

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

GLEISA CAMPOS

UM FANTASMA RONDA O SERVIÇO SOCIAL: expressões do conservadorismo
reacionário nas demandas em saúde durante a pandemia de COVID-19 no Maranhão
(2020-2022)

São Luís/MA

2024

GLEISA CAMPOS

UM FANTASMA RONDA O SERVIÇO SOCIAL: expressões do conservadorismo-reacionário nas demandas em saúde durante a pandemia de COVID-19 no Maranhão
(2020-2022)

Dissertação apresentada ao Programa de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas.

São Luís/MA

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo (a) autor (a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Campos, Gleisa.

Um Fantasma Ronda O Serviço Social : Expressões do Conservadorismo-reacionário Nas Demandas Em Saúde Durante A Pandemia de Covid-19 No Maranhão 2020-2022 / Gleisa Campos. - 2024.

187 p.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Cleonice Correia Araújo. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luis/ma, 2024.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Covid-19. 3. Serviço Social. 4. Orientação e Fiscalização do Exercício Profissional. 5. . I. Correia Araújo, Prof.^a Dr.^a Cleonice. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

UM FANTASMA RONDA O SERVIÇO SOCIAL: expressões do conservadorismo-
reacionário nas demandas em saúde durante a pandemia de COVID-19 no Maranhão
(2020-2022)

Dissertação apresentada ao Programa de
Políticas Públicas da Universidade Federal
do Maranhão como requisito para obtenção
do título de Mestra em Políticas Públicas.

Aprovada em ___ de _____ de 2024

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Cleonice Correia Araújo
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Cristiana Costa Lima

Prof.^a Dr.^a Silse Teixeira de Freitas Lemos

São Luís/MA

2024

DEDICATÓRIA

Ao meu avô, José Campos (*in memoriam*), e à minha avó, Marina, que nunca mediram esforços para que eu acessasse aos estudos que eles não tiveram. Nunca esquecerei de lhes ouvir me dizer: “enquanto eu tiver vida e saúde, o que eu puder fazer por ti, eu vou fazer”. Gostaria que o senhor estivesse aqui para testemunhar até onde Deus permitiu que os seus esforços me trouxessem, papai. Muito obrigada por tudo, mamãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, na pessoa do Senhor Jesus Cristo, por tornar possível meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFMA, um sonho que tive na graduação em Serviço Social, que parecia longe demais para mim, mas que Ele tornou realidade. Louvo a Deus por me ter sustentado em todos os momentos dessa jornada, por oportunizar a produção deste trabalho e, ao fim, me conceder vitória. Sem Sua graça e misericórdia nada seria possível.

Agradeço também a todos os meus familiares que, longe ou perto, sempre torcem por mim. Rendo agradecimentos especiais a meus avós, Marina e José Campos (*in memoriam*) e à minha mãe Sandra Farias Campos, os quais sempre foram e continuam sendo instrumentos nas mãos de Deus para me incentivar e ajudar a buscar a realização de sonhos que em diversos momentos parecem impossíveis. Quero honrá-los e poder retribuir tudo o que dedicam em meu favor.

A Maria José Sousa Alves, minha preceptora no Programa de Residência Multiprofissional, supervisora de estágio e amiga, a quem Deus usou para me apontar o seletivo para o mestrado como uma porta aberta por Ele.

A todos/as os/as colegas do curso de mestrado, em especial a Suene Rodrigues, Virgínia Ratiel, Vladimir Bucal e Bianca Viegas pelo companheirismo e incentivos mútuos que compartilhamos.

A minha professora e orientadora neste trabalho, Cleonice Correia Araújo, pela paciência, parceria, confiança e incentivos.

A todos/as os/as professores/as e servidores/as do Programa de Pós-Graduação em Políticas Pública desta Universidade pelo compromisso e contribuição à educação superior pública e de qualidade.

A contribuição de cada um de vocês tornou possível esta realização.

Muito Obrigada.

EPÍGRAFE

Se nossa opção é progressista,
se estamos a favor da vida e não da morte,
da equidade e não da injustiça,
do direito e não do arbítrio,
da convivência com o diferente e não de sua
negação,
não temos outro caminho senão viver
plenamente a nossa opção.
(Nossas escolhas)

(Paulo Freire)

RESUMO

A pandemia de COVID-19 impôs grandes desafios aos sistemas de saúde e seus profissionais ao redor do mundo. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a principal via de resposta do Estado às demandas, mesmo após décadas de ataques perpetrados pela contrarreforma de orientação neoliberal, implementada no Estado Brasileiro mais fortemente a partir da década de 1990, expressão do projeto capitalista de sociedade e privatista de políticas sociais. O golpe parlamentar-jurídico-militar e midiático de 2016 é marco histórico de um levante ultraliberal de caráter conservador-reacionário que se abateu sobre o Brasil no lastro do recrudescimento do conservadorismo no mundo. A pandemia evidenciou e acirrou essa dinâmica no país. Entre os/as profissionais convocados à linha de frente do combate à pandemia estiveram os/as assistentes sociais, categoria orientada por um Projeto Ético-Político contrário à lógica capitalista de sociedade. Nesse contexto, ganha importância estratégica a atuação das Comissões de Fiscalização e Orientação dos Conselhos Regionais de Serviço Social, as quais orientam e fiscalizam o exercício profissional na perspectiva da defesa do Projeto Ético-Político da categoria. O estudo desses fenômenos é oportuno e de grande relevância social, assim como de especial importância política e científica para o Serviço Social, para a Política de Saúde, para os usuários e usuárias do SUS, bem como para a comunidade científica representada pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. O objetivo desta pesquisa é analisar as expressões do acirramento do conservadorismo-reacionário no Brasil nas demandas direcionadas aos/às assistentes sociais do Maranhão durante a Pandemia de COVID-19 (2019-2022). É uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa com elementos quantitativos, realizada na Comissão de Orientação e Fiscalização do CRESS/MA. Membros fiscais dessa Comissão foram participantes do estudo. Para coleta de dados utilizou-se entrevistas semiestruturadas realizadas entre 23/01/2023 e 27/01/2023. A pesquisa possuiu financiamento próprio.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; COVID-19; Serviço Social; Orientação e Fiscalização do Exercício Profissional.

ABSTRACT

The COVID-19 Pandemic has imposed major challenges on health systems and professionals around the world. In Brazil, the Unified Health System (SUS) was the State's main response to demands, even after decades of attacks perpetrated by the neoliberal counter-reform implemented in the Brazilian State more strongly from the 1990s, an expression of the capitalist project of society and social policy. The parliamentary-judicial-military and media coup of 2016 is a historic milestone of an ultraliberal uprising of a conservative-reactionary character that hit Brazil in the wake of the resurgence of conservatism in the world. The pandemic highlighted and intensified this dynamic in the country. There were social workers among the professionals summoned to the front line of the fight against the pandemic, a category guided by an Ethical-Political Project contrary to the capitalist logic of society. In this context, the work of the Inspection and Guidance Commissions of the Regional Social Service Councils gains strategic importance, which guide and supervise professional practice in the perspective of defending the Ethical-Political Project of the category. The study of these phenomena is opportune and of great social relevance, as well as of special political and scientific importance for Social Work, for Health Policy, for SUS users, as well as for the scientific community represented by the Public Policies Postgraduate Program at the Federal University of Maranhão. The objective of this research is to analyze the expressions of the intensification of reactionary conservatism in Brazil on the demands directed to social workers in Maranhão during the COVID-19 Pandemic (2019-2022). It is exploratory research, with a qualitative approach with quantitative elements, carried out at the Guidance and Inspection Commission of CRESS/MA. Fiscal members of this Commission were participants in the study. For data collection, semi-structured interviews were carried out between 01/23/2023 and 01/27/2023. The research had its own funding.

Keywords: Unified Health System; COVID-19; Social Work; Guidance and Supervision of Professional Practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACD - Auditoria Cidadã da Dívida

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

ANAS - Associação Nacional dos Assistentes Sociais

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAs - Centros Acadêmicos

CBCIS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais

CELATS - Centro Latinoamericano de Trabajo Social

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP/UFMA - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão

CFAS - Conselho Federal de Assistentes Sociais

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CISS - Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNPI - Conselho Nacional de Política Indigenista

COFI - Comissão de Organização e Fiscalização

Condisi - Conselhos Distritais de Saúde Indígena

COVID-19 - Corona Virus Disease 2019

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito

CRESS/MA - Conselho Regional de Serviço Social do Maranhão
CTB - Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil
CUT - Central Única dos Trabalhadores
DAs - Diretórios Acadêmicos
DEM - Democratas
DIP - Documento de Identificação Profissional
DPU - Defensoria Pública da União
DRU - Desvinculação das Receitas da União
EAD - Ensino à Distância
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMSERH - Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
ENESSO - Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
EPL - Estudantes Pela Liberdade
EPI's - Equipamentos de Proteção Individual
ESF - Estratégia Saúde da Família
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
FHC - Fernando Henrique Cardoso
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI - Fundação Nacional dos Povos Indígenas
HU-UFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBAMA - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFMA - Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Maranhão
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LOS - Lei Orgânica da Saúde

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LGBTQIAPN+ - Lésbicas, gays, bissexuais, trans, queers, interssexuais, assexuais e pansexuais, não-binários e mais

MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MEC - Ministério da Educação

MBL - Movimento Brasil Livre

MPF - Ministério Público Federal

MST - Movimento dos Trabalhadores Sem Terra

MTST - Movimento dos Trabalhadores Sem Teto

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs - Organizações Sociais

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PBF - Programa Bolsa Família

PDS - Partido Democrático Social

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PEP – Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social

PGR - Procuradoria-Geral da República

PIN - Plano de Integração Nacional

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PP - Partido Progressista

PPI - Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República

PPR - Partido Progressista Reformador

PROUNI - Programa Universidade para Todos

PSDB – Partido da Social-Democracia Brasileira

PSL – Partido Social Liberal

PT - Partido dos Trabalhadores

PUC - Pontifícia Universidade Católica

ROL - Revoltados Online

RNDS - Rede Nacional de Dados de Saúde

Sesai - Secretaria Especial da Saúde Indígena

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

STF - Supremo Tribunal Federal

STJ - Superior Tribunal de Justiça

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

TPI - Tribunal Penal Internacional

UERJ/RJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFPel - Universidade de Pelotas

VPP – Vem Pra Rua

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Processos COFI de 2017 a 2022).....	153
---	-----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO, CONTRARREFORMA DO ESTADO E COVID-19: o caminho para uma crise sanitária, econômica, social e política	28
2.1. Gênese e implementação do Sistema Único de Saúde: o Projeto de Reforma Sanitária versus o Projeto Privatista Aliado ao Mercado	29
2.2. Liberalismo, do <i>neo</i> ao <i>ultra</i> pela via reacionária: a Seguridade Social e o SUS em tempos de recrudescimento do conservadorismo reacionário e emersão do bolsonarismo no Brasil	57
2.3. COVID-19 no Brasil: a pandemia do vírus na pandemia do reacionarismo	77
3. SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: o Projeto Ético-Político Profissional e o fantasma do conservadorismo	96
3.1 Serviço Social e Política de Saúde do Brasil: uma relação mediada pela história	97
3.2 Serviço Social na Saúde: o projeto profissional <i>versus</i> o projeto capitalista de sociedade no bojo da reatualização do conservadorismo reacionário	117
4. SERVIÇO SOCIAL, CONSERVADORISMO REACIONÁRIO E COVID-19: o que diz a Comissão de Organização e Fiscalização do CRESS/MA sobre 2020 e 2022	130
4.1. Entre a fiscalização e o vírus: caracterização da COFI/CRESS/MA	130
4.2 Dados da COFI CRES/MA: expressões do conservadorismo reacionário nas demandas direcionadas aos assistentes sociais durante a pandemia de COVID-19....	138
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
REFERÊNCIAS	181
APÊNDICE A	191
APÊNDICE B	193
APÊNDICE C	195

1. INTRODUÇÃO

A emergência sanitária produzida pela pandemia da COVID-19 impôs duros desafios aos sistemas sanitários e aos profissionais de saúde ao redor do mundo. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a principal via de resposta do Estado às demandas da pandemia, posto que constitui a única fonte de serviços de saúde acessada por 7 em cada 10 brasileiros (IBGE, 2020). Entre os profissionais convocados à linha de frente do combate ao coronavírus estiveram os/as assistentes sociais.

O SUS, sistema gestado no contexto do Movimento de Reforma Sanitária, possui a integralidade como um de seus princípios fundamentais, evidenciado, por exemplo, no art. 3º da Lei 8080/90, o qual traz o conceito ampliado de saúde como norteador das ações, serviços e gestão de todo o sistema. Para o SUS, os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, o conceito de saúde aqui mencionado supera a ideia restrita à ausência de doenças e avança para o entendimento de que se trata do bem-estar físico, mental e social (Declaração de Alma Ata Sobre Cuidados Primários, 1978). A prestação dos serviços de saúde sob a égide do princípio da integralidade é, portanto, concepção fundante no Sistema Único de Saúde, assim como a universalidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Desde o seu nascedouro, porém, o SUS tem sido alvo de ataques da contrarreforma de orientação neoliberal implementada pelo Estado Brasileiro, mais fortemente a partir da década de 1990 (Bravo, 2001), a qual promove a fragmentação das políticas públicas e garantias conquistadas pela classe trabalhadora. Dentre os boicotes mais recentes sofridos pelo SUS podemos citar a Emenda Constitucional (EC) Nº 95/2016, que congelou por 20 anos o investimento nas políticas de saúde e educação, bem como o sistemático redirecionamento do modelo de gestão pública da saúde para perspectivas privatizantes.

Portanto, no que se refere ao SUS, o cenário é de histórico embate. Trata-se de uma luta entre o Projeto Privatista aliado ao mercado, o qual representa a reatualização do modelo biomédico de atenção à saúde, de orientação neoliberal, que tem como principais marcas o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, através

de um pacote básico para a saúde e ampliação da privatização, e o Projeto de Reforma Sanitária, o qual tem o SUS público, universal e integral como uma de suas principais estratégias. O Projeto de Reforma Sanitária é arraigado na preocupação central de assegurar a atuação do Estado em função da sociedade, pautado na concepção de Estado Democrático de Direito (Costa, 1996 *apud* Bravo, 2001, p.15).

Esse projeto neoliberal para a saúde e demais políticas públicas é expressão do projeto capitalista de sociedade, articulado sobre uma democracia restrita, de mínimos para o social e máximos para o mercado. Tal projeto, que peleja por dominância nas direções das políticas sociais e econômicas no Brasil antes mesmo da Constituição de 1988, foi severamente fortalecido nos últimos anos, e se materializou em ataques frontais à democracia brasileira, em medidas econômicas de forte austeridade, destruição de políticas e direitos sociais e demais outras expressões de um levante ultraliberal de caráter conservador-reacionário, fascista e antidemocrático. O golpe parlamentar-jurídico-militar e midiático de 2016 é um marco e uma das expressões máximas desse desenrolar histórico no Brasil.

Foi esse o contexto que a pandemia da COVID-19 encontrou quando chegou em terras brasileiras. Encontrou um sistema de saúde que, apesar de décadas de ataques, subfinanciamentos e desmontes foi a inegável tábua de salvação para a grande maioria dos brasileiros. Encontrou também a sociedade brasileira às voltas com ideais fascistas, levantes antidemocráticos, resgatando padrões conservadores de caráter reacionário. Ao longo de sua disseminação a pandemia desnudou as nefastas consequências de décadas de ataques e fragilizações do SUS, assim como escancarou o projeto ultraneoliberal e conservador adotado pelo então governo federal, o qual fez se manifestar de forma ainda mais acirrada as faces de uma crise que não foi apenas sanitária, mas econômica, social e política (Yazbek *et al.*, 2020). Tal cenário expressou muito claramente a luta por hegemonia no SUS entre o Projeto Privatista aliado ao mercado e o Projeto de Reforma Sanitária.

Exacerbaram-se o obscurantismo, o conservadorismo, a precariedade das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora e a negação dos direitos sociais. A pandemia fez a centralidade dos determinantes sociais da saúde estamparem capas de jornais e protagonizarem chamadas de noticiários à medida que as mídias de massa

testemunhavam a disseminação da COVID-19 nos aglomerados periféricos desprovidos de condições mínimas de saneamento básico, o que facilitou a proliferação da doença.

Conforme Sposati (2020),

Estima-se que a população brasileira, com precárias condições de isolamento social, esteja composta por 12 milhões de desempregados (IBGE,2019) cerca de 50 milhões de informais (parte entre os desempregados), 14 milhões de famílias, ou cerca de 45 milhões de pessoas em pobreza extrema (CAD Único/Bolsa Família), cerca de 150 mil moradores de rua. Uma soma grosseira de 100 milhões de brasileiros, sem incluir os MEIS (Sposati, 2020, p.102).

Aquele cenário exigiu a convocação de diversos profissionais ao enfrentamento da pandemia, dentre estes os/as assistentes sociais. O Serviço Social, porém, compôs a linha de frente de combate à pandemia em uma condição peculiar, pois é categoria que se insere na política de saúde aliada ao Projeto de Reforma Sanitária, com o objetivo de fortalecer a atenção integral em saúde e ser elemento de resistência em defesa do SUS público, integral e universal (Bravo, 2001). É categoria que atua, majoritariamente, orientada por um Projeto Ético-Político contrário à lógica capitalista de sociedade e de políticas públicas, com destaque para a sua discordância ou mesmo incompatibilidade com o Projeto Privatista do grande capital para a saúde. O projeto Ético Político Profissional majoritário, porém, não único, no Serviço Social é aliado aos interesses da classe trabalhadora, e propõe a desvinculação da categoria de suas origens conservadoras e instrumentais ao capital, para aliar-se à defesa dos interesses da classe proletária.

Enquanto sujeito social que é, o Serviço Social também sofre os rebatimentos e investidas da conjuntura sócio-histórica do nosso tempo, assim como das movimentações estruturais do capitalismo, o qual busca cooptar para si a implementação de políticas públicas, bem como a atuação dos profissionais que as operacionalizam. Nesse contexto, que é de luta, ganha importância estratégica a atuação das Comissões de Fiscalização e Orientação dos Conselhos Regionais de Serviço Social (COFI), as quais orientam e fiscalizam o exercício profissional na perspectiva da defesa da profissão, de suas atribuições privativas e competências, assim como da luta por condições profissionais de atuação sob a perspectiva do Projeto Ético-Político que direciona, majoritariamente, o Serviço Social.

A COFI é uma comissão regimental que tem como função principal orientar e fiscalizar o exercício profissional das (os) assistentes sociais. Atua orientada pela Política Nacional de Fiscalização do conjunto CFESS/CRESS e tem como proposta uma atuação fiscalizadora a partir das dimensões normativa, político-pedagógica, afirmadora de princípios cuja finalidade é assegurar a defesa da profissão e garantir a qualidade do atendimento dos serviços prestados aos usuários do Serviço Social (CFESS, 2007)

Assim, esta pesquisa se propõe a investigar as expressões do acirramento do conservadorismo reacionário no Brasil através das demandas com as quais os/as assistentes sociais tiveram que lidar no período crítico da pandemia de COVID-19, as quais foram levadas ao conhecimento da Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Serviço Social do Maranhão (CRESS/MA). A partir de uma perspectiva histórico-dialética, entende-se oportuna e de grande relevância social, a propositura de estudo sobre o tema, assim como de especial importância política e científica para a categoria profissional do Serviço Social.

Também é tarefa dotada de potencial e significativa contribuição à Política de Saúde, aos usuários do SUS, bem como para a comunidade científica representada pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. Considerando o objeto a ser investigado, a pesquisa se insere na área de concentração em Políticas Sociais e Programas Sociais, na linha de pesquisa Política Social e Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão.

Cumprir destacar que o interesse em pesquisar este objeto se deu a partir de experiência desta pesquisadora enquanto residente de Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde (RIMS) por um período de quatro anos no Hospital Universitário da Universidade do Maranhão, de 2018 a 2021. Nesse período, além de desenvolver dois trabalhos de conclusão de curso pesquisando as contribuições do Serviço Social na saúde integral de alta complexidade, também presenciei a chegada da pandemia de COVID-19 às enfermarias daquela unidade de saúde e pude acompanhar os trabalhos do Serviço Social daquele hospital junto aos/as usuários/as

acometidos com a doença durante todo o ano de 2020, até o primeiro semestre de 2021.

Os resultados obtidos a partir desta pesquisa poderão ser úteis à categoria do Serviço Social na reflexão e compreensão crítica de sua inserção profissional nas políticas públicas, especialmente na política de saúde, assim como no efetivo fortalecimento de suas lutas pelo respeito às suas atribuições privativas e competências e à direção ético-política de sua atuação nos espaços sócio-ocupacionais. Parafraseando Yolanda Guerra (2010, p. 726), não se enfrenta um estado de coisas somente pela sua explicação, cabe aos sujeitos coletivos socioprofissionais e políticos envolvidos a busca de estratégias para seu enfrentamento.

Desta forma, o objetivo geral desta pesquisa é analisar as expressões do acirramento do conservadorismo reacionário no Brasil presentes nas demandas direcionadas aos/às assistentes sociais do Maranhão durante a Pandemia de COVID-19, entre os anos de 2019 e 2022, tendo como referência empírica a Comissão de Orientação e Fiscalização do CRESS/MA. Como objetivos específicos: a) discutir a gênese e implementação do Sistema Único de Saúde, tomando suas contradições como fenômenos historicamente determinados que guardam uma relação dialética com as transformações do Estado Brasileiro; b) caracterizar a pandemia da COVID-19 como produto do sistema capitalista, explicando como seu advento escancarou o padrão autoritário, privatista e conservador-reacionário de regulação ultraliberal no Brasil; c) analisar a trajetória do Serviço Social na política de saúde brasileira, a luta constante entre perspectivas conservadoras e progressistas internas à categoria, assim como a atual perspectiva do Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) para atuação nessa política; e d) identificar e analisar as demandas direcionadas aos/às assistentes sociais do Maranhão durante a pandemia da COVID-19 que se tornaram denúncias e processos no âmbito da COFI do CRESS/MA, buscando discernir se nelas há expressões do acirramento do conservadorismo reacionário no Brasil, confrontando-as com as diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional.

Para alcançar tais objetivos a pesquisa foi idealizada tendo o método histórico-dialético como base teórico-metodológica, por entender-se que a política de saúde, assim como a inserção do Serviço Social nesse âmbito, e a direção ético-política e

teórico-metodológica que orienta sua atuação, são resultantes das determinações estruturais e conjunturas históricas da sociedade brasileira. Além disso, a pandemia da COVID-19, gestada pela dinâmica capitalista de produção e distribuição de riquezas, evidenciou a centralidade dos determinantes sociais em saúde e a necessária consideração da conjuntura social para elaboração de estratégias ao seu enfrentamento. Considerando que as relações de produção condicionam os antagonismos e lutas existentes no interior das relações sociais, compreende-se o objeto de estudo desta pesquisa como resultante dessas determinações e conjunturas sócio-históricas.

Conforme Marconi e Lakatos (2003), o método histórico preenche os vazios dos fatos e acontecimentos, apoiando-se em um tempo, mesmo que artificialmente reconstruído, que assegura a percepção da continuidade e do entrelaçamento dos fenômenos. A metodologia dialética busca penetrar o mundo dos fenômenos através de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade.

Essa metodologia parte do pressuposto que a realidade social é dinâmica e complexa, sua compreensão exige movimentos conscientes e sistemáticos na busca de desvendar a essência dessa realidade expressa pelas suas determinações e contradições. Pressupõe também que todo esforço de investigação sobre a realidade social requisita a participação dos sujeitos envolvidos no processo.

A revisão bibliográfica e documental para este estudo foi realizada em livros, dissertações, teses e artigos científicos que tratam sobre o tema a partir de uma perspectiva crítico-dialética, assim como em portais eletrônicos e publicações oficiais do Conselho Federal de Serviço Social e do Conselho Regional de Serviço Social 2ª Região, matérias jornalísticas, estudos de organismos nacionais, internacionais que tenham contribuições sobre o objeto abordado nesta pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem majoritariamente qualitativa, com elementos quantitativos. Optou-se pela abordagem qualitativa por se tratar de uma modalidade de pesquisa que, segundo Minayo (2010), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos

que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2010, p.21). Compreendeu-se também útil a utilização de dados quantitativos para demonstrar numericamente os achados da pesquisa, especialmente quando foram comparados dados de anos anteriores ao período pandêmico, com dados dos anos de pandemia.

A pesquisa de campo foi realizada nos dias 23 de janeiro e 27 de fevereiro de 2023, através de instrumentais técnicos elaborados pela pesquisadora em forma de roteiros de entrevistas semi-estruturadas, as quais foram realizadas com 2 (duas) agentes fiscais da Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Serviço Social do Maranhão, assim como através de dados fornecidos por essa Comissão em forma de ofício (apêndices A, B e C, respectivamente). Foram dois os roteiros de entrevistas semi-estruturadas elaborados, um com perguntas direcionadas aos dados gerados pela COFI durante a pandemia de COVID-19 e outro buscando conhecer a Comissão em si e seus processos de atuação com o acréscimo de alguns questionamentos que visaram esclarecer dúvidas geradas a partir da análise das informações disponibilizadas através de ofício.

O contato inicial com a COFI se deu através do e-mail oficial da Comissão. A pesquisa e seus objetivos foram apresentados em linhas gerais, assim como foram enviados alguns dos questionamentos que se pretendia fazer, a título de propiciar maior entendimento dos propósitos da pesquisa. O contato foi prontamente respondido pela Comissão que, superando as expectativas desta pesquisadora, de pronto, já disponibilizou valiosas informações e dados através do OFÍCIO CRESS/COFI N.º 001/2023 (apêndice C). As entrevistas foram agendadas e realizadas posteriormente nas dependências do CRESS/MA, gravadas e transcritas em sua integralidade para melhor tratamento dos dados e minimização da possibilidade de perda de informações importantes.

A Comissão não demandou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização da pesquisa. Ainda assim, esta foi realizada em local reservado, de forma a preservar o sigilo das informações sensíveis, assim como, no teor desta dissertação não serão identificadas pessoas participantes da pesquisa ou instituições de saúde quando citadas nominalmente em caráter negativo. Destaca-se que, após a realização das entrevistas, os/as membros da COFI participantes da pesquisa estiveram sempre

dispostos a responder dúvidas e questionamentos que surgiram ao longo da análise dos dados após as entrevistas. Destaca-se que, a cooperação e disponibilidade da COFI, após percalços e contratempos enfrentados ao longo do processo da pesquisa, foram elementos de grande ajuda e contribuíram para a conclusão deste estudo.

Para interpretação dos dados empíricos obtidos, os áudios foram transcritos integralmente, organizados e submetidos à análise de conteúdo de forma crítica, visando à aproximação entre a fundamentação teórica produzida e a realidade pesquisada, de forma a produzir análise que ultrapassasse o aparente e imediatamente visível, num esforço de evitar a simplificação dos dados, conclusões equivocadas ou superficiais (Minayo, 2010). Para Minayo (2006, p. 3007), os pesquisadores que buscam a compreensão de significados através da fala tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem para, mediante inferência, atingir uma interpretação mais profunda.

Os resultados da pesquisa estão dispostos nos três capítulos que se seguem, os quais foram produzidos e assentados sempre no esforço de exercitar a perspectiva dialética do método adotado. O primeiro capítulo, desenvolve uma reflexão crítica sobre a gênese do SUS num cenário de luta pela democracia e sua implementação num contexto de contrarreforma do Estado, discute o acirramento do neoliberalismo no Brasil, o qual ganhou aspectos ultraliberais após o Golpe de 2016 e se fortaleceu no bojo do acirramento do conservadorismo-reacionário no país, além de fazer o esforço de discutir como essa conjuntura econômica, política e social se expressou na pandemia de COVID-19.

O segundo capítulo analisa a trajetória do Serviço Social no Brasil e sua relação com a política de saúde a partir das transformações históricas da sociedade brasileira, busca evidenciar como essas transformações contribuíram para a construção do atual Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social (PEP) e discute a incompatibilidade deste projeto com o projeto capitalista de sociedade. O terceiro e último capítulo, por sua vez, traz os resultados da pesquisa de campo em dois momentos: a caracterização da Comissão de Fiscalização e Orientação do CRESS/MA e a análise de dados gerados na Comissão durante os anos de pandemia de COVID-19. Apresenta e reflete criticamente sobre as expressões do conservadorismo-reacionário identificadas nas

demandas direcionadas aos/às assistentes sociais atuantes na política de saúde no período pandêmico, as quais vieram a se tornar denúncias e processos no âmbito da COFI, confrontando-as com as diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional.

À guisa de considerações finais, destaca os resultados principais da pesquisa, ressaltando a repercussão significativa da pandemia de COVID-19 nas demandas direcionadas aos/às assistentes sociais que atuavam na política de saúde no Maranhão e as características da natureza reacionária desse movimento. Destaca a mercantilização da educação superior e a precarização do trabalho como fatores que concorrem para o ataque do capital à formação profissional e aos processos de trabalho dos/as assistentes sociais, assim como os desafios às políticas sociais ao Serviço Social nesse processo. Por fim, ressalta a importância e urgência da composição e fortalecimento de espaços de defesa da política e do direito à saúde, assim como do posicionamento político em defesa do Serviço Social, dos/as assistentes sociais e de suas atribuições e competência.

Ressalta-se que este esforço de análise se pauta nas formulações teóricas marxistas contemporâneas a respeito do Estado que explicam a dinâmica social e seus fenômenos a partir da luta de classes, as quais concebem o Estado como produto de lutas e, por conseguinte, como um Estado de classes, que incorpora as demandas das classes trabalhadoras à medida que estas se organizam e demonstram força suficiente para influenciar tomadas de decisões. Neste estudo fez-se o esforço de analisar os movimentos orgânicos e não apenas conjunturais dos fenômenos estudados, pretendeu-se apontar na conjuntura a dinâmica dos movimentos orgânicos, identificando assim, as expressões empíricas e palpáveis de fenômenos históricos, políticos, econômicos e sociais.

É imperioso destacar, desde já, que este estudo se distancia das análises que entendem o cenário atual¹ da história político-econômica brasileira e mundial como um movimento conservador. Em verdade, o apreende como um movimento conservador-reacionário, uma vez que este movimento luta contra as conquistas históricas da classe trabalhadora para derrubá-las e destruí-las. Luta mesmo contra o avanço civilizatório da humanidade.

Cumprir, por fim, que a proposta inicial para abordagem deste tema, ou seja, das expressões do acirramento do conservadorismo-reacionário nos processos de trabalho e demandas levadas a assistentes sociais durante a pandemia de COVID-19, era outra. Pretendia-se buscar tais informações diretamente de assistentes sociais que executam a política. Para tanto, o *locus* escolhido para a pesquisa de campo foi o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Pretendia-se entrevistar os/as assistentes sociais do HU-UFMA, a superintendência do hospital, assim como as chefias dos setores criados para atendimento dos usuários acometidos pela COVID-19, setores que contaram com a participação de assistentes sociais.

A intenção era identificar as contribuições e desafios do Serviço Social, bem como as repercussões da pandemia da COVID-19 nos processos organizativos e de trabalho da categoria no HU-UFMA, considerando o avanço do conservadorismo-reacionário no Brasil. Porém, percalços alheios à vontade e ao controle desta pesquisadora impuseram a necessidade de reformular a estratégia de abordagem do tema e de busca de informações há poucos meses do prazo determinado para finalização da pesquisa.

Como a proposta inicial para a coleta de dados era o contexto hospitalar, com entrevistas diretas a profissionais, fazia-se necessária a submissão do projeto à Comissão Científica do HU-UFMA. A pesquisa foi submetida e prontamente aprovada. Em seguida, foi necessário submeter a proposta de estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP/UFMA), o que foi realizado no início de setembro de 2022, aproximadamente três meses depois do que havia sido planejado em cronograma elaborado por esta pesquisadora, em virtude de retardo na conclusão da disciplina de Laboratório de Pesquisa: metodologia nas ciências sociais e elaboração de projeto de pesquisa, uma vez que a submissão do projeto de pesquisa ao CEP/UFMA estava condicionada à conclusão daquela disciplina.

Feita a submissão, seguiu-se longa espera pela avaliação do projeto. Após inúmeras tentativas de contatos pelos meios oficiais disponibilizados pelo Comitê, conforme informado pelo CEP/UFMA, os pareceristas encontravam-se sobrecarregados com a demanda de pesquisas a serem analisadas de forma que, após cinco meses de espera sem resposta alguma, seja de aprovação ou solicitando ajustes no projeto de

pesquisa, a espera tornou-se insustentável, pois o tempo que restava disponível para o desenvolvimento da pesquisa, três meses, não permitia mais a realização de entrevistas com todos os participantes pretendidos, assim como sua transcrição, tratamento e análise de dados, tendo em vista os prazos a serem cumpridos no Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas. Urgiu, portanto, a necessidade de adequação da estratégia de busca de dados e sua rápida operacionalização entre janeiro e fevereiro de 2023. À época, o prazo para defesa da dissertação ainda era maio do corrente ano.

Ocorre que, quando da qualificação do projeto de pesquisa, ainda em 2022, a banca examinadora sugeriu, para enriquecer a proposta inicial de estudo, a busca de informações junto à Comissão de Orientação e Fiscalização do CRESS/MA relacionadas à atuação do Serviço Social no estado durante o período da pandemia, para identificar, por meio das informações e denúncias de profissionais reunidas pela COFI, se o embate entre o Projeto Ético-Político e o ideário neoliberal conservador-reacionário se fez perceber, ou se acirrou no período da pandemia.

Diante dos contratempos narrados e do tempo insuficiente para realização da pesquisa no Hospital Universitário, optou-se por eleger a COFI como local de pesquisa, o que foi realizado e permitiu a abordagem do tema a partir de outro campo empírico, assim como a realização de pesquisa e elaboração desta dissertação.

Registra-se que, em 31 de março de 2023, seis meses após a submissão da proposta de pesquisa inicial, três meses antes do prazo inicial para defesa da dissertação, o qual foi estendido posteriormente, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA finalmente emitiu primeiro parecer quanto ao projeto submetido, aprovando integralmente a realização da pesquisa, porém, àquela altura sua execução não era mais possível.

Os percalços para a realização desta pesquisa trouxeram à memória desta pesquisadora as lições aprendidas com a Prof.^a Dra.^a Maria do Socorro Sousa de Araújo, ainda no curso de graduação em Serviço Social da UFMA, na disciplina de Oficina I. Dizia a professora que o ofício da pesquisa científica tem suas dificuldades, idas e vindas, possibilidades e impossibilidades, tanto no trabalho de lapidar um objeto de pesquisa quanto nas condições de viabilidade ou inviabilidade para pesquisar, as

quais fogem ao controle do/a pesquisador e exigem dele/a capacidade de reformular propostas, de adaptação, para, apesar dos percalços, ainda assim conseguir produzir conhecimento.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: gênese, implementação, contrarreforma do Estado e COVID-19

Este capítulo desenvolve uma reflexão crítica sobre a gênese e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro no contexto da contrarreforma do Estado, assim como quanto ao seu emprego no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Para esse fim, considera as determinações sócio-históricas, particularidades e transformações do Estado brasileiro, assim como sua posição no cenário do capital internacional.

Nesse propósito e para fins de compreensão, a análise está disposta em três momentos. No primeiro, caracteriza e problematiza a gênese e implementação do SUS, destacando o embate entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde aliado ao Mercado no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro. No propósito de explicitar os mecanismos de fragilização do Estado, no que tange às políticas sociais e seu fortalecimento, no que se refere à manutenção das condições propícias à reprodução do capital, resgata e discute relevantes propostas e medidas adotadas nos governos pós-Constituição de 1988, que materializam a contrarreforma do Estado brasileiro e impactam diretamente o Sistema de Seguridade Social, especialmente a política de saúde, favorecendo o Projeto Privatista, enquanto fragilizam o Projeto de Reforma Sanitária. Nessa reflexão, não esquecemos das experiências de resistência em defesa do Projeto de Reforma Sanitária que começaram a se reerguer nos anos 2000.

No segundo momento, problematiza a passagem da quadra neoliberal para a ultraliberal no Brasil e seus rebatimentos na política de saúde, tomando como marco histórico o golpe jurídico-parlamentar-militar e midiático de 2016, que usurpou o mandato da ex-presidente Dilma Rousseff. Para tanto, analisa elementos históricos cruciais da formação da sociedade brasileira, combinados com fenômenos contemporâneos, como a formação da nova direita no país e o recrudescimento do conservadorismo reacionário, que se constituíram pilares importantes para a construção do Golpe e a posterior implementação de uma regulação ultraliberal no país, assim

como a emergência de movimentos de caráter fascista, reacionário e obscurantista, como o bolsonarismo.

Por fim, no terceiro momento, problematiza a pandemia da COVID-19 no Brasil a partir da premissa de que a pandemia é um produto do perverso sistema capitalista que escancarou a crise social, política e econômica já em curso no país antes de sua chegada, assim como desnudou os impactos dos padrões neoliberal e ultraliberal de regulação implementados no país, os quais fragilizam o SUS e favorecem o Projeto Privatista Aliado ao Mercado. Para tanto, faz uma breve incursão no acirramento da questão social no Brasil contemporâneo, caracteriza a pandemia no país a partir da trajetória dos vários gestores do Ministério da Saúde na trágica condução da pandemia feita pelo Governo Bolsonaro, tece considerações sobre o favorecimento do setor privado em detrimento do SUS e sobre obscurantismo que caracterizaram a gestão bolsonarista na emergência sanitária, ao tempo em que também problematiza os determinantes sociais da pandemia no Brasil.

2.1. Gênese e implementação do Sistema Único de Saúde: o Projeto de Reforma Sanitária versus o Projeto Privatista Aliado ao Mercado

O Sistema Único de Saúde, o SUS, integrante do Sistema de Seguridade Social brasileiro, constitui o maior sistema público de saúde do mundo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 7 em cada 10 brasileiros, mais de 150 milhões de pessoas, dependem exclusivamente do SUS para acesso a serviços de saúde (IBGE, 2020). Sua gênese remonta à década de 1970, quando foi estabelecido como uma proposta alternativa ao modelo de saúde predominante no regime militar. A luta por sua criação tomou parte em um amplo movimento de bases democráticas e participação social que propunha a reformulação do setor saúde pela via da redemocratização do Estado Brasileiro, o Movimento de Reforma Sanitária.

Naquele contexto, em âmbito internacional, países de capitalismo central experimentavam a crise do capital com rebatimentos no denominado Estado de Bem-Estar Social. Estabelecia-se um consenso contra as políticas keynesianas e suas ideias

de crescimento e pleno emprego, as quais deram lugar à busca da estabilidade e do equilíbrio macroeconômico, pilares do neoliberalismo. Essa tendência iniciou seu movimento de globalização mais fortemente em 1979, com a eleição de Margareth Thatcher, na Inglaterra e de Ronald Reagan, nos Estados Unidos, em 1980.

Já no Brasil, no decurso do regime militar, a sociedade brasileira experimentava uma nova tendência de desenvolvimento econômico, social e político, através da qual os problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, o que levou, posteriormente, ao início de um ciclo de lutas emancipatórias no país. Netto (2008) caracteriza o regime instaurado no Brasil após o golpe militar de abril de 1964 como um “regime político ditatorial-terrorista” motivado por elementos que transcendiam as fronteiras do país, mas também por processos cujas origens estão na particularidade histórica brasileira.

Para o autor, a ditadura brasileira emergiu na esteira de substancial alteração da divisão internacional capitalista do trabalho, a qual motivou golpes de Estado em diversos países. Tais golpes, patrocinados por centros imperialistas, empreenderam uma *contrarrevolução preventiva*¹ em escala planetária com especiais rebatimentos nos países do, à época, chamado Terceiro Mundo, onde se desenvolviam movimentos amplos de libertação nacional e social. Os resultados desses golpes já se mostravam nítidos na segunda metade da década de 1960: afirmação de um padrão de desenvolvimento econômico subalterno aos interesses imperialistas e mais dependente do sistema capitalista, articulação de estruturas políticas garantidoras da exclusão de protagonistas comprometidos com projetos nacional-populares e democráticos, assim como o discurso oficial aliado à prática policial-militar anticomunista (Netto, 2008, p.16-17).

1 O sociólogo brasileiro Florestan Fernandes, pensando a realidade do capitalismo dependente, caracteriza o processo de contrarrevolução burguesa como preventiva e prolongada. Preventiva não por significar que há uma revolução socialista/comunista em curso ou em iminência, mas, por visar impedir, preventivamente, reformas civilizatórias e ou processos de ruptura revolucionária; e é prolongada diante do movimento constante da burguesia em consolidar a condução de sua ideologia. Esse processo apresenta diferentes calibrações a depender das configurações da luta de classes, podendo ser a quente, por meio de práticas ostensivamente repressivas e autoritárias de regimes burgueses-militares, ou a frio, se metamorfoseando em projetos de “democracia restrita”, a partir de um alargamento da participação política da classe trabalhadora, mas que não ameaça os pilares do capitalismo: a exploração e a dominação (FERNANDES, 2006).

Quanto aos fatores endógenos que precisam ser contados entre aqueles que confluíram para o golpe, Netto (2008) ressalta a importância de significativos elementos da particularidade da formação social brasileira. Conforme o autor, a formação histórico-social do Brasil é marcada por um desenvolvimento capitalista que não se desvencilhou de formas atrasadas como o latifúndio, mas operou mediante contínua reposição do atraso em patamares ainda mais complexos. É marcada também pela recorrente exclusão das forças populares dos processos de decisão política e do acesso aos bens e serviços socialmente produzidos, assim como pelo específico desempenho do Estado brasileiro, o qual historicamente serviu de eficiente instrumento contra a emergência, na sociedade civil, de agências portadoras de vontades coletivas e projetos societários alternativos. Como resultado histórico, o desenvolvimento tardio do capitalismo no Brasil torna-o heterônomo e excludente, assim como os processos diretivos da sociedade são decididos “pelo alto”, notadamente, mas não de forma exclusiva, por grupos encastelados na estrutura do Estado, excluindo-se a massa popular.

Ocorre que, com a ascensão de João Goulart ao poder em 1961, espaços significativos do aparelho de Estado foram ocupados por protagonistas comprometidos com as massas populares, ao tempo em que forças democráticas vinculadas às classes subalternas mobilizaram-se febrilmente. Para Netto (2008), tal emergência de amplas camadas trabalhadoras no cenário político que conquistou simpatia de setores da Igreja Católica, das Forças Armadas e de setores pequeno-burgueses, tensionava, ameaçava e colocava em xeque, em termos econômico-sociais e políticos, a modalidade de desenvolvimento capitalista do país fundada nos traços de formação sócio-histórica já mencionados².

2 O fulcro dos dilemas brasileiros no período 1961-1964 pode ser sintetizado na constatação de *uma crise da forma da dominação burguesa no Brasil*, gestada fundamentalmente pela contradição entre as demandas derivadas da dinâmica do desenvolvimento embasado na industrialização pesada e a modalidade de intervenção, articulação e representação das classes e camadas sociais no sistema de poder político. O padrão de acumulação suposto pelas primeiras entrava progressivamente em contradição com as requisições democráticas, nacionais e populares que a segunda permitia emergir. O alargamento e o aprofundamento desta contradição, precipitados pelas lutas e tensões sociais no período, erodiam consistentemente o lastro hegemônico da dominação. Aos estratos burgueses mais dinâmicos abriram-se duas alternativas: um rearranjo para assegurar a continuidade daquele desenvolvimento, inflitando as bases da sua associação com o imperialismo, pela via da manutenção das liberdades políticas fundamentais ou um novo pacto com o capital monopolista internacional

Conforme Netto (2008, p. 25), o desfecho de abril de 1964 foi a solução política que a força impôs. A força bateu o campo da democracia estabelecendo um pacto contrarrevolucionário, inaugurando o que, segundo o autor, Florestan Fernandes qualificou como um padrão compósito e articulado de dominação burguesa, que visava beneficiar, sem exceção, todas as classes proprietárias, tanto aos setores burgueses progressistas quanto à burguesia industrial, ligados à produção, ao comércio e às finanças; tanto aos mais poderosos e empresas multinacionais, como às mais débeis pequena e média burguesias nacionais (Fernandes *apud* Netto 2008, p. 25). De forma imediata, o golpe significou a derrota das forças democráticas e populares, mas, histórico-socialmente, significou a derrota de uma forma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político que era virtualmente a reversão do fio condutor da formação social brasileira.

Segundo Netto (2008, p. 27-29), o Estado que se estruturou depois do golpe era de caráter essencialmente *antinacional* e *antidemocrático* e expressou o rearranjo político das forças socioeconômicas a que interessavam a continuidade do padrão anterior, aprofundando-se a heteronomia e a exclusão. O Estado erigido no pós-64 assumiu funcionalidade econômica e política³, uma vez que teve por finalidade assegurar a reprodução do desenvolvimento dependente e associado, assumindo,

(nomeadamente norte-americano), cujas exigências chocavam-se com posições tornadas possíveis exatamente pelo jogo democrático (NETTO, 2008, p. 26).

3 Sobre o modelo econômico do regime autocrático burguês, Netto (2008, p. 31-32) explica que suas linhas mestras concretizam a “modernização conservadora” conduzida no interesse do monopólio: benesses ao capital estrangeiro e aos grandes grupos nativos, concentração e centralização em todos os níveis etc. - consagradas inclusive em tentacular repertório operativo e normativo (fora de qualquer controle democrático ou parlamentar) acionado por conselhos e coletivos diretamente atrelados ao grande capital. Elas instauraram o perfil e a estrutura econômico-social do Brasil legados pela ditadura: a internalização e a territorialização do imperialismo; uma concentração tal da propriedade e da renda que engendrou uma oligarquia financeira; um padrão de industrialização na retaguarda tecnológica e vocacionado para fomentar e atender demandas enormemente elitizadas no mercado interno e direcionado desde e para o exterior; a constituição de uma estrutura de classes fortemente polarizadas, apesar de muito complexa; um processo de pauperização relativa praticamente sem precedentes no mundo contemporâneo; a acentuação vigorosa da concentração geopolítica das riquezas sociais, aprofundando brutais desigualdades regionais. E lograram, ainda, cristalizar uma estrutura estatal-burocrática e administrativa conformada precisamente para gerir este “modelo” - estrutura paramentada pelas exigências do “modelo”, mas (e este é um dos seus elementos mais significativos) enformada em escala ponderável por um referencial político-ideológico específico, aquele matrizado na doutrina de segurança nacional.

quando intervia diretamente na economia, o papel de repassador de renda para os monopólios e politicamente, mediando conflitos setoriais e intersetoriais em benefício das corporações transnacionais em que o capital nacional estava envolvido, ou coordenado.

De acordo com Bravo (2001) a estratégia adotada pelo Estado durante o regime militar para intervenção na questão social, conforme ela se expressava no período de 1964 a 1974, foi a combinação de repressão e assistência (Bravo, 2001, p.6). Com o objetivo de aumentar a regulação sobre a sociedade, amortecer as tensões sociais, angariar legitimidade para o regime militar, bem como servir de mecanismo de acumulação para o capital, o Estado ampliou, burocratizou e modernizou a política assistencial. O setor saúde incorporou modificações tecnológicas ocorridas no exterior, assumindo características cada vez mais capitalistas. Naquele período, a Saúde Pública sofreu forte declínio enquanto a Medicina Previdenciária cresceu, principalmente após a reformulação do setor, em 1966.

No setor nacional de saúde foi implantado um modelo que Oliveira e Teixeira (1986, p. 207) denominam de modelo de privilegiamento do setor privado, o qual privilegiava a produção privada e fortalecia a medicalização da Saúde Pública e da Previdência Social. Conforme Bravo (2001, p.4-5), a Saúde Pública, predominante até meados de 1960, centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Tal modelo distinguiu-se, dentre outros aspectos, pelo alargamento da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e, após 1973, para trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos, com ênfase na prática médica assistencialista, curativa, individual e especializada, mediada pela articulação do Estado aos interesses do capital internacional via indústrias de equipamento hospitalar e indústrias farmacêuticas. Além disso, ganhou destaque a interferência do Estado na Previdência no sentido da capitalização da medicina orientada à lucratividade do setor saúde e privilegiamento do produtor privado desses serviços.

