retoma à base o Estado neoliberal⁵, que propõe uma mercadorização da instituição pública, processo que funciona em acordo com regras empresariais da governança público-privada. Essa concepção aplica-se à gestão do trabalho no serviço público. Observa-se, na administração pública brasileira, um

⁵ Embora estejamos atravessando um outro patamar, o ultraneoliberalismo, conforme Cislighi (2020), configura-se nas exigências postas pelo capital, enquanto consequências em dimensão mundial da crise de 2008, que impuseram um aprofundamento dos pressupostos neoliberais.

quadro em que o serviço público não se realiza mais pelo servidor público trabalhador concursado, mas sim por regimes jurídicos próprios. Essa tendência gera hierarquias entre os próprios trabalhadores, de primeira e de segunda classe (RAICHELIS, 2018). Assim, em um cenário marcado pela contrarreforma neoliberal do Estado, ocorre:

Na administração pública brasileira, a gestão gerencial e a consolidação de um “Estado-empresa”, nos termos de Dardot e Laval (2016), é tributária do projeto neoliberal que teve início no governo Collor e se consolidou na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), assentado no tripé privatização, flexibilização e terceirização, e que resultou no projeto contrarreformista do Estado consubstanciado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995) proposto pelo então Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) [...], na concepção de administração gerencial do Estado, em conceitos *modernos* de eficiência e eficácia no controle dos resultados e descentralizada para fazer chegar ao *cidadão-cliente* os serviços prestados pelo Estado (RAICHELIS, 2018, p. 56, grifos da autora).

Podemos suscitar, conforme Raichelis (2018), que o gerencialismo, enquanto ideologia de gestão capitalista em tempos de crise do capital, ganha espaço como estruturador das relações de trabalho entre empregadores e trabalhadores. Ocorre que essa ideologia é a contraface da modernização conservadora no campo das políticas sociais, ao passo “[...] que a *reificação tecnicista* passa a ser o critério de qualidade, situação propícia para a emergência da alienação dos sujeitos que não conseguem discernir e reconhecer nas formas sociais em que se inserem os conteúdos e os efeitos de seu próprio trabalho” (RAICHELIS, 2018, p. 57, grifo da autora).

Essa ideologia racionalista tem sido fortemente adensada, reafirmando que, nos tempos atuais, arrasta-se o estado de crise permanente, nos termos do escritor húngaro e filósofo de fundamentação marxista István Mészáros (2011a).

4.4 O “fazer” profissional do/a assistente social entre velhas/novas requisições

A partir do resgate à memória da experiência de trabalho, no primeiro dia em que receberam os pacientes na ala Covid, havia duas assistentes sociais no plantão, uma para atendimento desse setor e outra profissional para intermediação de outras demandas, sem uma rotina e/ou processo de trabalho pensado aprioristicamente para atender a esse contexto de calamidade pública. Quão intenso era o fluxo de pessoas/pacientes que englobavam o fenômeno População em Situação de Rua,

seguido das pessoas que não têm documentação⁶, refugiados/as venezuelanos/as, pessoas com deficiências e as desigualdades de raça/etnia e gênero, como a população LGBTQIA+⁷. Foram bastante evidentes essas expressões e os processos de pobreza e marginalização a que essa população está submetida e como chegaram, aos leitos de UTI, pacientes com essa caracterização.

Santos (2020) analisa grupos para os quais a quarentena é particularmente difícil. São os grupos que têm em comum padecerem de uma especial vulnerabilidade que precede a quarentena e se agrava com ela. O autor localiza esses grupos na composição do que intitula de Sul da quarentena, que designa um espaço-tempo político, social e cultural, e que compreende a metáfora do sofrimento humano injusto provocado pela exploração capitalista, pela discriminação racial e discriminação sexual. O autor se propõe a discutir a quarentena a partir da perspectiva desses grupos que mais têm sofrido com essas formas de dominação, os quais ele sucinta da seguinte forma:

- a) As mulheres⁸, que são consideradas as cuidadoras do mundo, dentro e fora do núcleo familiar. Dominam em profissões da área social e da enfermagem que estão na linha de frente de cuidados. São elas também que continuam a ter a cargo, exclusiva ou majoritariamente, o cuidado das famílias. Poderia imaginar-se que, havendo mais braços em casa durante a quarentena, as tarefas poderiam ser mais distribuídas. Suspeita-se que assim não será, em face do machismo que impera e quiçá se reforça em momentos de crise e de confinamento familiar. Por outro lado, é sabido que a violência contra as mulheres tende a aumentar em tempos de guerra e de crise: confinamento das famílias em espaços exíguos e sem saída pode oferecer mais oportunidades para o exercício da violência contra as mulheres.
- b) Os trabalhadores precários, informais. Na América Latina, cerca de 50% dos trabalhadores empregam-se no setor informal. A indicação por parte da OMS para trabalhar em casa e em autoisolamento é impraticável, porque obriga os trabalhadores a escolher entre ganhar o pão diário ou ficar em casa e passar

⁶ Cerca de “[...] três milhões de brasileiros não têm nem sequer certidão de nascimento, segundo o IBGE” (OLIVEIRA, 2021, on-line).

⁷ Sigla para lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, queer, intersexuais, assexuais e todas as outras manifestações de sexualidade tidas como minoria (VICENZO, 2021).

⁸ Discutiremos, mais adiante, esse aspecto, mas direcionando aos desafios postos ao Serviço Social, no tocante a sua configuração de profissão feminina em meio à sociabilidade capitalista.

fome. Como resolverão o conflito entre o dever de alimentar a família e o dever de proteger as suas vidas e a vida desta? Morrer de vírus ou morrer de fome, eis a opção.

- c) Os trabalhadores da rua, que são um grupo específico dos trabalhadores precários: os vendedores ambulantes, para quem o negócio, isto é, a subsistência depende exclusivamente da rua. O impedimento de trabalhar, para os que vendem nos mercados informais das grandes urbes, significa que, potencialmente, milhões não terão dinheiro sequer para ocorrer às unidades de saúde, se caírem doentes. São eles que garantem a quarentena de muitos, mas, para isso, não se podem proteger com ela.
- d) A população em situação de rua. Como será a quarentena de quem não tem casa? Os sem abrigos que passam as noites nos viadutos, nas estações de metrô ou em trens abandonados, nos túneis de águas pluviais ou túneis de esgoto, em tantas cidades do mundo. Os moradores nas periferias pobres das cidades, favelas, barrigadas etc.

Maricato (2013) examina que as cidades são o principal local onde se dá a reprodução da força de trabalho. Para a autora, boas condições de vida dependem, frequentemente, de políticas públicas urbanas, como: “transporte, moradia, saneamento, educação, saúde, lazer, iluminação pública, coleta de lixo, segurança” (p. 20). Isto é, a cidade não fornece apenas o lugar para essa reprodução social, pois se “constitui um grande patrimônio construído histórica e socialmente, mas sua apropriação é desigual e o nome do negócio é renda imobiliária ou localização” (MARICATO, 2013, p. 20).

Assim, pode-se compreender que o direito inalienável à cidade funda-se sobre a capacidade de forçar a abertura, de modo que o caldeirão da vida urbana possa se tornar o lugar catalítico de onde novas concepções e configurações dessa forma de vida possam ser pensadas, bem como novas concepções de direitos possam ser construídas. Por essa perspectiva, o direito à cidade não é um presente, devendo ser tomado pelo movimento político (HARVEY, 2013a).

Santos (2020) menciona, ainda, os internados em campos de concentração para refugiados, imigrantes indocumentados ou populações deslocadas internamente. Para ele, esses segmentos vivem em permanente quarentena. Mas, os perigos que enfrentam, no caso de o vírus se propagar entre eles, serão fatais e ainda mais dramáticos do que os que enfrentam as populações das periferias pobres.

E as pessoas com deficiência, que, de algum modo, mediante as limitações que a sociedade lhes impõe, fazem com que se sintam a viver em quarentena permanente. O autor indaga: como esses “viverão a nova quarentena, sobretudo quando dependem de quem tem de violar a quarentena para lhes prestar alguma ajuda?” (SANTOS, 2020, p. 20). E reflete também acerca dos idosos que vivem em contexto de constante vulnerabilidade e compõem o grupo de risco. Desse modo, para o autor, a lista do *Sul da quarentena* está longe de ser exaustiva. Podemos, então, destacar que, invariavelmente, no contexto brasileiro:

[...] as recomendações de isolamento doméstico e higienização ocorrem junto com o desemprego, o subemprego, a ausência de moradia, de abastecimento de água e de saneamento básico. O ato de lavar as mãos e a proteção de um teto não é igual para todos/as. Em um país onde parte considerável da população vive com menos de um salário mínimo e milhões estão desempregados/as ou subempregados/as. Assim, esse momento exige medidas governamentais que se voltem para toda a classe trabalhadora e reafirmem a inclusão da população, em especial, das pessoas em situação de rua; negros/as; LGBTI; trabalhadores/as do sexo; catadores/as de lixo e cooperativados/as de reciclagem; populações ribeirinhas, pescadores artesanais; empregadas/os domésticas/os; diaristas; artesãs/ãos e camelôs (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2020b, p. 1).

O Serviço Social atendeu e acolheu as famílias em uma tenda improvisada, do lado de fora, em frente à unidade de saúde – arranjo distinto de qualquer outra unidade hospitalar, nesse contexto. À medida que os/as pacientes chegavam, as profissionais coletavam seus dados em um livro ata e passavam informações sociais ou de rotinas às famílias, conforme a demanda se expressava ao cotidiano de trabalho. Esse primeiro contato se coloca similar e expressivo também na vivência de trabalho, como descreve Pereira:

Quanto aos pacientes internados com Covid-19 e suas famílias, o trabalho começava com a chegada deste paciente. Cabendo ao Serviço Social entrar em contato com a família via telefone informando a rotina hospitalar, abrindo uma ficha social específica visando identificar aspectos sócio-culturais, econômicos e potenciais riscos e vulnerabilidades para encaminhamentos ao longo da internação, bem como organizando as condições de saída do hospital no pós-alta ou concedendo auxílio funeral (PEREIRA, 2020, p. 252).