O subsetor de medicina previdenciária, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender seus benefícios para um número maior de categorias de assalariados urbanos, como forma de “antecipar” as

reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla, o que só sobrepujou a Saúde Pública a partir de 1966. Somou-se a esses elementos a criação de um complexo médico-industrial garantidor de elevadas taxas de lucros e acumulação de capital de grandes monopólios internacionais da produção de medicamentos e equipamentos médicos.

Segundo Bravo (2001, p.7), após dez anos no poder, o regime militar precisou reformular sua relação com a sociedade civil no sentido de estabelecer novos caminhos de mediação que legitimassem a dominação burguesa, bem como suas consequências políticas, econômicas e sociais. Entre 1974 e 1979, a política social passou a objetivar maior efetividade no enfrentamento da questão social a fim de conter as pressões populares.

Porém, as reformas realizadas não conseguiram reverter a predominância da participação da Previdência Social, embora o Ministério da Saúde tenha retomado medidas de saúde pública, ainda que de forma limitada. A partir de então, a política de saúde passou a enfrentar permanente tensão entre a ampliação dos serviços e a disponibilidade de recursos, entre os setores estatais e o empresarial médico, bem como passou a sentir as reverberações da emergência do Movimento Sanitário.

O Movimento de Reforma Sanitária emergiu no contexto da ampliação do debate em torno da saúde e do fortalecimento do setor público associado à luta pela redemocratização do país. A partir do final da década de 1970 e início de 1980 diversos sujeitos sociais aliaram-se ao Movimento Sanitário, como profissionais de saúde e suas entidades, partidos políticos de oposição e movimentos sociais urbanos, sindicais, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), os quais fizeram da saúde um interesse não apenas técnico, mas político e estreitamente vinculado à luta pela democracia.

Bravo (2001, p.9) informa que as principais propostas debatidas por tais sujeitos giravam em torno da

[...] universalização do acesso; a 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 (Bravo, 2001, p.9).

Para o Movimento, a saúde é um componente do processo histórico-social, e como tal, reflete o nível de desenvolvimento de uma sociedade. Nesse sentido, o Movimento compartilha do conceito de saúde cunhado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata – Cazaquistão em 1978, o qual não se refere apenas à ausência de doenças, restringindo-se à dimensão biológica, mas indica um estado de completo bem-estar biopsicossocial, além de considerar os determinantes sociais como partícipes do processo saúde-doença (Declaração de Alma Ata Sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978). Esse conceito ampliado, pressupõe a saúde como um direito humano, responsabilidade do Estado e necessariamente vinculada às demais políticas sociais de educação, emprego, habitação, renda, saneamento ambiental, dentre outras.

Um fato marcante para o fortalecimento e ampliação do debate em torno da saúde no país foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília/DF, a qual teve como temas centrais a saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a discussão do financiamento setorial. Para Bravo (2001, p.9), a 8ª Conferência é um marco pois introduziu a sociedade no cenário da discussão da saúde, os debates saíram dos fóruns tradicionais (ABRASCO, CEBES, Saúde Pública e Medicina Preventiva) e passaram a contar com a participação de associações de moradores, sindicatos, partidos políticos, associações profissionais e o parlamento, dando assim uma dimensão mais ampla às propostas ali elaboradas. Para Cohn (1989, p.130), a 8ª Conferência é um marco porque representou a arrancada para o embate público e luta pela saúde que haveria quando da eleição e instalação da Assembleia Nacional Constituinte.

Uma vez instalada a Constituinte, o tema da saúde transformou-se numa arena política protagonizada por dois blocos principais em disputa, os quais representavam os interesses do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Privatista aliado ao Mercado, quais sejam: as forças da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde Constituinte, composta por centenas de entidades representativas do setor,

versus os grupos empresariais agentes do mercado, liderados pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais).

Após vários acordos políticos e pressão popular, o texto constitucional promulgado em 1988 conseguiu atender grande parte das demandas do Movimento Sanitário, ao tempo em que também cedeu espaço aos interesses dos agentes do mercado, como veremos mais adiante. A Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social foram inscritas no conjunto da Seguridade Social passando a compor o Sistema de Seguridade Social, certamente a maior inovação da Carta Magna de 1988 no que tange aos direitos sociais, uma vez que afirmou a noção de proteção social como direito de todos os brasileiros e responsabilidade do Estado.

A Constituição estabeleceu no *caput* do art. 194 que a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos fundamentais relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Após o estabelecimento desse sistema, muitos avanços ocorreram nas políticas que o compõem: a saúde passou a ser um dever do Estado e um direito de todos, independentemente de contribuição; a assistência social ascendeu ao status de direito e política pública; ao Estado coube a responsabilidade de prestá-la a quem dela necessitar sem exigência de contribuição, uma forma de assegurar o mínimo existencial materializando o corolário da dignidade da pessoa humana, que significou avanço fundamental para a posterior estruturação do Sistema Único de Assistência Social em 2005. A Previdência Social tornou-se a única modalidade de proteção social que exige contribuição dos segurados, como condição para ampará-los de futuros infortúnios sociais e de outras situações que merecem amparo (riscos sociais). Esta noção mais ampla de segurança social, como veremos mais adiante, tem sido o grande alvo de ataques dos ideários neoliberal e ultraliberal, os quais visam sua fragilização, encolhimento e subordinação à lógica capitalista de mercado.

Dentre as principais reivindicações aprovadas para a saúde no contexto da Constituinte, Teixeira (1989) destaca:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;

As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;

A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos.

Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;

Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (Teixeira *apud* Bravo, 2021, p.11).

Nos planos político e jurídico, o processo constituinte como um todo e a promulgação da Constituição de 1988, atendendo a certas reivindicações do Movimento Sanitário para a constituição do SUS, representaram o esforço e a promessa de afirmação, proteção e extensão de direitos sociais num Brasil historicamente marcado pela submissão dos interesses públicos aos privados, bem como pela privatização da coisa pública pelas classes dominantes. Submissão e privatização que, como veremos a seguir, não se encerraram com a promulgação da Constituição, nem com a promulgação das Leis 8080/90 e 8142/90, as quais constituem a Lei Orgânica da Saúde e regulamentam o SUS. Pelo contrário, se fortaleceram, ganharam contornos bem definidos e diretamente opostos aos interesses e lógicas que impulsionaram o Movimento Sanitário e a conquista do Sistema Único de Saúde.

A partir da década de 1990 o Estado Brasileiro, capturado pela política de ajuste neoliberal já fortalecida em âmbito internacional, sofreu todo um redirecionamento no seu papel. Consolidou-se a direção política da classe dominante no enfrentamento da crise e das expressões da questão social no país de forma que, sob a direção do grande capital, tinha como estratégia a acirrada crítica às conquistas da Constituição Federal de 1988, com destaque para o ataque à concepção de Seguridade Social, assim como a construção e difusão persuasiva do seu projeto neoliberal, a fim de torná-lo consensual e compartilhado (Mota, 1995). A contrarreforma do Estado (Bering, 2021), partia do pressuposto de que, ao ampliar sua presença no setor produtivo e nas políticas públicas, o Estado havia se desviado de suas funções básicas e posto em risco o modelo econômico vigente (Bravo, 2001, p.9), o que exigia medidas de reajuste estrutural e diminuição de gastos públicos (Ribeiro e Raicheles, 2012, p.60).

A política de ajuste neoliberal e redirecionamento do papel do Estado teve início já no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e se consolidou durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002) retomando e reatualizando a vinculação e submissão das políticas sociais aos interesses privados do mercado. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de FHC (1995) alegava um esgotamento da estratégia estatizante e defendia a necessidade de superação de um estilo de administração considerada burocrática.

Como solução, o Plano apontava um modelo gerencial caracterizado principalmente pela descentralização, eficiência, controle dos resultados, redução dos custos e produtividade (Bravo, 2001, p.9). Para tanto, o Estado deveria abandonar a função de responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social e assumir a função de promotor e regulador. As funções antes estatais seriam assumidas pelo setor privado, o qual as desempenharia numa esfera pública não estatal regida de acordo com as leis de mercado.

Tais medidas seguiam fielmente o rol de recomendações internacionais do capital, a cartilha neoliberal firmada no Consenso de Washington (1989). Dentre as recomendações do manual neoliberal estavam a privatização de empresas estatais, expansão de subsídios e incentivos fiscais, redução dos gastos públicos em políticas sociais, reorientação do fundo público para o atendimento das demandas do capital privado, dentre outras (Elias, 2021, p.4). Mota (1995) aponta que o processo de fragilização da Seguridade Social mediante a privatização das políticas e serviços públicos e constituição de um cidadão consumidor são vetores privilegiados do projeto do grande capital, projeto este que tem como principais diretrizes a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, a qual vem sendo implantada progressivamente e possui características de uma contrarrevolução ou contrarreforma, assim como a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização⁴ da assistência social.

4 Com base em reflexões de Ivo (2006), Yazbeck (2012, p. 305) explica que o processo de refilantropização da política de assistência social está inserido no processo de despolitização e refilantropização do enfrentamento da questão social brasileira. Esse processo tem fundamento na perspectiva tecnocrática das agências multilaterais (BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento; Cepal - Comissão Econômica para a América latina e o Caribe, e o PNUD – Programa das Nações

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e inscrição da Seguridade Social em seu arcabouço, a Política de Previdência Social, por exemplo, já passou por quatro contrarreformas: as Emendas Constitucionais Nº 20/1998, no governo de Fernando Henrique Cardoso; Nº 41/2003, no primeiro governo Lula; Nº 47/2005, no segundo governo Lula e Nº 1003/2019, no governo Bolsonaro. Todas visando restringir ao máximo as garantias constitucionais sob a justificativa de reduzir os custos previdenciários ao menor valor possível para diminuir o suposto déficit nas contas públicas (déficit este atribuído à Seguridade Social) e alinhar o regime próprio (dos servidores públicos) ao regime geral (da iniciativa privada).

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, levada a cabo pelos governos pós Constituição de 1988, foi conduzida a duros golpes na classe trabalhadora, expressos na redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho e desmonte de políticas públicas fundamentais, dentre elas a saúde. O projeto de saúde construído na década de 1980 pelo Movimento Sanitário, o qual se tornou a espinha dorsal do SUS, tem sido progressivamente atacado, desconstruído, subfinanciado e substituído por um projeto de saúde privatista, instrumental aos interesses do capital, que toma a saúde como mercadoria e concretiza a agenda neoliberal para o setor.

Refletindo sobre o que o neoliberalismo significa para a saúde, Molina e Tolbar (2018) apontam três eixos principais da agenda neoliberal para esse campo: a predominância da concepção biomédica, a nova gestão pública e a concepção tecnocrática do sistema de saúde. Note-se que tais eixos apõem-se diretamente a fundamentos do SUS conquistados e inscritos na Constituição de 1988.

Numa lógica inversa à do conceito ampliado de saúde assumido pelo Movimento Sanitário, a agenda neoliberal adota uma definição negativa de saúde restrita à ausência de doenças, a qual resulta na classificação da população entre doentes e

Unidas para o Desenvolvimento), que operam pela subordinação e separação entre o plano econômico e o social, na perspectiva de que a superação da pobreza é estratégia de desenvolvimento e se efetiva em novos modelos de assistência. Esses novos modelos são caracterizados por um processo de desconstrução simbólica e ideológica dos sistemas de seguridade anteriores; centralidade do tratamento da inserção dos indivíduos no mercado através de transferências monetárias e; estímulo à organização e mobilização da sociedade civil e dos próprios pobres na construção dos programas sociais.

saudáveis, normais e patológicos. Tal concepção nega as determinações sociais da saúde, restringe as intervenções às dimensões clínicas e fisiológicas e impulsiona modelos assistenciais cada vez mais tecnológicos e aliados ao mercado. Sob esta perspectiva, a concepção de saúde integral presente no SUS, assim como a Atenção Primária com foco no âmbito coletivo, com participação social e intersectorialidade, não encontram guarida na agenda pública, pois o bem-estar social não é tomado como dever do Estado, mas, como responsabilidade individual e da família, que deve buscá-lo através do mercado (Molina e Tolbar, 2018, p.67).

Quanto à nova gestão pública, os autores a destacam como elemento importante através do qual é possível perceber a reorientação do papel do Estado na saúde sob a égide do projeto neoliberal. Esse modelo de gestão incorpora ferramentas do campo privado e modelos de desempenho padronizados para supostamente “modernizar” os serviços de saúde, especialmente hospitais públicos, e “libertar” as organizações do modelo burocrático do Estado de Bem-Estar e da interferência nas políticas públicas.

Para os autores, a nova gestão pública arvora o discurso que contrasta a eficiência privada com a suposta ineficiência pública, prioriza o critério da eficiência sobre o da justiça e os instrumentos sobre os fins do governo, executando um verdadeiro divórcio entre a política e a administração (Molina e Tolbar, 2018, p.68). Esse lema adquiriu diferentes denominações nos países onde foi adotado: hospitais autogeridos (Argentina), estabelecimentos de autogestão da rede (Chile), empresa social estatal (Colômbia), organizações sociais de saúde (Brasil). É importante mencionar que o lema da nova gestão pública não se restringe às citadas nomenclaturas e estruturas, mas expressa-se nas diversas estratégias e instrumentos de lógica privada e privatista introduzidos na gestão da coisa pública.

Outro elemento fundamental na agenda neoliberal para a saúde é a concepção tecnocrática dos sistemas de saúde. No contexto neoliberal as políticas de saúde são compreendidas como questões puramente técnicas, fórmulas padronizadas para enfrentamento dos desafios produzidos pelo realinhamento da intervenção do Estado, os quais são considerados processos neutros a serem resolvidos por especialistas.

Nesse sentido, Boas e McNeill (2004) *apud* Molina e Tolbar (2018, p.68) sugerem que, sob as lentes da economia, a agenda neoliberal exhibe definições de problemas e

programas de desenvolvimento apenas como decisões baseadas em dados e análises técnicas, desconsiderando questões que envolvem visões de mundo, suposições, controvérsias e disputas políticas em torno da mudança social, ou seja, supostamente sem qualquer orientação de classe, escurecendo a dimensão política do Estado e ignorando as implicações sociais da mercantilização da saúde, numa completa despolitização da política pública.

Tem-se, portanto que, o Projeto Privatista aliado ao Mercado, em contraposição ao Projeto de Reforma Sanitária, concebe a saúde não como direito, mas como mercadoria, propriedade privada passível de exploração pelo capital. A agenda neoliberal para a saúde esforça-se no objetivo de modificar o papel do Estado como provedor e executor de políticas públicas, tornando-o regulador e financiador, uma verdadeira chancela para a captura do fundo público pelo setor privado. Enquanto isso, reserva ao Estado a tarefa de priorizar os serviços públicos mínimos para a camada mais pauperizada da população e transferir para os indivíduos financeiramente capazes a tarefa de gerenciar riscos e enfrentar suas doenças pela mediação do mercado.

Conforme Cohn (1989, p. 123), no Brasil a ideia de Reforma Sanitária é associada à ideia de movimento, o que traz implicações significativas, uma vez que movimento pressupõe a ideia de processo, fenômeno dinâmico e inacabado. De fato, a esta altura da reflexão, é possível dizer que a Reforma Sanitária no Brasil é um fenômeno essencialmente dinâmico e claramente inacabado, uma vez que logo após importantes conquistas firmadas na Constituição Federal de 1988, as quais representaram os passos iniciais para a concretização de mudanças significativas na política de saúde, o país sofreu um giro conservador de orientação neoliberal que pavimentou, desde então, um caminho fortemente adverso e declaradamente contrário à implementação do Projeto de Reforma Sanitária.

Ao longo dos mais de trinta anos de implementação, o Sistema Único de Saúde vem sendo alvo de fortes ataques da ofensiva neoliberal, os quais visam sua fragmentação e conformação aos padrões neoliberais de saúde. É necessário dizer que, essa constatação quanto ao Projeto de Reforma Sanitária e ao SUS não se limita à política de saúde, de fato é expressão da interrupção e desconstrução da própria noção de Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 e das políticas que a compõem.

Como já mencionado, desde a Assembleia Nacional Constituinte, o Projeto de Reforma Sanitária já enfrentava levantes do Projeto Privatista aliado ao Mercado, numa luta protagonizada pelas forças da Reforma Sanitária e pelos grupos empresariais liderados pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas. Nessa disputa, apesar das conquistas do Projeto de Reforma Sanitária, o Projeto Privatista ganhou espaços na estrutura do Sistema de Saúde, o art. 199 da Constituição Federal de 1988, por exemplo, estabeleceu que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que esta pode participar do sistema de saúde de forma complementar.

Bravo (2001, p.14) destaca algumas questões que, segundo a autora, têm comprometido a possibilidade do avanço do SUS como política pública, tais como:

[...] o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico (Bravo, 2001, p.14).

A universalidade do direito é outro aspecto central no embate entre os dois projetos para a saúde, uma vez que as concepções coletivas e universais da Reforma Sanitária, presentes no rol de princípios fundamentais do SUS, contrapõem-se às premissas individualistas e fragmentadas da realidade que orientam o projeto privatista. Neste último, uma vez que a saúde é tomada como mercadoria, o que se propõe é a substituição do acesso universal ao direito à saúde, pelo acesso universal ao consumo de serviços de saúde ofertados pelo mercado. Exemplo disso é a proliferação de clínicas privadas que ofertam serviços de saúde a preços supostamente populares, uma alternativa do mercado que camufla a mercantilização do direito à saúde sob a máscara da facilitação do acesso, na esteira do sucateamento do serviço público e disseminação midiática do discurso de sua ineficiência natural e necessária entrega ao setor privado.

É importante compreender que esses dois projetos para a política de saúde, em última instância, são expressões materiais de dois projetos societários, tão distintos quanto opostos, em luta por hegemonia. Sobre projetos societários Netto (2006, p. 2-3) explica que estes são projetos coletivos de natureza macroscópica que encerram

propostas para o conjunto da sociedade. Em sociedades capitalistas como a nossa os projetos societários são, necessária e simultaneamente, projetos de classe e expressam o antagonismo que caracteriza a relação entre elas. Por isso mesmo, os projetos societários são estruturas flexíveis e cambiantes, se transformam e incorporam novas demandas e aspirações, conforme as conjunturas históricas e políticas, ou seja, conforme se dá a luta de classes. Há, portanto, nos projetos societários uma necessária dimensão política que envolve relações de poder, uma vez que estes têm em seu núcleo a marca da classe social a cujos interesses essenciais respondem.

Tem-se, portanto, que o projeto privatista aliado ao mercado materializa na política de saúde o projeto societário capitalista de uma sociedade articulada sobre uma democracia restrita que reduz os direitos sociais e políticos. Por outro lado, o Projeto da Reforma Sanitária vincula-se ao projeto societário fundado na democracia de massas com ampla participação social e ampliação de direitos sociais, conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base (Netto, 1990).

Como vimos, a partir da década de 1990, a proposta para a saúde construída na década anterior e inscrita na Constituição, apesar das Leis 8080/90 e 8142/90, as quais compõem a Lei Orgânica da Saúde e regulamentam o SUS, tem sido desconstruída. Ao longo dos governos que assumiram a direção do país, sejam eles de matriz mais liberal ou progressista, todos, sem nenhuma exceção, adotaram medidas que fortaleceram a consolidação do projeto de saúde aliado ao mercado e, conseqüentemente, o projeto capitalista de sociedade, o qual segue hegemônico e dita as direções das políticas públicas.

Em 1994, no Governo Itamar Franco, sob a nomenclatura de Fundo Social de Emergência (FSE), foi criada a Desvinculação das Receitas da União (DRU), mecanismo através do qual permitiu-se que determinadas espécies de receitas da União, previstas em texto constitucional, fossem desvinculadas de despesas ou fundos, dentre elas as contribuições sociais, as quais compõem o orçamento da Seguridade Social e financiam o SUS, conforme disposto no artigo 198, §1º da Constituição de 1988 (Brasil, 1998).

À época de sua criação, a DRU previa desvinculação de até 20% dos recursos e renovações a cada quatro anos e todos os governos subsequentes a renovaram. Em setembro de 2016, já no governo Temer, a Emenda Constitucional nº 93/2016 ampliou o percentual de desvinculação e autorizou a DRU a abranger um montante equivalente a até 30% do arrecadado das contribuições sociais, além de estendê-la até o final de 2023 e desobrigar na mesma proporção os municípios e estados. É importante destacar que o projeto de ampliação da DRU foi enviado ao Congresso Nacional ainda no governo Dilma Roussef e teve sua tramitação acelerada no governo interino de Michel Temer. A DRU, portanto, é um dos elementos principais que ao longo da implementação do SUS tem corroído o financiamento do sistema em nome da garantia do *superávit* primário, uma vez que redireciona o orçamento de políticas sociais essenciais, como a saúde, para o pagamento de juros e amortizações da dívida, leia-se, a bancos e rentistas.

O documento “*Inconstitucionalidade da PEC 143/2015: Custeio constitucionalmente adequado dos direitos fundamentais é cláusula pétrea*” editado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, órgão do Ministério Público Federal, ao tempo em que questionou a constitucionalidade da DRU, asseverou que a perda de recursos destinados ao SUS estava estimada em 81 bilhões de reais só no ano de 2015 (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2016). A partir de dados do Tesouro Nacional, Goñi e Echeverria (2021, p. 21) apontam que, em 2016, considerando a Receita Corrente Líquida de 797,15 bilhões de reais, a União não destinou o percentual mínimo de recursos à saúde, mas desvinculou parte dessas receitas para a obtenção de *superávit* primário, uma vez que deveria ter destinado o montante de 105,22 bilhões à saúde, mas destinou 104,23 bilhões. Conforme os autores, em 2017, após a ampliação da DRU, o impacto foi ainda maior, a Receita Corrente Líquida de 764,51 bilhões implicaria um aporte de 114,67 bilhões à área da saúde, tendo sido destinados efetivamente 107,65 bilhões, ou seja, apenas naquele ano a DRU desvinculou da saúde e aportou aos cofres da União o montante de 117,7 bilhões de reais.

Conforme Fattorelli e Ávila (2023), em 2022, os gastos do governo federal com o pagamento de juros e amortizações da dívida pública representaram 46,3% do

Orçamento Federal Executado (pago), somando o montante de R\$ 1,879 trilhão. Segundo a Auditoria Cidadã da Dívida (ACD), essa foi a maior fatia de todos os recursos públicos federais, demonstrando o privilégio da dívida, em detrimento dos investimentos nas políticas sociais. Ainda conforme os autores, R\$ 1,651 trilhão, tiveram como origem a emissão de títulos públicos, que em vez de servirem para financiar investimentos sociais e o desenvolvimento socioeconômico do país, têm sido consumidos integralmente nos gastos da própria dívida que, apesar desse vultoso pagamento, não para de crescer. Já R\$ 228,5 bilhões, referem-se a valores provenientes de outras receitas que não têm relação com a emissão de títulos públicos e que poderiam ter sido destinadas às áreas sociais, mas foram destinadas para o pagamento de juros e amortizações da dívida.

Além do financiamento, a gestão e administração do SUS também tem sido alvo prioritário de ataques. O Plano da Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em 23 de agosto de 1995, já na gestão FHC, apresentou diversas propostas de emenda constitucional consolidadas no documento *“PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL - Quadro Comparativo*, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). No documento, as principais sugestões de mudança caíram sobre o Capítulo da Administração Pública, principalmente sobre a Seguridade Social. Dentre as propostas, constava uma alteração constitucional que sugeria acabar com a universalidade do SUS, a Proposta de Emenda Constitucional - PEC número 32. Devido a uma grande mobilização nacional em defesa do SUS, a PEC 32 terminou por ser retirada pelo Governo.

Rezende (2008, p.26) explica que a Política de Administração Pública é um instrumento fundamental para a gestão do SUS, pois dependendo de como o governo conduz essa política, há repercussões positivas ou negativas à universalização e à integralidade das Políticas Públicas, especialmente para a saúde. Isto porque o SUS foi instituído não apenas como um novo modelo de atenção à saúde, mas de efetiva gestão do Estado federalizado, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, pactuação entre tais esferas, com financiamento tripartite, participação da comunidade e controle social.

Dentre as diversas medidas implementadas a partir do Plano Diretor do Governo FHC que impactaram diretamente o SUS, a autora destaca a Lei 9.637/98, que instituiu as Organizações Sociais (OSs), Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização e a Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999, que instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

As Organizações Sociais foram concebidas pelo Governo como instrumento de implementação de políticas públicas e garantia de eficiência e eficácia na medida em que implementavam terceirizações e privatizações de serviços públicos, transferindo-os para o setor privado por meio de contratos de gestão. No caso das OSCIPs a prestação de serviços públicos é transferida para Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas e associações da sociedade civil por meio de parcerias (Rezende, 2008, p.26-28). Como já mencionado, tanto as OSs quanto as OSCIPs cumprem com a agenda neoliberal de enxugar o Estado, trazer a lógica privatista à gestão das políticas sociais, flexibilizar a força de trabalho e limitar o controle social nas políticas públicas.

No que tange à política de saúde no governo Lula, as autoras Bravo e Menezes (2008, p. 17) consideram que, a despeito da expectativa que se tinha de que aquele governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária, as propostas e reformas deram sequência à contrarreforma do Estado iniciada nas gestões anteriores. Reais melhorias podem ser, de fato, creditadas ao governo Lula, como os avanços que promoveu no controle social, no fortalecimento da Atenção Básica, fortalecimento dos vínculos de hospitais universitários com o SUS, estruturação dos serviços de emergência e manutenção de Programas Especiais como os de combate ao tabagismo, AIDS, tuberculose, etc. Porém, concomitantemente, implementou medidas que promoveram o encolhimento do espaço público democrático dos direitos sociais e ampliação do espaço privado.

Um das medidas de destaque nesse sentido, foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). As tratativas para criação da EBSERH se deram no apagar das luzes do último ano dos governos Lula, ignorando a rejeição da proposta pelo Conselho Nacional de Saúde. A EBSERH é empresa pública de direito privado, criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, primeiro ano do

governo Dilma e estabelecida como gestora da maioria dos grandes hospitais universitários brasileiros.

Silveira e Rodrigues (2018, p.14), Angelim *at al* (2018, p.2), bem como Campos e Lemos (2021, p.9) apontam uma série de incompatibilidades do modelo de gestão da EBSEH com o SUS e seu alinhamento à lógica neoliberal. Dentre elas estão: a focalização das ações em demandas sob a lógica biomédica e curativa, fragmentação e verticalização dos processos de trabalho, exclusão de trabalhadores do planejamento e avaliação de ações e questões trabalhistas, inexistência de controle social, lógica privada de gestão, dentre outras. É importante mencionar que a criação da EBSEH a nível nacional abriu precedente para a criação de empresas similares a níveis subnacionais, como a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSEH).

Bravo (2020, p. 194) considera que, os governos petistas implementaram um projeto de saúde o qual a autora denomina de reforma sanitária flexibilizada. Em meio às contradições inerentes ao SUS e no contexto de reconfiguração do Estado, progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas e atendimento das exigências da política macroeconômica adotada, a proposição do *SUS possível* foi pautada em mecanismos gerenciais, responsabilização de profissionais e arranjos institucionais para adequação da política de saúde a um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária.

Outro importante golpe do movimento de contrarreforma que incide diretamente sobre as políticas sociais e fortalece o projeto privatista para a saúde é a Emenda à Constituição Nº 95/2016, aprovada em 13 de dezembro daquele ano, já no governo de Michel Temer, após o golpe parlamentar-jurídico-militar e midiático que resultou no impeachment da Presidenta Dilma Roussef. A PEC, que ficou conhecida como PEC da morte e, posteriormente, emenda da morte, limitou o aumento dos gastos públicos federais à variação da inflação por até vinte anos, medida que representa diminuição drástica dos investimentos públicos e prejuízo no alcance e na qualidade de políticas essenciais como a saúde, prejudicando principalmente a classe trabalhadora menos abastada, principal público do SUS.

O “Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?” publicado em 2018 pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), destacou o avanço considerável rumo à

cobertura universal de saúde no Brasil desde a criação do SUS, assim como os impactos da austeridade na manutenção do sistema, na capacidade de oferta de serviços e nos desfechos de saúde. Um dos pontos-chave apontados para o aumento da cobertura universal foi a expansão da atenção primária através da Estratégia Saúde da Família (ESF). O relatório ressalta que entre os anos 2000 e 2018 a cobertura expandiu de 13 milhões para 130 milhões de pessoas, superando 60% da população, de forma predominante nas regiões mais pobres (OPAS, 2018, p. 67). Contudo, dentre outros fatores de ameaça aos avanços já conquistados, o documento destaca a Emenda Constitucional Nº 95, medida austera de resposta à crise econômica de 2014, apontando resultados de estudos que estimam os impactos da emenda sobre o financiamento do SUS.

De acordo com o Relatório, a estimativa de redução de recursos federais para a saúde é de R\$ 415 bilhões, sendo R\$ 69 bilhões nos primeiros 10 anos e R\$ 347 bilhões no período seguinte, quando comparados às captações da época de aprovação da emenda (com crescimento do PIB de 2,0% ao ano). Soma-se à emenda, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica e das normas regulatórias para serviços e planos de saúde privados feita pelo Ministério da Saúde, favorecendo a inserção de “planos de saúde populares” com cobertura limitada de serviços. Conforme o Relatório, a ausência de alocações específicas para o setor primário aliada à restrição de fundos e à desregulamentação do setor privado, conduz à possibilidade real de reversão dos avanços obtidos nas últimas décadas e de o sistema não conseguir suprir às necessidades de saúde, principalmente das populações mais vulneráveis (OPAS, 2018, p. 68).

Pensando em cenários futuros, o Relatório da OPAS traz resultados de estudos sobre o Programa Bolsa Família (PBF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando o potencial impacto da restrição de financiamento público. Conforme estudos apontados, em comparação com um cenário no qual o nível de proteção social em função da ESF e PBF fosse mantido, uma redução na cobertura desses programas em razão das limitações impostas pela Emenda Constitucional Nº 95 pode resultar em prejuízo de quase 20 mil mortes e 124 mil hospitalizações na infância, interrupção na tendência de redução das desigualdades na mortalidade infantil entre municípios

notada na última década, aumento de 5,7% na taxa de mortalidade por doenças sensíveis à atenção ambulatorial na população com menos de 70 anos em 2030, o que corresponderia a 27 mil mortes adicionais, afetando de forma desproporcional os municípios mais pobres e interrompendo a redução histórica das desigualdades entre brancos e negros/pardos. Caso a restrição de recursos decorrente da PEC não ocorresse e os níveis de cobertura da ESF e do PBF permanecessem os mesmos, o resultado seria, por exemplo, uma queda da taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos de 8,6% até o ano de 2030 (OPAS, 2018, p. 70).

Em entrevista à CNN Brasil em 16 de maio de 2020, Fernando Pigatto, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), comentou sobre as consequências da falta de financiamento e desvalorização do SUS para o enfrentamento da pandemia de coronavírus. Pigatto relembrou que a Emenda Constitucional Nº 95 teve impacto direto sobre os gastos da União com a saúde pública e avaliou que a falta de leitos de UTI para atender pacientes com diagnóstico de COVID-19 foi uma consequência direta da emenda. À época, em virtude da sobrecarga do sistema público enquanto havia leitos vagos no sistema privado, o CNS, através de uma recomendação da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS), sugeriu a utilização da fila única de leitos de UTI para atendimento de pacientes vitimados pela doença, recomendação resistida pelo Governo Federal (CNN Brasil, 2020).

Bravo (2020, p. 195) considera que o governo Temer acelerou os processos de contrarreforma e deu continuidade ao processo de privatização não-clássica da saúde operacionalizando um projeto de SUS subordinado ao mercado. Entre outras propostas e medidas daquele governo, as quais constam em alguns documentos divulgados em 2015 e 2016 formulados pelo PMDB (Agenda Brasil (08/2015), Uma ponte para o futuro (10/2015), Travessia Social (04/2016), a autora destaca a proposição dos chamados Planos de Saúde Populares ou Acessíveis, apoiados no discurso falacioso de necessidade de redução do SUS e insustentabilidade da universalidade, propostas para a Política de Saúde Mental que ameaçam as conquistas da Reforma Psiquiátrica e mudanças na Política Nacional de Atenção Básica rompendo com a centralidade da Saúde da Família, além de efetiva articulação com o setor privado por meio da

Coalização Saúde (2017)⁵. A partir do governo Temer, portanto, verificou-se o recrudescimento e aceleração de políticas que acirram o desmonte do Estado brasileiro. No governo de seu sucessor testemunhou-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas na sua gestão.

Quanto ao Governo Bolsonaro poder-se-ia mencionar diversas declarações desde a campanha à presidência e decisões do já presidente, assim como de seus sucessivos ministros da saúde, as quais demonstraram a posição do governo em relação à saúde pública e ao SUS e seu alinhamento ao processo de fragilização do sistema. Durante a campanha, por exemplo, no plano de governo omisso quanto a propostas estruturantes para o SUS, mas defensor da não ampliação dos recursos orçamentários do sistema e de maior articulação com o setor privado, estava, por exemplo, a proposta do credenciamento universal dos médicos.

Tal estratégia, supostamente, faria com que toda a força de trabalho pudesse ser utilizada pelo SUS, garantindo acesso e evitando judicialização, compartilhando esforços da área pública com o setor privado e garantindo que todo médico brasileiro pudesse atender a qualquer plano de saúde (O Caminho da Prosperidade. Proposta de Plano de Governo, PSL, 2018). Tal proposta é semelhante ao funcionamento do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no qual não havia, assim como nos planos de saúde atuais, qualquer vínculo empregatício entre os médicos e o Instituto.

Ao longo de todo o governo Bolsonaro, o que se viu no Brasil foi o profundo acirramento de medidas de desmonte da saúde pública, como extinção do Programa Mais Médicos, várias tentativas de privatização das Unidades Básicas de Saúde, desmonte de sistemas de atendimento à saúde de povos originários, ribeirinhos, comunidades rurais, da Estratégia Saúde da Família, do Programa Farmácia Popular, além de diversas outras medidas que serão abordadas mais detidamente adiante.

5 O Instituto Coalizão Saúde - ICOS se apresenta como um instituto formado por representantes da cadeia produtiva do setor saúde que supostamente pretende contribuir, de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e às necessidades do país (COALIZÃO SAÚDE, 2023). O ICOS é composto por representantes de prestadores de serviços, operadores de planos de saúde, da indústria farmacêutica e da indústria de materiais e equipamentos para a área da saúde.

O primeiro Ministro da Saúde no governo Bolsonaro, Luís Henrique Mandetta, o qual votou favorável à Emenda Constitucional Nº 95 quando deputado, destacou-se no início da gestão por colocar em xeque a universalidade e gratuidade do SUS, repetindo o exemplo de seu antecessor, Ricardo Barros (PP-PR), Ministro da Saúde no governo Temer. Em entrevista ao programa “Roda Viva”, da TV Cultura, o ministro admitiu a possibilidade de supressão da universalidade e gratuidade do SUS e disse considerar o tema “uma discussão extremamente importante para o Congresso”.

Dentre propostas e efetivas medidas do governo Bolsonaro que evidenciam o recrudescimento da contrarreforma do Estado brasileiro, Bravo (2020, p. 200-202) destaca a proposta apresentada pelo ministro Mandetta de reformulação e municipalização da política de saúde para a população indígena, o que foi alvo de diversas críticas de representações dessa população. Na Política de Saúde Mental ganhou destaque a Nota Técnica Nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, documento que reacendeu debates preocupantes em torno da política, especialmente por reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Manifestações contrárias ao conteúdo da Nota por diversas entidades, além de recomendação do Conselho Nacional de Saúde contra os retrocessos da Nota e em defesa da perspectiva antimanicomial contribuíram para que o documento fosse retirado do ar.

A autora destaca também mudanças ocorridas na estrutura do Ministério da Saúde, como a criação de duas Secretarias: a de Atenção Primária à Saúde e a de Tecnologia da Informação (departamento de saúde digital), esta última, com o objetivo de estimular teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação. Extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, reestruturação do Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, sem diálogo com os movimentos sociais e efetivo desmonte do Programa Mais Médicos. Soma-se ainda a tentativa de extinção de diversos conselhos e colegiados da administração pública federal por meio do Decreto Nº 9.759/2019, em solenidade comemorativa dos 100 dias de governo (Bravo, 2020, p. 204).

No que tange à atuação do Governo Federal durante a pandemia da COVID-19, consideramos ter se dado com evidente favorecimento do setor privado que reflete toda a gestão Bolsonaro, uma vez que caracteriza a decisão do governo de priorizar a economia em detrimento da saúde da população, explicitando assim a noção de saúde que orientou o governo, qual seja: a ideia de saúde como mercadoria e não como direito, o que mantém a política subordinada às necessidades do mercado. Bem aos moldes da cartilha de contrarreforma.

Um estudo realizado por Correia e Silva (2020) tendo como referência o primeiro ano da pandemia no Brasil, apresenta dados que revelam a gritante captura do fundo público da saúde pelo setor privado, revelando que nem durante a pandemia o sucateamento do SUS, já em curso, regrediu ou estacionou, ao contrário, aprofundou-se.

O estudo destaca que, entre fevereiro e maio houve aumento de cerca de 20% no número de leitos de UTI no país, de 46 mil leitos para 55 mil. Porém, esse aumento se concentrou na rede privada (33%), que passou de uma proporção de 4,9 leitos para 6,2 leitos por 10 mil habitantes. Já no SUS o aumento foi de apenas 7%, ampliando de 1,4 leitos por 10.000 habitantes para 1,5 leitos por 10.000 habitantes. Considerando que 78% da população brasileira é usuária exclusiva do SUS, esta população disputa a oferta de 1,5 leitos de UTI por 10.000 habitantes enquanto 22% da população dispõe da oferta de 6,2 leitos de UTI por 10.000 mil habitantes (Correia e Silva, 2020, p. 170).

Em outubro de 2020, ainda que a pandemia não desse sinal algum de controle, os esforços em direção à privatização da saúde retornaram ao centro do debate político. O Governo Federal publicou o Decreto Nº 10.530 que qualificava a política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República – PPI para fins de elaboração de estudos e projetos pilotos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada para a construção, modernização e operação de Unidades Básicas de Saúde. Após repercussão negativa, o governo recuou do decreto prometendo sua reedição em outro momento.

De acordo com Correia *et al* (2021, p.6), ainda na gestão do Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, e com seu apoio, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) operacionalizou diversas concessões e medidas que favoreceram empresas de

planos privados, prevendo a liberação de cerca de R\$ 15 bilhões para o setor, sob a justificativa de desafogar o SUS no enfrentamento à pandemia, contraditoriamente, no mesmo período em que, devido à crise econômica, usuários de planos de saúde fizeram o caminho inverso migrando do setor privado para o sistema público.

Os estudos também destacam a negação da fila única de leitos com expansão da compra de serviços privados da saúde pelo setor público, fomentando a captura do fundo público pelo setor privado, assim como o fortalecimento da terceirização pelo repasse da gestão de hospitais de campanha para Organizações Sociais de Saúde em diversos estados. Muitos desses contratos foram posteriormente descobertos em irregularidades envolvendo apropriação de dinheiro público e não entrega dos serviços contratados, como no conhecido caso do estado do Rio de Janeiro, que resultou no impeachment do então governador Wilson Witzel (Schmalter e Lucius, 2021).

Apenas entre o primeiro e o segundo semestre de 2020, primeiro ano da pandemia, os planos de saúde triplicaram seus lucros, passando de R\$ 3 bilhões para R\$ 10 bilhões (UOL, 2020). Uma tendência que acompanhou o cenário do capital internacional que, na sua perversa lógica de exploração, aumentou seus lucros à medida que a Covid-19 se disseminava. De acordo com o relatório Poder, Lucros e Pandemia, da OXFAM Brasil, sete das maiores empresas da indústria farmacêutica, Johnson & Johnson, Pfizer, Roche, Merck, AbbVie, Novo Nordisk e CVS Health registraram média de lucro muito saudável de 21% em 2020, seis delas devendo auferir lucros de US\$ 16 bilhões a mais no total, durante a pandemia, do que em anos anteriores (OXFAM, 2020, p. 4).

Ainda de acordo com Correia *at al* (2021), estudos demonstram o aumento da lucratividade das operadoras de planos privados durante a pandemia. Apontam, por exemplo que, o Grupo Notredame Intermédica teria lucros de cerca de R\$ 150 milhões no primeiro trimestre de 2020, significando uma alta de 45% na comparação com o primeiro trimestre de 2019. Conforme Desidério (2020), a Hapvida previa um lucro de R\$ 247 milhões no primeiro trimestre de 2020, uma alta de 20%, comparando com o mesmo período do ano anterior. Segundo matéria publicada pelo Correio Braziliense em abril de 2021, em meio à pandemia operadoras de planos de saúde tiveram lucros

líquidos recordes de 74,4% e redução de despesas em 3,6%, enquanto isso, o conveniado viu a fatura ficar de 12% a 49% mais cara (Batista, 2021).

A Controladoria Geral da União, através do Portal da Transparência, disponibilizou dados quanto ao percentual de gastos com o Ministério da Saúde no período de 2019 a 2022, os quais demonstram a espantosa e contraditória relação das despesas com o órgão máximo da saúde no Brasil durante uma das maiores emergências sanitárias da história. De acordo com o Portal, embora as despesas previstas e executadas entre os anos de 2019 e 2022 tenham crescido, especialmente nos anos de 2020 e 2021, o percentual que essas despesas representaram em relação ao total de gastos públicos ao longo desses anos foi contraditoriamente decrescente. Em 2019 os gastos com o Ministério da Saúde representaram 4,80% dos gastos públicos; em 2020 equivaleram a 4,72%; em 2021 este percentual reduziu para 4,55%; e em 2022 representou 3,75% dos gastos públicos (Brasil, 2023a). Ou seja, enquanto o fundo público era redirecionado para o setor privado, mesmo durante a pandemia, os gastos com o Ministério da Saúde sofreram reduções progressivas, correspondendo a uma parcela cada vez menor do percentual de gastos públicos. Estes e os demais dados apresentados até aqui demonstram que as respostas à emergência sanitária da COVID-19 e a condução do Ministério da Saúde seguiram na direção do fortalecimento do setor privado e da mercantilização da saúde concomitante ao enfraquecimento do SUS, apesar de este ser a principal via de enfrentamento à pandemia, inclusive absorvendo demandas do setor privado.

Em resumo, ao longo dos 34 anos de implementação do SUS em um contexto de aprofundamento da doutrina neoliberal no Estado Brasileiro, evidenciado nos elementos já mencionados, como a constante renovação e ampliação da DRU ao longo das trocas de poder no Executivo nacional, emendas constitucionais, decretos, bem como diversos outros mecanismos não pormenorizados aqui, comprova-se que o subfinanciamento, sucateamento e corrosão do SUS não são uma política de governo, mas de Estado. Sob a orientação do receituário neoliberal e ultraneoliberal, quando destacamos os governos Temer e Bolsonaro, o Estado Brasileiro ao longo de décadas toma a saúde como mercadoria, não como direito, favorecendo assim o Projeto Privatista aliado ao Mercado, em detrimento do Projeto de Reforma Sanitária.

O avanço do projeto privatista, porém, não se dá sem disputas, enfrentamentos e resistências. Se nos anos 1990, com o redirecionamento do Estado e desmonte de mecanismos de proteção social, a luta dos movimentos sociais também se viu fragilizada e o Movimento Sanitário recuado, por outro lado, inovação se deu na criação de conselhos de saúde como mecanismos de democratização do poder e estabelecimento de novas bases na relação entre Estado e Sociedade.

É preciso mencionar também que, ao longo desses anos, especialmente a partir dos anos 2000, houve experiências de resistência em defesa do Projeto da Reforma Sanitária através de movimentos sociais que atuaram e permanecem atuando na defesa da saúde como direito e contra a privatização e mercantilização do sistema, que é a única via de acesso à saúde para a maior parcela da população brasileira. Dentre as diversas experiências, destaca-se a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, bem como as frentes estaduais e municipais e fóruns de saúde em defesa do SUS espalhados por todo o país.

A Frente Nacional foi criada em novembro de 2010 no âmbito do Seminário Nacional "20 anos de SUS: Lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal", na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ/RJ). Segundo Bravo e Menezes (2015, p.8), a Frente Nacional nasceu da articulação de fóruns de saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina-Paraná. Tem como objetivo a defesa do SUS universal, cem por cento estatal, sob administração direta do Estado e a luta contra a privatização da saúde e em defesa da Reforma Sanitária formulada nos anos 1980. Sua composição conta com diversas entidades, fóruns de saúde de diversos estados e municípios, movimentos sociais, projetos universitários, sindicatos, centrais sindicais e partidos políticos.

Os Fóruns e a Frente Nacional utilizam-se de diversas estratégias na retomada dos fundamentos da Reforma Sanitária como a realização de seminários em diversos estados do país, através de ações civis públicas, Ação Direta de Inconstitucionalidade contra leis municipais e estaduais e suas implementações, articulação com parlamentares na tentativa de impedir a aprovação de projetos de leis que afrontem o SUS nas Câmaras de Vereadores e Assembleias Legislativas, assim como nas ruas, em caminhadas e atos públicos, e através de mecanismos institucionais de controle

social como Conselhos e Conferências. Também atuam no âmbito da formação, realizando cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalhos de extensão voltados à saúde pública, bem como produzindo materiais para meios de comunicação com o objetivo de formar a opinião pública quanto aos prejuízos trazidos pela privatização da saúde.

Considerando o embate entre projetos de saúde distintos ao longo de toda a implementação do SUS, no contexto mais recente da pandemia da COVID-19, bem como as características marcantes do Estado brasileiro nessa conjuntura, destacamos a necessária e crucial importância da atuação e do fortalecimento de movimentos sociais em defesa das políticas e direitos sociais especialmente no campo da saúde.

A pandemia da COVID-19 manifestou no Brasil de forma ainda mais acirrada as faces de uma crise que não é apenas sanitária, mas econômica, social e política que, como vimos, vem sendo gestada desde antes mesmo da redemocratização do país. As respostas ultraneoliberais e neofascistas buscam e buscarão socializar ao máximo os custos da crise num futuro pós-pandêmico. A tendência, portanto, é de retomada da ortodoxia assim que as condições permitirem. Tal cenário evidencia o urgente e necessário fortalecimento dos movimentos sociais em defesa da implementação e manutenção do SUS conforme conquistado pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Para compreendermos mais a fundo a dinâmica da pandemia da COVID-19 no Brasil, assim como as expressões dos padrões de regulação neoliberal e ultraliberal no SUS, trazidos à tona tão fortemente naquele período, faz-se necessário compreender a dinâmica do acirramento da questão social no Brasil contemporâneo à medida que esse padrão ultraliberal de regulação se instalou no Estado brasileiro. Esse fenômeno se operou no bojo do recrudescimento de um conservadorismo de cariz reacionário e do surgimento do bolsonarismo, alicerce sobre o qual se produziu o cenário social, político, econômico e sanitário da pandemia no país.

2.2. Liberalismo, do *neo* ao *ultra* pela via reacionária: a Seguridade Social e o SUS em tempos de recrudescimento do conservadorismo-reacionário e emersão do bolsonarismo no Brasil

Conforme Elias (2021, p.4), o processo de reestruturação produtiva no Brasil, em curso a partir da década de 1990, representou a flexibilização do padrão fordista de produção, substituindo-o pelo modelo toyotista de automação, resultando na intensificação da terceirização, aumento de vagas de empregos temporários, subcontratações e desvalorização das normas salariais da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), assim como o aumento do desemprego, dentre outros desdobramentos. Um processo que, conforme Antunes (2010, p.23), proporcionou maiores níveis de exploração da força de trabalho, reduziram o operariado fabril e ampliaram o trabalho assalariado desregulamentado e informal em outros setores, proporcionando assim o aumento da extração de mais-valia pelo capital.

A orientação neoliberal redimensionou a atuação estatal frente as expressões da questão social no país, o que representou um intenso processo de fragmentação e retrocessos nas políticas sociais. Enquanto isso, grandes grupos empresariais passaram a comandar a economia sob a lógica da acumulação financeira. Segundo Santos (2012), o país chegou ao ano de 1998 com 46,7% das pessoas com ocupação em regime de trabalho não regulamentado ou em “trabalho autônomo” e com taxa de 19% de desemprego. Por outro lado, os 10% mais ricos no ano seguinte detinham cerca de 47,4% do total da renda nacional e os 50% mais pobres possuíam 12,6%, ou seja, os 10% mais ricos chegavam a ter quase quatro vezes mais do que a renda dos 50% mais pobres.

A chegada do Partido dos Trabalhadores (PT) ao Poder Executivo em 2003 trouxe consigo a esperança de transformação desse cenário, porém, o que se observou, com as devidas particularidades e ressalvas aqui já feitas, foi a manutenção da predominância do capital financeiro enquanto principal forma de acumulação e a atuação do Estado para assegurar as condições de sustentação dessa lógica.

Para Boito (2018, p.292), a atuação dos governos do Partido dos Trabalhadores, de 2003 a 2016, caracterizou-se por um modelo neodesenvolvimentista. Segundo o

autor, tais governos implementaram mudanças na política econômica que vinha sendo desenvolvida na era FHC, aquela era marcada pelo favorecimento dos objetivos do capital internacional, os governos petistas implementaram uma política de conciliação de interesses de classes, a qual se sustentou no apoio de fração da burguesia interna e na defesa de seus interesses, à medida que lhe impunha algumas “concessões”⁶, por meio de ações voltadas ao atendimento de demandas da classe trabalhadora e seus setores mais pauperizados. Essa configuração assegurou uma base de apoio popular aos governos petistas, ao mesmo tempo em que manteve as instituições do Estado brasileiro sob o controle da fração superior da classe média, que é aliada de uma das frações burguesas em disputa pela hegemonia política no interior do bloco no poder⁷.

Para o autor, o neodesenvolvimentismo dos governos do PT consistiu num programa de política econômica e social que buscou o crescimento econômico do capitalismo brasileiro com alguma transferência de renda sem romper com os limites dados pelo modelo econômico neoliberal ainda vigente no país. A frente política desenvolvimentista era dirigida pela grande burguesia interna brasileira, que envolveu classes trabalhadoras excluídas do bloco no poder – baixa classe média, operariado, campesinato e trabalhadores da massa marginal, com a qual entretém uma relação de

6 Diz-se concepções entre aspas porque o atendimento de interesses da classe trabalhadora pelos governos petistas não se restringiu à estratégia de conciliação de classes, também resultou de pressões e conquistas da classe trabalhadora.

7 Segundo Boito (2018, p. 226-227), o bloco no poder no Brasil comporta inúmeras frações burguesas rivais, algumas delas organizadas como forças capazes de disputar a hegemonia política. Em primeiro lugar destaca a fração do grande capital que, desde a ditadura militar até os dias atuais, tem seus interesses priorizados pelas políticas econômica e externa do Estado brasileiro. Em segundo lugar, o médio capital, formado por um vasto conjunto de pequenas e médias empresas com poder econômico e influência política reduzidos, que no período de governos de coalização do PT, não apresentaram organização política e programa próprios. O grande capital, por sua vez, divide-se em duas subfrações: a grande burguesia interna, formada por grandes empresas sob o controle do capital nacional, alocada em diferentes setores da economia (agronegócio, construção pesada, capital bancário nacional, etc...) que mantém, ao mesmo tempo, uma relação de cooperação e conflito com o capital internacional e pretende manter e melhorar a posição que ocupa no capitalismo dependente brasileiro, e a burguesia associada ou internacionalizada, composta pelos grupos econômicos atuantes no Brasil que são propriedade de capital estrangeiro e pelas empresas de capital nacional que entretém uma relação de dependência direta com esses grupos, cujos interesses coincidem com os do grande capital financeiro e produtivo internacional. Necessário destacar que, esse fracionamento de classes é complexo, tais frações burguesas não são blocos hegemônicos desprovidos de contradições. Para o autor, a disputa entre essas frações, burguesia interna e burguesia associada, é a principal disputa no interior do bloco no poder desde o início dos governos de coalizão liderados pelo PT.

tipo populista. Se constituiu no principal recurso político do qual se valeu a grande burguesia interna para ascender politicamente no bloco no poder. Esta enfrenta, no processo político nacional, o campo neoliberal ortodoxo, composto pelo grande capital financeiro internacional e a fração burguesa brasileira perfeitamente integrada e subordinada a esse capital (Boito, 2018, p. 103 – 105).

Trocando em miúdos, para sustentarem-se no poder os governos petistas implementaram uma política de conciliação de classes, por meio da manutenção do atendimento dos interesses da burguesia nacional ao mesmo tempo em que atendia algumas demandas da classe trabalhadora. Ajustando essa balança, dispunha de apoio tanto de parcela da classe burguesa quanto da massa trabalhadora.

Dentre as “concessões” aos trabalhadores, é possível destacar a valorização do salário mínimo, programas de transferência de renda como o Bolsa Família, expansão do serviço público via concursos, regulamentação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2003, criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), políticas de expansão do acesso ao ensino superior como o Programa Universidade para Todos (PROUNI), com suas críticas e ressalvas⁸, programas voltados à garantia da habitação como o “Minha Casa Minha Vida”, dentre outros.

Por outro lado, a política de coalização não tinha capacidade e, de fato, não se propunha, a romper em definitivo com a hegemonia neoliberal, pelo contrário, em muitos aspectos a acirrou, uma vez que políticas públicas estruturantes com potencial de modificação da concentração de riqueza também demandadas pela classe trabalhadora, a exemplo da reforma agrária, pouco avançaram. No campo da Seguridade Social a já mencionada contrarreforma da previdência em 2003, a aprovação de medidas impopulares para que a presidenta obtivesse algum

⁸ Segundo Otranto (2006) *apud* Guerra (2010, p. 726), os fundamentos da reforma da educação superior do governo Lula estão calcados em marcos regulatórios defendidos pelos organismos internacionais. A maior parte desses fundamentos foi defendida no documento elaborado pelo Grupo de Trabalho Interministerial e direcionou medidas legais que foram sendo implantadas, desenhando a reforma de acordo com os interesses governamentais. Críticas às medidas como o Prouni, ressaltavam sua instrumentalidade ao atender interesses do empresariado, destacadamente o favorecimento da mercantilização do ensino superior e do setor privado em detrimento do ensino público. O favorecimento do empresariado também foi criticado e denunciado nas demais estratégias adotadas pelos governos petistas.

credenciamento junto aos setores burgueses em 2015 e o sistemático redirecionamento do modelo de gestão para perspectivas privatizantes, são alguns exemplos (Matos, 2020).

Para Boito (2018, p. 189-301), a política de coalizão terminou por gerar uma série de contradições de caráter político e econômico que acirraram as disputas entre as classes e seus segmentos. Segundo o autor, dentre diversos outros fatores, o ajuste fiscal implantado pela presidente Dilma na gestão Joaquim Levy criou atritos de distintos tipos, tanto com a classe trabalhadora quanto com a fração burguesa que vinha apoiando o governo. Na perspectiva do sindicalismo, Dilma traiu o discurso da campanha eleitoral que defendia a distribuição de renda, o crescimento econômico e criticava as políticas de ajuste fiscal, o que afastou o sindicalismo e o movimento popular do governo. Além disso, à época da luta contra o golpe parlamentar de 2016, a estratégia adotada pelo governo de fazer a luta contra o golpe praticamente apenas no interior das instituições do Estado, desprezando a luta de rua, enfraqueceu a resistência.

Como resultado daquele contexto, a burguesia interna se dividiu e parte dela aliou-se ao golpe dirigido pelo capital internacional. Setores da burguesia associada e da classe média e a massa trabalhadora, base para o neodesenvolvimentismo do PT, permaneceram passivos, trabalhadores sindicalizados foram neutralizados, na medida em que centrais pelegas apoiaram o golpe, centrais progressistas temeram ingerências do Estado e sindicatos de base ficaram imóveis. As manifestações de rua contrárias ao golpe, por outro lado, contavam com a participação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB), Intersindical, movimento estudantil e alguns movimentos sociais (terra, moradia) e setores progressistas da classe média.

Todo esse processo culminou com o golpe jurídico-parlamentar-midiático-militar apoiado pelas classes dominantes, o qual usurpou o mandato da presidenta Dilma Roussef e entregou a direção do Executivo nacional a seu vice-presidente Michel Temer, figura política historicamente vinculada aos interesses da classe dominante no país. Ali se tornou evidente que uma nova quadra do capitalismo tomava espaço no Brasil, agora com face ultraliberal e ainda mais perversa.

Antes de discutirmos as características do Estado brasileiro nessa nova quadra a partir das medidas de caráter conservador, ultraliberal, reacionário e obscurantistas implementadas pelas gestões que seguiram ao golpe, é necessário refletirmos sobre outras condições que também contribuíram para levar tais governos e suas ideologias à ascensão. É preciso trazer à reflexão outros elementos fundamentais que, combinados aos já apresentados, resultaram no Golpe de 2016 e seus desdobramentos nos governos Temer e Bolsonaro, quais sejam: o movimento de fortalecimento da direita e extrema-direita no Brasil, assim como o recrudescimento do conservadorismo reacionário no país.

Araújo e Carvalho (2021) explicam que, a partir de 2015, durante o processo de deflagração da crise, assumiu maior visibilidade a chamada nova direita brasileira, cuja composição é complexa e peculiar. Essa nova direita, conforme as autoras, se configura a partir da adoção e difusão de versões doutrinárias e dogmáticas de postulados neoliberais, valendo-se de práticas e discursos reacionários, de ódio e desqualificação das esquerdas, assim como de ataque aos chamados *comunistas* em uma verdadeira batalha ideológica.

Essa nova direita, alicerçada em interpretações doutrinárias da ideologia neoliberal, uniu forças com uma direita forjada no fundamentalismo religioso das igrejas neopentecostais, as quais pregam a necessidade de salvaguardar a moral e os bons costumes. A essa composição de novas direitas somaram-se o militarismo e o justicialismo, propagando a violência armada, a pena de morte e o extermínio como saída para a questão da segurança pública. Tratou-se, portanto, de uma *composição de direitas inter cruzadas* que viria a culminar num governo de extrema direita inegavelmente disposto a desmontar a democracia brasileira, intensificando novas formas de autoritarismo (Araújo e Carvalho, 2021, p. 152). Cabe acrescentar ainda à análise das autoras quanto à formação dessa nova direita, outro elemento significativo que vem à nota nesse processo, que é a histórica e característica vinculação da direita brasileira a estruturas do padrão colonial-escravista presente na formação social do país e de suas elites.

Além da ascensão da nova direita, as autoras, a exemplo de Boito (2018) também destacam a quebra do pacto de classes como elemento crucial para a feita

do golpe, e acrescentam que essa quebra foi decisiva para o fortalecimento da direita e extrema-direita no país, o que permitiu a ascensão de figuras como Jair Bolsonaro, deputado federal que viria a se candidatar à Presidência da República após vinte e oito anos no Congresso Nacional.

Explicam ainda que é crucial considerar nesse processo as características da inserção do Brasil no capitalismo financeirizado, a qual se deu de forma subordinada em um Modelo Rentista-Neoextrativista⁹ cuja implementação apresenta diferentes inflexões nos distintos ciclos de ajuste. Os ciclos de ajustes petistas implementaram o Modelo Rentista-Neoextrativista pela via da conciliação de classes, privilegiando os interesses do capital rentista e do capital vinculado ao neoextrativismo, atendendo pontualmente demandas de setores empobrecidos da massa trabalhadora e de segmentos assalariados, assim como absorvendo, pelo aparelho de Estado, segmentos da burocracia sindical e da direção de movimentos sociais.

Quando, em meados da segunda década do século XXI, o cenário mostrou-se desfavorável à expansão desse modelo, verificou-se a ruptura do pacto pelas elites, criando as condições para a imposição de um neoliberalismo mais violento e brutal, um ultraliberalismo expresso nas políticas de austeridade do governo Temer, iniciando um novo ciclo de ajuste nomeado “submissão radical ao financismo e desmonte de direitos pela via do golpe” (Carvalho; Milanez; Guerra, 2018, p.2016 *apud* Araújo e Carvalho 2021, p. 152).

Embora curto, pouco mais de dois anos entre meados de 2016 e janeiro de 2019, o governo de Michel Temer representou um período de intensa retomada da ofensiva neoliberal de caráter ortodoxo para recuperar e ampliar os mecanismos de exploração da força de trabalho e acumulação capitalista. Instaurou-se no país um projeto autoritário e conservador, fundado no desmonte dos direitos sociais e desestruturação do Sistema de Seguridade Social. Desse período, a Reforma Trabalhista e a Reforma

9 Tal modelo é uma resultante da composição orgânica entre o rentismo, isto é, o capital financeiro e suas formas exorbitantes de lucros via juros e o capital vinculado ao neoextrativismo, a acumular riquezas pela via da expropriação, do agronegócio e da mineração, com base na intensa mercantilização de commodities agrícolas e minerais. Trata-se da imbricação do financismo e do neoextrativismo, numa poderosa combinação em que os donos das finanças e os ruralistas, os segmentos do agronegócio e da mineração, ditam os rumos da vida brasileira (ARAÚJO, CARVALHO, 2020, p. 151).

do Ensino Médio são apenas algumas das medidas de forte ataque aos direitos e garantias da classe trabalhadora. Assim como as já mencionadas Emenda Constitucional Nº 93/2016 e a Emenda Constitucional Nº 95/2016.

Nas palavras de Elias (2021, p,6), essa conjuntura de resgate e fortalecimento da ofensiva neoliberal de caráter ortodoxo implementada pelo governo Temer, a fragilidade do regime democrático brasileiro evidenciada no golpe parlamentar-jurídico-midiático de 2016, associados ao fortalecimento do que a autora chama de neoconservadorismo, levaram à eleição de Jair Messias Bolsonaro, em 2018.

Já foram trazidos elementos indicadores de que todo esse retrocesso social, político e econômico que se deu no Brasil não foi resultado de acontecimentos aleatórios e desconexos, não foi obra do acaso, mas produto do embate entre as classes e frações de classes por hegemonia e prioridade de acesso ao fundo público. Há outro elemento, entretanto, encontrado no substrato sobre o qual tais elementos já discutidos se erigiram, o qual se revela importantíssimo para a compreensão daquele cenário no Brasil. Referimo-nos aqui ao recrudescimento de perspectivas conservadoras de caráter reacionário no país, mais fortemente perceptíveis a partir do contexto do golpe de 2016 em diante. Este elemento, por sua vez, encontra fundamento sócio-histórico nas particularidades da inserção subalterna e dependente da América Latina e do Brasil na ordem burguesa mundializada.

Barroco (2015, p. 624) explica que a reprodução do ideário conservador resulta de uma combinação de múltiplos determinantes estruturais e conjunturais que congregam, além da própria dinâmica da luta de classes, fatores socioeconômicos e político-culturais. Conforme a autora, em sua função ideológica, o conservadorismo reproduz um modo de vida historicamente preservado pela tradição e pelos costumes, “no caso brasileiro, um modo de ser mantido pelas nossas elites com seu racismo, preconceito de classe e horror ao comunismo”. Diz ainda a autora que, no capitalismo tardio, o conservadorismo teve sua difusão facilitada pela *reificação*, que invade todas as esferas da vida social obscurecendo suas determinações e pelo *irracionalismo*, que dissemina o pessimismo, o individualismo, o anti-humanismo e desvaloriza a verdade objetiva, à medida que dissimula as contradições sociais e suas consequências. Em situações de crise social, o conservadorismo e o irracionalismo encontram ambiente

favorável para exercer função de enfrentamento das tensões sociais, contribuindo assim, direta ou indiretamente, para a apologia do capitalismo.

Prossegue Barroco (2015, p. 624) explicando que, para enfrentar ideologicamente as tensões sociais decorrentes da ofensiva neoliberal na crise mundial da década de 1970, o conservadorismo se reatualizou, passando a incorporar princípios do neoliberalismo sem, porém, abrir mãos de seu ideário e modo específico de compreender a realidade. Esse neoconservadorismo passou então a ser a forma dominante de apologia conservadora ao capitalismo, combatendo o Estado Social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao mercado, reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais.

Dados trazidos por Sant'Ana e Silva (2020, p. 354 e 354), sobre o quadro econômico mundial e latino-americano, demonstram que essa análise de Barroco (2015) se confirma: em ambiente de crise o conservadorismo se fortalece. Conforme os autores, dados do Fundo Monetário Internacional (FMI) sobre o PIB (Produto Interno Bruto) mundial e latino-americano revelam que, de 1980 para cá, a economia mundial tem apresentado profunda instabilidade, crescimento modesto seguido por crises constantes, na periferia e no centro do capitalismo (vide a crise de 2008 com epicentro nos Estados Unidos), que não permitiram recuperações econômicas consistentes. Entre 1980 e 2020 a economia mundial não cresceu mais que 5,6% com baixas expansões e quedas seguidas, forte crise em 2008 e tendência geral de queda intensificada pela pandemia com previsão negativa de -3 (REAL GDP growth, 2020 *apud* Sant'ana e Silva, 2020, p. 354).

Daí os autores chamarem a atenção para o fato de que o processo de recrudescimento do conservadorismo reacionário em curso em nosso país possui explicações no contínuo estado de crise dos últimos 40 anos, assim como raízes que apontam para aspectos historicamente estruturantes da América Latina e do Brasil, sem os quais não se pode apanhar a concretude desse fenômeno e suas expressões.

Sant'Ana e Silva (2020, p. 354) recordam que a via colonial da revolução burguesa nestas bandas da periferia do capitalismo sempre se sustentou em um tipo de

economia agro-mineradora e exportadora de produtos primários, fato que estruturou o perfil das elites locais sob duas bases essenciais, quais sejam:

a) classes sociais e relações sociais subservientes a um “desenvolvimento dependente”, associado e combinado aos interesses econômicos externos (IANNI, 2019; OLIVEIRA, 2003), ou seja, burguesias descomprometidas com reformas democráticas civilizatórias, reprodutoras do genocídio europeu anglo-espano-lusitano dos povos originários nativos, elites defensoras da escravidão, fortemente patriarcais e patrimonialistas no uso dos recursos e dos espaços públicos; b) profundas oscilações econômicas que impediram o estabelecimento de padrões de desenvolvimento sólidos, persistentes, fortemente desindustrializadores ou simplesmente não industrializadores, marcados pela superexploração da força de trabalho (MARINI, 2008), reeditado nas condições da modernização conservadora, da precarização e da flexibilização laboral, do desemprego estrutural reavivados a partir de bases sexistas, racistas e absolutamente antilatinoamericanas (Sant’ana e Silva, 2020, p. 354-355).

Identificar tais bases estruturais presentes na formação sócio-histórica brasileira, as quais são componentes do perfil das elites nacionais, é fundamental para compreender o avanço de ideias conservadoras, neoconservadoras e reacionárias, que sustentam os diferentes grupos à direita e à extrema direita cada vez mais presentes, fortalecidos e significativamente aglutinadores de adeptos no cenário político atual. O Brasil, com marcas estruturais profundamente enraizadas na concentração privada da riqueza socialmente produzida e na violência, requisitou, para sua consolidação, ideias capazes de legitimar socialmente tais contradições. Concepções enraizadas no legado histórico estabelecido pelo capitalismo dependente e nas ideias que consolidaram formas de ser e pensar justificadas por ideologias justificadoras de diferentes formas de opressão, a exemplo do genocídio de povos originários, do racismo, do patriarcalismo e do machismo, dentre outras.

Sant’Ana e Silva (2020, p. 357) reiteram que as crises econômicas tecidas a partir das crises estruturais do capitalismo exigem governos locais genuinamente vinculados aos interesses do capital, armados, autoritários ou, como já mencionamos, pelo menos formalmente democráticos, mas sempre economicamente submissos. Os autores lembram, inclusive, que os golpes cívico-militares ou jurídico-parlamentares impostos à América Latina nas últimas seis décadas sempre tiveram a marca da

“contrarrevolução preventiva” para impedir reformas civilizatórias e ou processos de ruptura revolucionária.

Para os autores, o governo brasileiro eleito em 2018 é um complexo produto que articula, de forma explosiva, os elementos apontados até aqui, o conservadorismo-reacionário historicamente edificado a partir da base colonial-dependente, as instabilidades permanentes na periferia do capitalismo mundial, bem como a atual crise estrutural do capital, cada vez mais incapaz de gerenciar suas próprias contradições. Esse produto complexo evidencia que a avidez pelos fundos públicos necessários à acumulação “carece de governos de direita/ultradireita que fortaleçam a impunidade, a truculência e o desrespeito no âmbito das relações sociais, promovendo uma devastação econômica, social, política e cultural” (Sant’ana e Silva, 2020, p. 357).

Portanto, é possível dizermos que o recrudescimento do conservadorismo no Brasil possui bases estritamente reacionárias, uma vez que se apresenta avesso a qualquer espécie de reforma útil à estabilidade da própria sociedade do capital, não admitindo nem mesmo a manutenção das mínimas condições de existência digna da classe trabalhadora. Não se trata de um movimento conservador que visa manter o *status quo*, mas de um movimento reacionário que luta contra as conquistas da classe trabalhadora em seu confronto histórico com a burguesia, um movimento que luta pela desconstrução de conquistas civilizatórias da sociedade brasileira e da humanidade, as quais se constituíram sem nem mesmo abalar significativamente a propriedade privada e a reprodução ampliada do capital.

Sant’Ana e Silva (2020, p. 357) apontam que o governo Bolsonaro se sustentou nos pilares de uma estrutura social extremamente violenta historicamente construída no Brasil, e indicam que algumas de suas particularidades se explicam no apoio da forte base conservadora previamente existente no país, o que favoreceu seu rápido crescimento e disseminação. Um destes pilares é o escravismo.

Sabe-se que o Brasil foi um dos últimos países a abolir a escravidão e que, embora o tenha feito oficialmente, as relações sociais perpetuadas por aqui permaneceram exploratórias, hierárquicas e desiguais em favor das elites. A Lei de Terras de 1850, por exemplo, impedia o acesso legal às terras por parte da população

liberta, assim como manteve e reforçou as relações de mando e subordinação em favor dos grandes proprietários rurais.

Além disso, o país buscou promover um processo de branqueamento da população por meio da política de imigração no início do século XX. Pela via da substituição do escravo negro pelo imigrante europeu e sem enfrentar o debate da questão racial, o país difundiu o mito da democracia racial no Brasil, o que contribuiu para a sedimentação do racismo estrutural. O resultado desse processo recai historicamente sobre a população negra no Brasil, a qual é submetida a condições de vida e trabalho impeditivas de acesso digno às riquezas socialmente produzidas, assim como a um contínuo estado de luta por sobrevivência, uma vez que é a população mais atingida pela violência no país.

Os dados apresentados pelo Atlas da Violência de 2022 comprovam esse cenário. Em 2019 os negros representaram 77% das vítimas de homicídios, com uma taxa de 29,2 homicídios por 100 mil habitantes, ao tempo em que, entre os não negros, a taxa foi de 11,2 para cada 100 mil. Esse quadro indica que a chance de um negro ser assassinado no Brasil é 2,6 vezes superior àquela de uma pessoa não negra. A taxa de violência letal contra pessoas negras foi 162% maior do que contra não negros. Da mesma forma, mulheres negras representaram 66% do total de mulheres assassinadas no Brasil, com uma taxa de mortalidade de 4,1 por 100 mil habitantes, em comparação com a taxa de 2,5 para mulheres não negras.

O relatório ainda acrescenta que, embora na última década, entre 2009 e 2019, as taxas de homicídio tenham diminuído 20,3%, a diminuição entre negros foi de 15,5% enquanto entre não negros a redução foi de 30,5%, ou seja, a taxa de diminuição entre não negros foi 50% superior à correspondente entre a população negra. E ainda, se considerados números absolutos do período, houve um aumento de 1,6% dos homicídios entre negros, passando de 33.929 vítimas para 34.446 no último ano, entre não negros. Por outro lado, houve redução de 33% no número absoluto de vítimas, passando de 15.249 mortos em 2009 para 10.217 em 2019 (Cerqueira et al, 2022, p. 49).

Esse cenário de violência assentado no racismo estrutural vai sendo justificado pelo discurso da segurança, que criminaliza a população preta, parda e pobre, discurso

esse difundido pelos meios de comunicação em massa sob o controle das elites. Nesse contexto, a ideologia conservadora-reacionária propaga a defesa da ideia de segurança pública pela via da construção de presídios, redução da maioria penal, pena de morte e maior intervenção policial nos territórios onde a população trabalhadora negra e empobrecida é maioria. Esse discurso, assim como medidas dessa natureza, foi amplamente defendido e propagado por Bolsonaro e apoiadores durante sua campanha, figurando como alguns dos elementos mais característicos, assim como ao longo de seu governo.

Cabe acrescentar à questão racial a política de extermínio dos povos originários, implementada desde as origens da colonização do país e perpetuada ao longo da sua história, a qual foi fortemente acirrada no governo Bolsonaro. Essa política de extermínio dos povos indígenas é elemento significativo da estrutura do conservadorismo reacionário e esteve fortemente presente nos discursos e medidas de Bolsonaro e seus apoiadores.

Um dentre os exemplos mais representativos dessa perseguição aos povos originários, mas não o único, é que o governo Bolsonaro se encerrou deixando para trás uma crise humanitária e sanitária sem precedentes na Terra Indígena Yanomami (AM-RR), maior terra indígena demarcada no país, com população aproximada de 30,4 mil habitantes. A grave crise é resultado direto do desmonte de serviços de saúde e do agravamento da invasão garimpeira promovidos por aquele governo.

Em verdade, a atuação de Bolsonaro contra os povos originários e, especialmente contra a Terra Indígena Yanomami se dá desde sua atuação como deputado federal há 30 anos. Em 1993, um ano após a criação da reserva, o então deputado pelo PPR (Partido Progressista Reformador)¹⁰, elaborou o Projeto de Decreto Legislativo Nº 365/1993, através do qual propôs extinguir a demarcação da reserva Yanomami. No projeto, Bolsonaro alegava que demarcação da área, “riquíssima em madeiras nobres e metais raros”, contrariava a Constituição, por “criar distinções entre

10 O PPR, cujo principal representante era Paulo Maluf, então prefeito de São Paulo, acabou em 1995 dando origem ao PPB, sigla que também abrigou Bolsonaro. O PPB, por sua vez, veio a se tornar o PP (Progressistas), partido do presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira.

brasileiros” e impedir a exploração de recursos naturais da região. O texto foi à votação em 1995, mas, com 290 votos contra e 125 a favor, não foi aprovado pelos deputados.

Três anos após sua primeira investida contra a Terra Indígena Yanomami, em abril de 1998, Bolsonaro voltou a defender a extinção da reserva demarcada em Roraima, desta vez através de uma fala na sessão da Câmara dos Deputados, à época presidida por Michel Temer. Dirigindo-se ao presidente, Bolsonaro elogiou o Exército dos Estados Unidos pelo genocídio de indígenas ocorrido no avanço do leste para o oeste do país na época da colonização e citou a palestra do general americano Patrick Hughes, que defendia a intervenção norte-americana na Amazônia. Naquele 15 de abril de 1998, lembrando seu primeiro projeto, Bolsonaro disse:

Grandes espaços vazios poderão, no final da missão da conquista da Amazônia, servir para alocar a população excedente existente no primeiro mundo” ... "a região Norte é a solução para o país.

Realmente, a Cavalaria brasileira foi muito incompetente. Competente, sim, foi a Cavalaria norte-americana, que dizimou seus índios no passado e hoje em dia não tem esse problema em seu país.

Agora, senhor, presidente, o general norte-americano preconiza a interferência militar na Amazônia, tendo como pretexto a preservação do meio ambiente. Particularmente, colocando-se no lugar deles, eles estão muito certos (Bolsonaro *apud* Stabile, 2023).

Em sua campanha para a Presidência da República Bolsonaro tratou de deixar clara sua intenção para com os povos originários. Em programa eleitoral exibido em rede de televisão aberta, o então candidato declarou: “em meu governo índio não vai ter um centímetro de terra neste país”. Enquanto presidente, Bolsonaro não apenas negou aos povos originários a demarcação de terras, como também promoveu o sucateamento e desmonte administrativo da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI), do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), dos serviços e políticas de saúde para a população indígena e fez defesa pública de atividades de desmatamento e garimpo em terras indígenas, no que foi prontamente acompanhado por seus ministros, com destaque para Ricardo Sales, Ex-Ministro do Meio Ambiente. Este, dentre as inúmeras medidas facilitadoras do desmatamento e garimpo ilegal que promoveu, as quais foram duramente criticadas por

cientistas e ambientalistas, declarou haver “excessiva” demarcação de terras indígenas e defendeu a agricultura comercial nessas terras.

Outro elemento grave implementado pelo governo Bolsonaro precisa ser levado em consideração para compreensão desse processo e de como ele representa bem o reacionarismo das elites brasileiras em relação aos povos originários. Em matéria para o *The Intercept Brasil*, Filho (2023) aponta que a crise que se abateu sobre os Yanomami não é resultado apenas da omissão do governo, mas resulta da recuperação feita por Bolsonaro do projeto da ditadura militar contra os Yanomami. No governo Médici (1969 – 1973), o Plano de Integração Nacional (PIN), por exemplo, previa expandir as fronteiras internas do país, abrir rodovias e criar cidades. Para isso, foi necessário perseguir, prender, torturar e assassinar lideranças indígenas. A política indigenista da ditadura tinha como objetivo integrar o indígena ao “mundo civilizado” e, assim como na ditadura, a política indigenista do governo Bolsonaro ofereceu duas opções aos povos indígenas: a integração forçada, entendida aqui como a entrega de suas terras e recursos naturais à exploração irrestrita pelo capital e a conversão de sua população em mão de obra, ou a extinção.

No governo Bolsonaro os órgãos de proteção às populações indígenas como a Secretaria Especial da Saúde Indígena (Sesai) foram aparelhados por militares sem experiência alguma em saúde indígena e a pasta foi comandada por coronéis. Além disso, mecanismos de controle e participação social como os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e o Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI) foram extintos. Na mesma matéria, Filho (2023) ressalta as diversas oportunidades em que o governo Bolsonaro, seja na pessoa do presidente ou de seu vice Hamilton Mourão, general da reserva do Exército Brasileiro que presidiu o Conselho Nacional da Amazônia Legal, foi alertado pelo Ministério Público Federal (MPF), pelo STF, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos e por lideranças indígenas quanto à gravidade da situação.

O governo ignorou os alertas, assim como ignorou as recomendações do MPF e do Supremo Tribunal Federal (STF) relacionadas à falta de atenção básica de saúde, e os pedidos de lideranças indígenas por envio de recursos humanos e materiais para combate às doenças e à fome, inclusive, durante a pandemia de COVID-19. Filho

(2023) também denuncia que os militares não só permitiram a garimpagem em áreas indígenas, mas também atuaram em conluio com os garimpeiros, chegando a ter grupos de *WhatsApp* com garimpeiros da região Yanomami para avisá-los sobre eventuais ações programadas para aquelas áreas.

Não há dúvidas de que já existiam problemas sérios na prestação de assistência aos povos indígenas e exploração ilegal nessas áreas durante governos anteriores. Porém, é evidente que todo o desmonte institucionalmente promovido pelo governo Bolsonaro, aliado à contínua defesa que fez dos garimpos e exploração de madeira em terras indígenas, estimularam a ocupação ilegal de áreas protegidas e provocaram recortes sucessivos de desmatamento, mineração ilegal, contaminação de rios e solo, dificultando a manutenção e abertura de roças, a caça, a pesca e a coleta de frutos, atividades que são as principais fontes de alimentação das comunidades. O crescimento da presença de garimpeiros na área também provocou a disseminação de doenças como gripe, malária, pneumonia, contaminação por mercúrio, COVID-19, desnutrição e conseqüente comprometimento da sobrevivência dessas populações¹¹.

A situação gravíssima deixada pelo governo Bolsonaro foi denunciada no dia 20 de janeiro de 2023 pela Agência Sumamúma, a qual noticiou que 570 crianças de até cinco anos morreram de doenças evitáveis entre 2019 e 2022 na Terra Indígena Yanomami. Fotos de crianças e idosos esqueléticos, desnutridos, divulgadas pela imprensa e nas redes sociais causaram comoção dentro e fora do país e mobilizaram o atual governo Lula a decretar emergência de saúde na área e a anunciar uma série de medidas de enfrentamento à crise, como a operacionalização de um plano de 90 dias de trabalho, o qual poderia ser prorrogado, incluindo envio de equipes médicas a região; instalação de um hospital de campanha em Boa Vista, para socorro aos Yanomami; retirada de garimpeiros da área e realização de investigações quanto aos financiadores do garimpo ilegal na região.

Sobre a crise na Terra Indígena Yanomami, Bolsonaro disse ser uma “farsa da esquerda” e que seu governo levou atenção especializada para territórios indígenas. O

11 Para acesso a dados da Hutukara Associação Yanomami sobre desmatamento, evolução do garimpo e devastação em terras indígenas, assim como dados sobre a desassistência à saúde indígena, inclusive durante a pandemia de Covid-19, divulgados pelo Instituto Socioambiental ver: (SOUZA, 2023).

então Ministro da Justiça, Flávio Dino¹², determinou que a Polícia Federal investigasse suposta prática de genocídio, omissão de socorro e de crime ambiental contra os yanomami.

Além do racismo e da perseguição aos povos originários, o machismo e a heteronormatividade também são elementos que, conforme Sant'Ana e Silva (2020, p. 359), alicerçam esse quadro desigual e violento de acirramento do conservadorismo reacionário no país. Sabe-se que, historicamente, a população feminina tem sido explorada, invisibilizada e violentada nos âmbitos laboral e doméstico, quadro que se mostra mais grave na população feminina negra. Citando dados do IBGE publicados em 2018 e 2019, os autores destacam que

[...] em 2016, as mulheres gastaram 73 horas a mais que os homens cuidando de pessoas ou dos afazeres domésticos; ganham $\frac{3}{4}$ do que os homens ganham, embora hoje já tenham maior escolaridade. Os índices de representação política também evidenciam que o poder é do homem: as mulheres representam 11,3% do Congresso Nacional e 16,1 % no Senado. Nos cargos gerenciais também: 60,95% são homens e 39,1% são mulheres (IBGE, 2018). As mulheres negras estão ainda em maior desvantagem em todos os índices com relação à mulher branca, mas é no nível de escolaridade que a situação é bastante emblemática: as negras possuem 2,3 vezes menos acesso ao ensino superior. A mulher negra trabalha mais, ganha menos, tem menor acesso à saúde e à educação (IBGE, 2019) (Sant'ana, Silva, 2020, p. 359).

Ainda no âmbito do debate de gênero e sexualidade, os autores destacam que a negação da diversidade sexual se tornou uma obsessão dos grupos de direita no Brasil, seguindo uma tendência mundial de fortalecimento do conservadorismo reacionário e de violência contra minorias sexuais. Conforme os autores, em 2017, houve um aumento de 30% de assassinatos contra a população LGBTQIAPN+ e registro recorde de mortes: 445 assassinatos por LGBTfobia, revelando que a cada 19 horas um LGBT era assassinado ou cometia suicídio vítima de LGBTfobia, o que fez do Brasil o campeão mundial de crimes contra essas minorias à época (Cisne e Santos, 2018 *apud* Sant'ana e Silva, 2020, p. 360).

12 No dia 27 de novembro de 2023, Flávio Dino foi indicado ao cargo de ministro do Supremo Tribunal Federal pelo Presidente Lula. Em 13 de dezembro do mesmo ano, a sua indicação foi aprovada pelo Senado Federal por 47 votos a 31. Flávio Dino tomou posse em 22 de fevereiro de 2024. Atualmente o Ministro da Justiça e Segurança Pública é o ex-Ministro do Supremo Tribunal Federal Ricardo Lewandowski.

Outro pilar fundamental sobre o qual o conservadorismo-reacionário se sustenta e avança no Brasil é a manutenção de uma estrutura agrária extremamente concentrada, de modo que menos de 2% dos proprietários de terra mantém sob seu domínio metade das terras agriculturáveis brasileiras (Sant'ana e Silva, 2020, p. 360). A história de modernização da agricultura no Brasil é marcada pela expulsão da terra de camponeses, ribeirinhos, indígenas, quilombolas, pescadores artesanais, quebradeiras de coco e diversos outros seguimentos e movimentos sociais rurais, para dar lugar à grande agricultura capitalista sob a roupagem do agronegócio. Um modelo de produção de monoculturas, com uso intensivo de agrotóxicos e transgênicos, que ameaça à soberania e a diversidade alimentar da nação e enfraquece os pequenos produtores e a agricultura familiar, esta a verdadeira responsável pelo abastecimento das famílias brasileiras. Nesse contexto, ao longo da história, se contabiliza incontáveis conflitos e mortes de trabalhadores na luta pela terra.

Essa herança conservadora reacionária que tão fortemente marca a sociedade brasileira e se recrudescer nos últimos anos, seguindo a esteira do fortalecimento da ofensiva conservadora reacionária em nível mundial, historicamente se expressa em investidas contra políticas públicas sociais, em particular contra as políticas da Seguridade Social. Tais investidas já foram abordadas mais detidamente em momentos anteriores desta reflexão, como os ataques ao SUS, à política de Assistência Social, contrarreformas da Previdência, resistência a políticas de cunho estrutural como a reforma agrária, investidas contra a educação pública, particularmente contra as universidades públicas, às quais se somam os ataques às políticas e ações afirmativas que visem promover algum nível de reparação a populações historicamente preteridas, a exemplo das cotas raciais, dentre outras.

Também pensando sobre a história recente brasileira, os eventos que levaram ao golpe de 2016 e seus desdobramentos, Lopes (2018) destaca, a partir do ponto de vista político, a ascensão do Partido dos Trabalhadores à Presidência da República em três mandatos consecutivos como importante elemento desse processo, uma vez que acirrou a luta de classes no país. Nesse contexto, o conservadorismo reacionário, movimento que vem penetrando toda a vida social, o Estado em suas três instâncias e instituições fundamentais da sociedade, como a religião, a família e a educação, se

apresentou na política transmutado no “antipetismo”. Com mediação da mídia tradicional burguesa e arvorando a suposta bandeira do combate à corrupção, o “antipetismo” fortaleceu a direita mobilizada sob a organização de grupos como o Movimento Brasil Livre (MBL), o Vem Pra Rua (VPP), Estudantes Pela Liberdade (EPL) e o Revoltados Online (ROL), os quais se apropriaram das redes sociais e demais plataformas online, utilizando-as como instrumentos de forte mobilização pelo impeachment (Lopes, 2018, p. 3-9).

Para a autora, a escolha de José de Alencar para a vice-presidência no primeiro mandato petista e a “Carta ao Povo Brasileiro” foram claros acenos ao mercado, a partir do qual as bases para a conciliação de classes e para um giro em relação aos compromissos assumidos desde a criação do partido foram lançadas. Não demorou para que o partido que discursava pela ética na política visse suas principais lideranças envolvidas no esquema de corrupção denominado “mensalão”. Ali o *antipetismo* das elites conservadoras reacionárias existente desde a constituição do partido em 1980, encontrou condições para avançar, ainda que com o partido no poder. Apesar dos escândalos de corrupção, Lula, principal liderança do partido, conseguiu reeleger-se à Presidência da República e fazer sucessão com a eleição de Dilma Rousseff, o que se fez mediante o aprofundamento das alianças com as forças políticas de centro direita através do PMDB, que indicou Michel Temer como candidato a vice-presidente.

O processo de eleição de Dilma Rousseff, porém, trouxe de volta ao debate o tema do “mensalão” e do combate à corrupção, momento em que as forças conservadoras tiveram êxito em plantar no imaginário popular que o PT e suas lideranças eram os corruptos por excelência, embora as primeiras investigações, ainda no primeiro mandato do PT, tenham demonstrado que o método do qual foi acusado e investigado esse partido tenha sido iniciado com o PSDB, em Minas Gerais. O “mensalão” passou como o “mensalão do PT” e a bandeira do combate à corrupção se tornou o mote dos movimentos pelo impeachment.

Utilizado para mobilizar massas sensíveis e contrárias à corrupção endêmica no país, o tema do combate à corrupção foi acompanhado pela defesa de pautas liberais e antidemocráticas, como pedidos por intervenção militar. Travestido de *antipetismo*, o

conservadorismo-reacionário, se firmou efetivamente contra a esquerda em geral e contra conquistas da democracia burguesa e do Estado Democrático burguês.

Diz Lopes (2018) que os fatos que se seguiram ao impeachment da Presidenta Dilma, com a posse de Michel Temer, apoiado pelos parlamentares que vigorosamente trabalharam e votaram a favor do impeachment, demonstraram que a “corrupção representou e representa apenas uma bandeira de mobilização das massas”, uma vez que as denúncias, investigações e provas de corrupção em relação ao grupo que assumiu o poder depois do golpe não desfrutaram de nenhuma atenção dos movimentos pelo impeachment. Pelo contrário, o MBL e o VPP, por exemplo, defendiam as pautas liberais e reformas promovidas pelo governo Temer, além de constantemente atacar movimentos da classe trabalhadora como o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) e o Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST) (LOPES, 2018, p.11). Importante destacar que muitas lideranças dos movimentos pelo impeachment alçaram mandatos políticos como Kim Kataguiri, cofundador do MBL, eleito deputado federal por São Paulo pelo Democratas (DEM) e Arthur do Val, militante do MBL, eleito deputado estadual por São Paulo também pelo Democratas.

Assim, no movimento pelo impeachment de Dilma Rousseff o combate à corrupção se transformou em farsa e ainda favoreceu o avanço da extrema direita em uma tendência fascista que deu projeção a lideranças como Jair Bolsonaro, o qual se apresentou como candidato e venceu as eleições presidenciais de 2018.

Para Araújo e Carvalho (2021, p. 153), a eleição de Bolsonaro em meio àquele “sentimento difuso e vazio de mudança” impulsionado pela nova direita brasileira, só foi possível na “terra arrasada” de um Brasil atingido por um golpe das elites, que deixou “sem chão” as forças progressistas e de esquerda, as quais acreditaram no “conto” da conciliação de classes, tragadas pelo ódio sistematicamente construído pelo conluio das elites com o Judiciário e sedimentado pela mídia. Foi nesse contexto de crise e avanço do ódio às esquerdas que se forjou o bolsonarismo, conceituado pelas autoras como um fenômeno resultante da convergência de forças da direita e extrema direita que está para além da figura de Jair Bolsonaro. “Uma configuração sociopolítica de extrema-direita que articula ultraliberalismo dependente, militarismo autoritário,

mesclado com justicialismo da violência e reacionarismo político-cultural, eivado de um moralismo religioso” (Carvalho, 2019.30 *apud* Carvalho e Araújo, 2021, p. 153).

Explicam as autoras que o ultraliberalismo dependente do governo Bolsonaro consubstanciou o agravamento da agenda de ajustes do governo Temer, efetivando políticas de ajuste fiscal e austeridade por meio de cortes de gastos públicos, contrarreformas para desonerar a economia e privatizações. O militarismo autoritário, mobilizado na suposta cruzada contra a corrupção e pela garantia dos “interesses da Pátria”, aglutinou um significativo número de militares no interior do governo, permeando diferentes ministérios do Poder Executivo. O justicialismo pela via da violência se expressou no recrudescimento do *Estado de Exceção*, enquanto o reacionarismo político-cultural, beirando o fascismo sociocultural, motivou uma guerra ideológica pela retomada de valores tradicionais, religiosos e pré-democráticos, com a convicção cega de que os problemas do país são problemas morais. Como resultado, apontam que

O Bolsonarismo, como uma composição de *alto risco*, vem inserindo o Brasil em um novo colonialismo, retomando a condição de subordinação aos interesses dos países centrais nesta ordem do capitalismo financeirizado, sobretudo dos EUA. Ao mesmo tempo, joga o País no obscurantismo, prisioneiro de amarras reacionárias e desmonta quaisquer controles democráticos. E retoma a marcha autoritária querendo impor, em matizes contemporâneas, valores e práticas do fascismo (Carvalho e Araújo, 2021, p. 153).

Refletindo sobre o governo Bolsonaro, Behring (2021) o caracteriza como fortemente marcado por traços neofascistas e ultraliberais que mantêm o país sob o tacho do ajuste fiscal, elementos de barbarização da vida social componentes de um projeto de extrema direita, a serviço do capital, que encontra eco no mundo. Segundo a autora, o governo Bolsonaro combina elementos de tragédia e farsa, sendo a tragédia representada por sua agenda de devastação e a farsa referindo-se ao “simulacro em que o “nacionalismo” vem associado à entrega do patrimônio público ao usufruto do imperialismo” (Behring, 2021, p.205). Já o suposto combate à corrupção significa aparelhar as instituições para interesses escusos como disseminação de *fakenews* e perseguição de adversários políticos.

A devastação mencionada pela autora refere-se à agenda de destruição da natureza, destruição de direitos, de políticas públicas e de valores de civilidade. Tal devastação se materializa no aumento espantoso das queimadas na Amazônia, da grilagem e do garimpo em terras indígenas e medidas programáticas ultraneoliberais, como a Reforma da Previdência. Na Política de Educação, o Future-se e a inserção de Organizações Sociais na gestão de universidades. Militarização acelerada das instituições, desmonte das estruturas de controle democrático, gigante empobrecimento da população, aumento da população de rua, encarceramento crescente, decretos que dificultam a realização de concursos públicos como o Decreto nº 9.739/2019, dentre muitos outros ataques à Seguridade Social e às demais políticas sociais (Bering, 2021, p.205).

Medidas como essas revelaram o capitalismo em estado puro, exaurindo a força de trabalho para recompor taxas de lucro, socializar os custos da crise com o trabalhador e canalizar recursos para o pagamento de juros, encargos e amortizações da dívida pública sob a promessa de crescimento. Este cenário, construído ao longo de nossa história, acirrou-se profundamente com a chegada da pandemia da COVID-19, a qual escancarou as fraturas e fragilidades desse padrão autoritário, privatista e conservador reacionário de regulação ultraliberal instalado no Brasil.

2.3. COVID-19 no Brasil: a pandemia do vírus na pandemia do reacionarismo

Como ponto de partida para tecermos considerações acerca da pandemia da COVID-19 no Brasil, é necessário demarcarmos que compreendemos este fenômeno a partir de perspectivas que vão para além dos determinantes sanitários. A pandemia da COVID-19 e suas peculiares expressões e consequências, guardam relação profunda com o modo de produção capitalista, o qual explora ao extremo a força de trabalho, enquanto exaure e degrada a natureza e seus recursos e sucateia políticas de saúde e Seguridade Social ao redor do mundo.

Concordamos com Araújo e Carvalho (2021), as quais entendem que a pandemia do coronavírus é decorrente de uma amálgama de determinantes sanitários e sociais

vinculados ao próprio contexto de reprodução social do capitalismo, o qual, a partir de apartações profundas, engendra desigualdades econômicas e sociais. Essa interpretação vai ao encontro do que pensa Davis (2020), o qual considera a crise do coronavírus como um monstro alimentado pelo próprio capitalismo.

É preciso considerar que, antes da pandemia do novo coronavírus, o capitalismo, devido à superprodução de capitais, já experimentava uma nova crise. É necessário considerar também que, devido à sua relação predatória e devastadora com o meio ambiente, o sistema capitalista acentua gravemente a possibilidade de pandemias, as quais são facilitadas pela própria dinâmica de funcionamento desse sistema.

Portanto, a pandemia do novo coronavírus não originou uma crise no capitalismo, mas acentuou fragilidades já existentes e próprias do sistema, ao mesmo tempo em que é seu produto. Nesse sentido, Harvey (2020, p.15-16) considera que a “natureza” não está alheia ou separada da cultura, da economia e do cotidiano, uma vez que o capital modifica as condições ambientais de sua própria reprodução. Portanto, não há verdadeiro desastre natural, embora os vírus sofram mutações o tempo todo. As circunstâncias nas quais uma mutação se torna uma ameaça à vida humana dependem de ações humanas e o impacto econômico e demográfico da disseminação do vírus depende de fissuras e vulnerabilidades preexistentes no modelo econômico que tem hegemonia.

O autor acrescenta que, apesar dos riscos anteriores da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)¹³ e do Ebola terem fornecido abundantes avisos e lições sobre o que seria necessário fazer, o novo coronavírus apanhou autoridades e sistemas de saúde mal preparados para enfrentar uma crise de saúde pública dessa natureza. Após quarenta anos de neoliberalismo nas Américas, Europa e em outras partes do suposto mundo “civilizado”, governos locais e autoridades regionais que, invariavelmente formam a linha de frente em emergências de saúde pública e segurança desse tipo, haviam sido privadas de financiamentos graças a políticas de austeridade, destinadas a financiar cortes fiscais e subsídios a corporações (Harvey, 2020, p.17).