Com o passar do tempo, a equipe foi se adequando à nova realidade que se apresentava em seu cotidiano de trabalho, criando instrumentos para obtenção de dados sobre as famílias e os pacientes – dados necessários ao trabalho da equipe, de modo geral, e do/a assistente social, a partir dos atendimentos e entrevistas sociais. Posteriormente, as equipes de Serviço Social, nas unidades do estado,

A humanização é uma palavra eminentemente utilizada como forma de apelo e cobrança dos usuários, no que se relaciona aos atendimentos prestados por parte dos profissionais. Desse modo, torna-se cobrança por parte de equipes gestoras, face aos seus profissionais de linha de frente e/ou que prestam assistência direta aos usuários. A voz ativa dos sujeitos coletivos é fundamental, no entanto é perceptível que os apontamentos ocorrem mediante o significado ou origem etimológica da palavra, isto é, no sentido de tornar-se humano: benévolo, amável etc.

Mas a humanização na saúde é uma política pública e traz toda uma fundamentação. É pouco debatida e analisada no contexto hospitalar. Quando é mencionada, é basicamente desta forma: *os profissionais precisam ser mais humanos* ou *falta humanização no atendimento*, mesmo que o contexto de trabalho não tenha profissionais suficientes para atender as demandas ou que os/as profissionais estejam com sobrecarga, frente ao ritmo das demandas que são apresentadas e se avolumam.

O campo da política pública de saúde, segundo Pereira e Barros (2008), está relacionado à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços, apontando a necessária articulação de novas práticas. Nessa perspectiva, atender melhor os usuários do SUS ocorre em sintonia com melhores condições de trabalho e com a participação dos diferentes sujeitos nos processos relacionados.

A XI Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 2000, tinha como tema central: “Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e temas de destaque: “1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social” (BRASIL, 2022, on-line).

Assim, ainda que timidamente, como apontam Barros e Passos (2005), o tema humanização se anuncia desde a já citada conferência, procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. Nesse viés, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), entre os anos 2000 e 2002, iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização direcionados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador. Sobre esse cenário, cabe destacar que:

Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos

profissionais. Os discursos apontavam para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada por muitos como falência do modelo SUS. A fala era de esgotamento. De fato, cada posição neste debate se sustenta com as suas razões. Por um lado, os usuários por reivindicarem o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos (BARROS; PASSOS, 2005, p. 389).

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS busca pôr em prática o próprio sistema de saúde brasileiro, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, no cotidiano dos serviços de saúde. Está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do MS e, de forma descentralizada, a política busca a construção de planos de ação para promoção e disseminação das inovações no modo de fazer saúde (BRASIL, 2010).

Cabe mencionar que a PNH tem como método a “[...] inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos” (BRASIL, 2010, p. 24), gestores, trabalhadores e usuários, e como princípios: a) a transversalidade, reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, e produzir saúde de forma mais corresponsável; b) a indissociabilidade entre atenção e gestão, de modo que os profissionais e usuários devem conhecer como funciona a gestão dos serviços e rede de saúde, assim como participar ativamente das tomadas de decisões; e c) o protagonismo, pois qualquer mudança na gestão concretiza-se com a ampliação da autonomia dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2010).

Dentro dessa perspectiva e arranjo de trabalho, a PNH aponta diretrizes para efetivação, dentre elas: o acolhimento, a partir do reconhecimento de que o outro traz como legítima e singular a necessidade de saúde a partir da escuta qualificada oferecida pelos/as trabalhadores/as aos sujeitos de direitos; e a ambiência, por meio da criação de espaços saudáveis e acolhedores. Entre as diretrizes, também estão incluídas a valorização do/a trabalhador/a e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2010).

É notório que o texto da PNH reitera a valorização do/a trabalhador/a da saúde e os direitos dos usuários, destacando a questão relacionada ao acolhimento com qualidade e resolutividade por parte dos serviços, mediante a assistência prestada aos sujeitos de direitos e a resolutividade de cada caso singular. Outro ponto abordado

nas discussões que envolveram a XI Conferência foi a integralidade da atenção, que:

[...] apareceu com força no debate dos grupos, evidenciando uma questão prática e imediata: o que a população exige do SUS é que ele seja capaz de atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da Saúde, e não apenas ser capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida (BRASIL, 2001a, p. 102-103).

Quanto à sobrecarga de trabalho, esta já era uma realidade anterior à pandemia, com o sucateamento e a precarização da política de saúde, frente à racionalidade neoliberal. Mas, o contexto pandêmico veio despir esse fenômeno advindo das contradições do modo de produção capitalista. Na saúde, houve contratações de caráter imediatista, com vínculos temporários. Mesmo com essas contratações, muitos trabalhadores adoeciam e tinham que se afastar também, acarretando em uma sobrecarga de trabalho aos/às profissionais da equipe.

No contexto da crise socio sanitária, muitos/as trabalhadores/as se viam entre o ritmo ultrafrenético, porém ultrasensíveis, no que diz respeito à interação com os pacientes e as suas famílias. Por inúmeras vezes, até comemoravam quando ocorria uma alta, haja vista a letalidade do vírus. Mas, mesmo assim, a humanização era sempre cobrada. Observa-se, também, que essa cobrança é sempre mais direcionada aos/às profissionais de Enfermagem e Serviço Social. Pode-se inferir que um dos fatores que contribui para tais cobranças é a constituição eminentemente feminina dessas profissões, mencionada linhas atrás.

Druck (2011) aponta para algumas formas de precarizações enfrentadas pelos trabalhadores, no contexto brasileiro. Uma delas é a intensificação do labor e terceirização centrada nos atuais padrões de organização e gestão do trabalho, o que tem levado a condições extremamente precárias, por imposição de metas inalcançáveis, extensão da jornada e polivalência, fatores que seguem sustentados pela gestão do medo, pela discriminação ocasionada pela terceirização, como também a partir do abuso de poder: o assédio moral.

Segundo a autora, entre os diversos setores pesquisados e apresentados – incluindo a saúde –, para além das estatísticas que incluem a terceirização, revelam as múltiplas formas de precarização dos trabalhadores terceirizados: “nos tipos de contrato, na remuneração, nas condições de trabalho e de saúde e na representação sindical” (DRUCK, 2011, p. 49). Uma outra forma apresentada pela mesma autora trata-se da insegurança e saúde do trabalhador. Podemos mencionar que assola o

cotidiano de trabalho a partir da busca desenfreada por “[...] maior produtividade a qualquer custo, inclusive de vidas humanas” (DRUCK, 2011, p. 49).

É crucial pontuar aqui a explicitação entre produtividade e intensidade, em destaque no texto de Dal Rosso (2013). Para o autor, a principal dificuldade para a pesquisa é isolar o significado da palavra *intensidade* no trabalho. O termo, propriamente dito, “remete à rapidez, ao grau de concentração, à densidade, ao ritmo, à velocidade e a energia física, intelectual e emocional que o trabalhador despende na atividade” (DAL ROSSO, 2013, p. 47). Tudo isso é afetado pelos meios tecnológicos à disposição do trabalhador, em determinado momento, no entanto:

A introdução de inovações tecnológicas eleva a produtividade do trabalho, mas pode ou não exigir mais esforço por parte do trabalhador. Importa, pois, separar conceitualmente produtividade de intensidade. Inovações tecnológicas aumentam a produtividade do trabalho, mas o grau de intensidade do esforço requerido tem a ver com a cooperação entre os trabalhadores e com o modo como o trabalho é organizado. Intensidade refere-se à organização e à gestão, e são elas que fazem que o trabalho seja executado de maneira mais eficaz e mais eficiente. Em trabalhos coletivos, a intensidade revela a condição de cooperação entre os trabalhadores (DAL ROSSO, 2013, p. 47).

Além disso, é importante destacar que as pesquisas de objetos microsociológicos, isto é, realizadas em empresas no campo da saúde mental, no que diz respeito ao labor, interpretam uma “[...] ‘psicopatologia da precarização’, produto da violência no ambiente de trabalho, gerada pela imposição da busca de excelência como ideologia da perfeição humana, que pressiona os trabalhadores ignorando seus limites e dificuldades [...]” (DRUCK, 2011, p. 49, grifo da autora).

E todo esse contexto de terceirização/intensificação desencadeia-se no cenário de “[...] ameaça permanente da perda do emprego, que tem se constituído numa eficiente estratégia de dominação no âmbito do trabalho” (DRUCK, 2011, p. 50), afinal, o medo exerce controle social. Diante desse suposto, cabe compreender que, mesmo os setores em que não há predominância de produção de mercadorias, como é o caso do setor estatal, dificilmente conseguem escapar a essas determinações sociais, que são as relações sociais capitalistas (GOMES, 2012), como é o caso da estruturação do próprio SUS.

A esse respeito, Soares (2020) analisa que essa estruturação, que já tem mais de 20 anos, materializa-se num cotidiano de tensões e contradições em relação aos princípios originais do sistema, ocorrendo um adensamento das tendências dos anos

1990. Uma expressão ferrenha presente nesse cenário, que ganha força nos dias atuais, é, por exemplo, a implementação de mecanismo de heterogestão⁹ à “[...] apresentação dos produtos do trabalho na forma de procedimentos [...]” (GOMES, 2012, p. 102). É nesse aspecto que retornaremos a destacar a humanização, porém a partir de uma proposição crítica. Podemos verificar a seguinte situação:

um profissional de saúde ao abordar uma condição de sofrimento apresentada por um indivíduo tendo por referência apenas o êxito tecnicamente alicerçado na biomedicina contribui, em alguma medida, para tornar acessível para esse indivíduo particular aspectos da ‘genericidade’, ou seja, contribui para o estabelecimento de uma forma de ‘atualização’ do indivíduo concreto em relação ao gênero tendo para o estabelecimento de uma forma de atualização do indivíduo concreto em relação ao gênero tendo por ‘guia’ sua condição de sofrimento (GOMES, 2012, p. 122, grifos do autor).