13 O SARS-CoV foi identificado em 2003 como a causa de um surto de síndrome respiratória aguda grave (SARS) que começou na China aproximadamente no fim de 2002 e se espalhou pelo mundo.

Enquanto o fundo público era saqueado para garantia da manutenção da reprodução do capital, as políticas e sistemas de saúde sofriam desmontes, desfinanciamentos e desestruturações. Além disso, a indústria farmacêutica tem pouco ou nenhum interesse na pesquisa sem fins lucrativos de doenças infecciosas (como a classe de coronavírus conhecida desde os anos 60) e raramente investe em prevenção, já que este ramo não contribui para valorização de acionistas e não é sedutor ou lucrativo o suficiente para justificar parcerias público-privadas. O modelo neoliberal de negócio aplicado à saúde pública eliminou a capacidade de resposta que seria necessária em caso de emergência e a população foi deixada totalmente exposta e vulnerável.

A partir do início de fevereiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a chamar oficialmente a doença causada pelo novo coronavírus de COVID-19. COVID significa *Corona Virus Disease* (Doença do Coronavírus), e “19” se refere ao ano de 2019 quando os primeiros casos em Wuhan, China, foram divulgados publicamente pelo governo chinês. Em março de 2020 a OMS declarou situação de pandemia global diante da acelerada disseminação da doença (Portal Fiocruz, 2020). No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 27 de fevereiro do mesmo ano e, um mês depois, o país já contava com 3.912 diagnósticos confirmados e 114 óbitos acumulados, conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2023d).

Desde então o enfrentamento à pandemia foi realizado conforme orientação dos órgãos dirigentes em saúde pública, através de estratégias como o isolamento social, quarentena, uso de máscaras e, posteriormente, por meio de vacinas, num esforço para conter a disseminação da doença e o crescente número de óbitos. A vacinação contra a COVID-19 no Brasil teve início em 17 de janeiro de 2021, de acordo com dados do Ministério da Saúde. Um ano depois o país contabilizava 302,5 milhões de doses aplicadas, representando 89,3% da população brasileira elegível imunizada com a primeira dose e 74,1% completamente vacinada (Brasil, 2023b).

No Brasil, o enfrentamento à pandemia da COVID-19 foi majoritariamente conduzido pelo SUS o qual, como já vimos, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988, deve operacionalizar a política de saúde como direito de todos e dever do Estado. Apesar de décadas de ataques e desmontes orientados pela

contrarreforma neoliberal, o SUS constituiu a principal frente de atuação e respostas do Estado Brasileiro à emergência sanitária da COVID-19, uma vez que 70% dos brasileiros dependem exclusivamente do SUS para tratamentos de saúde (IBGE, 2020).

Foi o SUS que garantiu à população brasileira atendimento em unidades básicas e de alta complexidade, Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), internações e imunização contra a COVID-19 de forma gratuita e universal, apesar das dificuldades e impedimentos criados no seio da trágica gestão da pandemia feita pelo governo Bolsonaro. Essa gestão trágica pode ser compreendida a partir da trajetória de gestores do Ministério da Saúde nesse período. De 2019 a 2022, em plena pandemia, o Ministério da Saúde foi conduzido por 4 (quatro) ministros diferentes.

Luiz Henrique Mandeta, médico ortopedista que permaneceu de 1º de janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020, foi o primeiro. Apesar de contar com o apoio presidencial no início de sua gestão e de compartilhar com o presidente da república declarações e medidas contrárias ao SUS, Mandeta deixou o cargo após defender o isolamento social e o uso de máscaras, discordar do Presidente quanto ao uso de cloroquina no tratamento da COVID-19, medicamento sem comprovação científica de eficiência no tratamento da doença, e de sua aprovação popular superar a do presidente nos primeiros meses de pandemia. Sua gestão se encerrou com 30.449 casos confirmados e 1,933 mortes pela COVID-19, conforme o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2021).

Mandeta foi substituído por Nelson Teich em 16 de abril de 2020. Médico oncologista que defendia o isolamento social e chegou a propor o *lockdown* (confinamento total) para cidades com maior taxa de transmissão do vírus. Teich vinha sendo cobrado pelo presidente da república para mudar o protocolo do Ministério da Saúde para tratamento da COVID-19 incluindo a cloroquina, medida com a qual o então ministro dizia não concordar. Além disso, o ministro estava isolado das decisões referentes à pasta, não tendo sido sequer consultado quando o Governo Federal ampliou o rol de atividades essenciais¹⁴ incluindo academias e salões de beleza através

14 Serviços públicos e atividades cujo funcionamento deveria ser resguardado e não poderiam ser paralisados por medidas como a quarentena. Diversos dispositivos foram utilizados para definir e redefinir a relação dessas atividades durante a pandemia, a exemplo da Lei nº 13.979/20, de 06 de fevereiro de 2020, do Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, e do Decreto Nº 10. 329, de 28 de abril de 2020.

do Decreto nº 10.344/2020, publicado em edição extra do Diário Oficial da União. Nelson Teich foi rapidamente substituído em 15 de maio de 2020, menos de um mês depois de assumir a pasta. Naquela data o Brasil chegava a 228.223 casos e 14.814 óbitos pela doença (Ministério da Saúde, 2021).

O terceiro ministro, Eduardo Pazuello, general da ativa do Exército Brasileiro, sem formação alguma na área da saúde, permaneceu de 15 de maio de 2020 a 23 de março de 2021. Foi sob seu comando que o Ministério da Saúde lançou o protocolo de tratamento da COVID-19 recomendando a utilização da cloroquina, como queria o presidente da república. Durante sua gestão Pazuello foi fortemente criticado pela subserviência irrestrita ao presidente. Referindo-se à sua relação com Bolsonaro chegou a declarar em uma *live* nas redes sociais que “é simples assim: um manda e outro obedece”.

Outros aspectos de forte impacto negativo na gestão de Pazuello foram a demora na negociação com laboratórios para adquirir vacinas contra a COVID-19, assim como a militarização do Ministério da Saúde, seguindo o movimento de militarização da sociedade e dos aparelhos de Estado, implementado pela cúpula do Executivo sob a liderança de Jair Bolsonaro. O Atlas do Estado Brasileiro divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica (IPEA) revelou a expressiva distribuição de cargos para militares em ministérios estratégicos como Saúde, Economia e Meio Ambiente, não coincidentemente áreas que protagonizaram grandes falhas e que foram alvo de duras críticas. Conforme o Tribunal de Contas da União (TCU), a partir de 2018 houve um crescimento vertiginoso da presença de militares em funções civis na Administração Pública Federal. Em 2020, pelo menos 6.157 oficiais ocupavam funções civis e cargos comissionados, mais que o dobro dos 2.957 de 2016, quando o PT deixou o poder, após o golpe contra Dilma Rousseff (TCU, 2020 *apud* IPEA, 2023).

Com o Brasil batendo recordes consecutivos de mortes pela doença; a vacinação em ritmo considerado muito lento, 873.289 doses aplicadas até o dia da exoneração de Pazuello, conforme a Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS) (Brasil, 2022) e o ministro sendo investigado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) por suposta omissão

Dentre essas atividades estavam assistência à saúde, assistência social, telecomunicações e internet, serviço de call center, serviços postais, dentre outros.

na crise sanitária do Amazonas, onde pacientes morreram asfixiados por falta de cilindros de oxigênio, a permanência no cargo passou a ser questionada até mesmo por aliados do governo. Apesar da relutância do presidente da república, o ministro deixou o cargo alegando “missão cumprida”. Sob elogios de Jair Bolsonaro. Pazzuello encerrou sua gestão com 11.519.609 casos confirmados e 279.286 óbitos por COVID-19 (Ministério da Saúde, 2023d).

Quando perguntado pela Comissão Parlamentar de Inquérito instalada para investigação do enfrentamento à COVID-19 sobre a razão de sua exoneração do cargo, o agora ex-ministro respondeu “missão cumprida”, uma resposta que não poderia ter sido mais coerente. Isto porque a missão de Pazzuello, após dois ministros lhe antecederem, não era a de trabalhar pela proteção e preservação da saúde da população brasileira, como, de fato, não o fez, mas era de cumprir a função que a lógica militarizada e antidemocrática da cadeia de comando do governo Bolsonaro exigia naquele momento, que era a de respeitar a hierarquia, operacionalizar as determinações do presidente e assumir os riscos em nome do “projeto ideológico” de Bolsonaro e seu governo.

A missão que o general Pazzuello cumpriu com vigor foi a de conduzir o Ministério da Saúde para uma necropolítica negacionista e de implementação da estratégia de disputa de narrativas, arquitetada pelo presidente da república e seu “gabinete do ódio”¹⁵. Após sua gestão, o ex-ministro continuou cumprindo sua missão

15 Gabinete do Ódio é o nome dado a um grupo de assessores de Jair Bolsonaro que atuavam no Palácio do Planalto e foram coordenados pelo ex-presidente e por seu filho Carlos Bolsonaro. O grupo formado durante a campanha para a eleição presidencial no Brasil em 2018 atuou na gestão das redes sociais do ex-presidente até o fim de seu mandato. A existência dessa "milícia virtual", com domínio de perfis falsos em redes sociais e divulgação de *fake news* direcionadas a atacar adversários, foi inicialmente divulgada em meados de 2019 pela deputada Joice Hasselmann, antiga aliada de Jair Bolsonaro. Segundo a deputada, dentre outras ações do grupo, este foi responsável por difundir em massa notícias falsas relacionadas, dentre outros assuntos, ao suposto "kit gay" e à "mamadeira de piroca", vinculando-as ao candidato Fernando Haddad durante a eleição presidencial de 2018. O mesmo grupo teria sido responsável, meses antes, por divulgar informações falsas difamando a vereadora Marielle Franco, assassinada em março de 2018, alegando falsamente que a vereadora seria casada com um traficante e apoiadora da organização criminosa Comando Vermelho. Além dos ex-aliados do governo, a existência do gabinete é apontada pela Polícia Federal e por ministros do Supremo Tribunal Federal, mas é negada pelo ex-presidente. Em 11 de julho de 2024, a Polícia Federal, que deflagrou a Operação Última Milha, descobriu indícios apontando uma ligação entre dirigentes da Agência Brasileira de Inteligência (Abin) com o gabinete do ódio

militar de subordinação e blindagem ao presidente da república, assumindo unilateralmente, durante a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da COVID-19, a responsabilidade pelas decisões tomadas pelo Ministério da Saúde. Pazzuello chegou ao ponto de alegar que, durante a maior pandemia do último século, nenhuma das decisões relevantes para seu enfrentamento no Brasil teve qualquer orientação ou participação do presidente da república.

O quarto Ministro da Saúde na gestão Bolsonaro, Marcelo Queiroga, médico cardiologista, assumiu a pasta em 23 de março de 2021, afirmando que “a política é do governo Bolsonaro não é do Ministro da Saúde, o ministro da Saúde executa a política do governo” (Poder 360, 2021), ao mesmo tempo em que afirmava que sua “prioridade máxima” seria o combate à pandemia, com foco na ampliação da vacinação e que faria “uma gestão técnica, com diálogo com a comunidade científica, para fortalecer o SUS” (CNN Brasil, 2021). Sua gestão contou com pontos positivos como a antecipação da entrega de vacinas para o público adulto, por outro lado, recebeu críticas pela ausência de ações como ampla testagem, falta de coordenação integrada com os estados e a manutenção da tutela do presidente da república numa espécie de continuidade da gestão Pazzuello.

No contexto da pandemia outro elemento característico da gestão Bolsonaro se tornou ainda mais evidente, o desprezo pela ciência numa postura obscurantista de negação da inteligência, da informação e do conhecimento científico. O negacionismo foi estabelecido como verdadeira política e estratégia de atuação do governo, expresso na tentativa de negação da própria realidade; negação das expressões da questão social como a fome, a pobreza e o racismo; apagão de dados de plataformas oficiais como as do próprio Ministério da Saúde; boicotes aos censos; dentre outras medidas que visavam camuflar o agravamento da realidade social brasileira sob um governo perverso.

Uma rápida pesquisa em jornais e portais de notícias revela que, desde o início da gestão tornaram-se rotineiros os questionamentos a importantes dados de pesquisas científicas que apontavam na direção contrária às decisões adotadas pelo governo. A

exemplo das críticas sem fundamento científico, algumas direcionadas à metodologia do IBGE para medir o desemprego no país, desdém às informações relativas à redução do número de mortes pelo endurecimento das leis de trânsito e negligência quanto aos riscos de sua política armamentista, apontados por pesquisadores, os quais demonstravam que o armamento da população favorece o aumento da violência e não sua diminuição, como sugeria o governo.

Essa ofensiva obscurantista e negacionista de ataque à ciência se evidenciou bastante na escolha de ministros do governo Bolsonaro, especialmente nas pastas da Saúde, como já abordado, e a pasta da Educação. Ricardo Vélez Rodrigues e Abranham Weintraub, ambas indicações de Olavo de Carvalho, autoproclamado filósofo e “guru” do presidente da república, destacaram-se nesse aspecto, no que também foram seguidos por Milton Ribeiro.

Ricardo Vélez Rodrigues, demitido com menos de cem dias depois de empossado no Ministério da Educação, destacou-se por um aspecto também marcante no governo Bolsonaro, o insistente ataque aos historiadores e à história, numa empreitada revisionista bastante direcionada à negação do golpe militar de 1964 e sua reinterpretação como um regime democrático oriundo da vontade popular. Vélez pretendia “realizar mudanças progressivas nos livros didáticos” que endossassem esse revisionismo da história, porém não durou tempo suficiente no cargo para pôr em prática seu objetivo de reinterpretar o golpe militar, objetivo este compartilhado com Bolsonaro, seus apoiadores e todos que pediam por uma nova intervenção militar no país.

Abranham Weintraub, destacou-se por investir contra as ciências humanas e a filosofia, desqualificando essas áreas do conhecimento por considerá-las de pouca relevância e caras para o país, chegando a dizer que nordestinos deveriam estudar Agronomia, nunca Filosofia, e que se quisessem estudar Filosofia que o fizessem “com dinheiro próprio”; que o governo deveria direcionar o dinheiro público dessas áreas para aquelas que “geram retorno de fato: enfermagem, medicina, engenharia”. Fez coro às declarações do presidente da república ao afirmar que as universidades brasileiras, e as ciências humanas, são pouco produtivas e pouco importantes, além de anunciar um

corte de 30% das verbas para universidades e instituições federais de ensino superior que, segundo o ministro, faziam apenas “balbúrdia”.

Milton Ribeiro, pastor presbiteriano que sucedeu Weintraub e colecionou situações polêmicas tais como: declarações quanto a alunos com deficiências, afirmando que estes “atrapalhavam o aprendizado dos outros” e “deveriam estar em salas especiais para receberem o tratamento que merecem e precisam”; quanto à autonomia política dos reitores de universidades, afirmando que “não precisam ser bolsonaristas, mas não podem ser esquerdistas ou lulistas”; assim como culpou métodos contraceptivos pela má conduta sexual da sociedade.

Em maio de 2021, a Justiça Federal condenou a União ao pagamento de indenização por danos morais coletivos no valor de R\$ 200 mil, por conta de declarações do então ministro, relacionando homossexualidade às “famílias desajustadas”. Milton Ribeiro anunciou sua exoneração após ser denunciado e investigado no esquema de corrupção que ficou conhecido como “Bolsolão do MEC”, no qual o ex-ministro foi acusado de facilitar o repasse irregular de verbas da educação para pastores a pedido do presidente da república.

Ao contrário do que afirmava Weintraub sobre as universidades brasileiras, quando as caracterizou como pouco produtivas e pouco importantes, Júnior (2019, p.23) informa que

Levantamento recente indica que o incremento em produtividade da ciência no Brasil, aquela medida por investigações publicadas em periódicos científicos, foram da ordem de 67,3% no período entre 2008 e 2017, algo que colocou o país entre os 15 maiores produtores de ciência do mundo. Nesse período, as ciências sociais aplicadas cresceram 77%, a linguística 106% e as humanidades expressivos 123,5%, situando o país numa posição de respeito entre os produtores de ciência no mundo (Júnior, 2019, p. 23).

Na contramão dessa direção, a postura mantida pelo governo Bolsonaro foi de contínuo sucateamento da ciência, das universidades e da produção do conhecimento no país, postura diversas vezes reiterada por meio de duríssimos cortes no orçamento de universidades, da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), o que colocou em risco, por diversas vezes, a própria manutenção dessas instituições.

Segundo dados divulgados pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), a Capes e o CNPq sofreram cortes de 51% em financiamento de pesquisas nos últimos dez anos, destacando-se as perdas acentuadas durante o governo Bolsonaro. Conforme a SBPC, o Orçamento da União aprovado em dezembro de 2021 indicou que as pastas da Educação e da Ciência, Tecnologia e Inovação juntas sofreram um corte de R\$ 812 milhões, causando impactos na manutenção de bolsas e pesquisas em todo o país.

Para 2022, apenas no que se referia à parte do Ministério da Educação (MEC) responsável pela Capes, a retirada de recursos para financiamento de pesquisadores e bolsistas estava na ordem de R\$ 802 milhões e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a maior e mais respeitada instituição de pesquisa na área biomédica da América Latina, mesmo depois de todos os esforços indispensáveis realizados durante a pandemia da COVID-19, sofreu um corte de R\$ 11 milhões (Rodrigues, 2022). A Fiocruz foi fundamental, inclusive, na produção de vacinas por meio de consórcio com a Universidade de Oxford, do Reino Unido, e a gigante farmacêutica AstraZeneca. Para Júnior (2019, p.32), é por temer a ciência e os cientistas que trabalham em junção com a democracia, que governos como o de Bolsonaro conspiram permanentemente contra o conhecimento.

Soma-se a esse contexto um aspecto marcante e perverso da pandemia no Brasil, a postura negacionista e o desprezo do presidente da república quanto à gravidade e complexidade da situação. Em falas amplamente divulgadas em redes de notícias o presidente chegou a dizer que “o brasileiro tem que parar de reclamar, parar de mimimi e voltar a trabalhar”. Tornaram-se frequentes os pronunciamentos oficiais, entrevistas, *lives* em redes sociais e motociatas negando a gravidade da situação sanitária, a que o presidente chamou de “gripezinha”; desestímulo público às medidas recomendadas por cientistas e pesquisadores, como o uso de máscaras e ao isolamento social; menosprezo público ao número crescente de óbitos com declarações como “vou fazer o que? E daí, não sou coveiro”; resistência à aquisição de vacinas e insistente recomendação de medicamentos e tratamentos precoces sem eficácia científica comprovada. Isto aliado às convocações e participações em eventos de

ataque à democracia e às instituições do Estado de Direito, com destaque para as mobilizações de afronta ao Supremo Tribunal Federal – STF.

As supostas omissões e irregularidades nas ações do governo de Jair Bolsonaro durante a pandemia, inclusive com suspeitas de corrupção na compra de vacinas, foram investigadas pela Comissão Parlamentar de Inquérito denominada CPI da COVID-19. Em 26 de outubro de 2022, véspera de completar seis meses de depoimentos e investigações, a CPI da Pandemia aprovou seu relatório final com sete votos favoráveis e quatro contrários.

A versão final do parecer, de 1279 páginas, identificou infrações penais cometidas por duas empresas, a Precisa Medicamentos e a VTCLog, além de outras 74 pessoas, entre elas deputados (a exemplo do líder do governo na Câmara, Ricardo Barros (PP-PR), citado como um dos beneficiados em irregularidades no contrato de compra da Covaxin), empresários, jornalistas, médicos, servidores públicos e ex-ministros de Estado. Recomendou o indiciamento do governador do Amazonas, Wilson Lima e do ex-secretário de saúde do Amazonas, Marcellus Campêlo, por sugestão de Eduardo Braga (MDB-AM).

Ao todo, o documento pediu o indiciamento de 80 pessoas, incluindo o presidente da república Jair Bolsonaro, pela prática de nove infrações: prevaricação, charlatanismo, epidemia com resultado morte, infração a medidas sanitárias preventivas, emprego irregular de verba pública, incitação ao crime, falsificação de documentos particulares, crime de responsabilidade e crimes contra a humanidade. Três filhos do presidente também foram citados, o senador Flávio Bolsonaro (Patriota-RJ), o deputado federal Eduardo Bolsonaro (PSL-SP) e o vereador Carlos Bolsonaro (Republicanos-RJ) foram acusados de prática de incitação ao crime (Vieira, 2022).

O relatório final, sob críticas de deputados e senadores governistas, os quais alegaram investigação seletiva da Comissão, preocupação somente em desgastar o governo e omissão ao não investigar o destino de verbas federais enviadas a estados e municípios, foi enviado a diversos órgãos públicos, como à Câmara dos Deputados, à Polícia Federal, ao Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao Ministério Público Federal (MPF), ao Tribunal de Contas da União (TCU), a ministérios públicos estaduais, à

Procuradoria-Geral da República (PGR), à Defensoria Pública da União (DPU) e ao Tribunal Penal Internacional (TPI), de acordo com a competência de cada um.

Até 31 de dezembro de 2022 o Brasil alcançou a marca de 36.331.281 casos confirmados, 35.247.755 recuperados, 534.680 em acompanhamento e 693.853 óbitos pela doença (Ministério da Saúde, 2023). Ainda segundo o Ministério da Saúde, 181.603.085 pessoas já haviam recebido a primeira dose de vacina contra a COVID-19; a parcela da população que já havia recebido a segunda dose chegou a 164.101.739 e a que recebeu a dose única de imunizantes chegou a 5.035.375. A terceira dose, ou dose de reforço, foi aplicada em 102.779.948 pessoas; a quarta dose, ou segunda dose de reforço, havia sido aplicada em 40.614.493 pessoas e a dose adicional em 4.052.543 pessoas. Somando a primeira dose, segunda, a dose única, a dose adicional e as de reforço, desde o começo da vacinação até o término do ano de 2022 foram aplicadas 444.713.715 doses de vacina contra a COVID-19 (Rede Nacional de Dados de Saúde, 2023).

Um ano depois do início da vacinação, o Instituto Butantan divulgou que desde o início de maio de 2021 já era possível identificar resultados positivos. Um estudo da Universidade de Pelotas (UFPel) apontou queda pela metade nas mortes de idosos com 80 anos ou mais, faixa etária cujo percentual médio de vítimas em janeiro daquele ano era de 28%, quando teve início a vacinação e caiu para 13% em abril, segundo a pesquisa. Com o avanço na vacinação em todo o país, o Brasil registrou em julho queda de 42% das mortes por COVID-19, conforme dados do LocalizaSUS (Instituto Butantan, 2022).

Como visto até aqui, o contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil se mostrou particularmente complexo. Para além das desafiadoras características biológicas da doença, determinações históricas, econômicas, sociais e políticas constituíram as bases nas quais a pandemia se espalhou no Brasil: profunda desigualdade social, pobreza, concentração de terra e renda, desigualdade no acesso a trabalho, dentre outras. Cenário que se agravou pelas ações de um governo federal conservador-reacionário, ultraliberal, autoritário, obscurantista e negacionista da própria gravidade da situação sanitária, bem como da necessidade imperiosa de enfrentá-la de forma séria, comprometida com a defesa do direito à saúde e com a preservação da vida,

considerando as particularidades sociais da sociedade brasileira. Dados oficiais testemunham essa realidade estrutural brasileira.

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais 2020, divulgados pelo IBGE, em 2019 o País atingiu o nível mais baixo de participação dos empregados com vínculo formal de trabalho desde 2012, 47,3%, enquanto a informalidade seguiu aumentando e chegou a 41,6%, ou seja 39,3 milhões de brasileiros. Ao longo dos oito anos da série, a população ocupada total aumentou em 6,1%, atingindo 94,6 milhões de pessoas, porém, entre 2012 e 2014 se destacou a elevação das ocupações formais (7,3%), enquanto que de 2017 a 2019, período correspondente à Contrarreforma Trabalhista do governo Temer, destacou-se o aumento das ocupações informais (6,1%) (IBGE, 2020, p.22-23).

Ainda quanto à ocupação, é marcante a segregação por gênero e raça. Em 2019 enquanto o nível de ocupação de homens foi de 65,5%, o de mulheres foi de 46,1%, embora os níveis de escolaridade das mulheres sejam maiores. O recorte de cor ou raça mostrou que, dentre os ocupados, a proporção de brancos era de 45,2% e a de pretos ou pardos de 54,8%, porém, na comparação por atividades econômicas, a presença de pretos e pardos é maior na agropecuária (62,7%), construção (65,2%) e serviços domésticos (66,6%), atividades com rendimentos inferiores à média em 2019. Já os setores de informação, financeiro, administração pública, educação, saúde e serviços sociais, cujos rendimentos foram bastante superiores à média, contaram com maior participação de brancos (IBGE, 2020, p.31).

Quanto à distribuição de renda em 2019, a pesquisa revelou que os 10% da população com menores rendimentos domiciliares *per capita* percebiam uma parcela de 0,8% do total de rendimentos, enquanto os 10% com maiores rendimentos percebiam 42,9%. Nesse período a população branca ganhou, em média, 73,4% mais do que a população preta ou parda e os homens 29,6% mais que as mulheres. Níveis que, salvo discretas oscilações, permanecem ao longo de toda a série e revelam a desigualdade estrutural do país (IBGE, 2020, p.50).

Diante desse quadro, não surpreende a gigantesca procura pelo Auxílio Emergencial durante a pandemia, cerca de 108,4 milhões de cadastros, dos quais 64,1 milhões foram aprovados, incluindo os inscritos no Bolsa Família, a um custo de R\$

90,8 bilhões de reais. Segundo o Inquérito Nacional Sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil, até 2020 o Auxílio Emergencial atingiu 50,8% das famílias brasileiras. Indicou ainda que, em 2020 116,8 milhões conviviam com algum grau de insegurança alimentar. Destes 43,3 milhões em insegurança moderada ou grave e 19 milhões em situação de fome (PENSSAN, 2021, p.34). Conforme o IBGE, até o segundo trimestre de 2021, segundo ano da pandemia, o Brasil alcançou a marca de 14,4 milhões de desocupados, taxa de desemprego de 14,1%, taxa de subutilização de 28,6% e 5,6 milhões de desalentados.

Para o enfrentamento da pandemia diante de tão grave cenário de desalento social, o chamado “orçamento de guerra” ofertou R\$ 13,8 bilhões de reais para a saúde, enquanto que para operações de crédito pelos bancos garantiu o lastro de R\$ 1,2 trilhão (Behring, 2021, p. 238-239). Essas cifras demonstram numericamente a posição econômica, política e ideológica do Governo Federal na condução da pandemia, bem como a lógica que orientou suas decisões, a qual não foi pelo fortalecimento das políticas sociais, mas pela sua submissão e instrumentalização pelo capital.

O exposto permite constatar que o contexto pandêmico não criou a crise social vivenciada no Brasil, mas pôs em evidência a realidade que já conhecíamos enquanto partícipes e estudiosos da dinâmica capitalista na sociedade brasileira. Exacerbaram-se o obscurantismo, o conservadorismo-reacionário, a precariedade das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora e a negação dos direitos sociais. A pandemia escancarou a centralidade da questão social como determinante das condições de saúde à medida que as mídias de massa testemunharam a disseminação da COVID-19 nos aglomerados periféricos desprovidos de condições mínimas de saneamento básico, o que contribuiu para a proliferação da doença.

As medidas recomendadas para prevenção da disseminação do novo coronavírus incluíram o distanciamento e o isolamento social, lavagem frequente de mãos com água e sabão, higiene das mãos com álcool em gel a 70% e uso de máscaras, medidas que rapidamente revelaram a impossibilidade de serem adotadas em igualdade de condições por todas as classes sociais brasileiras. Como exigir das famílias numerosas que vivem nas periferias brasileiras em residências de um cômodo, sem acesso a saneamento básico, com renda insuficiente para custear minimamente a

alimentação básica, que consigam, de fato, realizar o isolamento social, comprar álcool em gel, deixar de ir às ruas em busca de alguma atividade que garanta a alimentação da semana ou mesmo do dia?

Apesar disso, conforme Yazbek, *et al* (2020, p.207), o Governo Federal de extrema direita, no lastro do crescimento nacional e internacional do conservadorismo, assumiu postura negacionista quanto à gravidade dos impactos da pandemia, ao tempo em que adotou o projeto ultraliberal conservador de fragmentação das políticas sociais e estímulo ao ódio de classe e aos grupos sociais historicamente excluídos de acessos a bens, serviços públicos e direitos. Sobre essa conjuntura a autora acrescenta que,

[...] a retórica da necessidade de aprovação, pelo Congresso Nacional, das contrarreformas como remédio para a calamidade pública que nos assola não se sustenta, pois, nas situações de crise profunda como a que estamos vivendo, as desigualdades sociais se tornam mais visíveis, atingindo diferencialmente burgueses e trabalhadores, ricos e pobres, centrais e periféricos (Yazbek, *et al.*, 2020, p.208).

Assim, contrariando o que muitos queriam fazer crer, a pandemia da COVID-19 não é democrática, não atinge a todos indistintamente, sem considerar brancos ou negros, homens ou mulheres, ricos ou pobres. Como já demonstrado a essa altura, por meio de dados oficiais e pesquisas científicas, a pandemia se abateu mais fortemente sobre as camadas da população historicamente exploradas pelo capital, que subiste em condições de vulnerabilidade social, privadas de condições básicas de saúde, renda, trabalho, educação e moradia. A realidade histórica de formação e manutenção das estruturas sociais no Brasil foi escancarada em tempos de COVID-19, à medida que a pandemia se agravava pelas expressões da “questão social” no país e ao mesmo tempo em que as acirrava em uma relação dialética.

Segundo estudo realizado por Correia *et al* (2021), a COVID-19 levou a óbito mais pessoas negras, pobres e indígenas com taxas de contaminação pelo menos três vezes maior do que em pessoas brancas, além de apontarem grandes diferenças entre a prevalência da doença entre regiões, grupos étnicos e socioeconômicos brasileiros. De acordo com dados do Governo Federal, veiculados pela FioCruz em 2020, num período de duas semanas, 11 a 26 de abril, as mortes de pacientes negros

quintuplicaram, foram de pouco mais de 180 para mais de 930. Já o aumento de mortes de pacientes brancos chegou a pouco mais que o triplo. Ambos os dados são igualmente lamentáveis, porém demonstram a desigualdade na disseminação da doença a depender dos grupos populacionais no Brasil (Fundação Osvaldo Cruz, 2020).

A emergência sanitária produzida pela pandemia da COVID-19 trouxe consigo fortes impactos sobre governos, sistemas de saúde e populações ao redor de todo o mundo. Desafios que se revelaram múltiplos e que não seriam passíveis de enfrentamento apenas com medidas focalizadas ou de caráter individual. Medidas que, para além da notável mobilização de trabalhadores da saúde, exigiram decisões políticas e econômicas dos chefes de Estado, assim como a cooperação das populações para atender às recomendações e medidas de prevenção.

O surgimento da pandemia num contexto de crise do capital e reestruturação produtiva e as exigências impostas para seu enfrentamento, revelaram ao redor do mundo as fragilidades do sistema capitalista em atender às necessidades humanas em detrimento da manutenção da acumulação e da exploração do trabalho. Quando chegou ao Brasil, país de capitalismo dependente que vem seguindo a cartilha neoliberal desde a década de 1990, a pandemia da COVID-19 encontrou um cenário complexo, um histórico desmonte das políticas sociais, com destaque para a saúde, precarização das relações de trabalho, concentração de renda, desigualdade estrutural. Um cenário que se agravou a partir das medidas ultraliberais, de caráter neofascista, conservadoras, reacionárias, obscurantistas e negacionistas do governo de Jair Bolsonaro, o que acirrou ainda mais as expressões da questão social no país.

Dessa conjuntura resultaram os lamentáveis dados de contaminação e óbitos pela doença, dados que representam perdas para milhões de famílias brasileiras, perdas que, dizem especialistas, se houvesse vontade e mobilização política para estímulo à adoção das medidas de prevenção e aquisição diligente de vacinas, poderiam ter sido minoradas. Pedro Hallal, epidemiologista e pesquisador da Universidade Federal de Pelotas, em audiência na CPI da Pandemia, afirmou que, de acordo com suas estimativas, pelo menos quatro em cada cinco mortes pela doença no país eram evitáveis. Ainda que, se o governo federal tivesse adotado outra postura, pelo

menos 400 mil pessoas não teriam morrido pela pandemia (Agência Senado, 2021). Foram perdas em famílias predominantemente vulneráveis, que têm o SUS como única forma de acesso a serviços de saúde, um sistema que, apesar de décadas de desfinanciamento e desmontes, assegura atendimento universal à população brasileira.

A pesquisa Mortes Evitáveis por COVID-19¹⁶, divulgada em 24 de junho de 2021 durante o curso da CPI da Pandemia, apontou que a falta de acesso a leitos atingiu número proporcionalmente maior de pessoas negras e indígenas, em comparação com a população branca; os óbitos na fila de espera representaram 13,1% das internações entre as pessoas negras e indígenas e 9,2% entre as pessoas brancas. Apontou também que as unidades públicas de saúde foram as que deram suporte a quase 50% dos casos que demandaram internação, enquanto os outros 50% ficaram divididos, quase que igualmente, entre os privados (24%) e filantrópicos (26%).

O estudo estimou que cerca de 120 mil vidas poderiam ter sido poupadas até março de 2021, no primeiro ano da pandemia no Brasil. Concluiu que o excesso de mortes de março de 2020 a março de 2021 foi de 305 mil aproximadamente, em comparação com a mortalidade esperada para o período, a partir de óbitos registrados entre 2015 e 2019. Esses são dados que abarcam as mortes diretas pela doença e também os óbitos indiretos, provocados por atraso no diagnóstico, falta de tratamento de outras doenças e por conta da saturação do sistema de saúde (Werneck, Bahia, Moreira e Scheffer, 2021).

Concomitantemente, o cenário da pandemia impulsionou na população do país algum nível de diálogo e reconhecimento acerca da necessidade de manutenção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde, à medida que trouxe ao plano do debate popular a necessidade de defesa do SUS, com destaque para inúmeras manifestações

16 A pesquisa Mortes Evitáveis por COVID-19 no Brasil foi encomendada pelo Grupo Alerta, grupo criado em 2020 e anunciado com um manifesto elaborado por 12 entidades como a Oxfam Brasil, Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência (SBPC), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Centro Santo Dias de Direitos Humanos da Arquidiocese de São Paulo e Conselho Indigenista Missionário (Cimi). Foi produzida por Guilherme Loureiro Werneck (Instituto de Medicina Social da UERJ e Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ), Lígia Bahia (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ), Jéssica Pronestino de Lima Moreira (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ) e Mário Scheffer (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP).

em redes sociais com o uso das *hashtags* #vivaoSUS, #DefendaoSUS, #vacinasalvamvidas, #vacinasim, dentre outras, levantadas por figuras públicas do meio artístico, político, movimentos sociais e pela população em geral.

Considerando as características epidemiológicas até aqui conhecidas do novo coronavírus, como a rápida transmissibilidade principalmente por via aérea, aliada às determinações sociais geradas pelo padrão de produção capitalista marcado pela mundialização das relações de consumo, da comunicação e do deslocamento de pessoas, era certo que a pandemia chegaria ao Brasil e a diversos outros países, como o fez. Porém, pode-se afirmar que a trágica dimensão assumida pela pandemia no contexto brasileiro foi fortemente determinada pela histórica destruição de políticas e direitos sociais, com destaque para os ataques à Seguridade Social, ao Sistema Único de Saúde e demais políticas públicas. Pela desigualdade estrutural, pobreza, racismo, concentração de renda, e demais marcas intrínsecas ao padrão capitalista de exploração do trabalho, que visa a manutenção do lucro e socialização dos custos da crise. Assim como pelo acirramento de medidas ultraliberais, de caráter neofascista, conservadoras, reacionárias, obscurantistas e negacionistas adotadas no país.

A pandemia da COVID-19 no Brasil não gerou a crise, mas revelou suas profundas raízes fincadas no padrão de produção capitalista que exaure as políticas públicas e eleva os níveis de exploração do trabalho com vistas a manutenção da acumulação. Evidenciou a questão social e suas expressões como determinantes das condições de saúde e doença, explicitou a noção de saúde como mercadoria e não como direito adotada pelo governo Bolsonaro, assim como pôs em destaque o trabalho árduo das equipes de saúde compostas por diversos profissionais de múltiplas áreas, como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros, deixando mais que evidente a necessária multidisciplinaridade e integralidade no atendimento à saúde, que é um dos pilares fundamentais do SUS.

A linha de frente composta por profissionais de saúde para o combate à pandemia contou com participação expressiva de assistentes sociais, fazendo jus à determinação social da saúde, assim como à longa vinculação da categoria com a política de saúde no Brasil.

Nesse complexo cenário sociopolítico brasileiro o Serviço Social compartilha uma relação histórica com a política de saúde, a qual sofreu transformações dialeticamente mediadas pelas guinadas políticas e econômicas que se deram na sociedade brasileira ao longo das décadas de 1980 e 1990. Tais câmbios sociais articulados ao amadurecimento teórico-metodológico do Serviço Social, impulsionaram profundo amadurecimento ético-político e identitário na categoria. Sobre essa relação mutuamente determinada e sua repercussão no Serviço Social trataremos no capítulo seguinte.

3. SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: o Projeto Ético-Político Profissional e o fantasma do conservadorismo

Como vimos no capítulo anterior, a pandemia da COVID-19 se constituiu envolta por múltiplos fatores epidemiológicos e sociais, característica que demandaram a intervenção de profissionais das mais diversas formações, tanto para o estudo e compreensão desse fenômeno, considerando as características da sociedade capitalista que o produziu e no qual se desdobrou, quanto para o atendimento do gigantesco volume de vítimas da doença. Dentre esses profissionais, destacamos aqui o/a assistente social, profissional que tem a “questão social” como seu objeto de trabalho e, na saúde, dedica-se à identificação dos determinantes sociais presentes no processo saúde-doença visando a elaboração de estratégias para seu enfrentamento. Portanto, categoria essencial no combate à pandemia de COVID-19.

Nesse diapasão, é imperioso considerar, também, que a saúde é direito social e humano assegurado na Constituição Federal enquanto direito fundamental de todos, cuja prestação é dever do Estado. O art. 196 da Carta Magna determina que tal direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. É com fundamento nessa perspectiva de saúde enquanto direito humano que o Serviço Social marca presença em tal política, cuja existência e manutenção é historicamente vinculada à luta pela democracia e pelo exercício da plena cidadania no Brasil.

Este capítulo analisa a trajetória do Serviço Social no Brasil e sua relação com a política de saúde a partir das transições históricas da sociedade brasileira, as quais implicaram importantes reformulações na categoria e reverberaram em sua atuação na área. Também discute como essas transformações contribuíram para a construção do atual Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social (PEP), o qual orienta a atuação e objetivos profissionais na área da saúde e nos demais espaços sócio-ocupacionais, ao mesmo tempo em que figura como elemento de resistência a investidas conservadoras e reacionárias que frequentemente assombram a categoria

profissional em busca de retomar espaço e legitimação. Por fim, reflete quanto à disparidade entre o PEP e o projeto capitalista de sociedade e de política de saúde hegemônicos no Brasil.

3.1. Serviço Social e Política de Saúde do Brasil: uma relação mediada pela história

O Serviço Social é profissão liberal de nível superior, regulamentada pela Lei 8.662 de 7 de junho de 1993, a qual condiciona seu exercício ao devido registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) (CEFESS, 1993). A formação do assistente social é de caráter generalista, crítica e interventiva. Sua atuação também utiliza saberes oriundos das Ciências Humanas e Sociais para apreensão, análise e intervenção na realidade social.

O profissional do Serviço Social desempenha suas atividades orientado pela Lei de Regulamentação da Profissão, pelas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), bem como pelos valores e princípios do Código de Ética Profissional. Sua intervenção é orientada por um Projeto Ético-Político Profissional que, conforme Netto (1990, p.8),

Tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem societária, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero (Netto, 1990, p. 15).

A presença do Serviço Social na política de saúde brasileira não é recente. Em verdade, a categoria está inserida em contextos hospitalares desde 1945, embora só tenha sido reconhecida como profissão da área da saúde em 1997, por meio da Resolução Nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Como já mencionado, sua atuação na área se dá a partir da concepção de saúde defendida pela OMS, em âmbito global, e, no Brasil, pelo Movimento de Reforma Sanitária, a qual não se limita aos

elementos biológicos da saúde, mas se refere ao completo bem-estar físico, mental e social.

Dá-se também a partir da perspectiva da Constituição Federal de 1988 e da Lei Nº 8080/1990, as quais estabelecem a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196). Tais diplomas, ao destacarem os fatores determinantes e condicionantes da saúde como partícipes do processo saúde-doença, ressaltam as expressões da questão social como componentes significativos da dinâmica da saúde, as quais indicam não só os níveis de saúde da população, mas também da organização social e econômica do País (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Esta direção ético-política da categoria na saúde, bem como os fundamentos que orientam sua inserção e atuação nessa política não foram os mesmos ao longo do tempo. Na verdade, foram reformulados a partir das transformações políticas, econômicas e sociais da sociedade brasileira, as quais tiveram rebatimentos significativos no Serviço Social e contribuíram para sua reformulação enquanto profissão.

É preciso dizer, de antemão, que as origens do Serviço Social no Brasil se deram com base em um histórico conservadorismo. É preciso dizer também que um embate entre perspectivas conservadoras e progressistas acompanha a profissão em toda a sua trajetória. Na década de 1930, início do processo de industrialização do país, o Serviço Social surgiu com forte caráter humanista-conservador¹⁷, vinculado à doutrina social da Igreja Católica e ao seu fundamento filosófico, o Neotomismo¹⁸. O Serviço Social foi gestado como profissão da prática na divisão sociotécnica do trabalho, como

17 Caráter doutrinário e conservador, não científico, de influência franco-belga, presente na origem da profissão no Brasil. A questão social era compreendida como problema moral e religioso, portanto, a lógica que orientava a intervenção do Serviço Social era voltada ao ajustamento da conduta do indivíduo, com o objetivo de integrá-lo ao meio.

18 Corrente filosófica surgida no século XIX que tinha por objetivo atualizar a filosofia de São Tomás de Aquino. Tinha a dignidade da pessoa humana e o bem comum como alguns de seus princípios fundantes.

uma resposta conservadora às expressões da questão social, que tinha como finalidade prestar serviços e benefícios à classe trabalhadora, para assegurar sua integração e ajustamento à sociedade e ao mercado, contribuindo assim com a manutenção da ordem do capital.

Conforme Netto (2009, p. 147-148) *apud* Boschetti (2015, p. 641) o Serviço Social surgiu como profissão subalterna às Ciências Sociais, como profissão técnico-operativa, de caráter pragmático, avessa a formulações teóricas, à produção de conhecimento e sustentada teoricamente nas produções das Ciências Sociais, com ênfase no pensamento mais conservador. Essa característica da profissão, porém, se tornou alvo de reformulações ao longo de sua história no Brasil, transformações que impactaram sua atuação nas políticas públicas, maior espaço de absorção de profissionais, dentre as quais destacamos aqui a política de saúde.

Refletindo sobre a trajetória do Serviço Social na política de saúde, Bravo (2007) traça um interessante panorama dos rebatimentos que as lutas sociais travadas na sociedade brasileira tiveram na prática profissional do assistente social na saúde nos períodos do autoritarismo burocrático: de 1964 a 1974, passando pela distensão política, de 1974 a 1979, pela abertura política de 1979 a 1985, até a transição democrática, de 1985 a 1990. Cada um destes importantes períodos de transformações cruciais na sociedade brasileira serviu de substrato material e elemento histórico propulsor para a produção de impactos e transformações significativas no Serviço Social.

Como já mencionamos, o regime ditatorial brasileiro se inscreveu no cenário latino-americano e internacional no curso dos anos 1960, os quais testemunharam uma série de golpes de Estado patrocinados pelos centros imperialistas sob hegemonia norte-americana. Tais golpes compuseram uma espécie de contrarrevolução, que teve rebatimentos significativos nos países do chamado Terceiro Mundo, fazendo frente aos movimentos de libertação nacional e social. A estratégia dos golpes serviu para internacionalizar o capital, além de conter os movimentos que protagonizavam a resistência a esse processo e fortalecer as frentes contrárias à revolução e ao socialismo.

Internamente, o golpe de 1964 foi uma solução política, via mecanismos repressivos, para a crise de uma forma de dominação burguesa que, segundo Netto (1989) *apud* Bravo (2007, p. 39), foi gestada pela contradição entre as demandas derivadas da dinâmica do desenvolvimento, o qual tinha como base a industrialização pesada e as modalidades de intervenção, articulação e representação das classes e suas frações no sistema de poder político. À medida que o padrão de acumulação entrava em contradição com os anseios nacionais e populares democráticos, a burguesia optou por garantir a hegemonia pela força, em vez de assegurar o desenvolvimento proposto, concorrendo com projetos alternativos de classes não-burguesas na luta pela direção da sociedade.

Florestan Fernandes (2006) caracterizou o Estado brasileiro sob o regime militar como um Estado autocrático-burguês, devido ao aprofundamento do padrão monopolista de organização da economia, o qual tinha como requisito a estabilidade política, garantida pela desarticulação dos partidos e o esvaziamento dos instrumentos de defesa dos trabalhadores como os sindicatos, a eliminação do direito de greve e a ampliação da jornada e ritmo de trabalho, assim como pela vasta rede de relações antidemocráticas que marcaram toda a sociedade, o que restringiu o exercício da cidadania e da política.

A política social, naquele período, foi viabilizada através de programas sociais que visavam a reprodução da massa trabalhadora e legitimação do regime, mas, sobretudo, obter investimentos econômicos, o que requeria ser modernizada e burocratizada. Segundo Bravo (2007, p. 44), na concepção da burguesia dirigente, o problema da saúde naquela conjuntura estava na pouca participação da iniciativa privada, na falta de capacidade gerencial e na ausência de planificação. A solução, portanto, passava pela tecnocracia através da privatização dos serviços. Como mencionado anteriormente, foi implementado no país um modelo que privilegiava a produção do setor privado e fortalecia a medicalização da Saúde Pública e da Previdência Social. A área da saúde passou a assumir uma distinção que foi orientada por valores como a lucratividade e o controle da força de trabalho (Bravo, 2007, p. 45).

Para atender às exigências de eficiência e eficácia impostas à categoria pela nova política de desenvolvimento e racionalidade, o Serviço Social à época, conforme

Iamamoto (1982), atualizou a herança conservadora da profissão com o que a autora chamou de *vertente modernizadora*, a primeira direção de renovação da categoria. A *perspectiva modernizadora* redefiniu a base de legitimidade profissional a partir das novas exigências do mercado de trabalho e do quadro de formação para ele exigido, que se caracterizava pela ação predominantemente rotineira, burocratizada e empiricista.

É nesse contexto que Netto (1989) aponta o processo de renovação do Serviço Social com o surgimento de diferentes projetos profissionais, ideológicos, formas de organização antes desconhecidas e uma discussão teórico-metodológica. O processo de crítica àquele Serviço Social “tradicional”, vinculado às perspectivas de democratização da sociedade e do Estado brasileiro existente na década de 1960, foi abortado pelo golpe de 64, embora não tenha sido um processo restrito ao país, mas um fenômeno internacional iniciado nos países do Cone Sul (Brasil, Argentina, Chile, Uruguai).

O chamado *Movimento de Reconceituação* centrava-se na contestação do Serviço Social importado, de práticas assistencialistas e ajustadoras, assim como a pretensão da neutralidade científica. Bravo (2007) caracteriza tal Movimento a partir de duas grandes perspectivas diversas: a *desenvolvimentista*, que foi adotada no Brasil com uma proposta modernizante, e o *trabalho social*, adotada nos demais países do Cone Sul (Bravo, 2007, p. 99).

O regime militar e o Estado de Segurança Nacional não permitiram a difusão de ideias que questionaram as estruturas de poder, a sociedade de classes ou quaisquer outras práticas de inspiração marxista. Somente a partir da década de 1970 que a bibliografia produzida pelo Movimento de Reconceituação da América Latina adentrou ao país. Enquanto isso, com aportes extraídos do estrutural funcionalismo norte-americano, o Serviço Social firmava-se como interveniente, dinamizador e integrador no processo de desenvolvimento, sem questionar profundamente a ordem sociopolítica, mas preocupando-se em inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica menos débil. Os seminários de Araxá (1967) e Teresópolis (1971), organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCIS),

caracterizaram-se como marcos diferenciadores do Serviço Social brasileiro no âmbito do Movimento de Reconceituação latino-americano (Bravo, 2007, p. 100).

Embora surgissem tendências contrapostas a esta, a exemplo do Método *de Belo Horizonte*¹⁹ idealizado entre 1972/73 por um grupo de docentes da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, o qual, apesar de suas debilidades teóricas, rompeu com o Serviço Social modernizador, incorporou algumas categorias marxistas e se fez divulgar nas demais Escolas de Serviço Social do país, o processo de crítica iniciado no Serviço Social na década de 1960 teve pouca repercussão na área da saúde. A ênfase dada nesse setor foi direcionada para a sedimentação de um padrão técnico que atendesse às necessidades da assistência médica reforçadas no pós-64 com maior sofisticação.

A prática do Serviço Social na saúde, a partir das influências da modernização que se operou nas políticas sociais, se sedimentou na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, transformada no maior empregador de profissionais, em detrimento da ação na saúde pública, a qual não foi enfatizada. Conforme Bravo (2007), o sentido da prática profissional foi apreendido de forma mitificada, sendo enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, assim como a concessão de benefícios concebidos como doação e não como direito.

Ainda conforme a autora, uma terminologia mais sofisticada à estratégia de crescimento econômica própria do modelo autoritário-burocrático foi adotada, a qual servia para encobrir as reais implicações da prática. Além disso, o aspecto educativo da profissão também foi salientado através da operacionalização das funções terapêuticas, preventivas e promocionais, as quais visavam ao controle do trabalhador, à medida que o responsabilizava pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação à utilização de modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social, resultante do conflito capital x trabalho (Bravo, 2007, p. 103).

19 A abordagem era feita com fundamento nos escritos da obra de Leila Lima Santos, assistente social que teve decisiva contribuição ao processo de renovação crítica do Serviço Social no Brasil e na América Latina, em especial nas décadas de 1970 e de 1980.

As transformações ocorridas no Serviço Social naquele contexto estavam diretamente relacionadas às modificações impostas à política de saúde, as quais advinham da conjuntura em que foram idealizadas e implicaram na reafirmação da posição subordinada da profissão às necessidades da política de dominação e controle das classes trabalhadoras. Naquela conjuntura, seu campo de ação e legitimidade foi ampliado junto às instâncias de poder institucionalizadas, com destaque para o Instituto Nacional de Seguro Social, pois não representava ameaça no trato da questão social, que era absorvida majoritariamente de forma acrítica.

Mais adiante, o período de 1974 a 1979 no Brasil foi marcado pela crise econômica articulada ao panorama internacional de crise do petróleo, pelo esforço do regime autoritário para garantir legitimidade, crises internas na hierarquia da corporação militar decorrentes do prolongado exercício do poder político, assim como pela crise jurídico-institucional, conjuntura que conduziu à chamada distensão política.

Para compreender a questão saúde naquele contexto, é necessário levar em conta as modificações ocorridas na política social, a qual, segundo Bravo (2007, p. 52), teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e as pressões populares. O conceito de eficiência imposto a partir de 1964, no qual os interesses econômicos prevaleciam sobre os interesses sociais, não pode ser mantido de forma estrita, à medida que a correlação de forças entre as frações do bloco no poder e as classes subalternas caracterizavam o Estado. A intervenção estatal sobre a questão social, no governo Geisel (1974-1979), explicitou a crise em face da omissão ou inoperância do Estado perante as problemáticas sociais do período pós-64 (Bravo, 2007, p. 52).

A crise econômica, assim como de legitimação do regime militar, obrigou o governo a promover algumas modificações na área da saúde, estas, porém, não representavam uma ruptura com o modelo adotado no pós-64, pois continuaram a privilegiar a Previdência Social e as ações curativas comandadas pelos interesses do setor privado e não contavam com a participação efetiva de trabalhadores. Mas, alteraram a arena política, a qual se ampliou com a inclusão de diversos segmentos da sociedade e com o ressurgimento dos movimentos sociais, os quais passaram a questionar explicitamente a política adotada.

Em meados da década de 1970, com o crescimento de encontros e produções teóricas na área da saúde coletiva, incorporando instrumentais das ciências sociais, iniciou-se a organização dos setores progressistas de profissionais de saúde posteriormente denominado *Movimento Sanitário*. Os estudos analisavam as transformações no setor saúde relacionando-as com os efeitos da economia centralizadora que agravaram as condições de vida da população, dificultando seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável a enfermidades e outros agravos à saúde.

O contexto de crise no modelo implantado no pós-64 repercutiu no Serviço Social, assim como naquela primeira direção de renovação da categoria já apontada, a *perspectiva modernizadora*, que foi dominante até meados dos anos 1970, mas, posta em questão, começou a diminuir sua influência a partir desse momento. Segundo Netto (1989) duas novas perspectivas se esboçaram no Serviço Social: a *reatualização do conservadorismo* e a *intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional*.

A chamada *reatualização do conservadorismo* constituiu-se na vertente que, embora reclamasse o status de renovação por meio de matrizes intelectuais mais sofisticadas, a inspiração fenomenológica, resgatava os elementos mais conservadores da herança histórica da profissão, ao tempo em que repudiava padrões vinculados à tradição positivista e às referências ao pensamento crítico-dialético de raiz marxiana. Conforme Netto (1989, p. 401-403), a *reatualização do conservadorismo* concedia um relevo destacado às dimensões da subjetividade e beneficiava-se das expectativas historicamente respaldadas no desempenho tradicional dos assistentes sociais, referentes ao exercício do Serviço Social fundado no circuito da ajuda psicossocial.

Já a *intenção de ruptura*, em oposição às demais vertentes, pretendia romper com a herança do pensamento conservador apoiado na tradição positivista e com os seus paradigmas de intervenção social (reformismo conservador). Para tanto, resgatou tendências críticas pré-64, as quais supunham rupturas sociais de grande porte e recorreu progressivamente à tradição marxista, embora enfrentasse dificuldades na conjuntura sociopolítica da ditadura. O Método Belo Horizonte representou a emersão dessa vertente no início da década de 1970, a qual permaneceu por longos anos como contribuição isolada. Conforme Bravo (2007, p. 106), essas três perspectivas refletiam

no Serviço Social as forças que começavam a tensionar e dinamizar a sociedade brasileira naquela conjuntura.

A autora também destaca elementos significativos que contribuíram para fortalecer esse movimento da categoria em direção à análise da profissão para além de seus métodos e técnicas, avançando para considerar as implicações políticas do exercício profissional, num processo de busca de novas fontes de reconhecimento do Serviço Social, voltado para o estabelecimento de vínculos orgânicos com as classes trabalhadoras. São estes: a introdução de programas de pós-graduação, no início da década de 1970, nas PUCs/SP/RJ, o que oportunizou o debate sobre a formação e prática profissional, o intercâmbio entre mestrandos de diversas partes do país, além do acesso e difusão de textos da literatura latino-americana, do Movimento de Reconceituação e da bibliografia marxista e incentivo à produção teórica; a atuação do Centro Latino-Americano de Trabajo Social (CELATS), fundamental em nível de capacitação docente, produção teórica, realização de encontros, financiamento de sistematizações de práticas e investigação científica, contribuindo para a emergência e consolidação da vertente de intenção de ruptura; e o movimento de reorganização da luta sindical na categoria, a partir de 1974, estimulada pela revitalização do sindicalismo brasileiro. Tal reorganização se deu predominantemente no âmbito sindical e de ensino, sendo o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em São Paulo em 1979, um marco desse movimento de rearticulação. (Bravo, 2007, p. 107-108).

O lançamento da revista *Serviço Social & Sociedade* pela Cortez Editora, também em 1979, foi outro marco importante nesse processo de reorientação da categoria. Seu editorial a apresentou como uma revista pluralista, aberta e crítica, incentivadora do debate, fundamentada no exercício democrático da liberdade, que tinha como objetivo promover a reflexão sobre as questões básicas do Serviço Social e contribuir para seu fortalecimento através do incentivo à crítica e ao confronto de posições (Conselho Editorial, *Serviço Social & Sociedade*, nº 1, 1979 *apud* Bravo, 2007, p. 109).

O fortalecimento da perspectiva de intenção de ruptura amparado por todos esses elementos não se deu sem a resistência dos representantes das vertentes modernizadora e de reatualização do conservadorismo. Na verdade, houve a

aproximação dessas perspectivas para combater a intenção de ruptura, movimento que teve o Seminário de Sumaré, realizado em 1978, como representante. Enquanto isso, a vertente de intenção de ruptura iniciava o seu processo de consolidação umbilicalmente ligado à universidade, com pouca capilaridade na massa de profissionais. Conforme Bravo (2007, p. 112), a atuação do assistente social nas instituições foi permeada apenas pelo discurso do compromisso com as classes trabalhadoras, sendo a prática ainda norteadas pelos pressupostos anteriores de modernização, tecnificação e sofisticação, baseando-se na postura estrutural-funcional, com forte influência da teoria dos sistemas.

Na saúde, a atuação dos assistentes sociais era dicotomizada nos ministérios da Saúde e da Previdência Social. No Ministério da Saúde, por exemplo, os profissionais estavam fragmentados nas diversas instituições e se pautavam numa abordagem psicologista, utilizando as contribuições da psicanálise, atuavam nos hospitais psiquiátricos integrando “comunidades terapêuticas”, nas quais compunham grupos operativos e de terapia familiar, em conjunto com outros profissionais da equipe de saúde. A saúde comunitária, a qual poderia ter sido mais aproveitada pelos assistentes sociais, pois permitiria uma ação global na discussão dos determinantes das condições de saúde, não foi caracterizada como espaço de intervenção profissional, tanto pela instituição, como pelos próprios assistentes sociais, ficando restrita a uma atividade subsidiária. A atuação do Serviço Social na saúde continuava sendo de caráter psicossocial junto a pacientes e familiares, de acordo com suas raízes históricas.

Apesar do surgimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes, do movimento de resgate da organização sindical da categoria, assim como do confronto e correlação de forças entre as classes fundamentais no movimento mais geral da sociedade, o Serviço Social na saúde não conseguiu alterar a orientação dos projetos de ação profissional. O Movimento Sanitário, que apresentava propostas teórico-práticas para o enfrentamento da questão saúde aliada à questão da redemocratização do país não teve repercussão nos assistentes sociais da área. A direção modernizadora continuou hegemônica, orientando uma ação predominantemente rotineira, burocratizada e empiricista, com ênfase na racionalidade e seletividade. Conforme Bravo (2007, p. 119), as condições de vida e trabalho e a

participação popular não foram valorizadas, assim como as produções específicas, apesar de restritas, também não romperam com essa direção.

O clímax da crise e da mobilização da sociedade civil se deu no período denominado distensão política, de 1979 a 1985, durante o qual a ala civil do regime militar buscava realizar alguns itens da plataforma democrática de oposição, a fim de conquistar maioria eleitoral sem afetar os interesses dominantes da cúpula militar “linha dura”. Estes objetivos foram abalados pela crise econômica resultante do profundo endividamento externo, assim como pelo retorno da classe operária à cena política com a consolidação do movimento sindical.

A partir de 1979 a luta contra as políticas salarial e trabalhista do regime militar ultrapassou o âmbito das lideranças sindicais, alcançando milhares de trabalhadores de outros segmentos fora do setor fabril. O movimento grevista iniciado no ABC paulista, núcleo moderno do parque industrial brasileiro, conseguiu envolver outras categorias de trabalhadores como os da agroindústria, assalariados da classe média, como professores e médicos, e do setor terciário em diversas regiões do país. Tal revigoração da sociedade civil enfrentou duras manifestações de violência dos militares da “linha dura”, como atentados à bomba contra manifestações, contra a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), no famoso episódio do Riocentro, onde acontecia um show comemorativo ao Dia do Trabalhador e em benefício das lutas populares, dentre outros episódios. A insatisfação popular também foi canalizada para o movimento pelas eleições diretas para presidente, iniciado no final de 1983, o qual contou com forte adesão popular e levou milhões de brasileiros às ruas em passeatas e comícios da oposição.

A questão social no governo Figueiredo (1979-1985) acirrou-se profundamente. A inflação galopante, o desemprego, o aumento do custo de vida e a crise da previdência social eram apenas alguns dos elementos que compunham o cenário brasileiro da época. A política de saúde passava por profunda crise, uma vez que as reformas implantadas no governo anterior não conseguiam responder às demandas da unificação dos aspectos preventivos e curativos, com a formulação de uma Política Nacional de Saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde. Assim como as propostas apresentadas no governo Figueiredo revelavam a tensão permanente existente no

setor, entre os interesses capitalistas e os dos movimentos que lutavam pela democratização da saúde (Bravo, 2007, p. 69).

Naquele período a luta pela saúde ganhou a participação de novos sujeitos, os quais contribuíram para que o debate sobre as condições de vida da população brasileira e sobre as propostas para o setor se tornasse mais amplo e alcançasse mais espaço na sociedade civil. Como mencionado no capítulo anterior, a saúde deixou de ser interesse apenas de técnicos, para assumir uma dimensão política estreitamente vinculada à democracia. Juntaram-se à arena política sujeitos como profissionais de saúde e suas entidades; o Movimento Sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) como veículo de difusão do debate e elaboração de contrapropostas; partidos políticos, os quais inseriam o tema nos debates do Congresso Nacional e movimentos sociais urbanos. Bravo (2001, p. 74) destaca também a vitória da oposição em alguns estados e municípios nas eleições estaduais de 1982 e as municipais de 1984, que levou alguns expoentes do Movimento Sanitário e do CEBES a assumirem cargos no primeiro escalão de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e favoreceu a estratégia de aumentar a influência progressista na esfera estatal.

O Serviço Social prosseguia no seu processo de renovação, com as três direções teóricas já abordadas em confronto por hegemonia: a concepção modernizadora, em inflexão desde meados da década de 1970, porém, estabelecendo conexões com a reatualização do conservadorismo; a vertente neoconservadora, considerada a alternativa para a ala resistente ao marxismo; enquanto a intenção de ruptura alcançava sua consolidação acadêmica. O processo de fortalecimento das entidades da categoria também se aprofundou, podendo-se destacar a realização de convenções da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS) em 1981 e 1983 e o IV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado no Rio de Janeiro, em 1982.

Bravo (2007, p. 121) também salienta o movimento das entidades fiscalizadoras da profissão, Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) e conselhos regionais, os quais acompanhando, a partir de 1980, o movimento de renovação no interior da categoria, inseriram o compromisso com as classes populares na plataforma da diretoria eleita em 1983, assim como a democratização da entidade, a revisão do novo

projeto de regulamentação da profissão e a elaboração de um novo código de ética como principais metas.

O ambiente nacional de ampliação das liberdades democráticas e de precipitação da ditadura, aliado à movimentação social que o acompanhou, favoreceu a maturação da vertente de intenção de ruptura, a qual impulsionou o avanço para elaborações crítico-históricas apoiadas em concepções teórico-metodológicas colhidas em fontes originais da teoria social. A crítica não se restringia às propostas do Serviço Social, mas avançava à problematização do próprio Serviço Social como instituição, assim como à reflexão da sociedade, obedecendo exigências intelectuais rigorosas, tomando a política e a história como elementos imprescindíveis, diferenciando-se assim do marxismo estruturalizado. Netto (1989, p. 522) considera as produções de Yamamoto (1982) como o coroamento da consolidação acadêmica do projeto de ruptura no Brasil, pela sua maturidade intelectual e pelo alcance para além do âmbito universitário, exercendo grande influência no meio profissional.

Os/as assistentes sociais da saúde, porém, continuavam distantes desse aprofundamento teórico que vinha ocorrendo. Correligionários da intenção de ruptura não foram exitosos em definir estratégias teórico-político-ideológicas que definissem um novo padrão de intervenção profissional que conseguisse elevar o Serviço Social para além da execução terminal da política de saúde. Tanto que não houve engajamento de assistentes sociais no Movimento Sanitário, ficando a categoria marginalizada nesse processo, não participando e nem sendo solicitada a participar da elaboração das estratégias forjadas pelo Movimento, as quais se ampliaram aos níveis da elaboração da política, contato parlamentar, articulação sindical e produção teórica na área. Bravo (2007, p. 124) destaca como condicionantes dessa omissão do Serviço Social,

[...] a necessidade de os adeptos da vertente “intenção e ruptura” de fazer um redimensionamento teórico-metodológico numa profissão desprovida de acúmulo no domínio da elaboração e investigação, precisando se construir sobre bases quase que inteiramente novas, o que redundou na sua vinculação à universidade. Outro aspecto se refere à subalternidade do assistente social na área da saúde, cujo principal protagonista é o médico, com as demais profissões sendo consideradas, durante muito tempo, como “paramédicas”, situação decorrente da divisão social do trabalho na sociedade capitalista. Outro aspecto ligado à subalternidade é a condição feminina da profissão (Bravo, 2007, p. 124).

Apesar desse distanciamento da categoria quanto ao Movimento Sanitário, alguns eventos no âmbito da saúde que contaram com a participação de assistentes sociais merecem destaque como: a constituição, pelo secretário de medicina social do INAMPS, em 1984, de um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar estudos e proposta para estruturar o Serviço Social e formular as diretrizes gerais de sua atuação na instituição. Tal grupo contou com a participação de representantes das entidades da categoria (CFAS, Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS), ABESS) que entregaram uma proposta ao secretário no final daquele ano.

O documento ressaltou a necessidade de se intensificar as ações preventivas no setor público, considerando a historicidade do processo saúde-doença, e caracterizou a ação dos assistentes sociais nas relações sociais buscando o atendimento dos interesses e necessidades da população previdenciária através da efetivação dos direitos de cidadania. Para isso, propôs estratégias como priorizar as ações coletivas, criação de mecanismos que promovessem a participação da população previdenciária, articulação com diversos segmentos institucionais, dirigidos e dirigidos, tendo em vista a reformulação da política de saúde, dentre outros (Bravo, 2007, p. 125).

O espaço principal da ação profissional até aquele momento eram as unidades de internação, sendo a abordagem restrita aos pacientes e familiares. A partir de então, alguns assistentes sociais começaram a se sensibilizar pela saúde coletiva e considerar a importância de sua atuação nos ambulatórios e centros de saúde, dando enfoque aos determinantes sociais do processo saúde-doença. A abordagem na perspectiva fenomenológica, ressaltando a relação dialógica profissional x clientes, a importância do vivido e a preparação técnico-operativa dos/das assistentes sociais para atuar com a “morte”, também se alargou. Para Bravo (2007, p. 126),

Um dos fatores de estímulo para a saúde ser o setor em que os seguidores da fenomenologia centraram seus esforços, deve-se a elaboração e produção dessa corrente na explicação dos fenômenos no campo da saúde e à luta acirrada que os seus adeptos têm com os marxistas. Os acontecimentos sociais para os fenomenólogos se referem à experiência imediata e ao consentimento da comunidade, concentrando-se no cotidiano, sem precisar desvendá-lo. Outra hipótese de a saúde ser uma das áreas de concentração dos adeptos da fenomenologia no Serviço Social, refere-se às influências psicologistas na área, fundadas na ajuda psicossocial e no método “clínico” (Bravo, 2007, p. 126).

No que tange às produções científicas da categoria, a preocupação com a reflexão sobre a saúde apareceu no ano de 1984 no CLATS, sendo o tema central da revista *Acción Crítica*, nº 16, Saúde popular e medicina capitalistas. Naquele mesmo ano a revista *Serviço Social & Sociedade*, deu destaque à saúde na edição de número 16 com o tema “Serviço Social e a Saúde”, a qual trouxe reflexões, dentre outros temas, sobre medicina popular, a medicina de convênios com empresas na evolução da previdência social, análise de práticas profissionais na saúde mental, em unidades de transplantes renal e outros (Bravo, 2007, p. 127).

De forma geral, alguns avanços foram conseguidos no período da distensão política, especialmente decorrentes do revigoramento das mobilizações sociais e sua repercussão na profissão, seja no fortalecimento das entidades da categoria ou no fornecimento de indicações para a prática profissional. Porém, os/as assistentes sociais progressistas com maior fundamentação teórica permaneceram nas universidades, centrando-se no aprofundamento teórico e na relação com as ciências sociais, a fim de qualificarem-se como interlocutores paritários e autônomos, enquanto sua contribuição aos profissionais que estavam nas instituições permaneceu residual.

As conquistas na saúde foram reduzidas e não conseguiram acompanhar o passo do Movimento Sanitário que, além de elaborar uma revisão crítica dos fundamentos teórico-metodológicos, procedeu à formulação de uma estratégia para modificação das políticas sociais via penetração no aparelho de Estado, que seguiu para implementação com maior organicidade na transição à democracia.

A coligação entre as forças de oposição, fortalecida pela crise do regime militar, apresentou como alternativa a formação de um governo de transição para a democracia, porém, uma vez que a ditadura buscou posições para seus aliados dentro da nova composição do bloco de poder, este novo governo mostrou-se mais mantenedor das velhas estruturas de poder do regime militar do que, de fato, novo. A Nova República, que pôs em curso a transição democrática de 1985 a 1990, resultou, portanto, de um rearranjo negociado entre os dirigentes do bloco autoritário e a principal força de oposição personificada nas figuras de Tancredo Neves, em torno do qual posicionavam-se forças populares e democráticas, e seu vice José Sarney, um dos

políticos civis mais influentes e intimamente ligados à ditadura militar, que fora presidente da Arena e do Partido Democrático Social (PDS), os dois partidos de sustentação do regime militar.

Em torno do pacto permaneceram os embates entre as forças políticas que lutavam para aprofundar o processo de transição à democracia e as que, ligadas ao regime militar, visavam preservar a institucionalidade. Bravo (2007, p. 82) caracteriza o período como marcado por intensas contradições entre o bloco que buscava a continuidade e o que visava à ruptura, tendo o bloco da continuidade sido mais predominante em sua efetivação. A autora aponta a *fragilidade dos partidos políticos brasileiros* e o *refluxo dos movimentos* como elementos significativos para a ocorrência desse fenômeno. A ala burguesa, que contava com a participação dos empresários em torno do projeto neoliberal-conservador, foi se consolidando e ganhando adeptos em oposição à frente democrática. Tal embate se tornou a marca do processo constituinte.

A Constituinte foi o marco mais significativo do processo de transição à democracia, uma vez que se tratava da construção das novas bases de legitimidade institucional e política do país, a reorganização do poder do Estado e de suas relações com a sociedade civil. Como apontado no capítulo anterior, a primeira vitória da Constituinte, antes mesmo da promulgação da nova Constituição de 1988, deu-se no âmbito da cultura política. Considerando-se que as constituições anteriores haviam sido elaboradas a partir de notáveis e durante o regime militar as liberdades políticas haviam sido cassadas, a elaboração desta Constituição contou com grande mobilização da sociedade que, apesar de deficiências organizativas, conseguiu trazer à arena política seus interesses e opções em torno de temas cruciais. Alguns avanços foram conquistados na área social, porém algumas duras derrotas também se registraram, a exemplo da inviabilização da reforma agrária, com o triunfo dos setores mais reacionários com relação à questão da terra.

No que se refere à saúde, segundo Rodrigues Neto (1985, p. 11-13), havia três concepções distintas e antagônicas para o setor, as quais correspondiam a projetos político-ideológicos de sociedade igualmente distintos: a *proposta conservadora*, que defendia a manutenção do modelo baseado na compra de serviços do setor privado pelo setor público, proposta sustentada, principalmente, pelos empresários hospitalares

e produtores de equipamentos e insumos; a *proposta modernizante/privatista*, que propunha a modernização do setor via regras capitalistas de mercado e o afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana e inserida no mercado de trabalho, ficando reservada ao Estado a prestação de serviços à população mais pauperizada, proposta defendida pelos grupos multinacionais prestadores de serviços de saúde; e a *proposta racionalizadora*, intitulada como *Reforma Sanitária*, a qual compreendia a saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado e reservava ao setor privado um caráter complementar e subordinado. Esta, como já vimos, foi amplamente defendida pelos técnicos progressistas da saúde e movimentos populares.

Após a já mencionada *VIII Conferência Nacional de Saúde* realizada em 1986, marco na luta pela saúde pública no Brasil, o governo precisou assumir bandeiras da Reforma Sanitária e implementar algumas de suas propostas, a exemplo da constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), antecessor do SUS e passo decisivo na direção da descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal.

Teixeira (1989) apud (Bravo 2007, p. 94-95) destaca aspectos que considera terem sido fundamentais para a saúde no período da transição: a *politização da questão da saúde*, a *alteração da norma constitucional* e a *mudança do arcabouço e das práticas institucionais*. Porém, também avalia que a reforma sanitária no Brasil restou incompleta e segue como um desafio para os setores progressistas da saúde, tanto em virtude da ineficácia do setor público na implementação das reformas, comprometendo, assim, o projeto, da redução do apoio popular em face da ausência de resultados concretos, assim como em razão da reorganização das forças da contrarreforma, fortalecida a partir da década de 1990.

Essa conjuntura de fortalecimento das tendências democráticas que marcaram o período de transição favoreceu a consolidação da vertente “intenção de ruptura” no Serviço Social, a qual havia se consolidado academicamente na distensão política e agora começava a movimentar-se em direção ao conjunto da categoria, penetrando e informando os debates, dando o tom na produção intelectual, atingindo as organizações representativas da categoria e recuperando diferenciados substratos da tradição

marxista para a análise da formação e atuação profissional. Netto (1989, p. 513-14), porém, alerta que esse fortalecimento da perspectiva de intenção de ruptura não supõe sua hegemonia na categoria, uma vez que as vertentes modernizadora e de reatualização do conservadorismo mantêm sua resistência à intenção de ruptura e influência nas áreas de atuação dos assistentes sociais, especialmente através das elaborações modernizantes da década de 1970 (Teresópolis).

Diversos elementos demonstraram a materialização da intenção de ruptura na profissão, a exemplo da ênfase mais profunda das questões profissionais, enfatizando a temática assistencial, a partir de 1985 e da divulgação do conhecimento mais consolidada através do CBCISS, Cortez Editora, com livros, revistas e as coedições com as entidades da categoria (ABESS e ANAS) e associações latinas (CELATS) (Bravo, 2007, p. 132). Mas, certamente, um dos mais expressivos elementos foi a redefinição do Código de Ética Profissional, em 1986. A nova proposta foi objeto de amplo debate das entidades representativas da profissão, assim como de estudo a partir de eventos regionais, culminando como tema do XV Encontro Nacional CFAS/CRAS, em março de 1986, em Fortaleza.

O Código de Ética de 1986 representou o amadurecimento político-ideológico da profissão, ao aderir a um novo alicerce teórico, o marxismo, e vincular seu novo Projeto Ético-Político em construção a um projeto de transformação societária. Esse Código marcou a opção clara da profissão pela vinculação aos interesses da classe trabalhadora, abandonando a neutralidade, assim como optando pela superação do tradicionalismo e da perspectiva ética conservadora, a-histórica e apolítica (CFESS, 1986).

Na saúde, apesar de tentativas de operacionalizar as propostas emergentes, o Serviço Social continuou voltado à execução terminal das políticas. Aquela intensa mobilização de entidades de saúde pública com a finalidade de elaborar alternativas de políticas sociais de saúde e ocupar o aparelho de Estado com sujeitos comprometidos com essas modificações não ocorreu no Serviço Social. Além das já mencionadas hipóteses explicativas para que, em relação à saúde, os representantes da vertente “intenção de ruptura” continuassem na academia, apenas dando suporte aos profissionais que estavam atuando nas instituições, Bravo (2007, p. 134) acrescenta:

[...] a orientação político-partidária das lideranças das entidades representativas da categoria, ligadas à CUT, que não apoiou a transição negociada; a falta de maior articulação política entre os assistentes sociais e os profissionais de saúde, especificamente o movimento sanitário; a falta de tradição teórica da profissão, que não teve precursores ponderáveis na vertente crítica, e o significado do Serviço Social na sociedade (Bravo, 2007, p. 134).

Como síntese desse processo, que se desenrolou em todo o ano de 1986, a autora considera que a ação profissional na saúde apoiou-se em duas vertentes teóricas: a *histórico-estrutural*, que apresentou o compromisso com a classe trabalhadora, a desmistificação do caráter paternalista das ações institucionais, assim como a democratização das instituições por meio do desenvolvimento de uma consciência crítica sobre os direitos de cidadania junto a funcionários, usuários e população, como questões centrais; e a vertente *psicossocial*, que apresentou a identificação e o tratamento de situações de crise e de problemas psicossociais que interferem na saúde, com destaque para a promoção e recuperação da saúde e reintegração social, a humanização das relações interpessoais e a circulação de conhecimentos sobre direitos da previdência social, ajuda supletiva, direitos trabalhistas e de cidadania, visando o bem-estar social, como eixos norteadores da ação (Bravo, 2007, p. 136).

Como sinalizado anteriormente, Teixeira (1989), considera três aspectos fundamentais para a saúde no período da transição: a *politização da questão da saúde*, a *alteração da norma constitucional* e a *mudança do arcabouço e das práticas institucionais* e analisa a contribuição do Serviço Social a cada um desses aspectos.

Quanto à politização da saúde, a autora entende que o Serviço Social teve parcela de contribuição, embora pequena, nos seus fóruns de discussão e nos trabalhos efetuados nas instituições e junto aos movimentos populares. Quanto à alteração da norma constitucional, considera que o engajamento das entidades da categoria foi ainda mais reduzido. E no que se refere às mudanças no arcabouço e nas práticas institucionais, apesar de a saúde ser o espaço onde a categoria mais se concentrava, a autora entende que, se organizados e preparados técnica e politicamente, os/as assistentes sociais poderiam ter contribuído de forma mais significativa. Estratégias apontadas nas proposições da Reforma Sanitária poderiam ter

sido aproveitadas e assumidas pela categoria como diretrizes para a ação profissional, a fim de contribuir para a mudança da qualidade dos serviços, entre elas a ação interdisciplinar, a consciência sanitária, a participação dos usuários na instituição, assim como a sensibilização das equipes de saúde para a análise das questões de forma mais ampla.

Tem-se, portanto, que, ao longo da trajetória do Serviço Social na sociedade brasileira esteve presente uma luta constante entre perspectivas progressistas e conservadoras, ou mesmo reacionárias, as quais visavam reconduzir a atuação profissional aos moldes de suas origens ligadas ao assistencialismo acrítico e apolítico, instrumental à manutenção da ordem do capital. Semelhante a um fantasma que ronda à espreita e insiste em retornar, ideais conservadores sempre rondaram o Serviço Social na expectativa de retomar a hegemonia que detinham nas origens da profissão.

Tais ideais nada têm de sobrenatural ou fantasmagórico, pelo contrário, resultam de determinações materiais históricas produzidas e reproduzidas pelo homem em sociedade. Como vimos, as intensas transformações da sociedade brasileira tiveram reflexos cruciais no Serviço Social, os quais permitiram os primeiros passos rumo a transformações mais profundas na categoria e na sua atuação nas políticas públicas, com grande destaque para a política de saúde.

A postura mais alinhada ao Projeto de Reforma Sanitária que não se deu na década de 1980 só se consolidou no Serviço Social a partir da década de 1990, período de intensos embates entre distintos projetos societários para o país, os quais iniciaram questionamentos e ataques às conquistas da década de 1980. Tal cenário exigiu da categoria um posicionamento ainda mais definido e maduro enquanto profissão e enquanto sujeito social na conjuntura brasileira, definições estas que desembocaram na elaboração de um novo Projeto Ético-Político para a profissão.

Esse novo projeto profissional do Serviço Social, agora alinhado ao Projeto de Reforma Sanitária, tem fortes repercussões na área da saúde, ao tempo em que também enfrenta novas expressões de reação conservadora do projeto capitalista, especialmente na conjuntura de reatualização do conservadorismo de cariz reacionário. Sobre a incompatibilidade do novo Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social com o projeto capitalista de sociedade tratará o item seguinte.

3.2. Serviço Social na Saúde: o projeto profissional *versus* o projeto capitalista de sociedade no bojo da reatualização do conservadorismo reacionário

Nos anos 1990 o jovem Estado democrático de direitos brasileiro sofreu um forte redirecionamento no seu papel. Apesar de o texto constitucional destinar o Estado, dentre outras funções, para assegurar o exercício dos direitos sociais, os grupos dirigentes, aliados ao grande capital e em sua defesa, iniciaram a implementação da Reforma do Estado orientada pela premissa de que este deveria deixar de ser o responsável pelo desenvolvimento social e econômico para se tornar promotor e regulador, transferindo assim ao setor privado as responsabilidades que antes eram suas.

Na política de saúde, como já explicitado mais detidamente no item 1.1 deste texto, o projeto de política de saúde edificado na década de 1980 passou a ser desconstruído e sua principal proposta, o SUS, a ser alvo de um projeto de cisão do sistema em dois: o SUS hospitalar, vinculado ao setor privado e acessível a quem tem condições financeiras de acionar o mercado, e o SUS básico, de responsabilidade do poder público, destinado a garantir o mínimo a quem não possa pagar ao mercado. A partir da década de 1990 tem-se o desenrolar do embate entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista aliado ao mercado, sendo aquele inscrito na Constituição Federal de 1988 e objeto de luta por efetivação, e este último hegemônico e fortalecido pelas gestões governamentais desde então.

Esse projeto político-econômico neoliberal consolidado no Brasil nos anos 1990 confronta-se com o novo Projeto Ético-Político do Serviço Social, cujas bases foram lançadas na década de 1980 e que, na década seguinte, alcançou posição de hegemonia na profissão. A adesão ao marxismo como alicerce teórico, o posicionamento na direção da superação do tradicionalismo e da perspectiva ética conservadora, assim como a vinculação clara da profissão a um projeto de transformação societária em defesa dos interesses da classe trabalhadora, situaram o Serviço Social numa direção societária oposta àquela adotada pelo Estado brasileiro.

Essa direção da profissão se fortaleceu a partir da década de 1990 e se expressa em elementos fundamentais que hoje constituem o novo Projeto Ético-Político-PEP do Serviço Social e orientam a atuação da categoria em seus diversos espaços sócio-ocupacionais.

Refletindo sobre projetos profissionais, Netto (2006, p. 4), comenta que tais projetos articulam em si mesmos a autoimagem das profissões, os valores que as legitimam, suas funções sociais e objetivos, além de conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas e balizas profissionais. Nessa perspectiva, Teixeira e Braz (2009, p.8-9) apontam elementos que consideram constitutivos do Projeto Ético-Político do Serviço Social: o primeiro refere-se à explicitação de princípios e valores ético-políticos; o segundo à matriz teórico-metodológica na qual a profissão se ancora; o terceiro emana da crítica à ordem social capitalista vigente, que é desigual na produção e distribuição de riquezas; e o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos da categoria expressos nas alianças de suas formas coletivas de organização com os setores mais progressistas da sociedade brasileira.

Para os autores, esses elementos encontram visibilidade social e materialidade por meio de componentes construídos pelos próprios assistentes sociais, quais sejam: a *produção de conhecimento no interior da categoria*, por meio da qual expressa-se a maneira como são sistematizadas as práticas profissionais e os processos reflexivos a elas relacionados, os quais têm como parâmetro as tendências teórico-críticas do pensamento social e distanciam-se de abordagens conservadoras de manutenção da ordem; *suas instâncias político-organizativas*, que compreendem tanto entidades da profissão quanto fóruns de deliberação, a exemplo de sindicatos, associações profissionais, o conjunto CEFESS/CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social), ABEPSS, Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) e CAs e DAs (Centros e Diretórios Acadêmicos das unidades de ensino), coletivos onde são reafirmados ou não os compromissos e princípios profissionais e que consagram o Projeto Ético-Político mesmo como um espaço democrático de construção coletiva; e a *dimensão jurídico-política da categoria*, a qual congrega o arcabouço legal e institucional da profissão.

Nesta última dimensão, no que se refere ao aparato jurídico-político estritamente profissional, estão o atual Código de Ética Profissional, de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão, e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS. No que tange ao aparato jurídico-político da legislação social advindo do capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988, podem ser mencionadas a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dentre outras legislações que dizem respeito à profissão, por serem implementadas nos espaços de trabalho de assistentes sociais ou por terem sido alvo de participação decisiva da categoria na sua construção para reconhecimento dos direitos sociais (Teixeira e Braz, 2009, p.8-9).

É preciso destacar que, como vimos anteriormente, ainda nos anos 1980, as vanguardas da profissão buscaram consolidar as conquistas até então alcançadas no Código de Ética Profissional de 1986. Porém, conforme Netto (2006, p. 14), a reduzida acumulação em termos de reflexão ética comprometeu aquele código. Seus avanços são indiscutíveis, se concretizaram no domínio da dimensão política e marcaram o rompimento com o conservadorismo e a explicitação do compromisso profissional com a classe trabalhadora. Entretanto, outras dimensões não foram clarificadas suficientemente, o que ensejou sua revisão poucos anos depois. Na revisão de 1993, que deu forma ao Código vigente, foram incorporadas tanto acumulações teóricas dos últimos vinte anos, quanto elementos do debate ético, o que faz do Código de Ética de 1993 um momento basilar do processo de construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social que se desenvolve e é construído até hoje.

Conforme Netto (2006, p. 15-16), este projeto tem em seu núcleo a liberdade como valor central. A noção de liberdade presente no PEP é aquela concebida como possibilidade real de escolha entre alternativas concretas, donde decorre o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais.

Logo, este projeto profissional não surge de si mesmo, assim como não é um fim em si mesmo, mas surge como resultado das inquietações do corpo profissional do Serviço Social produzidas pelas iniquidades da ordem capitalista e vincula-se a um projeto de sociedade que propõe a construção de uma outra ordem social, sem

exploração ou dominação de qualquer natureza, ou seja, uma ordem diversa da ordem do capital. A partir desses fundamentos, o PEP posiciona-se pela defesa intransigente dos direitos humanos e pelo repúdio do arbítrio e dos preconceitos, assim como contempla positivamente o pluralismo na sociedade em geral e no exercício profissional.

Em sua dimensão política, acrescenta o autor, o projeto profissional do Serviço Social é claramente posicionado a favor da equidade e da justiça social e se declara radicalmente democrático. Para o Serviço Social, a democratização consiste na socialização tanto da riqueza socialmente produzida como da participação política. Por conseguinte, se dispõe à defesa da universalização do acesso a bens e serviços relativos às políticas e programas sociais e da garantia dos direitos civis, políticos e sociais da classe trabalhadora como mecanismos de ampliação e consolidação da cidadania.

No aspecto estritamente profissional, o projeto firma compromisso com a competência e com o aperfeiçoamento intelectual dos/as assistentes sociais por meio da formação acadêmica qualificada. No propósito de viabilizar aos profissionais a capacidade de análise concreta da realidade social, alicerça a formação profissional em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas.

Iamamoto (2006, p.8), explica que o material de trabalho do Serviço Social, seu objeto de intervenção, é a questão social, entendida pela autora como o

[...] conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos (Iamamoto, 2006, p.16).

Reconhecer a questão social como o objeto de intervenção do Serviço Social, assim como compreender sua atuação sobre esse objeto a partir da orientação do PEP, implica uma atuação profissional que apreende a realidade social para além do aparente, que visa explorar e compreender a tessitura social a partir de uma perspectiva totalizante, que identifica os determinantes sociais, históricos, econômicos e

culturais das desigualdades sociais e os toma como ponto de partida para a intervenção profissional na realidade. Nas palavras da autora

O exercício de sua profissão exige, portanto, um trabalhador que tenha competências para “ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades ali presentes passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho” (Iamamoto, 2006, p. 12).

Portanto, o exercício da profissão exige leitura crítica da realidade, capacidade de identificação das condições materiais de vida dos usuários e populações atendidas, bem como das respostas do Estado e da sociedade civil a essas necessidades.

Ainda caracterizando o PEP, Netto (2006, p.16) acrescenta que, em especial, o projeto prioriza a construção de uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos(as) assistentes sociais, relação esta que tem como componente fundamental o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, assim como a publicidade dos recursos institucionais, como mecanismo de sua democratização e, sobretudo, para abertura dos espaços de decisão institucionais à participação dos usuários. A categoria, portanto, com base no seu Projeto Ético-Político, se compromete com o fortalecimento dos espaços de luta e organização da classe trabalhadora, construção coletiva de estratégias técnicas e políticas para transformação da realidade e ampliação de direitos, o que inclui a abertura e democratização das instâncias de decisão institucionais à participação dos usuários.

Refletindo sobre essa direção ético-política construída pela profissão, Sant’Ana e Silva (2020, p.17-18) fazem um importante esclarecimento: o PEP não se trata de um receituário ou uma estrutura jurídico-formal, mas de “princípios que estruturam uma visão do ser social e do mundo a partir de valores que se contrapõem ao ideário dominante”, ao ideário capitalista. É uma direção assentada em valores emancipatórios cuja apropriação e introjeção são tarefas complexas que exigem adesão objetiva e subjetiva de cada profissional.

Com base nesse novo arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico operativo construído pela profissão, no que se refere ao Serviço Social e à política de saúde, pode-se afirmar que, hoje sim há profunda identificação entre os fundamentos

teórico-metodológicos e ético-políticos que norteiam o Serviço Social e os princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária.

A intervenção do Serviço Social na política de saúde contemporaneamente se dá a partir da ótica da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, Leis Nº 8080/1990 e Lei n.º 8.142/90. A Constituição Federal, por exemplo, define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196). A Lei Nº 8080/1990, por sua vez, reconhece a centralidade das expressões da questão social como fatores determinantes e condicionantes da saúde, enquanto partícipes do processo saúde-doença, e como indicadores não só dos níveis de saúde da população, mas também da organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º). Além disso, a Lei n.º 8.142/90 é o grande marco legal para a criação de Conselhos e Conferências de Saúde, espaços vitais para o exercício do controle social da política.

Outro significativo elemento de orientação para atuação dos/das assistentes na política de saúde são os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, documento publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2010. Desempenhando sua função de normatizar, orientar, fiscalizar e defender o exercício profissional e aproximando dois âmbitos fundamentais da profissão, formação e trabalho profissional, o Conselho Federal de Serviço Social promove eventos e publicações no sentido de subsidiar a intervenção profissional nas diversas políticas em que a/o assistente social é demandado, com destaque para as áreas da assistência social, da educação, do espaço sociojurídico e da saúde.

Conforme os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010, p. 33), as atribuições e competências dos/das assistentes sociais nesse campo, assim como em outros espaços sócio-ocupacionais, são norteadas por direitos e deveres presentes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão. Estes indicam que o perfil de atuação dos/as assistentes sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais e pragmáticas presentes no projeto capitalista de sociedade, as quais reforçam práticas conservadoras e concebem as

expressões da questão social como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

Sob essa perspectiva, alguns conceitos são fundamentais para a atuação do assistente social na política de saúde. Além da concepção ampliada de saúde, a qual a apreende para além dos aspectos biológicos, mas considera o bem-estar biopsicossocial, podem ser elencados a intersetorialidade, interdisciplinaridade, participação social e a integralidade (CFESS, 2010, p. 39). Tais conceitos orientam o compromisso ético-político do Serviço Social no desempenho das atividades de atendimento aos usuários. Os Parâmetros Para Atuação do Assistente Social na Saúde elencam tais atividades e as definem como: ações socioassistenciais, ações de articulação com equipes de saúde e ações socioeducativas, assim como as atividades de mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional. Conforme os Parâmetros, tais atividades devem ser desempenhadas de maneira que o assistente social contribua para a promoção do direito à saúde de forma qualificada e integral em todos os níveis de complexidade do SUS.

Diante do exposto até o momento, é possível afirmar que o atual Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro segue com a hegemonia conquistada partir da década de noventa do século XX, porém, esta constatação não permite a precipitada afirmação de que tal projeto esteja plenamente consumado e, menos ainda, que seja o único projeto profissional existente no corpo profissional do Serviço Social. Para clarificar esse entendimento nos valem das reflexões de Netto (2006) quanto à construção de projetos profissionais e sua relação com o pluralismo.

Para o autor, os projetos profissionais, especificamente daquelas profissões reguladas juridicamente, que supõem uma formação teórica e/ou técnico-interventiva, em geral de nível acadêmico superior, se inscrevem no marco dos projetos coletivos e, como já mencionado, apresentam a autoimagem da profissão, seus valores, objetivos e fundamentos. Além disso, tais projetos são elaborados por um sujeito que é coletivo, o chamado corpo ou categoria profissional, composto não apenas pelos profissionais atuantes no campo da prática, mas, pelo conjunto de membros que dão efetividade à profissão, o que inclui as instituições que a formam, os pesquisadores, os docentes e

os estudantes da área, seus organismos corporativos, acadêmicos e sindicais, etc. Acrescenta ainda o autor que, para que um projeto profissional ganhe solidez e se afirme na sociedade é necessário que ele tenha em sua base um corpo profissional fortemente organizado (Netto, 2006, p. 4).

Ressalta Netto (2006) que os projetos profissionais não são estáticos, pelo contrário, são estruturas dinâmicas que respondem às alterações do sistema de necessidades sobre as quais a profissão opera. Os projetos profissionais se renovam e se modificam à medida que são impactados pelas transformações históricas, econômicas e culturais, assim como pelo desenvolvimento teórico e prático da própria profissão e pelas mudanças na composição do seu corpo profissional.

É indispensável ressaltar o aspecto político dos projetos profissionais. Nas palavras de Netto (2006, p.5)

[...] os projetos profissionais têm inelimináveis *dimensões políticas*, seja no sentido amplo (referindo às suas relações com os projetos societários), seja em sentido estrito (referindo às perspectivas particulares da profissão). Porém, nem sempre tais dimensões são explicitadas, especialmente quando apontam para direções conservadoras ou reacionárias (Netto, 2006, p. 5).

Tão dinâmica quanto o projeto profissional é o sujeito coletivo que o constrói. O corpo profissional, na perspectiva do autor, é um universo heterogêneo, uma unidade de diversos, onde os profissionais são necessariamente diferentes, têm origens, expectativas sociais e condições intelectuais distintas, preferências teóricas, ideológicas e políticas variadas. No corpo profissional estão presentes projetos individuais e societários diversos, portanto, é um espaço plural do qual podem surgir projetos profissionais distintos. É um campo de tensões e de lutas.

Se recordamos as reflexões feitas aqui quanto às transformações sofridas pelo Serviço Social ao longo da sua história no Brasil, verificaremos o quanto essas transformações foram mediadas pelas reviravoltas econômicas, sociais e culturais da sociedade brasileira. Estas expressaram-se no corpo profissional do Serviço Social na forma de distintas vertentes e propostas para a profissão, umas mais progressistas, outras mais conservadoras ou mesmo reacionárias, assim como reverberaram na luta por hegemonia interna à categoria.

Assim sendo, a afirmação de um projeto no interior de uma categoria profissional não suprime divergências e contradições. Sempre existirão segmentos profissionais que arvorarão a bandeira de projetos alternativos. Diz o autor que “tal afirmação deve fazer-se mediante o debate, a discussão, a persuasão – enfim, pelo confronto de ideias e não por mecanismos coercitivos e excludentes” (Netto, 2006, p.5). Logo, mesmo um projeto que conquiste hegemonia, nunca será exclusivo.

A construção e a afirmação de um projeto profissional não podem estar à parte da nítida consciência de que o *pluralismo* é um elemento factual da vida social e da própria profissão que deve ser respeitado. Este respeito, porém, não deve ser confundido com o ecletismo teórico e político e não pode inibir a luta de ideias. É somente no terreno do pluralismo que o debate de ideias se torna possível, assim como o respeito às hegemonias legitimamente conquistadas (Netto, 2006, p.5).

Quando se leva em conta a relação dos projetos profissionais com os projetos societários, a atenção a essas questões se torna ainda mais importante. Assim é porque, embora seja frequente a compatibilidade entre o projeto societário hegemônico e o projeto hegemônico de uma determinada categoria profissional, pode ocorrer de, em conjunturas específicas, o projeto societário dominante ser contestado por projetos profissionais hegemônicos em seus respectivos corpos, possibilidade esta que se torna tanto maior quanto mais os corpos profissionais se aproximam das classes trabalhadoras e quanto mais estas classes se afirmem social e politicamente (Netto, 2006, p.6).