Podemos compreender que, apropriando-se de objetivações humanas postas nesse íterim, as relações humanas estão permeadas de determinações sociais, ou seja, engendradas de racionalidades dominantes nas dimensões da vida social, o que desencadeia o processo humanização-desumanização. De acordo com Gomes (2012), o que ocorre é que tal relação com o gênero se dá de forma inconsciente e espontânea. Isso faz com que esse sujeito viva, no plano particular, a genericidade em si, a partir do estabelecimento de “[...] uma relação reprodutora de seu estar no mundo, um devir ‘a reboque’ das relações sociais, significadas como autônomas, naturais” (p. 123, grifo do autor).

Analisar, a partir de uma perspectiva crítica, a relação da humanidade com suas condições de sofrimento e com as práticas de saúde, tendo como ponto de referência o processo dialético humanização-alienação, é ter em mente a existência de um processo permanentemente humanizador que se dá de forma contraditória, na inter-relação com a dinâmica da alienação. E, quando essa dimensão se encontra de forma predominante, expressam-se dinamismos que tendem a ser denominados de desumanizantes (GOMES, 2012). Isso é o que ocorre na dinâmica do trabalho coletivo em saúde, onde há predominância da racionalidade hegemônica capitalista.

Por mais que a proposta prevista na PNH aponte para novas práticas de saúde, que envolvem a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários,

⁹ Podemos compreender aqui, apoiando-nos na origem etimológica da palavra, tratar-se de uma forma de gestão heterogênea, isto é, um mister, uma confluência de mais de um elemento, afinal, Gomes (2012) destaca, posteriormente, os preceitos da Organização Científica do Trabalho (OCT) e as novas estratégias gerenciais de base toyotista, chamada de acumulação científica.

como citado de forma reiterada, isso deságua em cobranças por mais trabalho que atendam os interesses capitalistas, em meio ao cenário de constantes ataques aos direitos dos trabalhadores e condições de precarização mencionadas acima. Diante desse pressuposto, podemos depreender que a utilização do termo *desumanização*, ou até mesmo falar em ausência de trabalho humanizante, “[...] somente faz sentido se compreendido [...] como descrição de uma negação contraditória da humanização por outra tendência” (GOMES, 2012, p. 123-124).

Reafirmamos que a racionalidade do Estado contrarreformado incide em uma política de saúde cujas práticas são cobradas por meio de um viés altamente mercadológico, o que também ocasiona entonações ao Serviço Social. No contexto da crise socio sanitária, teve grande intensificação de trabalho e revisitou algumas cobranças de antigas requisições, como é possível perceber nos embates que envolvem a equipe.

Conforme Raichelis, é cada vez mais frequente e necessário o trabalho compartilhado com outros profissionais, no campo das políticas sociais, o que “[...] demanda a capacidade de expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetivos comuns a diferentes profissões [...]” (2009, p. 389).

Outro ponto a considerar é que, “historicamente, os assistentes sociais dedicaram-se à implementação de políticas públicas, localizando-se na linha de frente das relações entre população e instituição” (IAMAMOTO, 2009b, p. 367). Mas, no processo interventivo na ala UTI Covid, a interlocução de saberes compartilhados, enquanto estratégia de respostas singulares, tem desencadeado práticas ambíguas, bem como ausência de conhecimentos acerca de atribuições e competências entre as diferentes categorias. Todavia, cabe assinalar que esse fator ganha maior evidência no que tange à interlocução da prática do/a assistente social com as demais categorias.

Tal verificação se dá pelo próprio posicionamento dos/as profissionais, suas falas e requisições junto ao plantão social. Nesse sentido, mais do que antes, é imprescindível que o/a profissional tenha clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades. O conjunto de demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para setores competentes, por meio de planejamento coletivo elaborado na unidade, vai impossibilitar à/ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

Um fator determinante desse aspecto é o caráter emergencial do arranjo do plantão social, quanto à configuração e à organização do trabalho profissional sem planejamento a priori, posto a atender as demandas a partir da implementação da ala Covid. Assim, o processo de trabalho adquiriu um caráter mais que urgente, nesse contexto de calamidade pública, propiciando a falta de planejamento institucional entre categorias.

O que agravou ainda mais a natureza emergencial e burocrática, tendo em vista também a falta de um planejamento mais elaborado, foi o conhecimento inadequado com relação ao processo de trabalho do/a assistente social na saúde. Isso desencadeou inúmeras requisições institucionais, isto é, gerou solicitação ou requerimento – que “pode ser direcionada à prestação de um serviço, entrega de coisas ou comparecimento de pessoas” (GUERRA et al., [2016], p. 6) – que não estavam ou não estão em acordo com as competências e atribuições profissionais da categoria.

Além da ficha de admissão, o/a assistente social da ala Covid tinha um censo diário, como de costume nos trabalhos realizados nas UTI. No censo, constam: nome do paciente, data de nascimento, cidade de origem, data de admissão, telefone de contato de familiares e alguma outra observação pelo crivo do/a profissional que admitiu o/a paciente. Todo plantão é guiado por esse documento, pois lá são registradas informações do/a paciente que evoluía a óbito, alta ou era transferido/a para outra cidade ou unidade de saúde. Dá-se rigorosa atenção às evoluções em prontuários dos pacientes. Outro norteador é o livro de ocorrência, ata ou preto.

O livro de ocorrência, conforme Matos (2017), é um registro histórico desenvolvido pelos/as assistentes sociais nos serviços de saúde que trabalham em regime de plantão e é uma forma “de atualização das informações da equipe para a equipe do outro dia” (p. 139). A questão é que o censo e outros protocolos proporcionaram um ritmo de trabalho intenso. A atualização dava-se em meio a admissões, transferências, mudanças de leito de pacientes da UTI para enfermarias e vice e versa, além dos processos de atendimento e acolhimento em situações de óbito.

Às vezes, ocorriam seis óbitos de um dia para a noite, por Covid-19, e cada processo levava certo tempo, até o médico informar à família e conseguir conversar com o Serviço Social. Este era responsável por passar informações sanitárias para reconhecimento e entrega do corpo, protocolar, junto à família, o termo para

sepultamento e traslado, bem como contactar os municípios de origem para solicitar o benefício eventual de auxílio funeral, haja vista que, a maioria das vezes, as famílias dos pacientes não tinham condições financeiras de arcar com as despesas funerárias.

É dada rigorosa atenção às evoluções em prontuários de pacientes. Cada situação que ocorria ou mediações profissionais devem ser registradas em prontuário de usuário na condição de paciente, o que “reflete, por meio dos registros escritos, os procedimentos realizados junto a este pelos trabalhadores que o atendem diretamente, no que se refere ao seu tratamento, ou seja, os registros dos profissionais de saúde” (MATOS, 2017, p. 134).

No entanto, Matos (2017) ressalta que, como vários profissionais de saúde no atendimento ao usuário têm acesso aos dados, é importante assegurar que, em caso de informações que envolvam o sigilo profissional, sejam viabilizadas dentro do estritamente necessário ao trabalho coletivo em saúde. Com base no Código de Ética Profissional, o sigilo é direito e obrigação do/a assistente social. No Capítulo V – Do Sigilo Profissional, no artigo 17, é vedado ao assistente social revelar sigilo profissional. Conforme o artigo 18, “a quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, [2012], p. 35).

Em meio ao cotidiano de medo, crise multifacetada e agravamento da precarização das condições de labor, o/a profissional de Serviço Social tinha que enfrentar condições que garantiam a efetivação dos direitos humanos e sociais. Aqui pontuaremos a questão relacionada ao uso do nome social, “[...] aquele pelo qual travestis e transexuais se reconhecem, bem como são identificados/as por sua comunidade e em seu meio social. O nome social é o nome pelo qual preferem ser chamados/as cotidianamente, em contraste com o nome oficialmente registrado e que não reflete sua identidade de gênero” (BRASIL, 2018b, p. 54).

Recebia-se pacientes entre cujas particularidades apresentadas ao Serviço Social estava o direito ao uso do nome social. Um tinha o documento da defensoria, a qual a unidade teve acesso; outro não teve na ocasião da admissão, caso em que o/a assistente social orientou a família e o paciente, além de mediar junto à família. Em abril de 2016, na semana das conferências nacionais conjuntas de direitos humanos, foi publicado o Decreto Presidencial nº 8.727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e

transexuais, no âmbito da administração pública federal. O artigo nº 6 do referido decreto nos informa que:

A pessoa travesti ou transexual poderá requerer, a qualquer tempo, a inclusão de seu nome social em documentos oficiais e nos registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional (BRASIL, 2016, p. 2).

O decreto considera nome social designação pela qual a pessoa travesti ou transsexual se identifica e é socialmente reconhecida. Já a identidade de gênero, enquanto a própria “dimensão da identidade de uma pessoa que diz respeito à forma como se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade e como isso se traduz em sua prática social, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no nascimento” (BRASIL, 2016, p. 1).

Mas, os embates davam-se à medida que a família do próprio paciente não aceitava bem a questão em si. Ocorreu uma vez de o médico ter que passar o boletim por telefone, pois a família do paciente residia em outro município. Nesse ínterim, a assistente social foi solicitada, pois o médico informou que passaria o boletim somente se ela introduzisse o diálogo com a família, para que ele não tivesse que falar o nome social do paciente junto à família. Diante disso, cabe ressaltar que, para além do decreto, as questões de cunho social e de direito não são apenas de competência técnica do Serviço Social. Fazem parte das determinações sociais da saúde, sendo que deve ser de conhecimento e prática de toda a equipe viabilizar esse direito.

Ocorrem, também, mediações do profissional junto aos conflitos familiares. Não cabe aqui trabalhar o conceito de família em si ou suas funções no âmbito da sociabilidade, na medida em que essa teorização carrega ampla e contraditória questão (BRUSCHINI, 1997)¹⁰, o que pressupõe diversidade cultural. Mas, enquanto microestrutura social, seu dinamismo propõe à malha laboral do/a profissional conflitos e interesses contraditórios, como uma espécie de síntese da macroestrutura.

A qualificação profissional, nesse sentido, torna-se uma possibilidade de trabalho buscando compreender as formas de organizações nucleares e vivências e,

¹⁰ A autora explicita que a família é “um grupo social composto de indivíduos diferenciados por sexo e por idade, que se relacionam cotidianamente gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções: ela não é uma soma de indivíduos, mas um conjunto vivo, contraditório e cambiante de pessoas com sua própria individualidade” (BRUSCHINI, 1997, p. 74).

até mesmo, para além do complexo domiciliar, entendendo as relações e os conflitos sociais que permeiam o cotidiano familiar. Assim, reconhece-se a sua diversidade, descarta-se a ideia de modelos de estrutura e de relações de desprender-se do ideal do amor e da harmonia, ao tomar o conflito como inerentes às suas relações.

Ocorreu também de, na ala Covid, em meio a uma das muitas admissões, o Serviço Social ter intermediado um conflito intenso. A família de um deficiente físico que estava internado na UTI, em estado grave, desejou que o paciente decidisse com quem ficaria seu automóvel e dinheiro em banco. A profissional alertou – face ao que a família apresentou – quanto aos direitos da pessoa com deficiência, com base na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015¹¹.

Logicamente, o Serviço Social prescinde de qualquer perspectiva valorativa no que se refere à família, porém, com base no compromisso com os usuários, deve-se resguardar a saúde e a segurança dos/as pacientes. O conflito que a profissional de Serviço Social presenciou, diante do instrumento infraconstitucional citado, configura-se como tentativa de maus tratos à pessoa enferma e com deficiência.

Houve situações peculiares em que o/a assistente social também mediou, junto a familiares e à defensoria pública, a emissão de documentos de pacientes, como forma de viabilizar não apenas o direito personalíssimo, como também os direitos no âmbito da política de saúde, para os quais os documentos se fazem necessários. Apresentavam-se ao cotidiano profissional questões de pacientes que não tinham referência familiar ou viviam em situação de rua. As mudanças se faziam no Centro de Referência à População em Situação de Rua (CENTRO POP).

Registrou-se também um caso de um paciente que evoluiu a óbito. O advogado, a única pessoa de referência, administrou todos os trâmites de recebimento do corpo e sepultamento. O Serviço Social conseguiu contato apenas depois de toda uma busca via telefone, com a rede do município de origem.

Inúmeros foram os casos atendidos pelo Serviço Social, nos casos de óbitos, dada a gravidade/letalidade da doença. Nas situações relacionadas a óbito ou pós-óbito, o/a assistente social tinha como objetivo o acolhimento, para orientações e inserção na rede socioassistencial. Confirmando-se o óbito, a equipe da ala Covid se

¹¹ A Lei nº 13.146 refere-se ao Estatuto da Pessoa com Deficiência, que, por meio de seu Artigo 5º, dispõe que “a pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 2015, p. 3).

dirigia até o/a assistente social que estava na tenda – localizada do lado de fora, defronte à unidade – para que este contactasse a família, informando para um/a responsável se dirigir até a unidade, que o médico assistente desejava falar acerca do quadro clínico.

Nesse ponto, ocorre outro impasse interequipe. Como mencionado anteriormente, muitos/as pacientes eram oriundos de outros municípios. Nesse ínterim, a equipe deveria analisar, de forma multiprofissional, se a comunicação de óbito deveria ser feita de forma presencial ou via telefone, considerando que a família precisaria se organizar quanto às questões de traslado e urna funerária. Mas, o profissional médico negava-se a passar esse tipo de boletim via telefone, dentro da autonomia técnica que lhe cabia e que justificava. Ademais, a gestão não se apresentava contrária frente à negativa médica.

A correlação de forças ecoava, amiúde, que o/a assistente social deveria informar, até porque, em contexto de óbito por Covid-19, a orientação sanitária era a de que o corpo deveria ser entregue até doze horas do ocorrido do óbito, e muitos dos pacientes vinham de municípios distantes, seis ou sete horas de viagem. Por vezes, isso proporcionou discussões internas na equipe de Serviço Social, pois alguns/mas colegas, preocupados/as com esse trâmite, e também com o fato de que a família poderia se sentir lesada em saber do óbito horas após a confirmação, desejaram informar o óbito à família. Só não o faziam, pelo posicionamento contrário das demais colegas, algo que trazia polaridade e/ou divergências de opiniões, no cerne da equipe.

É fato que essa discussão trouxe ao debate, na ambiência hospitalar, um aspecto histórico de entrave à prática profissional, pois cabe aqui a seguinte indagação: o/a assistente social, diante de suas competências e atribuições privativas, deve informar óbito? A resposta é não! categoricamente não! frente à normativa que será brevemente discutida em linhas adiante, quando mencionamos o impasse relacionado ao momento do boletim tão esperado pelos familiares. Mas, uma vez que a situação de óbito já havia sido informada pelo/a médico/a assistente, o/a assistente social e a psicóloga realizavam o acolhimento do/a familiar responsável.

E, após escuta de acolhimento, havendo a necessidade, o/a assistente social contactava o município de origem, mais especificamente a secretaria responsável pelos benefícios sociais, para solicitação do auxílio funeral. Além disso, cabia ao profissional orientar sobre o processo de entrega do corpo. Dentre as orientações, estava a de limitar o reconhecimento do corpo a um só familiar, a paramentação

obrigatória e manter a distância segura de dois metros do corpo¹².

Até aqui, é possível verificar um elemento altamente pertinente no que tange à intensificação de requisições e/ou funções postas ao Serviço Social, junto às famílias, que não devem ser realizadas por este/a profissional. Em nossa experiência, identificamos que se tem estabelecida ao assistente social a responsabilidade por contactar as famílias dos pacientes em casos também de solicitação de medicamentos, dentre outras questões. Entretanto, verifica-se a necessidade técnica de comunicação explicativa entre o familiar responsável e a equipe médica sobre questões inerentes a prescrições e medicamentos.

Isso é algo que deve ser analisado vinculado aos aspectos do fluxo intenso do trabalho enfrentado por todos os profissionais e as mudanças macroscópicas em curso. Os assistentes sociais devem ter uma prática que se limite ao “[...] âmbito das suas *competências profissionais e de suas atribuições privativas*” (MATOS, 2020, p. 239, grifos do autor), ao passo que essas são sínteses de elaborações constituídas do arsenal teórico-metodológico e ético-político, expressando a observação ao projeto profissional.

Entretanto, o fato de ter que responder às novas demandas advindas da crise da Covid-19, a partir da construção de uma rotina, fez com que houvesse discussões em plena intervenção prática. A falta de conhecimento evidente ou ainda acerca do trabalho do assistente social levou, em alguns dos plantões, a solicitações para que o assistente social repassasse o boletim clínico dos pacientes internados na UTI aos familiares, gerando a situação: se caso o boletim não fosse repassado pela assistente social, os familiares ficariam sem informação.

Em alguns momentos, essa questão causou enormes embaraços no processo de mediação do assistente social, junto às famílias. Nessa direção, tornou-se importante a Orientação Normativa nº 3, de 31 de março de 2020, do CFESS, que dispõe acerca das ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais.

O documento orienta que não cabe ao assistente social “informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos, direitos estes que devem ser garantidos e

¹² Cabe mencionar, também, que esse era talvez o único momento para o familiar reconhecer o corpo. E o Serviço Social era chamado pela família para as exceções, como a de deixar mais de um familiar entrar, o que gerava ainda mais angústia ao trabalho profissional.

assumidos por profissionais que tenham competência para tal” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2020a, p. 2). Do mesmo modo, não é competência desse profissional “a divulgação de boletins médicos, [...] tampouco o atendimento prévio de pacientes, visando realizar a triagem das suas condições clínicas para acesso aos serviços de saúde” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2020a, p. 2).

Ao expor o debate acerca das atribuições privativas e das competências profissionais, a gestão utilizou de contra-argumento: informou que o assistente social iria apenas ler o boletim escrito pela médica. Esse fato ocasionou uma reflexão, pois o Serviço Social polemizou que o momento do boletim é crucial para garantir o direito à informação adequada acerca da evolução clínica do paciente, considerando também que os familiares fazem inúmeras indagações a cada fala ou conduta realizada pelo médico com seu paciente internado.

Após reflexão, decidiu-se que o repasse das informações de saúde dos pacientes aos seus familiares deve ser realizado pelo profissional da medicina. A partir dessa interação, cabe mencionar que:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 46).

Dito isso, cada um desses profissionais tem distintas competências e habilidades para o desempenho de suas funções. No entanto, esse trabalho em equipe merece ser refletido, bem como as atribuições dos assistentes sociais precisam ficar especificadas e divulgadas aos diversos profissionais (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010). Quanto a esse ponto, não se teve interação ou construção do saber internamente na ala Covid. Ocorreu que algumas atribuições e competências do/a assistente social não foram transcritas ou discutidas entre as equipes, o que é fator histórico nas ambiências hospitalares e agravou-se com o aligeiramento que a crise socio sanitária impôs.

Reitera-se que a dimensão *micro* da correlação de forças presente na instituição lócus de experiência profissional expressa-se a partir dos embates intercategoriais e trouxe, ao cotidiano profissional, questões as quais a categoria lutou para retirar de sua dinâmica laboral. Mesmo o boletim não sendo passado pelos/as

assistentes sociais, ainda sim estes ficavam na incumbência de organizar todo o documento e ter controle, também ligando para cada familiar que não poderia estar presente.

De fato, não se retiraram, por completo, as requisições que são postas à categoria de assistentes sociais. Bastaram mudanças macroestruturais, para que as microdinâmicas laborais revisitassem antigas determinações, o que envolve essencialmente o aspecto da autonomia relativa. As determinações sociais são, nesse espectro, as condições que envolvem o trabalho assalariado, o que propicia ao centro do debate os elementos concernentes à profissão que se encontram em constante tensão, propondo à dinâmica laboral do assistente social implicâncias antagônicas para a efetivação do seu significado real. Considera-se também a forma atual de sociabilidade capitalista, bem como a relação entre a condição de venda da força de trabalho, apontada neste trabalho, e a concretização do projeto ético-político da profissão.