É necessário pontuar que essas divergências não são passíveis de resolução apenas no marco do corpo profissional, sua condução exige análise dos movimentos de classes e camadas de classes. Exige igualmente o estabelecimento de relações e alianças com outros corpos profissionais e segmentos sociais, inclusive usuários dos serviços profissionais, principalmente aqueles ligados às classes que dispõem de potencial para gestar um projeto societário alternativo ao das classes dominantes. É necessário também observar que, numa sociedade capitalista, o enfrentamento de projetos profissionais com o projeto societário hegemônico tem limites, os quais se expressam mais precisamente nas condições institucionais e no mercado de trabalho.

O projeto profissional mais avançado e crítico deve ter em conta tais limites (Netto, 2006, p.6-7).

Recordando a luta por hegemonia no corpo profissional do Serviço Social, ao mesmo tempo em que a década de 1990 foi notadamente produtiva e decisiva para a hegemonia da perspectiva de intenção de ruptura e para a construção de componentes do arcabouço jurídico-político do atual Projeto Ético-Político do Serviço Social, foi também nessa década que se intensificaram as ofensivas conservadoras a essa tendência. A exemplo das décadas anteriores, as tendências conservadoras reatualizam-se como frente de resistência às perspectivas progressistas na profissão. Em verdade, essa luta constante entre perspectivas progressistas e conservadoras, acompanha o Serviço Social ao longo de sua história, materializando na categoria as lutas políticas, econômicas, ideológicas e culturais da sociedade brasileira.

Para os autores, no campo da saúde a crítica e à resistência ao projeto agora hegemônico na profissão passa pela reatualização do discurso da separação entre teoria e prática, pela descrença na possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que nega a formação original em Serviço Social e deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica (Bravo e Matos, 2016, p. 16).

Netto (2006, p. 18) já alertava para o antagonismo entre o ideário capitalista e o Projeto Ético-Político do Serviço Social quando refletia sobre a passagem do capitalismo para o estágio neoliberal e sua incidência no Brasil. Especialmente a partir de 1995, representantes do grande capital passaram a ocupar mais diretamente as instâncias de decisão política e econômica, ao tempo em que a cultura neoliberal passou a ser amplamente disseminada no conjunto da sociedade, tendo a burguesia brasileira, que havia crescido à sombra da ditadura, como sua defensora.

Alertava o autor que, a cruzada antidemocrática do grande capital, expressa na cultura do neoliberalismo, que, em nome da modernidade e da racionalização, promove a liquidação de direitos; a privatização do Estado; o sucateamento dos serviços públicos e a implementação sistemática de uma política macroeconômica que penaliza a massa

da população, já era ameaça real à implementação do projeto profissional do Serviço Social (Netto, 2006, p. 18).

Avançando na história recente, o golpe parlamentar jurídico e midiático de 2016 que usurpou o mandato da ex-presidenta Dilma Rousseff, seguido do mandato do ex-presidente Temer, assim como a eleição de Jair Bolsonaro, candidato de extrema direita à presidência da república, representaram a manifestação de uma nova quadra do capitalismo no Brasil. Este novo momento é marcado pela emergência do ultraliberalismo e pela reatualização do conservadorismo com traços reacionários, fascistas e autoritários. O cenário nacional acompanha o crescimento dessas perspectivas em âmbito internacional, as quais questionam os valores básicos do Estado Democrático de Direito, buscando construir uma nova política funcional à sociabilidade do capital.

Em contraposição às orientações, diretrizes e objetivos ético-políticos do projeto profissional hegemônico no Serviço Social, o projeto societário vigente, neoliberal ou ultraliberal, demanda da categoria o exercício de tarefas contrárias ao Código de Ética Profissional e às suas atribuições legais. O Serviço Social é chamado a desempenhar tarefas policiais, de controle e censura dos comportamentos dos usuários e usuárias, de forma a responsabilizá-los por seus infortúnios, numa abordagem que ignora completamente a base estrutural do sistema capitalista sobre a qual se dá a construção das expressões da questão social. O sistema capitalista convoca o Serviço Social a uma intervenção que culpabiliza usuários e famílias por não conseguirem por si mesmos obter êxito na sociabilidade do capital, tomando-os como responsáveis pela falta de moradia, de trabalho, de renda e de saúde. Conforme Barroco (2015, p. 634), o interesse maior do projeto conservador-reacionário é de que o Serviço Social seja coadjuvante desse moralismo punitivo no enfrentamento das expressões da questão social como já foi em outros tempos de sua história.

É fato que a partir da década de 1980 o Serviço Social tem se consolidado nacionalmente como área de conhecimento e como profissão socialmente demandada na seara dos direitos e das políticas reformistas-civilizatórias. Porém, se no advento do neoliberalismo a ameaça ao Projeto Ético-Político do Serviço Social estava posta, esta ameaça se reatualiza e se fortalece ainda mais no cenário contemporâneo de

recrudescimento do conservadorismo-reacionário no Brasil. Se é possível falarmos em um estado de hegemonia do atual Projeto Ético-Político do Serviço Social, se faz necessário pôr em evidência que a luta contemporânea da categoria tem sido contra as ameaças a esse projeto, em defesa de seu fortalecimento e manutenção.

O corpo profissional do Serviço Social é diverso e a hegemonia do PEP não é total, uma vez que falar em hegemonia não é sinônimo de falar em homogeneidade. À medida que perspectivas sociais conservadoras e reacionárias se fortalecem no tecido social brasileiro, estas também ganham força nos seguimentos de cariz conservador, presentes no corpo profissional do Serviço Social. O cenário ultraliberal, conservador reacionário pós-golpe de 2016, acirra essas tendências, ao tempo em que estas o retroalimentam.

Tendo em mente as reflexões e provocações feitas até aqui quanto à operacionalização do SUS num contexto de minimização do caráter social do Estado brasileiro, fragmentação das políticas de Seguridade Social, recrudescimento do conservadorismo em sua face reacionária, assim como a respeito da incompatibilidade desse projeto societário dominante com o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, alguns questionamentos sobre a atuação do Serviço Social no cenário peculiar da pandemia da COVID-19 emergem. O contexto inédito da pandemia desnudou e escancarou brutalmente as faces mais perversas dessa luta de projetos societários no Brasil e o Serviço Social foi uma das categorias chamadas à linha de frente do combate a tão grande emergência sanitária e social.

Nessa complexa conjuntura em que o Serviço Social é convocado a atuar e o faz sob direção ético-política contrária ao projeto societário dominante, a atuação dos Conselhos Regionais de Serviço social através das Comissões de Fiscalização e Orientação (COFI) ganha significativa e estratégica importância. A COFI orienta e fiscaliza o exercício profissional na perspectiva da defesa da profissão e fortalecimento de seus fundamentos ético-políticos, da direção social e teleológica de sua prática, de suas atribuições e competências, assim como da luta por condições de atuação sob a perspectiva do Projeto Ético-Político que direciona, majoritariamente, a profissão.

Considerando que o Serviço Social se insere no vértice desses fenômenos societários, os quais se chocaram tão fortemente no contexto pandêmico, pergunta-se:

Como se dá o trabalho de orientação e fiscalização realizado pela COFI do CRESS-MA e qual sua perspectiva ético-política? Esse trabalho sofreu rebatimentos do cenário da pandemia de COVID-19? Quais demandas direcionadas ao Serviço Social no contexto pandêmico chegaram ao conhecimento da COFI e se tornaram processos? A partir de tais demandas é possível identificar referências do reacionarismo emergente? A partir de tais demandas, é possível identificar as concepções que as instituições empregadoras têm do Serviço Social? Tais concepções se identificam com a perspectiva do Projeto Ético-Político Profissional ou refletem expectativas baseadas na conjuntura conservadora e reacionária?

Com o objetivo de levantar elementos que apontem possíveis respostas a tais questionamentos, e contribuam para a reflexão científica e crítica sobre a atuação do Serviço Social no contexto sociopolítico, econômico e sanitário da Pandemia de COVID-19, passamos a analisar, com base em resultados de pesquisa de campo, os dados resultantes da atuação da Comissão de Organização e Fiscalização do Conselho Regional de Serviço Social do Maranhão - 2ª Região, entre os anos de 2020 e 2022.

4. SERVIÇO SOCIAL, CONSERVADORISMO REACIONÁRIO E COVID-19: o que diz a Comissão de Organização e Fiscalização do CRESS-MA sobre 2020 e 2022

Após necessária reconstrução histórico-dialética do Sistema Único de Saúde, assim como do Serviço Social e de sua relação com a Política de Saúde, considerando as bases sócio-históricas de formação e transformação da sociedade brasileira, passamos a discutir como se deu a atuação do Serviço Social na Política de Saúde durante a pandemia de COVID-19, considerando a particularidade do estado do Maranhão.

Este capítulo apresenta breve caracterização da Comissão de Fiscalização e Orientação Profissional do Conselho Regional de Serviço Social do Maranhão, assim como de sua atuação e analisa as expressões do conservadorismo reacionário nas demandas direcionadas aos(às) profissionais durante os anos de pandemia de COVID-19. A análise se apoia no arcabouço histórico e teórico erigido nos capítulos anteriores, assim como dos raciocínios elaborados até aqui. Busca refletir criticamente sobre as demandas encaminhadas aos/às assistentes sociais da política de saúde durante a pandemia de COVID-19, identificando as expressões do conservadorismo-reacionário presentes nessas demandas, confrontando-as com as diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional da categoria.

4.1 Entre a fiscalização e o vírus: caracterização da COFI/CRESS-MA

O Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 2ª Região é uma autarquia federal regulamentada pela Lei n.º 8.662, de 07 de junho de 1993 cuja finalidade é fiscalizar, orientar, disciplinar e defender o exercício profissional do(a) assistente social. Em articulação com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os demais 27 (vinte e sete) Conselhos Regionais de Serviço Social, compõe o conjunto CEFESS/CRESS, fórum máximo de deliberação da categoria em âmbito nacional.

A estrutura do CRESS/MA é constituída pela Assembleia Geral, composta por

assistentes sociais de sua jurisdição e que possui caráter deliberativo; pelo Conselho Pleno, órgão também de caráter deliberativo; pela Diretoria, órgão executivo composto, pelo Conselho Fiscal e pelas comissões, cuja composição agrega conselheiros, assistentes sociais de base e assessores²⁰. Entre as comissões que compõem a estrutura do CRESS/MA está a Comissão de Organização e Fiscalização, a COFI. A COFI é uma comissão regimental que tem como função principal orientar e fiscalizar o exercício profissional das/os assistentes sociais em todo o estado do Maranhão. Por ser de natureza regimental, seu funcionamento é critério necessário para a própria existência do CRESS-MA, característica esta compartilhada com outras comissões imprescindíveis para a existência e funcionamento dos Conselhos: as comissões de Inscrição e Registro, Administrativo-Financeira e a Comissão Permanente de Ética. Tais comissões são regulamentadas por resoluções do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e possuem competência para emitir manifestação quanto a infrações contra a Lei nº 8.662/93, a Lei de Regulamentação da Profissão, e contra o Código de Ética Profissional. Além da Política Nacional de Fiscalização (Resolução CFESS Nº. 512/2007)²¹ define a função das comissões de fiscalização e orientação, assim como dos agentes fiscais, institui os instrumentais da fiscalização profissional, bem como as atribuições das comissões de ética.

Conforme a Política Nacional de Fiscalização, a composição da COFI não tem quantidade máxima, mas deve contar minimamente com três categorias de membros: um/uma conselheiro(a), a quem caberá a coordenação, agentes fiscais concursados, os quais desempenham efetivamente o trabalho de fiscalização do exercício profissional e assistentes sociais inscritos no CRESS, em pleno gozo de seus direitos, a convite da

20 O Conselho Pleno conta com 18 membros eleitos (nove efetivos e nove suplentes) e é composto pela Diretoria (6 (seis) membros – presidente e vice, 1º e 2º secretários, 1º e 2º tesoureiros) e pelo Conselho Fiscal (3 (três) membros e 9 (nove) suplentes).

21 A Resolução CFESS Nº. 512/2007 atualiza a resolução CFESS 382/99, reformulando as normas gerais para o exercício da fiscalização. Todas as alterações e inclusões tratadas nessa Resolução foram, democraticamente, deliberadas em plenárias ampliadas. A versão atualizada da Política Nacional de Fiscalização publicada nessa resolução resultou de proposições emanadas dos Conselhos Regionais de Serviço Social, a partir de respostas dadas pelas Comissões de Orientação e Fiscalização, considerando os princípios e compromissos ético-políticos do Serviço Social.

direção do Conselho Regional. À época desta pesquisa, a COFI do CRESS/MA contava com nove membros.

Em razão da natureza sigilosa das questões que demandam a atuação da COFI, uma vez que se trata de denúncias que envolvem o exercício profissional, o perfil dos profissionais convidados a compor seu quadro deve incluir a discricção. Por esta razão seus membros não são eleitos, mas escolhidos pela Comissão, a partir de uma avaliação criteriosa do perfil e histórico profissional dos possíveis membros. Essa avaliação leva em conta a afinidade que o pretense membro tenha com as discussões em torno do exercício profissional, assim como se este responde a algum processo de natureza ética ou está vinculado a situações incompatíveis com as atividades da Comissão e do Conselho Regional. Tais profissionais são, em sua maioria, assistentes sociais de base, que estão no mercado de trabalho e se identificam com os temas abordados e atividades realizadas pela Comissão de Orientação e Fiscalização.

A Política Nacional de Fiscalização pauta as ações da COFI em três dimensões principais – a dimensão político-pedagógica, a dimensão afirmativa de princípios e compromissos conquistados e a dimensão normativo-disciplinadora. A dimensão político-pedagógica, compreende a adoção de procedimentos técnico-políticos de orientação e politização dos profissionais, usuários, instituições e sociedade em geral, acerca dos princípios e compromissos ético-políticos do Serviço Social, na intensão de prevenir contra a violação da legislação profissional.

A dimensão afirmativa de princípios fundamenta-se no rol de princípios elencados no Código de Ética Profissional, assim como nos demais que forem definidos pelo Conselho Federal de Serviço Social e se expressa na concretização de estratégias para o fortalecimento do Projeto Ético Político e da organização política da categoria em defesa dos direitos, das políticas públicas e da democracia. Esta dimensão, conseqüentemente, expressa a luta por condições de trabalho dignas, assim como pela qualidade dos serviços profissionais prestados à sociedade.

A dimensão normativo-disciplinadora, por sua vez, se materializa no trabalho mesmo de fiscalização do exercício profissional, na coibição de práticas irregulares, na apuração de denúncias e aplicação das penalidades previstas no Código de Ética Profissional. A partir da aproximação com as particularidades socioinstitucionais, essa

dimensão possibilita o estabelecimento de parâmetros normativo-jurídicos reguladores do exercício profissional.

Sobre a operacionalização da dimensão normativo-disciplinadora nas atividades de fiscalização, agente fiscal da COFI comentou durante entrevista que:

Você vai lá fiscalizar se realmente o assistente social está dentro das condições dignas de trabalho né, que a gente sempre fala nos nossos documentos profissionais, - condições dignas de trabalho do assistente social -, se atende as condições éticas e técnicas. Então, essa dimensão disciplinadora, normativa né, é a que está baseada nas nossas legislações, nas nossas resoluções, no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão, que são os instrumentos principais nossos de trabalho aqui dentro, junto com a Política Nacional de Fiscalização. (Agente fiscal 2, Entrevista 2, Apêndice B).

Em razão do amplo leque de espaços sócio-ocupacionais que contam com a presença de assistentes sociais, anualmente a COFI delimita as áreas de atuação prioritárias e planeja as ações de fiscalização a serem desenvolvidas e direcionadas a esses espaços. Conforme indicado em entrevista, no ano de 2020, primeiro ano da pandemia, os temas de prioridade definidos pela COFI foram as políticas de saúde e assistência social, em 2021 a área prioritária foi a da saúde, já em 2022 os campos prioritários foram novamente a saúde e unidades prisionais.

A Comissão desenvolve suas atividades com base em um calendário de reuniões sistemáticas que contempla, pelo menos, uma reunião por mês, além de reuniões extraordinárias convocadas em razão do volume ou urgência das demandas. Membro da COFI ressaltou que, eventualmente, há dificuldades na realização dessas reuniões todos os meses, por conta das limitações às agendas dos conselheiros, os quais não são funcionários do Conselho, mas profissionais que “fazem um trabalho de militância dentro do CRESS” (Agente fiscal 2, Entrevista 2, Apêndice B). Ainda assim, disse membro da COFI, “a gente tenta sempre manter essa sistemática mensal pra que a gente possa encaminhar os fluxos dos processos” (Agente fiscal 2, Entrevista 2, Apêndice B). Todas as denúncias que chegam à COFI são levadas à análise e discussão por seus membros e, se necessário, são transformadas em um processo.

No que tange à captação de denúncias e demandas para atuação da Comissão, estas podem chegar ao conhecimento da COFI por duas vias principais: por meio dos

instrumentos de comunicação do CRESS (telefone, e-mail, atendimento presencial etc.), ou a partir das visitas de fiscalização que os/as agentes fiscais fazem às instituições. É importante ressaltar que, quanto às denúncias direcionadas à COFI, estas podem ser feitas sob anonimato, por se relacionarem ao exercício profissional indevido, ou demandas indevidas lançadas à categoria, o que as difere das denúncias de natureza ética, as quais exigem identificação do denunciante, assim como do denunciado e obedecem a um protocolo distinto. Na realização do trabalho preventivo junto às instituições, os/as agentes fiscais realizam as visitas de fiscalização, porém, uma vez feita a denúncia procede-se à realização da visita de averiguação. No contexto dessas visitas faz-se uso dos instrumentos de fiscalização, os quais são padronizados para todos os Conselhos Regionais.

O primeiro dos instrumentos é o Relatório de Visita de Fiscalização. Este é um instrumento através do qual são colhidos diversos dados profissionais, os quais vão desde o processo de formação até o efetivo exercício profissional, as atividades que desenvolve, seus desafios, a relação que tem com a instituição e demais informações. Por meio do segundo instrumento, o Termo de Visita de Fiscalização, a COFI informa a instituição que a visita ocorreu em suas dependências e que foram encontradas situações que precisam de adequação. Tal termo é subscrito pelo profissional atuante no setor visitado, pelos/as agentes fiscalizadores/as e pela chefia direta da instituição. É a partir do Termo de Visita de Fiscalização que é aberto o processo no âmbito da COFI.

Sobre a dinâmica de abertura de processos, detalhou agente fiscal da Comissão:

A gente deixa uma cópia lá, uma cópia com o profissional e uma cópia a gente traz para o CRESS. A partir dessa cópia que a gente traz para o CRESS, a gente abre o processo daquela situação e esse processo torna-se público dentro da COFI, e a gente vai analisar quais são os encaminhamentos que a gente vai ter. A COFI é que faz a notificação da instituição. Então, se a gente identificou que lá tem uma sala que não tem reserva de sigilo a gente vai, a partir desse Termo de Visita, a COFI vai elaborar um ofício de notificação pra essa instituição podendo, inclusive, dar um prazo de regularização, de acordo com a situação que a gente for encontrar (Agente fiscal 2, Entrevista 2, Apêndice B)

Além do trabalho de fiscalização do exercício profissional, a COFI realiza importante serviço de orientação da categoria dos/as assistentes sociais. Sobre a

dinâmica desse trabalho de orientação, a Comissão informou que todos os canais de atendimento do CRESS/MA são canais utilizados para o trabalho de orientação dos/as profissionais, por meio dos quais chegam inúmeras questões relacionadas ao exercício profissional nos seus diversos campos de atuação, as quais se tornam objeto de atenção da Comissão. Tal serviço é prestado desde a inscrição do profissional no Conselho, assim como ao longo de sua atuação.

A COFI inicia o trabalho orientativo dos profissionais recém-inscritos no CRESS assim que estes recebem seu Documento de Identificação Profissional (DIP). Nessa ocasião eles necessariamente passam por uma reunião com a Comissão, oportunidade em que o profissional é apresentado de forma mais detalhada ao seu Conselho Regional, bem como às atividades por ele desempenhadas. É também nessa reunião que o profissional é lembrado de normativas importantes para o exercício profissional, como o Código de Ética da Profissão, e recebe orientações importantes para seu início de carreira.

Sobre esse momento inicial, agente fiscal da COFI relatou que,

[...] quando a gente faz esse trabalho de orientação a gente vai falar sobre isso né, o quê que o assistente social pode fazer, o quê que ele não pode, na verdade lembrar algumas questões que são importantes pra aquele profissional que está no início de carreira e saiu da universidade, que tem que conhecer desde o quê que tem que estar no carimbo profissional, porque é elemento principal de identificação dele enquanto assistente social, que todo documento que ele produz ele precisa assinar, carimbar, colocar seu número de registro profissional para que ele possa ser identificado, o cuidado com todo o material técnico que é produzido por aquele profissional. Essas são algumas das orientações que a gente dá de uma forma bem inicial (Agente fiscal 2, Entrevista 2, Apêndice B).

O trabalho de orientação, o qual também é de caráter preventivo, não se encerra nas abordagens iniciais ao recém-inscrito no CRESS. Conforme informado em entrevista, a Comissão elabora e cumpre um calendário de capacitações a partir de diretrizes estabelecidas nacionalmente pelo Conselho Federal de Serviço Social. Além disso, a cada triênio todos os Conselhos regionais e o Conselho Federal da categoria definem um planejamento de ações o qual também contempla as atividades de

orientação e fiscalização do exercício profissional, as quais materializam-se em seminários²², simpósios, rodas de conversas, resoluções, etc.

Nesse sentido, membro da COFI comentou em entrevista que,

Hoje, com essa história da tecnologia, a gente faz muitas lives, a gente promove seminários, por exemplo: dentro da nossa área, se a gente definiu pra trabalhar a área da saúde naquele ano X, a gente faz um seminário, a partir das demandas que a gente obteve nas visitas de fiscalização, pra discutir quais eram os pontos principais de reflexão dessas atividades que a gente conseguiu identificar. Se é na área da assistência, a gente faz um seminário também, traz profissionais que tenham mais relação com essa discussão pra que eles possam fazer essa mediação da categoria junto com o CRESS (Agente fiscal 2, Entrevista 2, Apêndice B).

É importante ressaltar que, no trabalho desenvolvido pela COFI e por todo o Conselho de Serviço Social, a categoria opta por favorecer e incentivar a orientação e o caráter pedagógico, em detrimento do caráter punitivo. É uma opção política da categoria, que não negligencia o aspecto punitivo às infrações eventualmente cometidas pelos/as profissionais, mas privilegia o caráter pedagógico, a fim de instruir os/as profissionais e municiá-los/as ético-politicamente para desempenhar seu trabalho nas mais diversas áreas de atuação do/da assistente social.

Ainda no que tange à dimensão pedagógica do trabalho realizado pela COFI, é importante destacar que, além dos profissionais do Serviço Social, as instituições empregadoras de assistentes sociais e seus gestores também são alvo das atividades

22 No âmbito da saúde, por exemplo, o CRESS/MA realizou em outubro de 2022, terceiro ano da pandemia, o II Simpósio Maranhense de Assistentes Sociais da Saúde, que teve como tema “Direito à saúde: perspectivas e desafios atuais para o Serviço Social”. O evento gratuito realizado de forma híbrida em razão das restrições da pandemia de COVID-19, presencialmente no auditório da Reitoria do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA) e online pelo canal do CRESS/MA no YouTube, a qual teve como objetivos suscitar debate sobre a inserção da/o assistente social na política pública de saúde e contribuir na defesa do SUS 100% estatal, universal e de qualidade. A primeira edição do evento foi realizada em 2019 sob a organização de assistentes sociais do Hospital Municipal Dr. Clementino Moura (Socorrão II) e da Comissão de Seguridade Social do CRESS-MA, congregando 170 participantes e mais de 10 palestrantes em dois dias de atividades. O Segundo Simpósio resultou de uma construção coletiva da qual participaram a diretoria do CRESS/MA, as comissões de Seguridade Social e Ética e Direitos Humanos e assistente sociais de base, atuantes em espaços ocupacionais da política pública de saúde. Após ter sido adiado por dois anos, devido ao contexto da pandemia, o evento contou com mais de 500 inscrições e mais de mil visualizações simultâneas no canal do CRESS/MA no YouTube.

de orientação quanto aos processos de trabalho do Serviço Social, seus objetivos, metodologias, assim quanto às suas diretrizes ético-políticas.

Conforme informado em entrevista, as orientações às instituições, em comparação àquelas feitas junto aos/as profissionais, têm outro perfil, o qual é relacionado ao respeito às atribuições e competências privativas da profissão. Segundo agente fiscal entrevistada

[...] “permanece como um grande problema as instituições demandarem ações para os assistentes sociais que não são atribuições do assistente social, e aí a gente tem que relembrar lá os artigos 4º e 5º da Lei de Regulamentação da Profissão, o quê que é competência privativa da profissão e o que não é, o que é só competência generalista e aparece, de fato, no exercício da profissão (Agente fiscal 2, Entrevista 2, Apêndice B).

Como estratégia de orientação profissional e das instituições empregadoras, durante a pandemia a COFI se utilizou das cartas circulares, documentos encaminhados tanto aos/as trabalhadores/ras, como aos empregadores.

Na época a gente produziu um documento, e esse documento foi uma carta circular aos trabalhadores, colocando quais eram as demandas do Serviço Social, como que o assistente social poderia contribuir nesse período da pandemia, claro que, dentro daquilo que era preconizado, a gente colocou até como um anexo também um CFESS manifesta (Serviço Social no período da pandemia), a gente utilizou, colocou várias cartinhas e encaminhou como um documento base para as instituições de saúde, para que respeitassem, de fato, a autonomia profissional do assistente social, as competências e atribuições que estavam relativas à nossa profissão. (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Esclareceu ainda agente fiscal da COFI que os questionamentos quanto à compatibilidade ou não de determinadas atividades às competências privativas do assistente social provém tanto dos profissionais quanto das instituições empregadoras, destacando-se que, em relação a estas últimas, a questão da carga horária de trabalho dos profissionais é tema motivador de recorrentes contatos com o CRESS.

Como já discutido anteriormente, a categoria do Serviço Social atua justamente com a questão social e suas mais diversas expressões, as quais se transmutam, acompanhando a dinâmica do movimento das transformações sociais. Tais transformações sociais, a exemplo da grave pandemia de COVID-19 enfrentada no

mundo inteiro, vão produzindo expressões novas da questão social com as quais o/a assistente social se depara nos espaços de trabalho, e por elas é impulsionado a refletir quanto às suas atribuições enquanto profissional de Serviço Social diante de tais demandas.

Informou o/a entrevistado/a que os questionamentos e dúvidas chegam à COFI tanto a partir dos profissionais, como das instituições empregadoras, as quais, quando se deparam com profissionais que resistem à assunção de atividades que destoam de suas atribuições e competências, recorrem ao Conselho Regional de Serviço Social e à COFI para esclarecer o que, de fato, compete ou não ao Serviço Social, assim como quais os objetivos e valores ético-políticos que norteiam a profissão.

A COFI, portanto, desempenha relevante trabalho de orientação e fiscalização do exercício profissional.

4.2 Dados da COFI-CRESS/MA: expressões do conservadorismo reacionário nas demandas direcionadas aos assistentes sociais durante a pandemia de COVID-19

Antes de partirmos para a análise das expressões do conservadorismo reacionário nas demandas direcionadas aos assistentes sociais durante a pandemia de COVID-19, faz-se necessário explicitarmos o que, nesta pesquisa, entendemos por “demandas”, assim como o que denominamos “demandas ou requisições indevidas”. Concomitantemente, é importante discernir o que chamamos de “demandas profissionais” e “demandas institucionais”.

Essa explicitação também se faz necessária em razão de que há, na área da saúde, uma histórica ausência de clareza ou dificuldade de os/as profissionais do Serviço Social identificarem claramente o que são e o que não são demandas para a categoria. Essa indefinição muito se apoia em uma suposta distância da teoria presente na formação acadêmica em relação à prática profissional.

Neste estudo, entendemos por “demandas” as necessidades prático-materiais levadas aos/às profissionais do Serviço Social a fim de serem objeto de sua intervenção. Estas, podem partir tanto do/a próprio/a assistente social, que as identifica

a partir da análise crítica da realidade social na qual atua tendo como diretriz para sua intervenção o Projeto Ético-Político Profissional (demandas profissionais); da instituição onde o/a profissional atua (demandas institucionais); assim como dos usuários das políticas públicas que são o público alvo de seu trabalho.

Portanto, as demandas institucionais podem, ou não, ser compatíveis com as demandas profissionais, ou com as demandas trazidas pelos/as usuários/as. Às demandas que são contrárias aos objetivos profissionais presentes no Projeto Ético-Político Profissional denominamos “demandas ou requisições indevidas”. Estas podem partir tanto das instituições empregadoras e políticas públicas nas quais o/a assistente social atua, assim como do/a próprio assistente social, se atuando apartado/a do Projeto Ético-Político Profissional e dos fundamentos teórico-metodológicos de interpretação crítica da realidade social, adotados pela categoria.

Isto porque, enquanto profissional liberal detentor de relativa autonomia para desenvolver seus processos de trabalho, o/a assistente social tem relativa liberdade para identificar e eleger demandas para sua atuação, porém, é a instituição quem define as condições objetivas para realização do trabalho. É ela quem determina o público-alvo, a equipe, as ações a serem realizadas, a carga horária e os equipamentos necessários.

É a instituição empregadora que estabelece as condições sociais e materiais em que se dará a materialização do Projeto Ético-Político e, na lógica capitalista presente mesmo nas políticas públicas, pode demandar aos/às assistentes sociais a assunção de tarefas alheias aos reais objetivos e atribuições profissionais. Cabe ao/à profissional fazer uso de sua autonomia técnica e ética para conduzir seu trabalho na direção de seus objetivos, ainda que o resultado final não dependa exclusivamente da sua vontade, mas seja atravessado pela complexidade e dinâmica da realidade social.

Conforme Guerra *et al* (2016, p.7), as necessidades sociais plasmam o processo de reprodução social da sociedade capitalista e se expressam historicamente em interesses de classe antagônicos. Tais interesses de classe se convertem em demandas para todas as profissões, incluindo o Serviço Social. As instituições sociais, por sua vez, recolhem tais demandas e as configuram enquanto demandas institucionais que chegam aos profissionais na forma de requisições técnico-operativas.

Portanto, as demandas das classes sociais põem e repõem objetos para intervenção do Serviço Social na forma de demandas que carregam consigo interesses de classes.

Nessa perspectiva, as demandas direcionadas ao Serviço Social não podem ser captadas, nem interpretadas, desconsiderando as determinações macroscópicas que envolvem os interesses de classe, como a crise do capital, do Estado Burguês e de suas estruturas, a configuração das políticas sociais sob a lógica capitalista, assim como as determinações do mercado de trabalho. São essas determinações que mediarão a interpretação que o/a profissional fará das demandas a ele/ela direcionadas, permitindo a identificação dos interesses de classe nelas presentes e a elaboração de estratégias de intervenção aliadas à defesa dos interesses e direitos da classe trabalhadora ou do capital.

Nesta análise partilhamos do entendimento de Guerra *et al* (2016, p.4) de que as requisições, atribuições e demandas da profissão indicam sua natureza, seu lugar na divisão social e técnica do trabalho, assim como sua funcionalidade e suas estratégias para responder às crises do capital. As demandas direcionadas aos/às assistentes sociais indicam o perfil profissional esperado pelo empregador, assim como as concepções que se têm a respeito do que é o Serviço Social e de quais são suas atribuições e competências²³. A construção desse perfil, por sua vez, recebe influxos das transformações societárias oriundas da reestruturação produtiva, da contrarreforma do Estado e de suas formas despolitizadas de intervenção na questão social.

De acordo com Guerra *et al* (2016, p.4), o cenário de crise do modelo capitalista exige cada vez mais flexibilização, polivalência e desespecialização. Bem como demanda a diluição das inserções profissionais em atividades comuns, às quais todos os profissionais devem responder. Ademais, a contrarreforma do Estado altera a bases de sustentação funcional-ocupacional dos/as assistentes sociais que são as políticas públicas, redirecionando-as para a lógica do mercado em detrimento da garantia de

23 A análise da Lei de Regulamentação da profissão, que se constitui no estatuto jurídico que dispõe sobre as atribuições privativas e competências dos assistentes sociais, indica **atribuição privativa** como “prerrogativas exclusivas” da prática profissional dos assistentes sociais e **competência** como “capacidade para apreciar ou dar resolatividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (Iamamoto, In: CFESS, 2012, p. 37 *apud* Guerra 2016, p 8.)

direitos. Essas características reverberam diretamente nas demandas direcionadas ao Serviço Social.

Tendo em vista a natureza dos temas levados ao conhecimento da Comissão de Organização e Fiscalização do CRESS/MA, qual seja, denúncias envolvendo o exercício profissional, esta é uma comissão privilegiada no que concerne a testemunhar os levantes conservadores e reacionários contra os princípios e valores ético-políticos defendidos pela categoria. De igual maneira, figura como espaço propício a captar as expressões materiais das transformações sociopolíticas e socioeconômicas no dia a dia de trabalho dos assistentes sociais, uma vez que essas expressões contemporaneamente têm ido na direção contrária do que propõe o Projeto Ético Político Profissional e acabam por materializarem-se em denúncias e processos no âmbito da COFI.

Considerando o acirramento do conservadorismo de caráter reacionário no Brasil, que ataca os direitos e políticas sociais como a política de saúde, assim como o contexto da pandemia da COVID-19, que exigiu atenção especial ao SUS e evidenciou a centralidade desse sistema para a garantia do direito à saúde de 70% dos brasileiros, tem-se que os/as assistentes sociais estiveram no vértice de um grande confronto entre projetos, não apenas de projetos para a política de saúde, mas, projetos de sociedade. Este confronto, como sabemos, teve como resultado a perda de vidas que poderiam ter sido salvas naquele período sombrio e doloroso da história.

Composta por profissionais chamados à linha de frente do enfrentamento à tamanha emergência sanitária e social que se abateu sobre o país, e sendo caracterizada pela luta e defesa dos direitos e políticas sociais, a categoria dos assistentes sociais testemunhou de perto o embate entre a proposta de garantia do direito à saúde de forma integral, universal e gratuita, alicerçada no Projeto de Reforma Sanitária e a proposta vinculada ao Projeto Privatista Aliado ao Mercado, no bojo do acirramento do conservadorismo reacionário no Brasil.

Inicialmente, perguntou-se à COFI se houve impacto perceptível do contexto da pandemia de COVID-19 no padrão de demandas que costumavam surgir para atuação da Comissão na fiscalização do exercício profissional. Segundo agente fiscal, o impacto da pandemia de COVID-19 foi por demais perceptível, a ponto de considerar que foi o

período de maior volume processual em trâmite no âmbito da Comissão. Conforme relato, surgiram inúmeras denúncias cuja motivação eram requisições feitas aos profissionais para que estes realizassem atividades indevidas à profissão, desde as demandas que historicamente o conjunto CFESS/CRESS já pacificou como não sendo de responsabilidade da categoria, como a comunicação de óbitos e boletins médicos²⁴, assim como demandas novas advindas do contexto pandêmico inédito. Tais requisições e demandas motivaram discussões e reflexões no âmbito da COFI a fim de se chegar a um consenso a respeito da competência, ou não, do/a assistente social para sua realização.

Nesse contexto, foi observada, inclusive, resistência marcante de instituições empregadoras em desvincular o/a assistente social de atividades que não eram compatíveis com suas atribuições, o que indica dificuldade em romper com concepções alheias, frequentemente assistencialistas e, portanto, conservadoras, a respeito do trabalho da categoria.

Nesse sentido, relatou a agente fiscal,

[...] apareceu tanta coisa relacionada a atividade indevida mesmo, não sei se pela própria natureza mesmo do período, propiciou que aparecesse muitas questões na área da saúde e que a gente precisou conversar se aquilo era realmente função do Serviço Social. Claro que algumas muito óbvias né, que era a questão da notificação do óbito, dar a notícia do óbito, que em algumas instituições ficou delegado ao assistente social; questões, por exemplo, do controle do morgue, que é o espaço onde ficam os cadáveres. Então, o assistente social que fazia a liberação disso. Porque tinha que ter uma pessoa que ficasse responsável por isso, pelo volume de coisas, então eles indicavam isso para o assistente social. Até identificação, escrever o nome do paciente que foi a óbito na etiquetinha pra colocar lá no cadáver, apareceram essas

24 A Orientação Normativa Nº. 3/2020, 31 de março de 2020, do Conselho Federal de Serviço Social, dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais e estabelece que é garantido às famílias o direito de serem devidamente informadas sobre o óbito de seus entes e sobre as causas que resultaram no falecimento, porém, a comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social uma vez que, esta deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da *causa mortis* dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo ao/à assistente social responsável informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes. Da mesma forma, esclarece a Orientação Normativa que, não cabe ao /à assistente social a divulgação de boletins médicos, nem tampouco o atendimento prévio de pacientes, visando realizar a triagem das suas condições clínicas para acesso aos serviços de saúde.

situações. Controlar a saída de declaração de óbito também era outro problema que ficava no Serviço Social; repasse de boletim médico, apareceu muito isso pra gente (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

[...] Demandas relacionadas a questão de sepultamento, uma série de outras coisas. Claro que a gente tem um papel nisso, mas efetivamente tinham coisas que extrapolavam o trabalho de orientação social e ficou bem complicado mesmo. E para que as próprias instituições pudessem entender que isso não era função, deu muito trabalho (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Destaca-se que, naquele contexto, o discurso da “ajuda” e a situação emergencial e dolorosa da pandemia foram significativamente presentes nos contextos em que atribuições indevidas eram direcionadas aos assistentes sociais. Tais discursos foram utilizados como elemento justificador das solicitações e demandas. Relatou a/o agente fiscal que,

Isso eu estou te dizendo só algumas das questões, mas foram muitas, muitas as questões relacionadas a demandas mesmo que não estão relacionadas ao nosso exercício profissional. Pela questão da pandemia se justificava: não, mas a gente está precisando da “ajuda” desse profissional pra fazer isso e aí se precisava da “ajuda”, como eu estou colocando aqui, entre aspas, do profissional, mas, não se respeitava, de fato, quais eram as nossas atribuições profissionais (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Outro elemento apontado pela COFI que merece destaque no que tange às repercussões da pandemia de COVID-19 nos processos de trabalho do Serviço Social, é o resgate ou incremento da tendência a conferir tarefas de natureza administrativa aos/às assistentes sociais, o que foi sensivelmente denunciado perante a COFI, tendo como mote a demanda por acesso a documentações, principalmente prontuários. Nesse sentido a COFI exemplificou que,

Todo usuário tem direito a acessar seu prontuário, mas quando, por exemplo, acontecia o óbito, era o assistente social, em uma determinada instituição de saúde, que ficava responsável por pegar o prontuário e entregar para a família. A família não podia pegar lá, acessar ao SAME diretamente, ou ao arquivo do hospital, como é um protocolo normal, porque quem é o interessado é que tem que buscar, né, esses espaços. então, era o assistente social que ficava responsável por isso. Onde está escrito que tem que ser esse profissional? Cada usuário, cada familiar tem direito de acesso né? Então, não precisa o assistente social fazer essa mediação, a não ser que ele, usuário ou familiar, tenha sido impedido de fazer isso, mas, ficava funcionando como um administrativo dentro das unidades de saúde. Isso é só um exemplo que eu estou te dando das várias coisas que aconteceram (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Sabe-se que todo/a usuário/a da política de saúde ou sua/sua representante legal tem o direito de solicitar e receber cópia do respectivo prontuário médico, esse direito encontra previsão em diversas normativas como o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor, assim como já foi tema debatido em evento realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

O Código de Ética Médica, em seu art. 88 define que é vedado ao médico "negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros" (CFM, p.45, 2010). O Código de Defesa do Consumidor, por sua vez, aduz no seu art. 72 que, o prestador de serviços que "impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, banco de dados, fichas e registros" está sujeito a uma pena de seis meses a um ano de detenção ou multa (Brasil, 1997a).

A questão do acesso ao prontuário ainda foi tema de discussão na II Jornada de Direito à Saúde, realizada em 2015, em São Paulo, pelo CNJ, evento realizado com o objetivo de discutir o crescente volume de processos judiciais envolvendo o direito à saúde. Ao final do evento, foram aprovados vinte e três enunciados, dentre os quais um que reforça o direito de o usuário/a receber cópia de seu prontuário e ainda alerta para as possíveis sanções a quem se negar a fornecer o documento.

Diz o enunciado que,

Poderá constituir quebra de confiança passível de condenação por dano a recusa imotivada em fornecer cópia do prontuário ao próprio paciente ou seu representante legal ou contratual, após comprovadamente solicitado, por parte do profissional de saúde, clínica ou instituições hospitalares públicos ou privados. (CNJ, 2015, p.3)

O fato narrado pela COFI é um exemplo característico e bastante exemplificativo de outros eventos semelhantes e recorrentes, registrados no dia a dia de assistentes sociais da saúde. Situações nas quais é demandado do Serviço Social que este assuma funções administrativas das unidades de saúde, mesmo aquelas resultantes ou integrantes dos processos de trabalho de outras categorias, a exemplo do

agendamento de consultas, marcação de exames, regulação de leitos, dentre outras. Como bem destacado na narrativa anterior da agente fiscal, no que tange à demanda por acesso a prontuários, direito assegurado aos usuários da política de saúde, o/a assistente social vislumbrará demanda por sua atuação no âmbito desse tema quando este direito restar desrespeitado ou não atendido, quando o usuário ou seu representante legal forem indevidamente impedidos de ter acesso aos registros necessários.

Fora das circunstâncias de garantia do exercício de direitos que cabem aos usuários e usuárias, tanto no que se refere ao acesso a prontuário, demais documentações e registros, assim como a outras atividades administrativas de serviços de saúde, a mera circulação ou entrega de documentos não é atribuição do/da assistente social, no contexto da atuação de uma equipe de saúde, ou de qualquer outra política onde o/a profissional atue.

A tendência a direcionar ao Serviço Social tarefas puramente administrativas é recorrente em unidades de saúde, apesar da resistência dos/das profissionais, porém, como já foi dito, o contexto emergencial da pandemia, o cenário de urgências, novo e, por vezes, dramático, foi utilizado como elemento justificador dessas demandas serem institucionalmente assumidas por assistentes sociais. Tal fato caracteriza não apenas a designação de atribuições que não competem à categoria, mas principalmente permite perceber concepções a respeito do Serviço Social que fazem parte do senso comum da política de saúde, seja de gestores ou de outras categorias que atuam nessa política. Dentre tais perspectivas está a concepção conservadora de que o/a assistente social é o/a profissional que vai “juntar as pontas soltas” e “apagar os incêndios” nos serviços, que assumirá as funções que forem necessárias em quaisquer circunstâncias ou que não forem assumidas por outras categorias.

Destaca-se aqui a natureza reacionária desse movimento de atribuir tais funções ao Serviço Social, especialmente no contexto da pandemia, porque resgata mais uma vez perspectivas que remontam à origem conservadora da profissão, antes compatível com os propósitos capitalistas para a política de saúde e para a atuação profissional nessa política. Tal movimento expressa materialmente concepções de gestores e profissionais da política de saúde a respeito do Serviço Social e de seu propósito

profissional na política de saúde, concepções estas que muito foram alimentadas pelo cenário social, econômico e político de acirramento do conservadorismo reacionário, destacadamente após o golpe de 2016, no caso do Brasil.

Se em tais contextos o mote é reduzir direitos e garantias, fragilizar políticas públicas, restringir cada vez mais o acesso a direitos e políticas sociais, a atuação firme e intransigente do Serviço Social em defesa de tais direitos e de seus titulares não é bem recepcionada, pelo contrário, opta-se pelo redirecionamento dessa força de trabalho para atividades outras que, não apenas se distanciam dos reais objetivos do Serviço Social na saúde, mas, se aproximam dos propósitos reducionistas e fragilizadores do capital para a política, exigindo do/a assistente social a mera execução repetitiva, acrítica e despolitizada de tarefas.

Tais concepções e mais ainda o reacionarismo conservador presente na essência destas, resta ainda demonstrado em outros casos denunciados à COFI no contexto pandêmico. Referimo-nos aqui à atribuição ao Serviço Social da demanda de controle e saída de corpos, assim como o controle e guarda de objetos pessoais que adentravam às unidades de saúde. Situações que, por algumas vezes, resultaram em responsabilização legal de assistentes sociais por erros no controle da saída de cadáveres, assim como por extravio de objetos pessoais de usuários/as.

Relatou a COFI que,

Muitos profissionais abraçaram essa questão do controle da saída de corpos, por exemplo. E aí, num determinado município, ocorreu uma troca de corpos, o “Francisco das Quantas” foi levado para o município tal e o “Francisco dos Anzóis” foi levado para outro e, na verdade, estavam de municípios trocados e quem assinou a documentação foi o assistente social, e isso não era papel nosso (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Por exemplo, controle de materiais pessoais que entravam. Porque não podia, tudo era uma questão de contaminação. Então, anéis, bolsa, roupa, tudo, às vezes ficavam até armazenados no Serviço Social. Porque não tinha acompanhante, não podia entrar acompanhante. Então, ficava sob a responsabilidade do Serviço Social. Até que um dia teve uma perda de material e o assistente social foi responsabilizado por isso (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Foi um período bem difícil porque, por essa justificativa né, de que a gente precisava fazer alguma coisa diferente, da emergência da situação, então muitas coisas, muitas instituições desrespeitaram, de fato, o que era atribuição do assistente social. E, às vezes o próprio profissional, em decorrência da fragilidade do período, muitas vezes se deixou encaminhar por uma série de

questões que acabaram fazendo com que ele respondesse processos depois (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Quanto às situações narradas acima, pergunta-se: diante da grande e urgente demanda produzida pelo contexto atípico da pandemia, fazia-se necessária a atuação de profissionais do Serviço Social na ocorrência de óbitos nas unidades de saúde? A resposta é inegavelmente positiva. Porém, em que aspecto a ocorrência de óbitos em uma unidade de saúde demanda a atuação do Serviço Social? Não se vislumbra resposta outra que não seja na prestação de orientações a familiares quanto ao devido registro do óbito, acesso a benefícios sociais e previdenciários cabíveis aos dependentes, aos seguros sociais e a outros benefícios que a situação pudesse requerer, assim como demais orientações e encaminhamentos necessários à articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes (CFESS, 2020a, p.2). Porém, em nada se observa a identificação, etiquetamento e liberação de corpos ser compatível com a atuação do Serviço Social.

Da mesma forma, quanto à guarda de objetos pessoais de usuários, pergunta-se: fazia-se necessária a disponibilização de espaço adequado para o armazenamento de objetos pessoais de pacientes e acompanhantes nas unidades de saúde? Mais uma vez a resposta é inegavelmente positiva, especialmente pelos cuidados com a disseminação do vírus da COVID-19 entre usuários e profissionais dentro e fora das unidades de saúde. Porém, questiona-se, é a sala do Serviço Social o espaço adequado para tal fim? É do/a assistente social a atribuição de armazenar objetos pessoais dos usuários dos serviços de saúde? Desta feita a resposta é indubitavelmente negativa.

Negativas são as respostas em razão da completa incompatibilidade de tais tarefas com a atuação do Serviço Social. Em alguma medida teria o assistente social competência para identificar tais demandas e intervir de alguma maneira sobre elas? Certamente que sim, identificando-as e levando ao conhecimento da gestão da unidade, demandando a criação de espaço adequado para a guarda dos pertences dos usuários e acompanhantes, demandando da gestão da unidade a disponibilização de pessoal com treinamento adequado para a gestão da saída de corpos. Enfim,

mobilizando a gestão para o atendimento adequado das demandas dos usuários, porém, não assumindo diretamente a execução de tais atividades, porque incompatíveis com suas atribuições profissionais.