Acerca desse contexto de impasse, no centro dinamicidade institucional, Iamamoto (2009a) aponta, de forma pertinente, que “o Serviço Social foi regulamentado como ‘profissão liberal’ dela decorrente os estatutos legais e éticos que prescrevem uma autonomia teórico-metodológica, técnica e ético-política à condução do exercício profissional” (p. 38, grifo da autora). Entretanto:

A condição assalariada – seja como funcionário público ou assalariado de empregadores privados, empresariais ou não – envolve, necessariamente, a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho, consubstanciadas no contrato de trabalho. Eles estabelecem as condições em que esse trabalho se realiza: intensidade, jornada, salário, controle do trabalho, índices de produtividade e metas a serem cumpridas. Por outro lado, os organismos empregadores definem a particularização de funções e atribuições consoante sua normatização institucional, que regula o trabalho coletivo (IAMAMOTO, 2009a, p. 31).

A autora problematiza essa questão da autonomia relativa. Enfatiza as inúmeras exigências impostas pelos empregadores, no cenário da organização social e técnica do trabalho coletivo, os quais “materializam requisições, estabelecem funções e atribuições, impõem regulamentações específicas ao trabalho a ser empreendido no âmbito do trabalho coletivo, além de normas contratuais (salário, jornada, entre outras)” (IAMAMOTO, 2009a, p. 32).

Essas condicionantes alteram “o conteúdo do trabalho realizado e estabelecem limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais” (IAMAMOTO,

2009a, p. 32), como também condensam as inquietudes:

[...] entre o direcionamento socialmente condicionado que o assistente social pretende imprimir ao seu trabalho concreto, condizente com um projeto profissional coletivo, e as exigências que os empregadores impõem aos seus trabalhadores assalariados especializados (IAMAMOTO, 2009a, p. 32).

Considerando as tensões relacionadas à tentativa de imposição do boletim para os/as assistentes sociais, percebe-se que a normativa técnica subsidiou esses/as profissionais a não realizarem uma atividade para a qual não se tem competência técnica no que se refere a informações clínicas, o que se soma ao compromisso ético e técnico da categoria médica. Por outro lado, as determinações sociais e a correlação de forças presentes nas instituições sobrevieram em relação à autonomia relativa dos/as assistentes sociais, no sentido de condição de trabalhadores/as assalariados/as.

Essa tendência encontra força também no fato de o Serviço Social ficar responsável pelo *controle* das famílias e carregar o estereótipo de profissional *da ajuda e assistencialismo*, somado à ideia de secretariado administrativo na ambiência hospitalar, por forças de determinações sociais que envolvem, historicamente, o trabalho da categoria nesse espaço citado. Percebe-se que essas forças se tornam convenientes para outras categorias, como forma de terem a quem delegar atividades, por também se encontrarem sobrecarregados/as na dinâmica de uma política que sofre o contexto de sucateamento e precarização das condições de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como escopo central analisar a crise socio sanitária e as repercussões no processo de trabalho do Serviço Social, no contexto hospitalar. O estudo buscou levantar informações concretas, a partir da observação da pesquisadora, enquanto assistente social inserida no processo de trabalho em saúde, no contexto hospitalar, e que, conseqüentemente, vivenciou esse período de reestruturação dos serviços de saúde, o qual, por sua vez, trouxe implicações para o trabalho da categoria profissional.

Essa conjuntura deu-se sob um processo de intensificação das privatizações da política de saúde já em curso, que tem repercussões veementes no processo de precarização laboral, no âmbito da política de saúde. Nessa direção, a centralidade do trabalho foi que, na atual “conjuntura, modificam-se as demandas profissionais, as requisições socioprofissionais e políticas, [de modo que] novas atribuições e competências lhe são exigidas” (GUERRA et al., [2016], p. 3).

A investigação sobre a prática profissional do Serviço Social tinha pouca tradição nos nossos meios acadêmicos, sendo, dessa forma, considerado um objeto de menor importância (PONTES, 1997). Invariavelmente, “são raras as pesquisas que tem investido na identificação, análise e interpretação das requisições, demandas e atribuições que chegam aos assistentes sociais” (GUERRA et al., [2016], p. 6).

Depreende-se, portanto, que é parca a produção bibliográfica que problematiza a prática do/a profissional do Serviço Social na saúde. Referimo-nos aqui a pesquisas e/ou relatos de experiências profissionais que apontem os embates e conflitos reais que revelam as forças sociais, dentro do viés institucional, e os posicionamentos da categoria no seu cotidiano de trabalho.

Em contraste, esses profissionais constituem o leque de instituições que compõem a organização da implementação da política de saúde brasileira, sendo uma das áreas de maior contratação da profissão (CFESS, 2005 apud IAMAMOTO, 2009b). É no âmbito dos desafios postos à efetivação dos princípios do SUS e dos próprios princípios do Código de Ética Profissional que as discussões deveriam se tornar mais ferrenhas.

Em geral, a complexidade demandada à intervenção requer, dentre outras, a dimensão investigativa do exercício profissional, visto que, historicamente, a práxis do/a assistente social tem seu significado na reprodução das relações sociais, o ser

social e suas condições de subsistência. Assim, não prescinde de uma análise de totalidade do território e das políticas públicas e econômicas correspondentes ao contexto em que a população está inserida.

Esse estudo projetou-se e realizou-se no contexto de depressão contínua do capital, acentuada com o cenário da pandemia. Diante da crise em curso, destaca-se que o maior desafio, enquanto pesquisadora, foi retratar esse *macromovimento*, na medida em que sabemos o quanto é cansativo a elaboração científica dos “[...] acontecimentos contemporâneos, enquanto a análise dos acontecimentos passados é relativamente mais fácil porque a própria realidade já se incumbiu de fazer uma certa eliminação e ‘crítica’” (KOSÍK, 1969, p. 22, grifo do autor).

Em geral, no que tange ao trabalho do/a assistente social na saúde, em contexto hospitalar, são inúmeros os desafios postos à categoria, na dinâmica do trabalho coletivo, como as questões relacionadas à autoimagem da profissão neste âmbito, vista como um trabalho assistencialista e auxiliar das demais categorias. Desse modo, com o acirramento do cenário de crise atual, há quem aponte tal dinâmica assim:

[...] o Serviço Social acabou se transformando num posto telefônico em busca de informações de pacientes tanto da ala Covid como dos familiares de pacientes de UTI e Estabilização, setores onde não há acompanhante. A estratégia utilizada era construir uma comunicação que fortalecesse o vínculo e a credibilidade do familiar com o cuidado da instituição a fim de confortar, abrir um canal de atendimento de necessidades ainda que não alcancem o nível desejado pelos familiares e reforçar as orientações sobre os direitos e deveres dos pacientes e familiares em relação ao hospital. No que se refere às informações clínicas é necessário a espera pelo contato do médico (BARROS, 2020, p. 76).

Porém, não é só isso. Ir à essência do contraditório é compreender que inúmeros fatores contribuem para essa compreensão equivocada, como a falta de conhecimento da própria política de saúde, no que diz respeito ao saber e fazer profissional, tanto por parte das outras profissões, quanto pela ausência de defesa e entendimento dos/as próprios/as assistentes sociais. Acredita-se também que o princípio racionalizador inserido nos processos de trabalho em saúde pública leva tanto a cooptar os/as profissionais à lógica da eficiência, como também precariza o trabalho em meio à quebra de direitos e sobrecarga de trabalho.

Alguns fatores históricos foram trazidos ao debate, como o viés assistencialista das outras profissões da saúde, que outrora eram vistas como auxílio médico. E a

constituição feminina do Serviço Social. Sob este último aspecto reina a imposição de requisição institucional, por direcionarem às profissões com essas características de presença feminina a responsabilização vinculada à esfera privada, como as atividades de cuidar e acolher.

Interpretamos, assim, traços da cultura capitalista-machista, sob o patriarcado. Nesse ponto, Raichelis (2018, p. 61) adiciona um “[...] componente significativo na dinâmica de desvalorização e precarização do trabalho profissional [...]”, o qual indicamos para a continuidade deste estudo, que é a de localizar a atividade especializada do assistente social, não só verificando a divisão social, mas também a sexual do trabalho, em particular na área da saúde.

Consideramos, também, que todas essas implicações se tornaram mais agudas nos tempos atuais, misturadas aos sentimentos de incertezas. Nesse cerne, a práxis do/a assistente social debateu-se com o real significado sócio-histórico, mesmo que seus sujeitos não o tenham repercutido na consciência individual de cada profissional, pois o compromisso, de cunho moral, de estar inserido no mercado de trabalho e a necessidade de subsistência pairavam os pensamentos dos/as profissionais.

Ainda assim, recortes da experiência profissional apontam para uma resistência da maioria com relação a posicionamentos. Tem-se em conta que conseguem viabilizar direitos da população adoecida que sobremaneira compõe as expressões da questão social, objeto de análise e intervenção profissional.

É importante considerar, ainda, que não há um trabalho antes ou depois da pandemia. O que ocorre, de fato, são as imposições – impostas pela racionalidade sistêmica – que foram recolocadas e com que outrora a equipe lutou e se posicionou contra, por não se identificar com tais atividades e um acúmulo de atividades burocráticas e administrativas que exercem certo tipo de *controle*, no que diz respeito às famílias, sob um contexto de sobrecarga de trabalho e assédio laboral.

Esse conglomerado distorce o significado da profissão e prejudica a sua autoimagem. São responsáveis pela impressão de que há vários tipos de Serviço Social, a considerar cada tipo específico de instituição na qual os/as profissionais estão inseridos – como se a categoria ousasse fragmentar-se para adequar-se ao *ethos* institucional, pois, não raro ouve-se: *o que faz um/a assistente social em dado local?*

O/a assistente social, no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), do

Judiciário ou da Saúde, tem a mesma lei de regulamentação profissional, Código de Ética único e arcabouço teórico-metodológico que subsidiam sua instrumentalidade e mediação, para analisar e intervir nas expressões da questão social, seu objeto. Sendo assim, e como já explicitado, no decorrer deste estudo, com fundamentação em autores e autoras, reitera-se que a profissão é uma especialização do trabalho coletivo na atual divisão social e técnica do trabalho, que encontra diferentes processos laborais, e não processos distintos, em Serviço Social. Acontece que estamos inseridos na atividade coletiva da sociabilidade humana, onde nos deparamos com outras especialidades.

Assim, o/a assistente social trabalha de forma a contribuir para a viabilização dos direitos sociais, a partir de serviços e benefícios sociais, com respeito à autonomia dos sujeitos e à justiça social. Mas, as múltiplas expressões da questão social que se apresentam ao cotidiano desse profissional exigem que se tenha conhecimentos específicos das distintas necessidades humanas e das políticas públicas e programas sociais existentes, com os quais os/as profissionais trabalham.

São conhecimentos que, por vezes, não são da base de formação da profissão e, conseqüentemente, mas que subsidiem suas ações tendo em vista justamente a multiplicidade de demandas que carrega seu objeto de intervenção. “Há de se colocar um imperativo para a profissão: Ousar saber para ousar transformar” (GUERRA, 2009, p. 715).

Dessa forma, no âmbito das políticas públicas sociais, haverão, diante da correlação de forças, requisições, mas estas não devem se sobrepor à práxis do/a assistente social, descrita acima, e que podemos colocar, sumariamente, como atividade de intervenção na realidade social, na luta pelos direitos humanos e sociais da classe trabalhadora. Com o cenário de crise sociometabólica do capital, faz-se necessário resistir, mas também avançar coletivamente!

REFERÊNCIAS

30 POEMAS sobre a pandemia do novo coronavírus. **Jornal Opção**, Opção Cultural, [Goiânia], 09 maio 2021. Disponível em: <https://www.jornalopcao.com.br/opcao-cultural/30-poemas-sobre-a-pandemia-do-novo-coronavirus-327526/>. Acesso em: 14 mar. 2022.

ADJUTO, D. Hoje é o Dia Internacional de Luta das Mulheres. **CFESS - Conselho Federal de Serviço Social**: Notícias. Brasília, 8 mar. 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1878>. Acesso em: 15 out. 2022.

ADJUTO, D.; WERKEMA, R. Coronavírus: e quem trabalha na área da Saúde? **CFESS - Conselho Federal de Serviço Social**: Notícias. Brasília, 29 abr. 2020. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1697>. Acesso em: 15 out. 2022.

AGÊNCIA BORI. Medicina e Saúde. **Mais de 4.500 profissionais de saúde morreram por Covid-19, revela estudo inédito**. [S. l.], 13 out. 2022. Disponível em: <https://abori.com.br/medicina-e-saude/mais-de-4-500-profissionais-de-saude-morreram-por-covid-19-revela-estudo-inedito/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

AKTOUF, O. O coronavírus é o fruto amargo do capitalismo neoliberal maximalista. [Entrevista concedida a] A. Ingrachen. Trad. C. L. Araújo. **Revista do CEAM**, Brasília, v. 6, n. 1, p.13-19, jan./jul. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/33547>. Acesso em: 03 fev. 2022.

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Q4fVqRpm5Xfvnfq8HSCymkH/?lang=pt#>. Acesso em: 11 fev. 2022.

ALMEIDA, M. Entenda o fluxo de atendimento do novo coronavírus em Imperatriz. **Prefeitura Municipal de Imperatriz**: Notícias. [Imperatriz], 21 abr. 2020. Disponível em: <https://imperatriz.ma.gov.br/noticias/saude/entenda-o-fluxo-de-atendimento-covid-19.html>. Acesso em: 15 mar. 2022.

ALVES, G. Barbárie social e devir humano dos homens. **Blog da Boitempo**. São Paulo, 31 out. 2011a. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2011/10/31/barbarie-social-e-devir-humano-dos-homens/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

ALVES, G. O enigma da crise europeia e o sócio-metabolismo da barbárie. **Blog da Boitempo**. São Paulo, 05 dez. 2011b. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2011/12/05/o-enigma-da-crise-europeia-e-o-socio-metabolismo-da-barbarie/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

ALVES, G. O novo coronavírus e a catástrofe do capitalismo global. **Blog da Boitempo**. São Paulo, 20 maio 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/05/20/o-novo-coronavirus-e-a-catastrofe-do-capitalismo-global/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

ALVES, S. E. S. **A crise estrutural do capital de István Mészáros como uma síntese *sui generis***: possibilidades e limites. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/12908>. Acesso em: 20 fev. 2022.

ANDRADE, C. D. **As impurezas do branco**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ANTUNES, C. Mais de 17 mil profissionais de saúde já morreram com covid em todo o mundo – Muitos sofreram represálias por pedir equipamentos de proteção. **Expresso**, Sociedade, [Oeiras (Portugal)], 05 mar. 2021. Disponível em: <https://expresso.pt/sociedade/2021-03-05-Mais-de-17-mil-profissionais-de-saude-ja-morreram-com-covid-em-todo-o-mundo.-Muitos-sofreram-represalias-por-pedir-equipamentos-de-protecao>. Acesso em: 15 fev. 2022.

ANTUNES, J. **Da possibilidade à realidade**: o desenvolvimento dialético das crises em *O Capital* de Marx. 2005. Tese (Doutorado em Filosofia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalle/350800>. Acesso em: 23 fev. 2022.

ANTUNES, R. (org.). **A dialética do trabalho**. v. 1 [Escritos de Marx e Engels]. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

ANTUNES, R. O vilipêndio do coronavírus e o imperativo de reinventar o mundo. *In*: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. (org.). **Quarentena**: reflexões sobre a pandemia e depois. Bauru: Canal 6, 2020. p. 181-188.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Trad. R. Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

ASSISTENTES Sociais e a pandemia. **Gazeta do Bairro**, Curitiba, [2022]. Disponível em: <https://gazedobairro.com.br/assistentes-sociais-e-a-pandemia>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BALLESTRIN, L. Junho de 2013 e a crise democrática no Brasil: notas finais. *In*: TAVARES, F. M. M.; BALLESTRIN, L.; MENDONÇA, R. F. (org.). **Junho de 2013**: sociedade, política e democracia no Brasil. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2022. p. 225-233.

BARROS, A. L. O trabalho do/a assistente social no contexto hospitalar em tempos de pandemia: um relato de experiência do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde de Parnaíba. *In*: PEREIRA, S. L. B.; CRONEMBERGER, I. H. G. M. (org.). **Serviço Social em tempos de pandemia**: provocações ao debate. Teresina: EDUFPI, 2020. *E-book*. p. 65-79.

BARROS, R. D. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfv>

RbRQK/?lang=pt. Acesso em: 12 jun. 2022.

BEHRING, E. R. **Fundo Público, valor e política social**. São Paulo: Cortez, 2021.

BEHRING, E. R. Política social no contexto da crise capitalista. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ed.). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 301-321.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. R.; CISLAGHI, J. F.; SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. (org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando, 2020. *E-book*. p. 103-121.

BOSI, A. **O ser e o tempo da poesia**. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

BOURGUIGNON, J. A. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17954>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. **Diário Oficial da União**: Ministério da Saúde, seção 1, Brasília, DF, ano 135, n. 83, p. 8932-8933, 5 maio 1997.

BRASIL. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, ano 153, n. 81, p. 1-2, 29 abr. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Legislativo, Brasília, DF, ano 152, n. 127, p. 2-11, 07 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Legislativo, Brasília, DF, ano 158, n. 27, p. 1, 07 fev. 2020a.

BRASIL. Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979 [...] para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual [...] para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Legislativo, Brasília, DF, ano 158, n. 172-A, Ed. Extra, p. 1, 08 set. 2020b.

BRASIL. Lei nº 14.023, de 8 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979 [...] para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Legislativo, Brasília, DF, ano 158, n. 130, p. 1, 09 jul. 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde (2000)**. [Brasília], 11 fev. 2022. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2352-11-conferencia-nacional-de-saude-2000>. Acesso em: 17 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: o Brasil falando como quer ser tratado – Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social [Relatório Final]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. *E-book*.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19**: situação epidemiológica do Brasil neste domingo (22). [Brasília], 22 jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-diarios-covid-19/covid-19-situacao-epidemiologica-do-brasil-neste-domingo-22-1>. Acesso em: 22 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2010. *E-book*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 15, de 26 de abril de 2018**. Institui o Boletim Epidemiológico [...] e regulamenta o Corpo Editorial e as condições para a manutenção e o aprimoramento da publicação. Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Cidadania. **Manual orientador sobre diversidade**. Brasília: Secretaria Nacional de Cidadania/Ministério dos Direitos Humanos, 2018b. *E-book*.

BRASIL. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**: seção 1: Ministério da Saúde, Brasília, DF, ano 158, n. 24-A, Ed. Extra, p. 1, 04 fev. 2020d.

BRASIL. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**: seção 1: Ministério da Saúde, Brasília, DF, ano 158, n. 55-F, Ed. Extra, p. 1, 20 mar. 2020e.

BRASIL. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Portaria nº 25, de 15 de outubro de 2001. Altera a Norma Regulamentação que trata de Equipamento de Proteção Individual - NR6 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1: Ministério do Trabalho e Emprego, Brasília, DF, ano 138, n. 199, p. 50-52, 17 out. 2001b.

BRASIL. Secretaria de Inspeção do Trabalho. Portaria nº 787, de 27 de novembro de 2018. Dispõe sobre as regras de aplicação, interpretação e estruturação das Normas Regulamentadoras [...] e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. **Diário Oficial da União**: seção 1: Ministério do Trabalho, Brasília, DF, ano 155, n. 229, p. 87-88, 29 nov. 2018c.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V. M. R.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *In*: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V. M. R.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde em tempos de pandemia da Covid-19 e as lutas da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. *In*: CABRAL, M. S. R.; ASSIS, I. M.; SOUZA, G. A. C. (org.). **Crise capitalista, pandemia e movimentos sociais**. [São Paulo]: Núcleo de Qualidade de Vida e Saúde do Curso de Serviço Social da PUC-SP, 2021. p. 61-79.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, Brasília v. 22, n. 46, p. 191-209, jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 17 jan. 2022.