Além das já mencionadas, outras queixas de assistentes sociais quanto a requisições institucionais alheias às competências e atribuições do Serviço Social foram levadas ao conhecimento da COFI. Muitas não são novas enquanto objeto de denúncia pela categoria, mas se ampliaram e intensificaram mais fortemente durante a pandemia da Covid-19, especialmente no contexto da atuação de profissionais da área da saúde, tais como:

Reconhecimento de corpo em necrotério, triagem de auxílio emergencial, notificação de pacientes com síndromes gripais, com suspeita e positivados com a COVID-19, preenchimento de termo de uso da Cloroquina; preenchimento de guia de internação, informação de boletim médico e condições clínicas de pacientes, guarda de declaração de óbito, regulação de leitos e ambulância, dentre outros” (Ofício CRESS/COFI N.º 001/2023, Apêndice C).

Destaca-se que parte dessas requisições não são inéditas aos profissionais do Serviço Social. Em verdade, boa parte delas são históricas pautas de embates entre profissionais e empregadores que desconhecem, ou, conhecendo-as, instam desconsiderar, as atribuições características do Serviço Social. De fato, tais requisições, a exemplo da regulação de leitos e ambulâncias e repasse de boletim médico, foram reatualizadas no contexto de pandemia, ao tempo em que, a este rol já conhecido de demandas alheias, foram acrescentadas outras novas, peculiares ao contexto pandêmico, porém, assim como as primeiras, carregadas de concepções conservadoras em relação ao Serviço Social. Concepções impregnadas, como diria Martinelli (2011 p. 123), pela concepção de política e de ação social produzidas pela visão de mundo burguesa e para o projeto conservador burguês, as quais reproduzem e reatualizam práticas majoritariamente superadas pela categoria, evidenciando assim a tendência de acirramento do conservadorismo em sua face reacionária nos espaços de trabalho do Serviço Social.

A partir dos relatos acima, fica evidente o resgate, ou o reacionarismo, de perspectiva conservadora a respeito do Serviço Social na saúde, que entende ser sua

atribuição atividades de cunho administrativo, ou mesmo subordinado a outras categorias, com destaque para a categoria médica. Atividades como controle do morgue ou etiquetagem de cadáveres foram direcionadas ao Serviço Social como se o/a assistente social pudesse ser inserido/a em rotinas, ou assumir funções indiscriminadamente, sob a justificativa da necessidade de haver alguém que desempenhe tais funções, sob a lógica do aligeiramento das ações e do cumprimento de metas e tarefas de forma acrítica e desconexa de atribuições e objetivos profissionais, assim como de fundamentos ético-políticos.

Tem-se também um forte resgate da perspectiva conservadora da ajuda, a noção do assistente social como um profissional que, em nome da solidariedade e da compaixão, "faz tudo" para a equipe multiprofissional, para as instituições empregadoras ou para os/as usuários/as. Perspectiva essa que, sob a justificativa do contexto emergencial, novo e crítico da pandemia, resgata noções conservadoras sobre a profissão, utilizando-se do contexto pandêmico para reatualizá-las, apartando-se dos objetivos da atuação profissional do Serviço Social na saúde, dos fundamentos teórico-metodológicos da profissão, assim como da natureza da atuação do assistente social e de suas atribuições.

Tal perspectiva também evidencia que ainda estão presentes no pensamento coletivo da área da saúde, concepções sobre a categoria vinculadas aos primórdios do Serviço Social, que se caracterizam pela vinculação ao voluntarismo da ação social da Igreja Católica, do desempenho de atividades assistencialistas, as quais, pelo menos hegemonicamente, já foram renunciadas pela profissão.

Essa perspectiva, reatualizada na emergência da COVID-19, remonta ao que Martinelli (2011, p. 127) chamou de "fetiche da prática" ao se referir à identidade atribuída ao Serviço Social pelo capitalismo e chancelada pela Igreja Católica nas décadas de 1930 e 1940. Fortemente impregnada na sociedade, "se apossou dos/as assistentes sociais insuflando-lhes um sentido de urgência e uma prontidão para a ação que roubavam qualquer possibilidade de reflexão e de crítica". Para a autora, desde cedo os/as assistentes sociais, sempre prontos/as para oferecer respostas urgentes às questões prementes, foram imprimindo à profissão a marca do agir imediato, da ação

espontânea, alienada e alienante. É essa marca que o conservadorismo reacionário buscou resgatar e, por vezes, na crise pandêmica, conseguiu.

Ainda quanto às implicações do contexto pandêmico nos processos de trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde, a COFI destacou as infrações ao resguardo do sigilo profissional que, conforme os/as entrevistados/as, “apareceram de forma muito forte”. O Código de Ética Profissional do Assistente Social, no art. 2º, b, expressamente define como direito do/a assistente social a inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional (CFESS, 2012, p. 30). Sabe-se que a emergência sanitária e social da COVID-19 demandou o chamamento de número expressivo de profissionais para atuação na linha de frente, tanto no serviço público quanto na iniciativa privada. Inclusive, registrou-se a atuação louvável de voluntários. Porém, essa dinâmica resultou também em alguns entraves, dentre eles a dificuldade de resguardar o sigilo profissional.

De acordo com o relato da COFI, em razão do volume elevado de atendimentos que se fizeram necessários naquele período, assim como a presença e circulação de um quantitativo maior de profissionais em espaços onde antes atuava uma quantidade menor de trabalhadores, as instituições deixaram de manter esses espaços sigilosos de atendimento, os quais, já precários, se tornaram ainda mais precarizados.

Quanto a este aspecto, ilustrou agente fiscal da COFI,

[...] pelo quantitativo de atendimentos que foram tendo, as instituições deixaram de manter esses espaços sigilosos de atendimento, que já eram precários e ficaram mais precários ainda de acordo com o volume de profissionais que se tinha, né? Porque antes, se você tinha um ou dois assistentes sociais no plantão, no período da pandemia aumentou assustadoramente, cinco, seis assistentes sociais estavam ali naquele plantão, tendo que desenvolver “n” atividades, tendo que atender várias famílias ao mesmo tempo com diversas demandas que ali surgiam (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

O que se depreende desses diversos fatos vivenciados pelos/as profissionais em campo de trabalho e narrados em entrevista, é a materialização da reflexão já mencionada previamente feita por Barroco (2015, p. 624), a partir da qual a autora entende que, em situações de crise social, o conservadorismo encontra ambiente favorável para exercer função de enfrentamento das tensões sociais, contribuindo

assim, direta ou indiretamente, para a apologia do capitalismo e de suas formas de expressão.

Mota e Amaral (1998) ainda na década de 1990, já ressaltavam que, em tempos de reestruturação do capital e cultura de crise, as demandas que se apresentam ao Serviço Social se destacam pela necessidade de estimular a adesão e consentimento da classe trabalhadora às contrarreformas implementadas pelo capital, inclusive àquelas que se colocam contra seus interesses de classe.

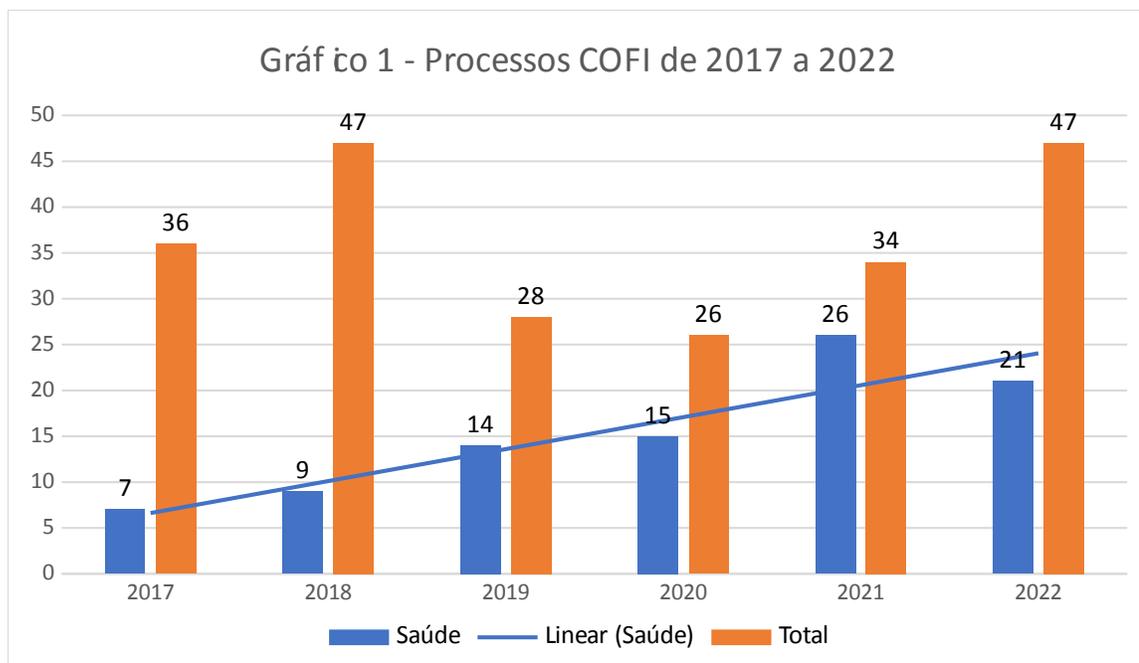
Quanto às implicações dessa conjuntura especificamente sobre a atuação do Serviço Social na política de saúde, Soares (2019, p. 6-7) destaca que, embora o campo da saúde tenha avançado em termos de conquistas legais e políticas com o Projeto de Reforma Sanitária, em virtude de sua trajetória de hegemonia do controle médico e do pensamento conservador, facilmente se presta a práticas pragmáticas que reificam a responsabilização dos sujeitos. Assim, a ascensão do conservadorismo na saúde, assim como no Serviço Social, tende a requisitar que os/as assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre mudanças comportamentais. Para a autora, não é por acaso que grande parte das proposições que representam o conservadorismo na profissão é oriunda de práticas do campo da saúde, como o Serviço Social Clínico ou Terapêutico (Soares, 2017 *apud* Soares, 2019, p. 7).

Na imensa situação de crise ambientada no contexto da pandemia, a orientação do Conjunto CFESS/CRESS foi na direção dos/as assistentes sociais para, a partir de seu arcabouço teórico e ético-político, colocarem-se a serviço da garantia da saúde integral enquanto direito e contribuírem na articulação entre as políticas sociais, visando assegurar o acesso dos usuários aos serviços, programas e benefícios que lhes era direito alcançar. Destaca-se como público alvo desses esforços a população mais empobrecida, a qual foi a mais violentamente atingida pela pandemia de COVID-19 no Brasil, como já demonstrado em capítulos anteriores (CFESS, 2020b, p.4).

Concomitantemente, porém, de forma contraditória, os/as profissionais também foram requisitados/as ao enfrentamento das tensões pela via conservadora e reacionária, que minimizou a atuação profissional a rotinas tarefas, assistencialistas e aligeiradas, visando o mero cumprimento de metas, as quais enfraquecem sua possível

contribuição à prestação da saúde enquanto direito. Consequentemente, possibilitando sua convergência ao que a lógica capitalista na saúde lhe requisita, a saber, uma atuação imediatista, superficial, pontual e assistencialista. É funcional ao capital fragilizar as políticas públicas e preencher o espaço deixado por elas com práticas de despolitização e refilantropização da questão social, ou mesmo reduzir a “solução” dos “problemas” sociais a intervenções individualizantes, formais e burocráticas (Guerra, 2010, p. 721).

Sobre esse aspecto, dados quantitativos fornecidos pela Comissão de Orientação e Fiscalização do CRESS/MA indicam uma sensível repercussão do contexto pandêmico no volume e natureza das denúncias feitas pela categoria profissional, especialmente aquelas oriundas da seara da saúde. O gráfico abaixo traz o volume de processos gerados no âmbito da COFI entre os anos de 2017 e 2022 destacando também a quantidade de processos que tiveram como motivação denúncias no âmbito da política de saúde. Fez-se a opção por abarcar dados dos dois anos anteriores ao recorte temporário desta pesquisa, que é o período de 2019 a 2022, para que seja possível a percepção do impacto da pandemia de COVID-19 sobre os registros de abertura de processos na COFI/CRES-MA, em comparação ao período imediatamente anterior ao contexto pandêmico.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024

A partir dos dados acima coletados em sede de entrevista com equipe da COFI, nota-se que, no que se refere ao número total anual de processos, de 2017 a 2018 houve registro de 36 (trinta e seis) processos em 2017 e 47 (quarenta e sete) em 2018, demonstrando uma tendência de crescimento das denúncias, seja por parte dos/as profissionais, o que aponta para um posicionamento significativo da categoria quanto a denunciar condições de trabalho inadequadas ou atribuições indevidas à categoria, ou ainda por busca ativa da COFI através de visitas de fiscalização.

É importante ter em mente também que, 2017 e 2018 foram os anos do governo de Michel Temer, pós Golpe de 2016, período que testemunhou ataques fortíssimos às políticas sociais e aos direitos da classe trabalhadora materializando uma verdadeira onda de recrudescimento do neoliberalismo em direção a políticas ultraliberais no país, as quais rebateram sobre as políticas sociais e seus usuários, público-alvo do Serviço Social. A tendência de forte crescimento de denúncias e processos no âmbito da COFI certamente é um elemento demonstrativo desse cenário nacional. Note-se também que, o número de processos cuja questão central foi ambientada na Política de Saúde também apresentou tendência de crescimento nesse período, dando sinais de

sensibilidade aos avanços das políticas ultraliberais e sua lógica de gestão e implementação.

Já entre os anos de 2019 e 2022, recorte temporal principal desta pesquisa, os dados informados se mostram interessantíssimos. Se observarmos o total de processos abertos a partir de 2019, notaremos que a tendência de crescimento apontada nos anos anteriores não se manteve nos dois primeiros anos de pandemia. Em 2019 foram registrados 28 (vinte e oito) processos e em 2020 foram abertos 26 (vinte e seis). Essa queda em relação aos anos anteriores, ainda que o número de processos abertos tenha sido significativo, pode ser atribuída à dificuldade que as restrições sanitárias do período de pandemia impuseram ao trabalho da COFI, notadamente à realização de visitas presenciais às unidades de saúde e aos/às profissionais que nelas desempenhavam suas funções. Esse decréscimo também pode ter relação com a dificuldade de comunicação direta em sentido inverso, a partir dos profissionais com a COFI, pelas mesmas razões.

Deve-se ter em conta que o ano de 2020 foi especialmente difícil. Além do número crescente de óbitos noticiados diariamente, da pouca informação que se tinha sobre a doença, suas formas de contaminação e disseminação, possibilidades de tratamento e limitações à circulação de pessoas, as incertezas de modo geral impuseram necessário processo de adaptação ao trabalho nos diversos espaços sócio-ocupacionais, tanto dos/as trabalhadores/as do Serviço Social para conseguirem ofertar atendimento aos usuários, quanto da própria COFI para permanecer desenvolvendo as atividades de orientação e fiscalização do exercício profissional.

Quanto ao volume de processos que teve a Política de Saúde como *locus de origem* teve-se, em contrapartida, não apenas a manutenção da tendência de crescimento dos anos anteriores, mas também, um grande salto quantitativo. O ano de 2019, por exemplo, registrou 14 (quatorze) processos da área da saúde, o dobro do que o registrado em 2017, representando 50% do total de processos abertos naquele ano. O ano de 2020, por sua vez, além de contabilizar aumento em relação a 2019, 15 processos da área da saúde, estes representaram cerca de 57,7% dos processos abertos naquele ano.

Compreende-se que tal salto quantitativo dos processos abertos tendo como âmbito a Política de Saúde reflete o que foi comentado pelos/as entrevistado/as nesta pesquisa e experienciado pelos profissionais nas unidades de saúde, o significativo aumento das requisições indevidas aos profissionais do Serviço Social, nos termos já discutidos anteriormente. Reflete também o aumento das denúncias dos/as profissionais que, a partir do exercício da interpretação crítica da situação vivenciada naquele período, assim como das orientações fornecidas pelo conjunto CEFESS/CRESS e pela COFI, puderam denunciar e levar ao conhecimento da Comissão de Organização e Fiscalização as demandas indevidas requeridas pelas unidades empregadoras, assim como as inadequações para o desempenho do trabalho, dentre outras denúncias.

Conforme Ofício CRESS 0001/2023 (Apêndice C), dos 26 (vinte e seis) processos abertos em 2020, 13 (treze) foram por atribuições alheias à profissão. Entre as principais denúncias e requisições de atribuições incompatíveis com a profissão oriundas da área de saúde, estavam: ausência de EPI's para os profissionais do Serviço Social, reclamações sobre escalas de trabalho, redução de equipe em comparação com o volume de demandas institucionais, repasse de boletim médico, comunicação de óbitos e documentação de corpos, dentre outras.

Entre os anos de 2021 e 2022, segundo e terceiro anos de pandemia, registrou-se manutenção da tendência de crescimento no que se refere ao volume total de processos, assim como em relação aos da área da saúde. Em 2021 foram abertos 34 (trinta e quatro) processos, destes, conforme Ofício CRESS 0001/2023 (Apêndice C), 14 (quatorze) foram por atribuições indevidas, leve aumento em comparação com o ano anterior. Em 2021 foram abertos 26 (vinte e seis) que tiveram como *lócus* de denúncia a Política de Saúde, sendo esse o maior volume anual de processos tendo como origem a área da saúde durante todo o período de pandemia de COVID-19, quantidade idêntica ao volume total de processos do ano anterior, representando cerca de 75,5% do total de processos abertos em 2021.

Este pico pode ser atribuído, além de outros fatores, ao acirramento das pressões para a categoria assumir funções que não lhe competiam, maior entendimento por parte da categoria de quais seriam suas atribuições e competências na

particularidade da pandemia, maior clareza quanto às requisições indevidas e, portanto, maior embasamento para resistir às demandas dos empregadores e comunicar as situações à COFI. Além disso, a expertise desenvolvida pela COFI, àquelas alturas, para o alcance dos profissionais e unidades de saúde e assim colher as denúncias dos profissionais, apesar das restrições características do período de pandemia.

Já quanto a 2022, chama a atenção o fato de que, naquele ano, voltou-se a atingir volume de processos acima das quatro dezenas, registrando-se 47 (quarenta e sete) ao todo, mesmo patamar de 2018. Conforme Ofício CRESS 0001/2023 (Apêndice C), destes, 7 (sete) foram sobre atribuições incompatíveis com a profissão, primeira queda em três anos, contabilizando 50% do registrado no ano anterior. Quanto aos processos oriundos da área da saúde, registrou-se a primeira queda em número total de um ano comparado ao anterior, o que não ocorria desde 2017. Apesar disso, manteve-se patamares elevados de registros, superiores ao primeiro ano de pandemia e a todos os anos anteriores. Os 21 (vinte e um) processos abertos em 2022 tendo como origem a área da saúde somaram exatamente o triplo do registrado em 2017.

Conforme Ofício CRESS 0001/2023 (Apêndice C), entre as principais denúncias e requisições de atribuições incompatíveis com a profissão em 2022 estavam: regulação de leito, solicitação de ambulância, responsabilidade pela guarda de declaração de óbito, identificação de corpos em morgues, solicitação de exame médico, dentre outros.

Note-se que, no Brasil, o ano de 2022 foi crucial para mudar os rumos da pandemia. Como demonstrado em capítulos anteriores, a população, após grandes embates e resistência do Governo Federal, passou a ter acesso progressivo às vacinas e os números de óbitos, concomitantemente ao aumento da cobertura vacinal, começaram a reduzir. O fim ou controle da pandemia passava a ser uma possibilidade, ainda que distante. É possível que, naquele contexto, a categoria, assim como as unidades empregadoras, já estivessem mais adaptadas às características da pandemia de COVID-19, assim como o entendimento quanto às atribuições e competências reais dos/as assistentes sociais começava a dar sinais de maior solidificação entre profissionais e empregadores, o que pode ter contribuído para uma leve diminuição no número de processos abertos na COFI.

Não se pode olvidar, porém, que a subnotificação, a desistência de profissionais quanto ao desempenho da dura tarefa de resistir às pressões das unidades empregadoras, assim como a aceitação sem críticas das demandas indevidamente atribuídas à categoria, também podem ter sua parcela de contribuição na queda de registros e processos abertos referentes à área. Estas mesmas razões também podem figurar como elementos que contribuíram para que o volume de denúncias e processos abertos ao longo desses anos de pandemia não fosse ainda maior do que o registrado.

Sabe-se que a distribuição de serviços e profissionais no Sistema Único de Saúde sofre desequilíbrio de disponibilidade, assim como de qualidade de prestação, quando analisadas as capitais e o interior dos estados, assim como quando analisados estados e regiões do Brasil, divergências que resultam da histórica e desigual distribuição de riquezas no país. Destaca-se nesse contexto o estado do Maranhão que, com um dos índices de desenvolvimento humano mais baixos no país (0, 639) e população estimada para 2021 de 7.153.262 pessoas, (IBGE, 2023), possui 6.799 estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2023c).

Diante desse quadro, indagou-se à COFI se foi possível identificar características distintas entre as demandas ou denúncias oriundas da capital, São Luís e aquelas provenientes do interior do estado. A este respeito comentou a/o entrevistada/o que, quanto à natureza das demandas não foi possível identificar diferenças significativas, mas destacou dois aspectos bastante relevantes: o impacto do quantitativo menor de profissionais no interior do estado, assim como a deficiência no acesso a equipamentos de proteção individual (EPI's).

Conforme agente fiscal, o quantitativo de profissionais atuantes nas unidades de saúde do interior do estado, em comparação com as da capital é significativamente menor, o que expõe tais profissionais a cargas de trabalho expressivas. Acrescenta-se a esse quadro os vínculos precarizados, assim como a dupla ou tripla jornada de trabalho, em que profissionais assumem unidades tanto da Saúde como de outras políticas, destacadamente da Assistência Social, visando melhor qualidade de rendimentos e de vida. Somou-se ainda a precária garantia de proteção aos profissionais atuantes na linha de frente do combate à pandemia, os quais, no interior

do estado, não dispunham de fiscalização próxima e atuante das entidades responsáveis e, para não perder seus postos de trabalho foram submetidos a condições de exercício profissional inseguras.

Nesse sentido, obteve-se o seguinte comentário:

Foi bem parecido, só que assim, o agravante do interior é porque o quantitativo de profissionais era menor. Então assim, quando há um quantitativo menor de profissionais nessas unidades de saúde ele acabava fazendo um milhão de coisas e os vínculos mais ainda precarizados. Então assim, não vou dizer que não tenha vínculos precarizados na capital, tem muitos, mas no interior isso é muito mais. Ele assumia tanto a área da Saúde como a área da Assistência, então tinha que se dividir nesses espaços, porque também isso foi uma situação que a gente recebeu muito, foi que os profissionais que estavam nos municípios eles não tinham todos os equipamentos à disposição, existia a falta então. Esses EPIs eles ficavam escassos. Então, tinha uma certa dificuldade porque também não tinha uma fiscalização direta nesses hospitais, que é diferente daqui da capital que acabava que a vigilância estadual estava muito próxima, e lá nos municípios... Então assim, a fragilidade era nesse sentido, da desproteção desses profissionais que estavam na ponta e acabavam assumindo *n* funções pelo quantitativo mínimo de profissionais que tem. Essa foi uma grande diferença. Não que aqui tenha um quantitativo imenso, mas, se você for ver em proporções entre capital e interior, nem se compara em quantitativo de profissionais (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Neste aspecto, é fundamental chamar a atenção para a manifesta precarização do trabalho sentida na carne pelos profissionais, a qual, já vivenciada antes da pandemia de COVID-19, acirrou-se ainda mais no contexto pandêmico. Os profissionais se viram obrigados a submeterem-se a empregos flexíveis, precários e inseguros, tanto no que se refere à proteção de seus trabalhos e de suas fontes de subsistência, como inseguros para a própria saúde e à vida desses profissionais. Já dizia Pochman (2001) sobre os impactos da terceirização e flexibilização da economia no mercado de trabalho que, além da redução dos postos de trabalho e do aumento do desemprego, as possibilidades de absorção pelo mercado de trabalho, por meio de empregos assalariados regulamentados diminuem e aumentam as possibilidades de inserções em posições mais precárias. Neste sentido, situação mais grave é observada quando o setor público e o privado são postos em perspectiva.

Perguntou-se à COFI se foi possível identificar peculiaridade entre as denúncias oriundas do setor público e aquelas provenientes do setor privado em saúde. Comentaram as/os agentes fiscais que, nesse aspecto, a sobrecarga de demandas

para equipes insuficientes foi uma denúncia recorrente oriunda do âmbito privado, chegando inclusive a haver denúncia de unidade de saúde de grande porte no setor privado da capital que não dispunha de assistente social, mas, direcionava ao auxiliar administrativo o atendimento de demandas que seriam competentes a um/uma profissional do Serviço Social. Disseram as/os agentes que,

Sim, geralmente nas instituições privadas a equipe é muito reduzida, então elas tinham que dar conta de várias demandas... que houve, pelo menos, um investimento maior, do que a gente percebe, no quantitativo de profissionais na área pública, nas instituições de natureza pública têm um quantitativo maior de profissionais. Então, houve sim uma sobrecarga dos profissionais que estavam no âmbito privado, inclusive com instituições de grande porte, por exemplo, da Unidade X que nem profissionais tinha. Então, essas demandas ficavam represadas ali pela própria inexistência do profissional (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Inclusive teve até denúncia de que estava sendo substituído por um administrativo, que a gente até foi lá, né. De excesso de demanda começou mais a intensificar assim foi no Hospital Y, no privado, porque a equipe reduziu e começou a ir muitas demandas pra elas e elas reclamavam muito disso aí (Agente fiscal 1, Entrevista 2, Apêndice B).

Também se indagou a COFI quanto à percepção de características distintas entre as demandas oriundas dos diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde. Comentou agente fiscal que as demandas se iam apresentando mais complexas de acordo com o nível de complexidade do Sistema, assim como as denúncias levadas ao conhecimento da COFI. A este respeito informou que,

[...] em cada nível de complexidade, apesar de serem ações similares, demandam especificidades do profissional. Por exemplo, o profissional que atua em unidade de grande porte, que tem UTI determinou determinadas requisições que chegaram pra nós enquanto COFI que não tem em uma unidade que fez só a questão da triagem da COVID, por exemplo. Foi o que aconteceu muito em Unidades Mistas que se transformaram em Centros de Triagem, que tinham assistentes sociais. As demandas iam se complexificando de acordo com o nível da unidade (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Nesse diapasão, é importante destacarmos as peculiaridades da alta complexidade que, conforme Leal e Castro (2017, p. 215) é um nível de atenção em saúde que guarda fortes marcas do modelo biomédico de atenção, mantendo-se centrado na doença e constituindo-se um *lócus* privilegiado de ações que envolvem

grande volume de capitais, tecnologias e equipamentos, fomentando uma lógica privatista, tanto na atenção direta aos usuários, quanto na gestão dos serviços.

A alta complexidade em saúde, conforme Campos e Lemos (2021, p.12), especialmente no Sistema Único de Saúde, tem sido alvo dos avanços neoliberais, especialmente sob a forma dos novos modelos de gestão que implementam a lógica privatista de mercado na gestão dos serviços e equipes de saúde. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para gerir os hospitais universitários sob lógica notadamente empresarial/privatista é um exemplo desse processo, assim como sua versão local, a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH).

Implementar a saúde integral torna-se, assim, um desafio ainda maior na alta complexidade, uma vez que é um nível de atenção em saúde onde o embate entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista aliado ao mercado estão em “franco” duelo por hegemonia. Nesse contexto, o Serviço Social se propõe a contribuir estrategicamente para o fortalecimento da atenção integral, especialmente no incentivo à consideração dos determinantes sociais da saúde, no estímulo à atuação interprofissional e intersetorial, assim como no fortalecimento da gestão democrática dos serviços de saúde com efetivo controle social. Porém, ao mesmo tempo, é constantemente pressionado pela lógica privatista fomentada pelos novos modelos de gestão neoliberal, a qual avança como rebatimento da contrarreforma do Estado Brasileiro sobre a política de saúde.

Esses novos modelos de gestão, ao contrário do que, majoritariamente, o Serviço Social propõe, demandam da categoria atuação assistencialista e superficial, compartimentalizada, acrítica e imediatista, lógica essa que aponta para perspectivas conservadoras, hegemonicamente já rejeitadas pela profissão, revelando assim, mais uma vez, no contexto de trabalho do Serviço Social, expressões do conservadorismo reacionário fortalecido no Brasil.

Como indicam os dados da COFI, as motivações que mais se sobressaem para abertura de processos são aquelas relacionadas a atribuições indevidas, sendo que a questão da carga horária de trabalho também é um tema recorrente. Nesse contexto, a origem das demandas indevidas, ou seja, quais sujeitos as demandavam do Serviço

Social, também foi objeto de questionamento. Perguntou-se à COFI se tais atribuições indevidas eram solicitadas apenas por empregadores ou também por usuários e outras categorias profissionais. Nesse sentido, comentou o/a entrevistado/a que,

[...] geralmente sempre chega essa demanda equivocada que vem do próprio usuário que vem ao Serviço Social buscar uma informação que ele deveria ter perguntado para o médico ou para a enfermeira. Mas, pela questão da comunicação que muitas vezes é fragilizada nesses espaços, às vezes o médico lá no interior mal chega a olhar o usuário e vai dar uma informação? “Não, o senhor tem isso”, pronto. Como o profissional do Serviço Social acaba ficando mais próximo, essa questão do diálogo é mais facilitada, muitas vezes ele é requisitado pra isso, mas, não que isso demande uma atividade que caracterize como uma atividade indevida, fica muito mais como o papel mesmo de orientação, de designação de onde essa pessoa pode buscar, mas, de fato, as principais demandas elas são oriundas da falta de entendimento do gestor a respeito das funções do Serviço Social (Agente fiscal 2, Entrevista 2, Apêndice B).

Como bem colocado pelo/a entrevistado/a, sabe-se que atribuições incompatíveis com o Serviço Social são recorrentemente levadas aos profissionais por diversos sujeitos que compõem os espaços sócio-ocupacionais ocupados por assistentes sociais, porém, é de fundamental importância discernir e distinguir criticamente as motivações dos usuários, ao demandarem tais atribuições aos profissionais do Serviço Social, das motivações e perspectivas dos gestores de políticas, assim como dos empregadores. É distinta a motivação e distinto o entendimento do usuário que busca o Serviço Social com uma demanda que não é característica da categoria, mas o faz em busca de orientação e direcionamento, da perspectiva do gestor de unidade ou empregador que decide atribuir e direcionar ao/à assistente social demanda que não compete à sua categoria.

Sabe-se que permanece no imaginário de parcela significativa da população, tanto da classe trabalhadora, que é, majoritariamente, o público alvo das políticas nas quais trabalham assistentes sociais, assim como da classe dominante, aquela noção a respeito do Serviço Social que foi gestada nos primórdios da categoria, marcada pela boa vontade, solidariedade e voluntarismo que, muito frequentemente leva usuários/as a recorrerem aos profissionais do Serviço Social para obter suporte na satisfação de suas demandas. Ou ainda, como bem colocou um/a dos/as entrevistado/as, por conta de o assistente social desenvolver de forma mais acolhedora e empática o recebimento

das demandas dos/das usuários/as, o que por diversas oportunidades este usuário não obtém de outras categorias, especialmente na política de saúde. Assim, o/a assistente social termina por se tornar uma referência para os/as usuários/as obterem informações e orientações, o que faz com que as mais diversas demandas sejam levadas ao Serviço Social.

Porém, neste aspecto, as demandas que vêm dos usuários, ainda que incompatíveis com as atribuições dos assistentes sociais, figuram mais como necessidade de esclarecimentos e oportunidade de o profissional desenvolver trabalhos de orientação e encaminhamentos, do que demandas indevidas de fato. O que não se pode dizer das atribuições reconhecidamente impróprias à categoria, direcionadas e demandadas por gestores e empregadores.

Neste outro aspecto, o sujeito que demanda ao Serviço Social atribuições indevidas, seja gestor de política ou de unidades de atendimento, o faz a partir de uma perspectiva equivocada, fincada em uma noção predominantemente neoliberal, conservadora e reacionária da profissão. Como dito anteriormente, o contexto da pandemia de COVID-19, tanto em seu aspecto sanitário quanto político e econômico, favoreceu o resgate e o fortalecimento dessas perspectivas, na medida em que se passou a demandar dos profissionais do Serviço Social, com muito mais força e frequência, o desempenho de uma atuação imediatista, superficial, acrítica e assistencialista.

Ainda neste sentido, no que tange à política de saúde, a COFI ainda acrescentou uma demanda recorrente ao Serviço Social fortalecida no contexto da pandemia, qual seja, a atuação de assistentes sociais em núcleos de regulação de leitos. Comentou que,

[...] está muito forte agora a questão da participação do Serviço Social nos núcleos de regulação com uma função direta relacionada a essa identificação e regulação de um município para outro, claro que tem uma atividade ali que é inerente ao Serviço Social, mas, muitas vezes, ela está direcionada para uma outra função que não é aquilo que o Serviço Social pode contribuir nesse trabalho da regulação. Então, essa demanda ela vem muito forte mesmo é do órgão empregador (Agente fiscal 2, Entrevista 2, Apêndice B).

Por fim, questionou-se aos membros da COFI participantes nesta pesquisa quanto aos fatores que mais contribuíram para a existência das demandas registradas e transformadas em processos no âmbito da Comissão no período de 2020 a 2022, assim como para o assentimento de demandas indevidas por parte de profissionais do Serviço Social. Os/as entrevistados/as destacaram principalmente a fragilidade dos vínculos empregatícios e a fragilidade da formação dos profissionais. É fundamental, porém, apreender esses fatores a partir de suas determinações estruturais na sociedade capitalista.

Quanto ao impacto da fragilidade na formação dos profissionais, comentou entrevistados/a que,

Existia um diferencial entre os profissionais com essa formação que a gente defende, que é uma formação presencial, uma formação que condiz com todos os elementos que, de fato, a gente defende para o Serviço Social, e a gente sabe que, aqueles profissionais que tiveram essa fragilidade na formação acadêmica, essa fragilidade veio muito latente na pandemia, porque apareceram inúmeras situações que eles poderiam ter resolvido dentro de seu espaço de trabalho se entendessem qual era sua função dentro daquele espaço, se conhecessem as normativas profissionais, se você entendesse qual é a natureza do Serviço Social nos espaços. Então, teve muita coisa que veio pra a gente como discussão e reflexão sobre as atribuições indevidas, mas, a gente percebia essa fragilidade do profissional. E aí fazia com que a gente fosse lá fazer todo esse processo de capacitação, de orientação com aquele profissional pra que ele pudesse caminhar com as próprias pernas dentro da instituição. Acho que um elemento muito importante foi isso (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Entende-se aqui a fragilidade na formação de assistentes sociais como um resultado claro da mercantilização do direito à educação, com destaque para a educação superior. A captura da formação em Serviço Social pelo capital através da modalidade de educação à distância dificulta a formação crítica dos alunos e resulta na entrega de profissionais à sociedade com pouca capacidade de compreender os próprios fundamentos históricos e ético-políticos da profissão. Por conseguinte, tais profissionais apresentam pouca habilidade para utilizar esses fundamentos no desenvolvimento de uma atuação criticamente orientada conforme os posicionamentos de classe majoritários na categoria, dentro da autonomia relativa que possui, assim

como para resistir às pressões existentes nos espaços sócio-ocupacionais, questionando e se contrapondo à lógica capitalista neles presente.

Escrevendo sobre alienação e crítica na trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, Martinelli (2011 p.126) destaca que a expectativa que a classe dominante tem quanto ao trabalho do Serviço Social relaciona-se com a identidade atribuída à categoria, a qual é fundada na sua função econômica e ideológica, ou seja, no que pode ser útil para responder às exigências do capital, mais do que na sua função social, a qual, numa verdadeira inversão de valores, muito própria da ética reificada burguesa, se descaracteriza até o limite da sua indeterminação. A reflexão da autora corrobora nosso entendimento de que, a fragilidade na formação acadêmica dos profissionais, como apontou a COFI, é certamente um elemento que possibilita essa indeterminação dos profissionais quanto à sua função social enquanto assistente social, assim como quanto às possibilidades e impossibilidades de inserção e atuação. Tal indeterminação, inclusive, pela fragilidade na formação ético-política, técnica e identitária dos profissionais formados nessas modalidades de ensino, pode permitir a concreta assunção de funções alheias à categoria, compreendendo-as como se próprias do Serviço Social fossem, e conseqüentemente, naturalizando-as.

Em contextos de crise, como o da pandemia de COVID-19, no qual demandas novas surgiram, assim como velhas demandas foram reatualizadas, muito facilmente pressões conservadoras e reacionárias, como as já discutidas neste estudo, são colocadas sobre o Serviço Social. Tais cenários exigem do/a profissional formação e capacitação críticas e ético-politicamente fundamentadas para, não apenas, identificar tais demandas e, com respaldo teórico e técnico, não as assumir, mas concomitantemente, e principalmente, ocupar os espaços que, de fato, cabem ao Serviço Social e demandam a atuação de seus profissionais, para assim atuar em defesa dos direitos dos/as usuários/as.

Ainda quanto ao elemento da fragilidade na formação profissional, outro aspecto foi ainda salientado, o qual se refere à frágil formação teórica e ético-política que resulta em profissionais que assumem atribuições indevidas à categoria as compreendendo como suas de fato.

Quanto às atividades indevidas que muitas vezes os profissionais abraçam, tem dois pontos: o primeiro é a fragilidade da formação, que eles assumem isso enquanto atividade, por entender que aquilo é atividade do Serviço Social e não conseguir avançar na reflexão do que realmente é atribuição do Serviço Social e desconhecimento, inclusive, dos parâmetros da profissão (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

É fundamental perceber que, aqui residem riscos graves à categoria do Serviço Social produzidos por essa fragilização na formação dos profissionais, como o de enfraquecimento do seu Projeto Ético-Político, de sua orientação de classe, assim como de seus objetivos enquanto sujeito social, resultando em abertura para a proliferação de perspectivas conservadoras e reacionárias no corpo profissional. A fragilidade da formação crítica dos profissionais deixa espaços para o fortalecimento de tendências profissionais internas ao Serviço Social que, à revelia do PEP, se comunicam com os interesses da classe dominante e do capital. Estes buscam instrumentalizar tais profissionais para a consecução de seus fins, assim como permitem o fortalecimento de vertentes internas à categoria que buscam reatualizar perspectivas conservadoras majoritariamente já superadas em uma perspectiva reacionária, aliadas ao projeto conservador burguês de sociedade e não aos interesses da classe trabalhadora.

Quanto à fragilidade dos vínculos empregatícios, por sua vez, o/a entrevistado/a comentou que,

O outro ponto é que os profissionais abraçam essas questões porque são demandados pelas direções e, pelas fragilidades dos vínculos, eles acabam acatando as funções que vêm das instâncias superiores com medo de perder o emprego, justamente pelas fragilidades dos vínculos profissionais (Agente fiscal 2, Entrevista 1, Apêndice A).

Neste aspecto, é clara a incidência da precarização e da fragilização do trabalho contemporâneo, estratégias do capital para manutenção de taxas de lucros e mais-valia, ao mesmo tempo em que fragiliza a organização da classe trabalhadora, na medida em que torna incerta a estabilidade dos vínculos empregatícios e de trabalho, sua única fonte de subsistência. Neste cenário, o exercício profissional crítico torna-se um desafio duplo aos/às assistentes sociais, os/as quais precisam encontrar caminhos para desenvolver seu trabalho de forma ético-politicamente fundamentada, o que significa muitas vezes posicionar-se contra as perspectivas institucionais, ao mesmo

tempo em que precisam manter seus empregos pois, pela fragilidade dos vínculos disponíveis, podem facilmente ser substituídos por outros profissionais os quais, pela necessidade de trabalho ou por outras razões, não ofereceriam resistência às imposições dos empregadores.

Nesse contexto, observa-se também o fenômeno apontado por Guerra (2010, p. 719), dos profissionais com mais de um vínculo de trabalho, o que caracteriza o pluriemprego, a inserção profissional em duas ou mais políticas, rotatividade nos empregos, instabilidade e insegurança. Além de jornadas de trabalho extensas somadas ao sobretrabalho a que as mulheres são submetidas, levando-se em conta que a grande maioria dos/as profissionais do Serviço Social no Brasil são mulheres.

Diante desse cenário, além de fiscalizar o exercício profissional, apurar e intervir nas situações identificadas ou nas denúncias levadas ao seu conhecimento, a Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Serviço Social do Maranhão desempenhou necessário e relevante trabalho de orientação dos/as assistentes sociais e defesa dos fundamentos ético-políticos e direitos da categoria no contexto da pandemia de COVID-19. Conforme Ofício CRESS 0001/2023 (Apêndice C), em 2020 foram elaboradas 06 (seis) notas técnicas, sendo 4 (quatro delas) versando sobre atribuições profissionais, além de 572 (quinhentas e setenta e duas) orientações sobre normativas da profissão.

Em 2021 foram realizadas 2 (duas) sessões de diálogo *online* disponíveis para visualização da categoria no canal do CRESS/MA no YouTube intituladas “Diálogos sobre o Serviço Social, as tecnologias da informação e comunicação e o Serviço Social: Autonomia Profissional e o Serviço Social: do que se trata?” e “Diálogos sobre o Serviço Social: as tecnologias da informação e comunicação e o Serviço Social, as implicações sobre o fazer profissional”. Naquele ano foram realizadas 1.072 (um mil e setenta e duas) orientações sobre normativas da profissão. Em 2022 foram realizadas 581 (quinhentas e oitenta e uma) orientações sobre normativas da profissão.

A COFI também destacou que, no que diz respeito às ações de orientação e defesa da categoria desenvolveu importantes atividades tais como:

[...] envio de documentação às Secretarias Municipais e Estadual de Saúde reivindicando vacinação dos profissionais lotados na política de assistência social e saúde (incluídos como serviço essencial pelo Ministério da Saúde) e participação na mobilização “Em defesa da vida das mulheres”, medida que visa denunciar a violência contra a mulher que se acirrou na pandemia; produção de CARDS em defesa da vacinação, das atribuições profissionais e de suas condições de trabalho. [...] Fez envio de ofícios aos órgãos empregadores, elaboração e divulgação de nota técnica do CRESS/MA e CFESS em defesa da profissão (atribuições profissionais, autonomia e ética). [...] realização de lives sobre condições de trabalho, competência e atribuições, teletrabalho; realização de visitas de fiscalização nos locais de trabalho e via reuniões *online* com os profissionais da saúde e assistência social, Lives: Condições éticas e técnicas dos AS na saúde; Condições de trabalho dos assistentes sociais no INSS em tempos de pandemia (Ofício CRESS 0001/2023, Apêndice C).

Segundo a Comissão de Orientação e Fiscalização do CRESS/MA, a partir das diversas ações implementadas, o Conselho obteve saldo positivo, havendo a regularização de 90% das irregularidades constatadas nas instituições empregadoras, a exemplo da aquisição de sala para atendimento reservado e resguardo de sigilo ou adequação de espaço para esse fim e a retirada de atribuições alheias à profissão.

A Comissão ainda destacou, por meio do Ofício CRESS 0001/2023 (Apêndice C), que o cenário atual de regressão de direitos e avanço do conservadorismo tensiona a intencionalidade ético-política do projeto profissional hegemônico no Serviço Social “tendo em vista as demandas institucionais que se apresentam de forma limitada, hierarquizada, de restrição de recursos e direitos, sendo que, contraditoriamente, o Serviço Social prima pela qualidade dos serviços prestados, defesa dos direitos humanos e sociais”. Destacou ainda que esse tempo convida os/as assistentes sociais a se organizarem politicamente combinado os demais trabalhadores/as para enfrentarem coletivamente todas as formas de opressão. Nas palavras da COFI, “apesar de toda contradição e limites, o Serviço Social vem sendo resistência através das entidades representativas da categoria (CRESS, CFESS, ENESSO, ABEPSS) e de cada profissional que atua nos diversos espaços sócio-ocupacionais e tem compromisso com o Projeto Ético-Político da Profissão” (Ofício CRESS 0001/2023, Apêndice C).

Os dados levantados por este estudo apontam para o desenrolar histórico de desafios profundos para a política de saúde no Brasil e para o Serviço Social. Constatou-se que o SUS permanece como alvo da cobiça do capital, fragmentando a

noção de direito e justiça social que o constituem, a fim de adicioná-lo ao rol de mercadorias a serem comercializadas pelo grande mercado capitalista brasileiro. A gestão da pandemia de COVID-19 operacionalizada pelo governo federal que, aprofundou medidas de fragilização do SUS e fortalecimento do setor privado, evidenciou o acirramento dessa cruel direção para a política de saúde. Passada a pandemia, os desafios que hoje se apresentam ainda mais urgentes são o da luta pelo revigoramento e robustecimento dos movimentos sociais em prol da manutenção e fortalecimento do SUS, assim como em defesa da sua gestão orientada pela lógica do direito e da justiça social.

Quanto ao Serviço Social, constatou-se que a categoria está, mais uma vez, diante de grave ameaça do conservadorismo, enquanto categoria profissional, assim como enquanto sujeito social no contexto brasileiro. Isto porque a ordem capitalista ataca o Serviço Social triplamente, quando fragmenta as políticas sociais nas quais a categoria atua, a nível da formação de seus profissionais, quando mercantiliza a educação superior, comprometendo a assimilação e adesão aos fundamentos ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos do Projeto Ético-político Profissional, assim como quando pressiona os trabalhadores do Serviço Social nos seus espaços sócio-ocupacionais a atuarem sob perspectiva assistencialista, apartada da lógica do direito.

Como um fantasma que volta a fitar a profissão, o conservadorismo em sua face reacionária, aguçado e aprofundado em tempos de pandemia de COVID-19, ronda novamente o Serviço Social e ameaça os avanços ético-políticos historicamente conquistados pela profissão. Os desafios que se apresentam são múltiplos, de ordem urgente e estratégica, e apontam para o necessário engrossamento das fileiras de luta em defesa da educação superior pública, gratuita, autônoma e de qualidade. Apontam com igual urgência para o necessário compromisso individual de cada assistente social e o fortalecimento das entidades representativas de classe, como os Conselhos Regionais de Serviço Social, a fim de que se mantenha a resistência em favor dos direitos dos profissionais do Serviço Social, de condições dignas para o exercício de seu trabalho, assim como em defesa dos princípios e valores ético-políticos que fundamentam seu projeto profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de considerações finais deste estudo, considera-se como premissa que a pandemia de COVID-19 resultou da combinação de determinações sanitárias e sociais profundamente vinculada à reprodução social do sistema capitalista, o qual, a partir de apartações profundas, engendra desigualdades econômicas, políticas e sociais, as quais se expressaram nas condições sanitárias e de acesso à saúde ao redor do mundo. Quando chegou ao Brasil, a pandemia encontrou já em curso um profundo processo de crise e escancarou o padrão autoritário, privatista e conservador-reacionário de regulação ultraliberal em voga, tanto no campo econômico, quanto político, social e cultural.

A COVID-19 estampou nas manchetes de jornal e telas de *smartphones* do país e do mundo os dados de sobrecarga do Sistema Único de Saúde, assim como das perdas evitáveis de tantas vidas. Resultados nefastos de um processo de sucateamento do SUS, das políticas sociais e da Seguridade Social cujas raízes restam fincadas na formação sócio-histórica brasileira, fundada no escravismo, na concentração de terras e negação da reforma agrária, na política de extermínio dos povos originários, dentre outros pilares.

Nessa conjuntura, para além dos determinantes sanitários da doença, os gestores públicos e as equipes convocadas para enfrentamento da pandemia tiveram que, necessariamente, considerar os determinantes sociais particulares da sociedade brasileira, os quais deixaram as populações trabalhadoras, historicamente marginalizadas e excluídas da repartição de riquezas e poder, multiplamente mais vulneráveis à contaminação pelo coronavírus. A estas não lhes foi permitido deixar de ir ao trabalho para proteger-se, adquirir mecanismos de proteção como máscaras e álcool em gel. Famílias e comunidades inteiras em aglomerações periféricas impossibilitadas de realizar o distanciamento social.

Esses elementos estruturais forjaram as faces da pandemia no Brasil, embora o governo de Jair Bolsonaro, com o negacionismo e a desumanidade que lhe foram característicos, insistisse em ignorá-los e prosseguisse com medidas de mitigação do SUS e privilegiamento do setor privado.