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

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. *In*: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (org.). **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 49-79.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CISLAGHI, J. F. Parte III: O ultraneoliberalismo e a política dos ressentidos. **Esquerda Online**, [s. l.], 25 jun. 2020. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/25/parte-iii-o-ultraneoliberalismo-e-a-politica-dos-ressentidos/>. Acesso em: 18 jan. 2022.

CISNE, M. **Serviço Social**: uma profissão de mulheres para mulheres? – uma análise crítica da categoria gênero na histórica “feminização” da profissão. 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9916>. Acesso em: 15 abr. 2022.

COGGIOLA, O. **Introdução à teoria econômica marxista**. São Paulo: Viramundo,

1998.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. *E-book*. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37793>. Acesso em: 15 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. 1. ed. ampl. [Brasília]: CFESS, 2012. *E-book*.

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

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Orientação Normativa n. 3/2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília, 31 mar. 2020a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social. **CFESS Manifesta**. Brasília, 23 mar. 2020b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. *E-book*.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. [Resolução nº 383, de 29 de março de 1999]. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social**. Brasília: CFESS, 2011. p. 183-185. *E-book*.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO RIO DE JANEIRO. Comissão de Saúde. **O Serviço Social em hospitais**: orientações básicas. 2. ed. rev. e ampl. 1. reimp. Rio de Janeiro: CRESS - 7ª Região/RJ, 2009.

CORDOVIL, C. Qual a diferença entre os conceitos de “determinantes sociais da saúde” e de “determinação social da saúde”? *In*: FIOCRUZ. **Portal DSS Brasil – Determinantes Sociais da Saúde**: FAQs. Rio de Janeiro, 24 out. 2020. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/faqconc/qual-a-diferenca-entre-os-conceitos-de-determinantes-sociais-da-saude-e-de-determinacao-social-da-saude/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

CORREIA, M. V. C. Contra-reforma na política de saúde brasileira: flexibilização da Gestão e as Fundações Estatais. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2009, São Luís. **Anais eletrônicos [...]**. São Luís: UFMA, [2009]. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/contra-reforma-na-politica-de-saude-brasileira-flexibilizacao-da-gestao-e-as-fundacoes-estatais.pdf. Acesso em: 12 jun. 2021.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de Saúde e a Inserção dos(as) assistentes sociais. *In*: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V. M. R.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009. p. 304-352.

COUTINHO, C. N. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma? **Novos Rumos**, Marília, v. 49, n. 1, p. 117-126, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/2383>. Acesso em: 28 fev. 2022.

DAL ROSSO, S. Crise socioeconômica e intensificação do trabalho. *In*: ANTUNES, R. (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 43-53.

DAVIS, M. A crise do coronavírus é um monstro alimentado pelo capitalismo. *In*: DAVIS, M.; HARVEY, D.; BIHR, A.; ZIBECCHI, R.; BADIOU, A.; ŽIŽEK, S. **Coronavírus e a luta de classes**. [S. l.]: Terra sem Amos, 2020. *E-book*. p. 5-12.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. ampl. Trad. A. I. Paraguay; L. L. Ferreira. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA. Coordenação de Políticas de Saúde. **Crise econômica e saúde no Brasil: onde estamos e para onde vamos?** [S. l.]: CPS/DENEM, 2016. *E-book*.

DOWBOR, L. Contas públicas: entenda a farsa. **A Terra É Redonda**, [s. l.], 13 maio 2020. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/contas-publicas-entenda-a-farsa/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. especial 1, p. 37-57, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/19219>. Acesso em: 17 fev. 2022.

DURÃO, F. A. **Metodologia de pesquisa em literatura**. São Paulo: Parábola, 2020.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. Descoordenação entre União e estados potencialmente agravou pandemia no Brasil. **Acontece na Enap**: Notícias. Brasília, 27 out. 2021. Disponível em: <https://enap.gov.br/pt/acontece/noticias/descoordenacao-entre-uniao-e-estados-potencialmente-agravou-pandemia-no-brasil>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FERREIRA; M. M.; RODRIGUES, R. A. F. A biopolítica da pandemia e seu impacto no cotidiano. **Revista do CEAM**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 20-29, jan./jul. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/31875>. Acesso em: 22 fev. 2022.

FIOCRUZ. Como o coronavírus é transmitido? **Covid-19: perguntas e respostas**. Rio de Janeiro, 29 abr. 2022 [18 jun. 2020]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/como-o-coronavirus-e-transmitido>. Acesso em: 14 jun. 2022.

FONTES, V. Entrevista: Coronavírus e a crise do capital. [Entrevista cedida a] Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. **ANDES - Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior**: Notícias, Brasília, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/CORONAVIRUS-e-a-cRISE-dO-cAPITAL1>. Acesso em: 04 fev. 2022.

FREIRE, S. M.; CORTES, T. L. Políticas de combate à pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para reflexão. *In*: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. (org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando, 2020. *E-book*. p. 27-52.

FRÓES, R. Governo confirma o primeiro caso do novo coronavírus no Maranhão. **G1**, São Luís, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2020/03/20/governo-confirma-o-primeiro-caso-do-novo-coronavirus-no-maranhao.ghtml>. Acesso em: 18 fev. 2022.

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

GOMES, R. M. Humanização e desumanização no trabalho em saúde: algumas contribuições conceituais para uma análise crítica. *In*: NOGUEIRA, R. P.; GOMES, R. M. **Capitalismo e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. *E-book*. p. 73-134.

GRANEMANN, S.; MIRANDA, F. Crise econômica, crise sanitária: a Covid-19 como instrumento de acumulação? *In*: SILVA, L. B.; DANTAS, A. V. (org.). **Crise e pandemia**: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. p. 19-34.

GUERRA, Y. A. D. A dimensão investigativa no exercício profissional. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ed.). **Serviço social**: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. p. 701-717.

GUERRA, Y. A. D.; REPETTI, G. J.; ANDRADE FILHO, A.; SILVA, P. B. S.; ALCANTARA, E. L. C. Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORAS(ES) EM SERVIÇO SOCIAL, 15., 2016, Ribeirão Preto. [Mesa Temática Coordenada: Fundamentos do trabalho do/a assistente social no contexto de reconfiguração das políticas sociais no Brasil]. **Anais eletrônicos [...]**. Brasília: ABEPSS, [2016]. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

HALLAL, M. Funcionária da Secretaria de Saúde de Palmas é a primeira vítima do coronavírus no Tocantins. **Estadão**: Saúde, [s. l.], 15 abr. 2020. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/funcionaria-da-secretaria-de-saude-de-palmas-e-primeira-vitima-do-coronavirus-no-tocantins/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

HAMRAOUI, É. Trabalho vivo, subjetividade e cooperação: aspectos filosóficos e institucionais. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. especial, p. 43-54, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/80631>. Acesso em: 23 fev. 2022.

HARVEY, D. A liberdade da cidade. *In*: MARICATO, E. et al. **Cidades rebeldes: Passe Livre e as manifestações que tornaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Boitempo; Carta Maior, 2013a. *E-book*. p. 27-34.

HARVEY, D. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. Trad. J. A. Peshanski. São Paulo: Boitempo, 2011.

HARVEY, D. **Para entender O capital**: Livro I. Trad. R. Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013b.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 2. ed. Trad. C. N. Coutinho; L. Konder. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra, 1985.

HUSSON, M. O capitalismo no fio da navalha. [Trad. R. Azevedo]. **Esquerda.net: Internacional**, [s. l.], 29 jun. 2020. Disponível em: <https://www.esquerda.net/artigo/o-capitalismo-no-fio-da-navalha/68841>. Acesso em: 23 fev. 2022.

IAMAMOTO, M. V. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. **SER Social**, Brasília, v. 15, n. 33, p. 326-342, jul./dez. 2013. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13051. Acesso em: 17 jan. 2022.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ed.). **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009a. p. 1-45.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ed.). **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009b. p. 341-376.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IBGE. **Cidades e Estados**: Imperatriz (MA). [Rio de Janeiro], 2021a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/imperatriz.html>. Acesso em: 18 mar. 2022.

IBGE. **Cidades e Estados**: Maranhão. [Rio de Janeiro], 2021b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma.html>. Acesso em: 18 mar. 2022.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

KOSÍK, K. **Dialética do concreto**. Trad. C. Neves; A. Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

LEAL, F. X.; GARCIA, M. L. T.; SILVA, M. C. P.; MOISÉS, N. G. M. A morte por Covid-19 bate à porta das/os assistentes sociais no Brasil. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 22, n.

1, p. 194-211, jan./jun. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/35641>. Acesso em: 14 out. 2022.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social I**. Trad. C. N. Coutinho; M. Duayer; N. Schneider. São Paulo: Boitempo, 2012.

LUMERTZ, E. S. S.; MACHADO, G. B. Bioética e biodireito: origem, princípios e fundamentos. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, n. 81, p. 107-126, set./dez. 2016. Disponível em: <https://www.revistadomprs.org.br/index.php/amprs/article/view/168>. Acesso em: 18 fev. 2022.

MANDEL, E. **A crise do capital: os fatos e sua interpretação marxista**. Trad. de J. Guimarães; J. M. Borges. São Paulo: Ensaio; Campinas: Ed. UNICAMP, 1990.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. Trad. C. E. S. Matos; R. C. Andrade; D. A. Azevedo. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARANHÃO. Decreto nº 35.660, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre os procedimentos e regras para fins de prevenção da transmissão da COVID-19, institui o Comitê Estadual de Prevenção e Combate à COVID-19 e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**: Poder Executivo, São Luís, ano 114, n. 50, p. 3-5, 16 mar. 2020a.

MARANHÃO. Decreto nº 35.672, de 19 de março de 2020. Declara situação de calamidade no Estado do Maranhão em virtude do aumento do número de infecções pelo vírus H1N1, da existência de casos suspeitos de contaminação pela COVID-19 [...], bem como da ocorrência de Chuvas Intensas [...]. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**: Poder Executivo, São Luís, ano 114, n. 53, p. 2-3, 19 mar. 2020b.