Nessa conjuntura, a categoria do Serviço Social, chamada ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 inseriu-se em particular condição, especialmente porque, orientada por seu Projeto Ético-Político, atua na política de saúde exatamente para, a partir da identificação dos determinantes sociais presentes no processo saúde-doença, elaborar estratégias para seu enfrentamento. O Serviço Social atua sob lógica diversa daquela exigida pelo capital para a política de saúde. Vimos que, enquanto a lógica capitalista, sob perspectiva conservadora, demanda assistentes sociais para atuação imediatista, superficial e assistencialista, que responsabiliza e culpabiliza os sujeitos pelos infortúnios que lhes sobrevêm, o Projeto Ético-Político do Serviço Social aponta à direção da ação profissional crítica, ético-politicamente fundamentada, que compreende a saúde como direito de todos e dever do Estado, e que, na medida da sua autonomia, defende os direitos e interesses dos usuários.

Tem-se, portanto, que, a inserção do Serviço Social na linha de frente contra a pandemia de COVID-19 se deu no vértice do antagonismo entre o projeto capitalista para a saúde e o projeto de Reforma Sanitária, o qual originou o Sistema Único de Saúde e ainda luta por espaço no interior do próprio SUS.

Os dados reunidos pela Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Serviço Social do estado do Maranhão no período de 2020 a 2022 analisados nesta pesquisa revelaram que esse embate se acirrou durante a pandemia. As demandas direcionadas ao Serviço Social durante aquele período permitiram a identificação desse acirramento e com, bastante evidência, a forte tendência reacionária de resgate de noções conservadoras a respeito do Serviço Social, de suas atribuições e de seus objetivos profissionais. A pesquisa de campo revelou que houve repercussão significativa do contexto da pandemia de COVID-19 nas demandas direcionadas aos/às assistentes sociais atuantes nas unidades de saúdes e, conseqüentemente, nas denúncias e processos abertos junto à Comissão de Fiscalização naquele período.

Essa repercussão caracterizou-se principalmente pelo resgate de demandas historicamente reconhecidas como indevidas à profissão, as quais foram reatualizadas no cenário pandêmico, assim como pela criação de novas demandas, estas peculiares à emergência sanitária, porém, igualmente marcadas pela natureza conservadora e reacionária presente na conjuntura social daquele período.

O forte direcionamento de demandas como a comunicação de boletim médico e de óbito, as quais são, de longa data, alvo de orientações e esclarecimentos do conjunto CFESS/CRESS, situando-as fora do escopo de competência do Serviço Social, foi acompanhado pelo incremento da tendência de conferir tarefas de natureza meramente administrativa aos assistentes sociais. Tendência esta materializada na demanda por guarda de pertences e objetos pessoais nas salas do Serviço Social, controle da identificação de cadáveres, assim como da liberação desses aos familiares, regulação de leitos e ambulâncias, controle do acesso a prontuários e demais documentações, dentre outras dessa natureza.

A pesquisa revelou também que, a situação de grande emergência e tensão produzida pela pandemia foi, em grande medida, utilizada como justificativa para a convocação de assistentes sociais a se responsabilizarem por tais demandas indevidas, acompanhada do discurso da ajuda e da boa vontade como razão para tais demandas serem direcionadas ao Serviço Social. O repentino e grande volume de internações e óbitos demandou o trabalho de mais profissionais do que as unidades de saúde dispunham. Uma vez que aquelas demandas teriam que ser assumidas por algum profissional, a categoria do Serviço Social foi a “escolhida” para, como um profissional que “faz tudo” e resolve todos os “problemas”, dar conta de tais tarefas.

A atribuição de tais demandas ao Serviço Social e ainda, a utilização do discurso da ajuda como justificador e legitimador desse movimento, atesta que mantém-se presentes no imaginário coletivo de gestores da área da saúde, concepções conservadoras sobre a categoria, vinculadas aos primórdios da profissão, as quais se caracterizam pelo desempenho de atividades assistencialistas, administrativas e emergenciais, assim como pelo voluntarismo da ação social da Igreja Católica, boa vontade e caridade, as quais, pelo menos hegemonicamente, já foram renunciadas pela profissão. O resultado do trabalho do Serviço Social não é prover ajuda e assistencialismos mas, garantir direitos.

Tal direcionamento de demandas não apenas evidencia o resgate de noções conservadoras do passado da categoria, mas também o conservadorismo enraizado nas novas demandas características do contexto da pandemia de COVID-19, expressando assim, nos espaços e processos de trabalho dos assistentes sociais

atuantes na área da saúde, a tendência conservadora e reacionária presente nos âmbitos econômico, político e social acirrada naquele período.

Revelam ainda a natureza reacionária desse movimento, que não apenas resgata e atualiza noções, concepções e tendências conservadoras, mas demanda uma atuação profissional que se distancia dos reais objetivos do Serviço Social na saúde, que fragiliza a noção da saúde como direito e objeto de política pública, fortalece a noção da política como ajuda e se alia à lógica fragmentadora, regressiva e mesmo supressora dos direitos e garantias sociais. Tais concepções se associam aos propósitos fragilizadores, reducionistas e reacionários do capital para a política de saúde e para o SUS, os quais exigem do/a assistente social a mera execução imediatista, acrítica, superficial e despolitizada de tarefas, que se distancia do Projeto Ético-Político da profissão.

Ainda quanto às implicações do contexto pandêmico nos processos de trabalho do Serviço Social destacaram-se as infrações ao direito de resguardo do sigilo profissional, motivadas pela presença e circulação de um quantitativo maior de profissionais em espaços onde antes atuava uma quantidade menor de trabalhadores, assim como a destinação das salas do Serviço Social para outros fins que não o atendimento sigiloso dos usuários, a exemplo da guarda de pertences pessoais de usuários internados e familiares (acompanhantes ou visitantes). No contexto da pandemia, as instituições, em medida significativa, deixaram de manter esses espaços sigilosos de atendimento, os quais, já precários, se tornaram ainda mais precarizados.

No que se refere às denúncias encaminhadas à Comissão de Orientação e Fiscalização do CRESS-MA, os dados quantitativos indicam sensível repercussão do contexto pandêmico no volume e natureza das denúncias feitas pela categoria profissional. Essas denúncias resultaram em processos abertos entre os anos de 2019 a 2022, com significativo impacto no volume daqueles oriundos do âmbito da saúde, especialmente se comparados ao período imediatamente anterior à pandemia, aqui tomados como referência os anos de 2017 e 2018.

Os registros apontaram que, nos dois anos anteriores à pandemia já se experimentava uma tendência de crescimento de comunicações e denúncias de irregularidades nos espaços de trabalho dos assistentes sociais, aqui compreendida

como reflexo dos fortíssimos ataques às políticas sociais e aos direitos da classe trabalhadora impetrados pelo governo de Michel Temer, os quais materializaram verdadeira onda de recrudescimento do neoliberalismo em direção a políticas ultraliberais no país. Entre 2019 e 2022, porém, testemunhou-se forte impacto do contexto pandêmico no volume e na natureza das denúncias e processos abertos na COFI.

Inicialmente, entre 2019 e 2020 o volume total de processos abertos diminuiu, enquanto o número de processos no âmbito específico da saúde deu um salto de crescimento chegando a representar 50% do total de processos abertos em 2019 e 57,7% em 2020. Tais dados indicam o impacto das limitações impostas pela pandemia no número total de processos, o qual regrediu. Porém, apontam concomitantemente, o incremento das situações de irregularidade nos espaços ocupacionais do âmbito da saúde, os quais, pela emergência sanitária, experimentavam repercussões diretas, mudanças e adaptações. Essa marca também pode sugerir maior engajamento da categoria atuante no âmbito da saúde em dar conhecimento à COFI quanto às situações de irregularidade experimentadas. Naquele período, entre as principais denúncias e requisições de atribuições incompatíveis com a profissão oriundas da área de saúde, estavam: ausência de EPI's para os profissionais do Serviço Social, reclamações sobre escalas de trabalho, redução de equipe em comparação com o volume de demandas institucionais, repasse de boletim médico, comunicação de óbitos e documentação de corpos, dentre outras demandas indevidas.

Nos anos seguintes, de 2021 a 2022, o quantitativo total de processos abertos voltou a crescer, chegando, em 2022, a patamares semelhantes à 2018, enquanto os processos na área da saúde continuaram em franco crescimento. O ano de 2021 registrou o maior volume anual de processos tendo como origem a área da saúde, de todo o período de pandemia de COVID-19, representando cerca de 75,5% do total de processos abertos. Tal foi o crescimento de processos oriundos da área da saúde que, em 2021 alcançaram quantidade idêntica ao volume total de processos do ano anterior. Em 2022 os processos cujo *locus* de origem foi a área da saúde apresentaram leve queda, porém, mantiveram-se em patamares superiores em mais que o dobro, quando comparados ao período pré-pandêmico.

Este pico de registros pode ser relacionado, além de outros fatores, ao acirramento das pressões para a categoria assumir funções que não lhe competiam, maior compreensão por parte da categoria quanto às suas atribuições e competências no contexto particular de enfrentamento à pandemia, maior clareza quanto às requisições indevidas e, portanto, maior embasamento para resistir às demandas dos empregadores e comunicar irregularidades à COFI. Lembremos que, apesar dos óbices, a CRESS-MA, a COFI e, em âmbito nacional, o CEFESS, empreendiam esforços na orientação dos profissionais. Além disso, a expertise desenvolvida pela COFI já naquele terço da pandemia contribuía para o alcance dos profissionais e unidades de saúde e para a captura de denúncias, apesar das restrições sanitárias ainda presentes. Entre as principais denúncias e requisições de atribuições incompatíveis com a profissão em 2022 estavam: regulação de leito, solicitação de ambulância, responsabilidade pela guarda de declaração de óbito, identificação de corpos em morgues, solicitação de exame médico, dentre outros.

Tendo em vista a histórica desigualdade na disponibilização de serviços de saúde entre capitais e cidades do interior dos estados no Brasil, cenário no qual o estado do Maranhão ocupa lamentável posição de destaque, foi objeto de questionamento desta pesquisa a possibilidade de haverem sido identificadas características distintas entre as demandas e denúncias oriundas da capital, São Luís, e aquelas provenientes do interior do estado.

Como resultado tem-se que, quanto à natureza das demandas, a COFI não identificou diferenças significativas, mas, destacou dois aspectos bastantes relevantes que manifestam o acirramento da precarização do trabalho no contexto pandêmico, quais sejam: o impacto do quantitativo significativamente menor de profissionais no interior do estado, o que expôs tais profissionais a cargas de trabalho expressivas, em sua maioria com dupla ou tripla jornada de trabalho, com vínculos precarizados, assim como a deficiência no acesso a equipamentos de proteção individual, os quais, para manterem seus postos de trabalho e fontes de subsistência, foram submetidos a condições de exercício profissional inseguras.

É importante destacar também que, tomando em comparação os setores público e privado, este último, durante a pandemia, destacou-se pelas denúncias de sobrecarga

de trabalho para equipes insuficientes nas unidades de saúde ou até mesmo a completa inexistência de profissionais do Serviço Social em algumas unidades, ausência esta acompanhada pela tentativa de utilização de profissionais de outras categorias para atuarem como assistentes sociais.

Ao lado da precarização do trabalho e dos vínculos empregatícios enfraquecidos, a fragilidade teórica e ético-política na formação profissional também foi destacada pela COFI como fator contribuinte para o aceite de demandas indevidas por parte de profissionais do Serviço Social. A mercantilização do direito à educação, destacadamente da educação superior e, nesse contexto, a captura da formação em Serviço Social pelo capital, em especial na modalidade de educação à distância, dificulta a formação crítica dos alunos e resulta na entrega de profissionais à sociedade com pouca capacidade de atuar conforme os fundamentos ético-políticos da profissão e, por conseguinte, com pouca habilidade para utilizá-los, dentro da autonomia relativa que possuem, para resistir e se contrapor à lógica capitalista nos espaços de trabalho. Tem-se aí uma abertura para a proliferação de perspectivas conservadoras e reacionárias no seio da profissão e uma ameaça de enfraquecimento do Projeto Ético-Político Profissional, abatimento de sua orientação de classe, assim como de seus objetivos profissionais enquanto sujeito social.

Considera-se que, tais resultados, nesta pesquisa, evidenciam significativos desafios que se impõem às políticas sociais, aqui em destaque à política de saúde, assim como ao Serviço Social enquanto categoria profissional e sujeito na estrutura societária brasileira.

No que se refere à saúde enquanto política social, tais desafios se evidenciam à medida que se acirram a desconfiguração e despolitização da questão social, cada vez mais naturalizada e distante do debate público e político. As políticas sociais apreendidas sob perspectiva conservadora, a exemplo do que historicamente vem se dando com o SUS e de como se provou agravada na forma como o governo federal conduziu a política de saúde durante a pandemia, tornam-se cada vez mais dissociadas da perspectiva da justiça social e do direito.

Resultado disto é que as políticas sociais sofrem cada vez mais a desconstrução da lógica de direito que as impulsionou, a qual tem fundamentos na Constituição

Federal e nos demais ordenamentos que lhe seguiram. Fortalecida a lógica do capital, e a despolitização da questão social, as políticas sociais vivenciam a corrosão de seus financiamentos, estruturas, serviços, programas e benefícios, a ponto de serem tidas como insuficientes ou incapazes de promover o enfrentamento à questão social.

Essa função, numa manobra que congrega escolhas políticas e econômicas, é muito rapidamente, e em boa parte, transferida ao mercado, que a torna fonte de lucro, e à própria sociedade civil responsabilizada por seus infortúnios. Sobra ao Estado a manutenção de serviços mínimos, destinados à grande massa expropriada, que não tem o suficiente para financiar os lucros do mercado. Os tempos de pandemia demonstraram que, em épocas de crise e reacionarismo, mesmos estes mínimos se tornam alvo da ganância insaciável do sistema capitalista para, usurpando-os, garantir a manutenção e ampliação de suas taxas de lucro.

Tem-se também que, uma vez cooptadas pela lógica do capital que as esvazia da noção de direito, as políticas públicas são reduzidas a estratégias focalizadas e reducionistas de manejo da questão social e, por conseguinte, as demandas que as instituições empregadoras que operacionalizam tais políticas direcionarão ao Serviço Social serão também reducionistas, focalizadas, apartadas da lógica do direito, dos interesses da classe trabalhadora e do Projeto Ético-Político hegemônico no Serviço Social.

No que se refere aos desafios do Serviço Social, a profissão vem lutando contra processos ofensivos de desconstrução da direção ético-política construída no contexto da intenção de ruptura, e de esfacelamento de um projeto societário oposto ao capitalismo. Essa ofensiva conservadora e reacionária no contexto neoliberal age no sentido de desconfigurar e enfraquecer o Projeto Ético-Político Profissional e o faz, como demonstrado neste estudo, atacando elementos fundamentais à categoria, sendo estes a formação profissional, através da mercantilização da política de educação superior, assim como fragilizando a intervenção da categoria nas diversas políticas sociais em que atua, aqui em destaque a política de saúde. Formação e intervenção constituem unidade no Serviço Social, não cabendo ser compreendidas de forma dissociada, pelo contrário, precisam ser apreendidas como totalidade, sob pena de a

atuação profissional, uma vez desconectada dos fundamentos ético-políticos e teórico-metodológicos, seja cooptada pelos ditames e objetivos do projeto societário capitalista.

Quando ataca a formação profissional, através da mercantilização da educação superior, a lógica capitalista compromete a construção do perfil profissional crítico dos assistentes sociais, o qual problematiza a nível histórico e estrutural a formação da sociedade brasileira, suas desigualdades e injustiças, as particularidades da questão social no Brasil e as políticas sociais empreendidas pelo Estado, direcionadas ao seu enfrentamento. Fragiliza a formação profissional em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas. Concomitantemente, ao atacar a formação profissional, o capital embaralha a formação da própria identidade ético-política dos profissionais do Serviço Social, a qual, fundamentada em seu Projeto Ético-Político, escolhe ser vinculada e comprometida com os interesses da classe trabalhadora e contra os interesses do capital.

É importante perceber também que esse ataque ao Serviço Social no âmbito da formação de seus profissionais compromete e fragiliza, inclusive, a força da categoria em nível de suas organizações de classe, desmobilizando e desincentivando a organização de seus profissionais em entidades coletivas enquanto classe trabalhadora. Em razão de uma formação ético-política fragilizada, o/a assistente social enfrentará dificuldade em compreender e assumir os fundamentos teórico-metodológicos e a direção ético-política de sua profissão, assim como identificar os reais objetivos, demandas e atribuições profissionais enquanto assistente social e de se autoperceber enquanto classe trabalhadora. Nesse cenário, portanto, o fortalecimento dos movimentos de classe e das entidades representativas do Serviço Social, aliado à aproximação com os movimentos sociais em defesa da educação superior pública e de qualidade, mostram-se de extrema e estratégica importância para a profissão e para a população que será alvo de seu fazer profissional.

O contexto da pandemia revelou um desafio histórico, ético e político que ameaça o Serviço Social na sua formação, assim como na sua intervenção profissional. Este estudo demonstrou que, quando ataca e empreende esforços para fragilizar a formação e redirecionar a atuação profissional, resgatando concepções conservadoras e reacionárias, assim como por meio do direcionamento de demandas que não são

próprias do Serviço Social, o capital age no sentido de cooptar os/as assistentes sociais nos seus espaços sócio-ocupacionais de trabalho, assim como de incorporar a categoria profissional à sua lógica societária, na tentativa de redirecioná-la e instrumentalizá-la para seus objetivos.

Esses desafios reforçam ainda mais a importância crucial da atuação do CRESS-MA e da fiscalização realizada pela COFI, assim como das atividades de orientação aos/às profissionais e empregadores, às quais se revelaram indispensáveis no contexto da pandemia, para a contínua defesa dos fundamentos ético-políticos e direitos dos profissionais do Serviço Social. Evidência da importância e efetividade dessa atuação é que, conforme informado pela COFI, o Conselho obteve saldo positivo do trabalho realizado durante a pandemia, havendo a regularização de 90% das irregularidades constatadas, a exemplo da aquisição de salas para atendimento reservado e resguardo de sigilo ou adequação de espaço para esse fim, assim como a retirada de atribuições alheias à profissão.

Este estudo chama atenção, ainda, para o urgente e necessário desenvolvimento de investigações científicas mais profundas quanto à ambiguidade histórica que acompanha assistentes sociais atuantes na política de saúde a respeito de quais são, de fato, as demandas do Serviço Social nesse setor, assim como da suposta distância entre a teoria e a prática nessa política. A indefinição quanto ao que é demanda profissional ou institucional, decorre de fragilidades no próprio entendimento do que é o Serviço Social e de quais são os reais objetivos da categoria a partir do seu Projeto Ético-Político, assim como da fragilidade em apreender criticamente a realidade social a partir dos fundamentos teórico-metodológicos adotados pela categoria. A partir das inquietações levantadas nesta pesquisa, pretende-se prosseguir os estudos nesse campo por meio de pesquisa em nível de doutorado, que busque respostas para essas questões e contribua para trazer mais clareza sobre quais são as demandas do Serviço Social na política de saúde.

Os resultados deste estudo testemunham expressões concretas do conservadorismo reacionário nas demandas e nos processos de trabalho do Serviço Social no estado do Maranhão no período da pandemia de COVID-19. Conservadorismo este que, em sua face reacionária e em tempos de crise social,

encontrou ambiente favorável para atuar nas funções de enfrentamento às tensões sociais, fazendo-o de forma coligada ao sistema capitalista e em defesa de seus interesses, de sua lógica e de suas formas de expressão. Testemunham ainda que, em tempos de reestruturação do capital e cultura de crise, o Serviço Social é convocado pelo capital a aderir à sua lógica societária e a desempenhar funções que conduzam os trabalhadores, os quais representam a maior parcela da população usuária de serviços públicos como o Sistema Único de Saúde, a consentirem com práticas implementadas pelo capital, mesmo aquelas que fragilizam seus direitos e garantias.

Apesar da direção ético-política hegemônica na profissão, a qual se posiciona a serviço da garantia da saúde integral enquanto direito, da articulação entre as políticas sociais visando assegurar o acesso dos usuários aos serviços, programas e benefícios que lhes são de direito e responsabilidades do Estado, este, direcionado pela lógica capitalista reacionária, tende a requisitar que o Serviço Social atue sobre a doença e não sobre os sujeitos, sobre necessidades imediatas, genéricas e superficiais e não na garantia e defesa de direitos e da justiça social.

É fundamental destacar ainda que as denúncias e processos registrados pela COFI/CRESS-MA evidenciaram, concomitantemente, as investidas do conservadorismo reacionário sobre a atuação do Serviço Social durante a pandemia, assim como a resistência das(os) profissionais que se posicionaram em defesa das suas competências e atribuições privativas, bem como dos valores sociais que fundamentam o Projeto Ético-Político Profissional.

Por fim, este estudo destaca a necessidade e a crucial urgência da organização e efetiva atuação política da categoria do Serviço Social em defesa de sua formação profissional crítica e ético-politicamente fundamentada, como elemento determinante para a manutenção do lugar conquistado pela categoria na divisão social do trabalho e em defesa da preservação da própria identidade ético-política da profissão. O estudo também identifica os Conselhos Regionais de Serviço Social, aqui em destaque as Comissões de Orientação e Fiscalização, como *locus* de reação e de luta em defesa do Serviço Social. Assim como sinaliza à categoria com um chamamento e uma convocação à composição e ao fortalecimento desses espaços em defesa das políticas sociais como direito dos/as assistentes sociais enquanto trabalhadores, de suas

atribuições e competências profissionais, assim como do posicionamento do Serviço Social no sentido da construção de políticas sociais mais justas e de uma sociedade mais igualitária.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. Pesquisas apontam que 400 mil mortes poderiam ser evitadas; governistas questionam. Agência Senado, Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/24/pesquisas-apontam-que-400-mil-mortes-poderiam-ser-evitadas-governistas-questionam>. Acesso em 23 de jun de 2022.

ANGELIM, Maria Roberta Medeiros; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio; PATRIOTA, Lucia Maria. Os desafios à efetivação da Política Nacional de Humanização da Saúde no contexto da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). *In*: 16º ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL. 2018. **Anais eletrônicos [...]** Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22810>. Acesso em: 15 mar. 2022.

Antunes, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. (14a ed.), Cortez, 2010.

ARAÚJO, Maria do Socorro Sousa de e CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Autoritarismo no Brasil do presente: bolsonarismo nos circuitos do ultraliberalismo, militarismo e reacionarismo. *R. Katálysis., Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 146-156, jan./abr. 2021 ISSN 1982-025*. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/75280>. Acessado em 08 de dez. de 2022.

BARROCO, Maria Lucia Silva. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 124, p. 623-636, out./dez. 2015

BATISTA, Vera. Em meio à pandemia, operadoras de planos de saúde têm lucros recordes. **Correio Braziliense**, 19 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2021/04/4918994-em-meio-a-pandemia-operadoras-de-planos-de-saude-tem-lucros-records.html>. Acesso em 22 de fev de 2022.

BEHRING, Elaine. **Fundo Público, Valor, e Política Social**. São Paulo. Cortez. 1ª Ed. 2021.

BOCSHETTI, Ivanete. Expressões de conservadorismo na formação profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 124, p. 637-651, out./dez. 2015. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/ssoc/a/xv3Lm3vQmxLmWNTmbpmBzNt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 de 2022.

BOITO JÚNIOR, Armando. **Reforma e crise política no Brasil: os conflitos de classe nos governos do PT**. Campinas, SP: UNICAMP; São Paulo, SP: UNESP, 2018.

BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Decreto Presidencial nº 2.181, de 20 de março de 1997, Brasília, DF, 1997a.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 13 mar. 2021.

BRASIL. Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/orgaos-superiores/36000?ano=2021>. Acessado em 31 jan. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil pátria vacinada**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>. Acesso em 25/10/2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=21&NomeEstado=MARANHAO. Acesso em 22 mai. 2023c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 no Brasil**. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em 09 de jan. 2023d.

BRASIL. Rede Nacional de Dados de Saúde – RNDS. Ministério da Saúde. **Vacinômetro COVID-19**. (2022) Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html. Acesso em 09 de jan. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2 ed - São Paulo. Cortez Editora, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, Ana Elizabete da et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 2006. 408 p. ISBN: 8524912669.

BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Lutas contra a privatização da saúde no Brasil na atualidade**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2015. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.joinpp.ufma.br%2Fjornadas%2Fjoinpp2015%2Fpdfs%2Feixo3%2Flutas-contra-a-privatizacao-da-saude-no-brasil-na-atualidade.pdf&clen=330973&chunk=true>. Acesso em 15 dez 2021.

BRAVO, Maria Inês de Sousa e MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Política de Saúde no Governo Lula. In. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde** / Organizadores, Maria Inês Souza Bravo ...[et al.]. – 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

BRAVO, Maria Inês de Sousa, PELAEZ, Elaine Junger, MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social, Estado, Democracia e Saúde**. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

BRAVO, Maria Inês de Sousa. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2001. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 16/01/2021.

CAMPOS, Gleisa e LEMOS, Silse Teixeira de Freitas. Integralidade no Sistema Único de Saúde: contribuições do assistente social na alta complexidade. In: X Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2021. **Anais eletrônicos [...]** Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/anais.html>. Acessado em 13 mar. de 2022.

CERQUEIRA, Daniel. **Atlas da Violência 2021** / Daniel Cerqueira et al., — São Paulo: FBSP, 2022.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS MANIFESTA**: os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em 03 de jul de 2023.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Rio de Janeiro: 1986. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfaindmkaj/http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1986.pdf. Acesso em 29 de set de 2022.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Orientação Normativa n. 3/2020**, (2020a). Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/normativas-do-cfess>. Acesso em 03 de jul de 2023.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS Nº. 512/2007**. Reformula as normas gerais para o exercício da Fiscalização Profissional e atualiza a Política Nacional de Fiscalização. Brasília, DF, 2017 Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/pnf.pdf>. Acesso em 23 e mar. 2023.

CFM, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2010** (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. 70p. ; 15 cm. ISBN 978-85-87077-14-1

CNJ, CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Enunciados aprovados na II Jornada de Direito à Saúde. Disponível em:** <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>. São Paulo, 2015. Acesso em 24 abr. 2023.

CNN BRASIL. PEC da morte' levou ao que vemos no sistema de saúde agora, diz Conselho, **CNN Brasil**, São Paulo, 16 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pec-da-morte-levou-ao-que-vemos-no-sistema-de-saude-agora-diz-conselho/>. Acesso em 16 de jun de 2022.

CNN BRASIL. **Vamos trazer o ministério de volta a sua gestão civil, diz Queiroga à CNN**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/vamos-trazer-o-ministerio-de-volta-a-sua-gestao-civil-diz-queiroga-a-cnn/>. Acesso em 25 ago. 2021.

COALIZÃO SAÚDE. **Instituto Coalizão Saúde** - Apresentação. Disponível em: <http://icos.org.br/>. Acesso em 09 de jan. de 2023.

COHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária**. Nº 19, São Paulo, Novembro, Lua Nova, 1989.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SILVA, Clara Morgana T. Rocha da. A relação entre o setor público e o privado na disponibilização de leitos para o enfrentamento da COVID-19, em Alagoas e no Brasil: lucro acima da vida. In: **Pandemia, Determinações da Saúde e Enfrentamento da COVID-19: o lucro acima da vida**, orgs. Maria Valéria C. Correia e Aruã Silva de Lima. Maceió: Edufal, 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa, SANTOS, Viviane Medeiros dos, ALVES, Pâmela Karoline. A mercantilização da Saúde no enfrentamento da COVID-19: o fortalecimento do setor privado. **Revista Humanidades e Inovação** v.8, n.35. 2021.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal. [Nota Técnica]. **Inconstitucionalidade da PEC nº 143/2015: Custeio constitucionalmente adequado dos direitos fundamentais é cláusula pétrea**. 2016. Disponível em: <https://cebes.org.br/nota-custeio-constitucionalmente-adequado-dos-direitos-fundamentais-e-clausula-petrea/18303/>. Acessado em 13 mar. 2022.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS. **Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acessado em: 16 mar. 2022.

DESIDÉRIO, Mariana. Em meio à pandemia, empresas de saúde devem divulgar alta nos lucros. Exame., São Paulo, 06 maio 2020. Disponível em: <https://exame.com/negocios/em-meio-a-pandemia-empresas-de-saude-devem-divulgar-alta-nos-lucros/>. Acesso em 15 mar. 2022.

ELIAS, Michelly Ferreira Monteiro. **Expressões da desigualdade no Distrito Federal entre 2018 e 2020: O acirramento da “questão social” durante a pandemia da COVID-19 (2021)**. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/40961>. Acesso em: 09 mar. de 2022.

FATTORELLI, Maria Lúcia e ÁVILA, Rodrigo. **Auditoria Cidadã da Dívida. Gastos com a dívida consumiram 46,3% do orçamento federal em 2022**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-consumiram-463-do-orcamento-federal-em-2022/>. Acesso em 04 de jul de 2023.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. Florestan Fernandes; prefácio José de Souza Marins – 5. ed. – São Paulo: Globo, 2006.

FILHO, João. **Bolsonaro recuperou projeto da ditadura militar contra os Yanomami: mão de obra ou extinção**. *The Intercept Brasil (2023)*. Disponível em: <https://theintercept.com/2023/01/28/bolsonaro-recuperou-projeto-da-ditadura-militar-contra-os-yanomami-mao-de-obra-ou-extincao/>. Acesso em 14 de fev. 2023.

FISCAL 1, Agente e FISCAL 2, Agente. **Entrevista 1**. [fev. 2023]. Entrevistadora: Gleisa Campos. São Luís. 1 arquivo .mp3 (52min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

FISCAL 2, Agente. **Entrevista 2**. [fev. 2023]. Entrevistadora: Gleisa Campos. São Luís. 1 arquivo .mp3 (52min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice B desta dissertação.

GOÑI, Álvaro Russomano e ECHEVERRIA, Mariana Silveira. O impacto da Desvinculação de Receitas da União na efetivação do direito social à saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, 10(4): out./dez., 2021. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/753/848>.

Acesso em 31 jan. 2023.

GUERRA, Yolanda. **A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 715-736, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/gBbcBnHcQnzf7xWNTGBP8rw/abstract/?lang=pt>. Acesso em 17 de jul de 2023.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio; REPETTI, Gustavo Javier; FILHO, Antonio Andrade; SILVA, Platini Boniek Sardou da; ANCÂNTARA, Elton Luiz da Costa. **Atribuições, competências, demandas e requisitos: o trabalho do assistente social em debate**. In: [ANAIS DO XV ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL](#). 2016. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/conteudosebibliografias-72>. Acesso em: 06 de ago. de 2024.

IAMAMOTO, M. V. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo**. In: MOTA, A.E. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acesso em: 27 de out. de 2021.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez/ CELATS, 1982.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Maranhão**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>. Acesso em 22 mai. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais 2020**. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fbiblioteca.ibge.gov.br%2Fvisualizacao%2Flivros%2Fliv101760.pdf&clen=3004745&chunk=tr>. Acesso 26 Out. 2021.

INSTITUTO BUTANTAN. **Vacinação contra Covid-19 no Brasil completa 1 ano com grande impacto da CoronaVac na redução de hospitalizações e mortes**. Instituto Butantan, São Paulo, 17 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/vacinacao-contracovid-19-no-brasil-completa-1-ano-com-grande-impacto-da-coronavac-na-reducao-de-hospitalizacoes-e-mortes#:~:text=Vacina%C3%A7%C3%A3o%20contra%20Covid%2D19%20no,hospitali>

[za%C3%A7%C3%B5es%20e%20mortes%20%2D%20Instituto%20Butantan](#). Acesso em 20 de jun de 2022.

INTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Atlas do Estado Brasileiro. Militares exercendo funções civis na Administração pública federal (2016-2020). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/consulta/194>. Acessado em 01 fev. 2023.

JÚNIOR, Carlos Zacarias de Sena. Obscurantismo e anticientificismo no Brasil bolsonarista: anotações sobre a investida protofascista contra a inteligência e a ciência no Brasil. **Cadernos GPOSSHE On-line**, Fortaleza, v. 2, n. Especial, 2019. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/CadernosdoGPOSSHE/article/view/1987>. Acesso em 21 dez. 2022.

LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. Política Nacional de Atenção Hospitalar: Impactos para o Trabalho do Assistente Social. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 6, n. 6, p.211-228, semestral, jul. 2017.
SOUZA, Oswaldo Braga de. **O que você precisa saber para entender a crise na Terra Indígena Yanomami**. Instituto Socioambiental. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/noticias-socioambientais/o-que-voce-precisa-saber-para-entender-crise-na-terra-indigena-yanomami>. Acesso em 14 de fev. 2023.

LOPES, Josefa Batista. ACIRRAMENTO DA LUTA DE CLASSES NO BRASIL COM O PT NA PRESIDENCIA: o avanço do conservadorismo reacionário transmutado em “antipetismo” e a incidência no Serviço Social. In: [ANAI DO XVI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL](#). 2018. **Anais eletrônicos [...]**. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22837>. Acesso em 01 dez. 2022.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação** / Maria Lúcia Martinelli. - 16. ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. 2020. Disponível em: <http://www.cress16.org.br/noticias/a-pandemia-do-coronavirus-covid-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude>. Acesso em 22 Fev. 2021.

MINAYO. Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais)

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9a ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOLINA, Cecilia e TOLBAR, Federico. ¿Qué significa Neoliberalismo en salud?. **RevIISE** | Vol 12, Año 12 | octubre 2018 - marzo 2019.

MOTA, Ana Elizabete. **A Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete (org). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Editora Cortez, pp. 161-196, 2006.

NETTO, José Paulo. **Autocracia burguesa e Serviço Social**. Tese de doutorado. PUC/SP. São Paulo: 1989.

NETTO, José Paulo. **Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política**. Belo Horizonte: Oficina de Livros. 1990.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64 / José Paulo Netto - 12.ed.- São Paulo: Cortez, 2008.

O CAMINHO DA PROSPERIDADE. **Proposta de Plano de Governo**. PSL, 2018. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000614517/proposta_1534284632231.pdf. Acesso em 14 de jun de 2022.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em 14 de jun de 2022.

OXFAM. **Poder, Lucros e pandemia**. Setembro de 2020. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/cms_files_115321_1599751979Poder_Lucros_e_a_Pandemia_-_completo_editado_-_pt-BR.pdf. Acesso em 15 de mar. 2022. penssan

PENSSAN. Rede. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. ISBN 9786587504193. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/>. Acesso em: 27 Out. 2021.

POCHMAN, M. **O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu**. São Paulo: Boitempo, 2001.

PODER 360. **Marcelo Queiroga assume como ministro da Saúde em cerimônia fechada**. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/marcelo-queiroga-assume-como-ministro-da-saude-em-cerimonia-fechada/>. Acesso em 25 ago. 2021.

PORTAL FIOCRUZ. **Por que a doença causada pelo novo vírus recebeu o nome de Covid-19?** (2020). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/por-que-doenca-causada-pelo-novo-virus-recebeu-o-nome-de-covid-19>. Acesso em: 22 fev. 2021.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde** / Organizadores, Maria Inês Souza Bravo ...[et al.]. – 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

RIBEIRO, Natalia e RAICHELIS, Raquel. **Revisitando as influências das agências internacionais na origem dos conselhos de políticas públicas**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 109, p. 45-67, jan./mar. 2012.

RODRIGUES, Henrique. Revista Fórum. **Sucateamento do Brasil: Capes e CNPq acumulam 51% de cortes nas bolsas**, (2022). Disponível em: [Sucateamento do Brasil: Capes e CNPq acumulam 51% de cortes nas bolsas | Revista Fórum \(revistaforum.com.br\)](https://revistaforum.com.br/sucateamento-do-brasil-capes-e-cnpq-acumulam-51-de-cortes-nas-bolsas/). Acesso em 21 dez. 2022.

RODRIGUES NETO, Eleutério. Pronunciamento feito na reunião da ABRASCO em Cachoeira, Bahia. **Revista Saúde em Debate**. Londrina: CEBES, nº 17, 1985.

SANT'ANA, Raquel Santos e SILVA, José Fernando Siqueira da. Recrudescimento conservador no Brasil: bases ontológico-concretas e expressões no Serviço Social. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n.2, p. 351-372, jul. / dez. 2020, ISSN 1980-8518

SANTOS, J. S. **“Questão social”: particularidades no Brasil**. Cortez: São Paulo. 2012

SCHMALTER, Eduardo, NATARIO, Gustavo e LUCIUS, Leon. **Tribunal Especial Misto decide pelo impeachment do governador Wilson Witzel por unanimidade**. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. 30 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.alerj.rj.gov.br/Visualizar/Noticia/50487?AspxAutoDetectCookieSupport=1>. Acesso em 23 de junho de 2022.

SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio da; RODRIGUES, Neyde Jussara Gomes Abdala. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): (in)compatibilidades com o SUS. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2018. **Anais eletrônicos** [...] Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22742>. Acesso em: 15 mar. 2022.

SOARES, Raquel Cavalcante. A contrarreforma na política da saúde e o serviço social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo. [Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social](#). Vitória (ES, Brasil), 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/einps/article/view/25152>. Acessado em 13 mai. 2022.

SPOSATI, A. O. **Covid-19 Revela a Desigualdade de Condições de Vida dos Brasileiros**. Revista NAU Social, v. 11, n. 20, p. 101 - 103, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36533/21016>. Acessado em 21 jan. 2021

STABILE, Arthur. **Jair Bolsonaro propôs acabar com reserva indígena Yanomami quando era deputado** (2023). Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2023/01/27/jair-bolsonaro-propos-acabar-com-reserva-indigena-yanomami-quando-era-deputado-leia-integra.ghtml>. Acesso em 14 de fev.de 2023.

TEIXEIRA, Joaquina Barata e BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. In: CFESS, ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CEAD/UnB. Brasília. 2009.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

UOL. Entidades criticam ANS por aumento nos planos de saúde: medida perversa. Economia. **UOL**, 2020. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/11/20/entidades-criticam-ans-por-aumento-nos-planos-de-saude-medida-perversa.htm>. Acesso em 17 de fev de 2022.

VIEIRA, Anderson. Após seis meses, CPI da Pandemia é encerrada com 80 pedidos de indiciamento. **Agência Senado, Senado Federal**, 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/27/26/apos-seis-meses-cpi-da-pandemia-e-encerrada-com-80-pedidos-de-indiciamento>. Acesso em 20 de jun de 2022.

WERNECK, Guilherme Loureiro, BAHIA, Ligia, MOREIRA, Jéssica Pronestino de Lima e SCHEFFER, Mario. Mortes Evitáveis por Covid-19 no Brasil. **Grupo Alerta**. Junho, 2021. Disponível em: <https://alerta.org.br/iniciativas-e-pesquisas/mortes-evitaveis-por-covid-19-no-brasil/>. Acesso em 23 de junho de 2022.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, 110, p.288-322, abr/jun.2012.

YAZBEK, Maria Carmelita, *et al.* Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, 2020.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 1: COM MEMBROS DA COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO E ORIENTAÇÃO DO CRESS/MA

ENTREVISTADORA/PESQUISADORA: Gleisa Campos

27/02/2023

1. Como se dá, de forma prática, a atuação da COFI?
2. Foi perceptível o impacto da pandemia? Quais outras denúncias/demandas foram levadas à COFI referentes ao campo da saúde no período de 2020-2022?
3. A COFI identificou características distintas entre as demandas/denúncias oriundas da capital e do interior do estado? Quais?
4. A COFI identificou características distintas entre demandas/denúncias oriundas dos diferentes níveis de complexidade do SUS ou estas se apresentaram de forma similar independentemente do nível de atenção do Sistema? Quais?
5. A COFI identificou características distintas entre demandas/denúncias oriundas do setor público e do setor privado?
6. Quantos aos encaminhamentos e providências da COFI no contexto da pandemia, o OFÍCIO CRESS/COFI Nº 001/2023 menciona o envio de ofícios a órgãos empregadores, elaboração e divulgação de notas técnicas. Quais as orientações/recomendações foram dadas através desses ofícios?
7. Quais as principais dificuldades e desafios que o CRESS e a COFI, especificamente, enfrentaram no desempenho de suas atividades entre os anos de 2020 e 2022?
8. A atuação da COFI, sua relação com a área da saúde, sofreu impactos/mudanças com a chegada da pandemia da COvid-19? Quais?
9. Na opinião dos membros da COFI, quais fatores contribuíram para a existência das demandas registradas?

10. Qual a percepção da COFI Sobre os profissionais assumirem as demandas indevidas, de fato as compreendendo como do Serviço Social?

APÊNDICE B

ENTREVISTA 2: COM MEMBRO DA COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO E ORIENTAÇÃO DO CRESS/MA

ENTREVISTADORA/PESQUISADORA: Gleisa Campos

27/02/2023

CARACTERIZAÇÃO DA COFI:

1. Quando foi criada?
2. É composta por quantos membros e quais funções desempenham?
3. Como seus membros são escolhidos e com que periodicidade?
4. Quais são os objetivos da COFI?

5. Quais normativas/valores/princípios orientam sua atuação?
6. Quais normativas e orientações do conjunto CFESS-CRESS e da ABEPSS nortearam a atuação da COFI durante a pandemia?

SOBRE O PERÍODO DE 2020 A 2022 E ESCLARECIMENTOS SOBRE OS DADOS INFORMADOS NO OFÍCIO CRESS/COFI Nº 001/2023:

1. Dos 26 processos COFI em 2020, 34 em 2021 e 47 em 2022 informados no OFÍCIO CRESS/COFI Nº 001/2023, quantos foram motivados por denúncias do campo da saúde especificamente, e qual a natureza/o teor dessas denúncias?
2. O OFÍCIO CRESS/COFI Nº 001/2023 informou que, dos 26 processos COFI de 2020 13 foram por atribuições indevidas, 14 em 2021 e 7 em 2022. Essas atribuições indevidas foram solicitadas/demandadas por empregadores apenas ou também por usuários ou outras categorias profissionais?
3. O OFÍCIO CRESS/COFI Nº 001/2023 mencionou o trabalho pedagógico realizado pela COFI junto a assistentes sociais. Como se dá esse trabalho?

Quais seus objetivos? Quais as estratégias/atividades desenvolvidas e com que frequência?

4. O OFÍCIO CRESS/COFI Nº 001/2023 informou 572 orientações realizadas pela COFI em 2020, 1.072 em 2021 e 581 em 2022. Quantas tiveram como alvo a área da saúde especificamente e qual o seu teor? Como essas orientações são feitas? A cada instituição envolvida em processos ou de forma coletiva? Como são publicizadas para os profissionais e para as instituições empregadoras?
5. O OFÍCIO CRESS/COFI Nº 001/2023 mencionou a realização de reuniões com diretores de hospitais. Quantas foram realizadas na capital e no interior do estado? Quais os objetivos dessas reuniões? Quais os temas tratados?
6. O OFÍCIO CRESS/COFI Nº 001/2023 mencionou a realização de reuniões com diretores de hospitais. Quantas foram realizadas na capital e no interior do estado? Quais os objetivos dessas reuniões? Quais os temas tratados?

APÊNDICE C



OFÍCIO CRESS/COFI N.º 001/2023

São Luís (MA), 23 de Janeiro de 2023

**A Sua Senhoria A Senhora
Gleisa Campos
Mestranda em Políticas Públicas - Universidade Federal do Maranhão**

NESTA

Prezada Gleisa,

Em atenção à sua solicitação, apresentamos as ações do CRESS MA durante a pandemia da Covid-19, tomando por base as questões que V.Sa. nos apresentou, relativas às demandas profissionais sobre atribuições e competências profissionais no período de 2020 a 2022:

- ✓ A categoria foi demandada a assumir funções que não são de sua competência ou que são contrárias à sua proposta ético-política e técnico-operativa durante a pandemia da Covid-19 ?
- ✓ Que demandas foram essas e seu quantitativo?
- ✓ Tais demandas partiram de quais solicitantes? Empregadores? Usuários? Outros profissionais?
- ✓ Como chegaram ao conhecimento do CRESS?
- ✓ Houve demandas levadas ao conhecimento CRESS por assistentes sociais cujo objeto foi a autonomia profissional? Como se expressaram e qual seu quantitativo?
- ✓ Quais foram as ações, e orientações realizadas pelo Conselho à categoria, de forma geral, para sua atuação durante a pandemia ?
- ✓ Quais foram os principais encaminhamentos junto às instituições e à categoria (ações, providências e orientações realizadas pelo CRESS) em razão das denúncias ou casos que exigiram a intervenção do Conselho?
- ✓ O Conselho obteve resultados a partir das providências e orientações nesses casos? Quais?
- ✓ No âmbito da Política de saúde, em geral, quais os principais enfrentamentos de caráter ético-político e técnico-operativo postos ao exercício profissional de assistentes sociais, sobretudo tendo presente o avanço do conservadorismo?

Com a pandemia da Covid-19 no Brasil, especialmente nos primeiros anos que se inicia no país, é possível identificar através das demandas que chegaram para fiscalização do CRESS-MA por meio de denúncia/queixa de assistentes sociais recebidas por via reuniões on line, visitas de orientação e fiscalização realizadas pelas agentes fiscais nos locais de trabalho dos profissionais, e-mail, telefone, whatsapp, a existência de requisições institucionais alheias ao Serviço Social, as quais não são

Rua Hemetério Leitão/Rua 06, nº 196, Lote 25, Qd. 27, São Francisco, Cep: 65076-420
São Luís/Maranhão – Telefones: (98) 3222 7676 / 3232 6029
Site: www.cressma.org.br / E-mail : fiscalizacao@cressma.org.br / secretaria@cressma.org.br.
CNPJ: 06.042.030/0001-



A tendência do mercado, como afirma Iolanda Guerra, é de flexibilização e de desregulamentação das profissões, de desprofissionalização, tendência que atravessa todas as profissões.

Em 2020: 26 processos COFI foram abertos por motivos diversos sendo que 13 destes foi sobre atribuições alheias à profissão: Ausência de EPI's; -Requisições de atribuições incompatíveis; Reclamações sobre escalas de trabalho; Redução de equipe x demandas institucionais; Situações relacionadas a estágio profissional; Exercício ilegal; Atribuições incompatíveis (Repasse de boletim médico, Comunicação de óbitos e documentação de corpos); Instituições irregulares de ensino; Disciplina do cursos de serviço social, sem formação na área.

Elaboração de 06 Notas, sendo 4 esclarecendo sobre atribuição profissional.
Orientações sobre normativas da profissão (572)

Em 2021 : 34 processos COFI sendo 14 sobre atribuições indevidas realização de 02 sessões de diálogo on line disponível para visualização da categoria no canal do CRESSMA no youtube: "I Diálogos sobre o Serviço Social:"As tecnologias da informação e comunicação e o Serviço Social: Autonomia Profissional e o Serviço Social: do que se trata?; "II Diálogos sobre o Serviço Social:"As tecnologias da informação e comunicação e o Serviço Social: as implicações sobre o fazer profissional"

Orientações sobre normativas da profissão (1.072)

Em 2022: abertos 47 processos COFI, 7 destes sobre atribuições incompatíveis com a profissão.

Orientações sobre normativas da profissão (581)

As atribuições incompatíveis são referentes à desvio de função -assistente social assumir papel de pedagogo por falta deste na instituição; regulação de leito, solicitação de ambulância, responsabilidade pela guarda de Declaração de óbito, identificação de corpos no morgue, solicitação de exame médico, dentre outros.

De forma direta não houve demanda sobre autonomia profissional.

No que diz respeito as ações e orientações realizadas pelo Conselho à categoria, de forma geral, o CRESS desenvolveu atividades importantes de enfrentamento à crise sanitária e econômica, tais como publicação e envio de



Esse tempo convida os/as assistentes sociais a se organizarem politicamente juntamente com os demais trabalhadores/as para enfrentarem coletivamente todas as formas de opressão.

Apesar de toda contradição e limite, o Serviço Social vem sendo resistência através das entidades representativas da categoria (CRESS, CFESS, ENESSO, ABEPSS) e de cada profissional que atua nos diversos espaços sócio ocupacionais e tem compromisso com o projeto ético político da profissão.

Resumidamente é o que podemos apresentar e esperamos ter contribuído.

Atenciosamente


Luciene Ferreira Cerqueira Guimarães
Assistente Social - Agente Fiscal
CRESS/MA nº 1829

P/ Comissão de Orientação e Fiscalização
CRESS MA