MARANHÃO. Decreto nº 35.878, de 10 de junho de 2020. Altera o Decreto nº 35.831, de 20 de maio de 2020, que reitera o estado de calamidade pública em todo o Estado do Maranhão para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19 [...] e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**: Poder Executivo, São Luís, ano 114, n. 107, p. 1-2, 10 jun. 2020c.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletins Covid-19 – 2023**. [São Luís], 2023. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/boletins-covid-19/>. Acesso em: 23 jan. 2023.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 02/2021 – RAMI/SAAS/DASCA/SAPS/SAPAPVS/SES**. Orientações relativas à orfandade de Crianças e Adolescentes no Maranhão em caso de óbito dos seus genitores, responsáveis e outros cuidadores aos serviços hospitalares, públicos e privados, no Estado. São Luís, 11 jun. 2021. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/NOTA-TECNICA-Orfa%CC%83os-da-PANDEMIA-finalizada_Atualizada.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

MARICATO, E. É a questão urbana, estúpido! *In*: MARICATO, E. et al. **Cidades rebeldes**: Passe Livre e as manifestações que tornaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo; Carta Maior, 2013. *E-book*. p. 19-26.

MARQUES, R. M. Crise sanitária e crise econômica: o mundo em convulsão. **Observatório da Democracia**, [s. l.], 09 abr. 2020. Disponível em: <https://observatoriodademocracia.org.br/2020/04/09/%EF%BB%BFcrise-sanitaria-e- crise-economica-o-mundo-em-convulsao/>. Acesso em: 02 jun. 2021.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?lang=pt#>. Acesso em: 10 nov. 2022.

MARX, K. **Grundisse**: manuscritos econômicos de 1857-1858; esboços da crítica da economia política. Trad. M. Duayer; N. Schneider. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: UFRJ Ed., 2011.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política: Livro I – O processo de produção do capital. Trad. R. Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MASCARO, A. L. **Crise e pandemia**. São Paulo: Boitempo, 2020.

MATOS, M. C. A pandemia da COVID-19 e o trabalho de assistentes sociais na saúde. *In*: LOLE, A.; STAMPA, I.; GOMES, R. L. R. (org.). **Para além da quarentena**: reflexões sobre crise e pandemia. Rio de Janeiro: Mórula, 2020. p. 236-248.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MBEMBE, A. Necropolítica. [Trad. R. Santini]. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 122-151, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MELO, C. J. S. Capital pandêmico e o trabalho profissional do/a assistente social na saúde: aproximações preliminares. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR E SAÚDE, 2., 2021, on-line. **Anais eletrônicos [...]**. [Recife]: Even3, 2021. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/entis2021/374334-capital-pandemico-e-o-trabalho-profissional-doa-assistente-social-na-saude--aproximacoes-preliminares/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MENDES, Á.; CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 9-32, jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 17 jan. 2022.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. Trad. F. R. Cornejo et al. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2011a.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria de transição. Trad. P. C. Castanheira; S. Lessa. 1. ed. rev. São Paulo: Boitempo, 2011b.

MIOTO, R. C. T. Orientação e acompanhamento a indivíduos, grupos e famílias. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ed.). **Serviço social**: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. p. 341-376.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. *In*: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V. M. R.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009. p. 273-303.

MONTAÑO, C. **A natureza do Serviço Social**: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e reprodução. São Paulo: Cortez, 2007.

NOGUEIRA, C. M. **O trabalho duplicado**: a divisão sexual no trabalho e na reprodução – um estudo das trabalhadoras do telemarketing. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, J. Invisíveis no Brasil, sem documento e dignidade: “Eu nem no mundo existo”. **El País**: Brasil, Rio de Janeiro, 28 nov. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-11-28/invisiveis-no-brasil-sem-documento-e-dignidade-eu-nem-no-mundo-existo.html>. Acesso em: 12 ago. 2022.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, R. F. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. **Urutágua**, Maringá, n. 24, p. 132-146, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/view/10698>. Acesso em: 18 jun. 2022.

PAIVA, V. L. M. O. A pesquisa narrativa: uma introdução. **Revista Brasileira de Lingüística Aplicada (RBLA)**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 1-6, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbla/a/gPC5BsmLqFS7rdRWmSrDc3q>. Acesso em: 12 fev. 2022.

PANTOJA, V. M. L.; PEREIRA, J. M. Discursos do desenvolvimento: (in) visibilidade do social, modernidade e progresso em Imperatriz, MA. **Interações**, Campo Grande, v. 20, n. 1, p. 79-93, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/5wG43YzndvZR8yMkNwW5Vps>. Acesso em: 18 fev. 2022.

PAULO NETTO, J. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

PAULO NETTO, J. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/D6MmJKCjKYqSv6kyWDZLXzt/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. Humanização. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. *E-book*. p. 243-248.

PEREIRA, M. E. R. Sobre o trabalho do serviço social na pandemia: um relato de experiência. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 4., 2020, [João Pessoa]. **Anais eletrônicos [...]**. Campina Grande: Realize Ed., 2020. p. 283-297. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/73800>. Acesso em: 02 fev. 2022.

PIMENTEL NETO, J. G.; SILVEIRA, K. C.; RODRIGUES, T. C. S.; VIEGAS, J. C. A lógica do planejamento urbano-regional na saúde do sul maranhense: uma análise sobre os impactos da COVID-19 no município de Imperatriz. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM GEOGRAFIA, 14., 2021, online. **Anais eletrônicos [...]**. Campina Grande: Realize Ed., 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/77776>. Acesso em: 28 fev. 2022.

PONTES, R. N. **Mediação e serviço social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez, 1997.

RAICHELIS, R. O trabalho do assistente social na esfera estatal. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (org.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. p. 377-392.

RAICHELIS, R. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. *In*: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (org.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 25-65.

RIOS, S. L.; DAL PRA, K. R. A intervenção profissional no espaço hospitalar: um estudo a partir do Serviço Social. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL, 2.; SEMINÁRIO NACIONAL DE TERROTÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS, 3.; CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL, 2., 2017, Londrina. **Anais eletrônicos [...]**. Londrina: UEL, 2017. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134421.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

RODRIGUES, A. L. T.; LANDIM, G. P. B.; SANTOS, J. C. D. Dossiê Coronavírus: A pandemia da globalização ou globalização da pandemia? Impactos espaciais da crise sanitária no sistema capitalista. **Espaço e Economia**: Revista Brasileira de Geografia Econômica, Rio de Janeiro; São Gonçalo; Seropédica, ano 9, n. 20, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/18217>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SALVADOR, E. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. **Textos**

& Contextos, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 1-15, 2020a. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/39326>. Acesso em: 09 fev. 2022.

SALVADOR, E. Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil. *In*: CASTRO, J. A.; POCHMANN, M. (org.). **Brasil: Estado social contra a barbárie**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2020b. *E-book*. p. 367-388.

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, 2020. *E-book*.

SANTOS, B. S. (org.). **A globalização e as ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, R. L.; NUNES, F. G. Imperatriz do Maranhão: proposição para a compreensão do processo de ocupação e consolidação da cidade. **GeoTextos**, [Salvador], v. 14, n. 2, p. 117-141, dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/geotextos/article/view/26988>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SAWAIA, B. B. Trabalho e sofrimento ético-político. *In*: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (org.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 263-278.

SILVA, A. P. P. Racismo e ultraneoliberalismo: uma abordagem sobre a expropriação de direitos das populações negras na crise contemporânea do capital. *In*: MAURIEL, A. P. O.; KILDUFF, F.; SILVA, M. M.; LIMA, R. S. (org.). **Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos**. Uberlândia: Navegando, 2020. *E-book*. p. 307-321.

SIMIONATTO, I. Expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-prática. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ed.). **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. p. 86-106.

SOARES, R. C. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social**. Recife: Ed. UFPE, 2020. *E-book*.

SOUTO, L. "Pandemia escancarou o fracasso do projeto ultraneoliberal da universalização do mal-estar": entrevista especial com Lúcia Souto. [Entrevista cedida a] J. V. Santos. *In*: INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS. **Notícias: Entrevistas**, São Leopoldo, 19 abr. 2021. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/608451-pandemia-escancarou-o-fracasso-do-projeto-ultraneoliberal-da-universalizacao-do-mal-estar-entrevista-especial-com-lucia-souto>. Acesso em: 11 jan. 2022.

SOUZA FILHO, R. Crítica à concepção gerencialista de gestão pública: o caso brasileiro. *In*: SEMINARIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, 19., 2009, Guayaquil. **Anais eletrônicos [...]**. Guayaquil: Universidad Católica Santiago de Guayaquil, 2009. Disponível em: www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-166.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 2, p. 11-21, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rS4Mf7fFSFsYvxWjwZFd9h/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético político do Serviço Social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ed.). **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. p. 185-200.

VALLE, I. R. A Peste Negra e a Covid-19: o que Boccaccio tem a nos ensinar? **Pensar a Educação em Pauta**, Belo Horizonte, 10 jun. 2020. Disponível em: <https://pensaraeducacao.com.br/pensaraeducacaoempauta/a-peste-negra-e-a-covid-19-o-que-boccaccio-tem-a-nos-ensinar/>. Acesso em: 12 jul. 2022.

VASCONCELOS, A. M. Serviço social e práticas democráticas em saúde. *In*: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V. M. R.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009. p. 242-272.

VICENTE, D. Serviço Social, trabalho e desgaste mental. *In*: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (org.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 127-149.

VICENZO, G. Você sabe o que significa cada letra da sigla LGBTQIA+? **Ecoa: Destretando**, São Paulo, 07 dez. 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/ultimas-noticias/2021/12/07/o-que-significa-lgbtqia-e-como-a-sigla-da-visibilidade-a-diferentes-lutas.htm>. Acesso em: 18 jun. 2022.

YAZBEK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ed.). **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009a. p. 143-164.

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ed.). **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009b. p. 125-142.