

Iracilda Alves Braga
Marfisa Martins Mota de Moura
Mauricéia Lígia Neves da Costa Carneiro
Teresa Cristina Moura Costa
Organizadoras

POLÍTICAS PÚBLICAS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19:

**o desgoverno Bolsonaro, a (des) proteção
social e o Serviço Social no Brasil**



**POLÍTICAS PÚBLICAS EM TEMPOS
DE PANDEMIA DA COVID-19:
o desgoverno Bolsonaro, a (des)
proteção social e o Serviço Social
no Brasil**

Iracilda Alves Braga
Marfisa Martins Mota de Moura
Mauricéia Lígia Neves da Costa Carneiro
Teresa Cristina Moura Costa
Organizadora

POLÍTICAS PÚBLICAS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19: o desgoverno Bolsonaro, a (des) proteção social e o Serviço Social no Brasil

Autoras e Autores

Adriana Lima Barros
Alba Maria Pinho de Carvalho
Albany Mendonça Silva
Ana Benedita Meneses de Carvalho Coelho
Ana Vitória de Sousa Silva
Andréa Alice Rodrigues Silva
Annova Míriam Ferreira Carneiro
Dalila Pereira Machado
Dannylo Cavalcante Alves
Dhania Vitória de Carvalho Silva
Edna Maria Goulart Joazeiro
Elaine Ferreira do Nascimento
Eliana Lizet Jacobo Mendoza
Elis Rejane Silva Oliveira
Felipe Cardoso Rodrigues Vieira
Guiomar de Oliveira Passos
Indira Aragão
Iracilda Alves Braga
Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger
Jocelma Alves Moreira
Jovina Moreira Sérvulo Rodrigues

Laisla Shirley Rodrigues Maranhão
Lucélia de Oliveira Silva
Lúcia Cristina dos Santos Rosa
Lúcia da Silva Vilarinho
Lúcia Maria Aquino de Queiroz
Ludymyla Soares Coelho
Márcia Helena Ferreira da Silva
Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos
Maria Dione Carvalho de Moraes
Maria do Socorro Sousa de Araújo
Marianne dos Santos Pereira
Mauricéia Lígia Neves da Costa Carneiro
Nayara de Holanda Vieira
Nayrana Kelly de Sousa Araújo
Sâmia Luiza Coêlho da Silva
Scarlet Barros Batista Soares
Sofia Laurentino Barbosa Pereira
Tatiana Maria Almeida Saiki
Teresa Cristina Moura Costa
Vicente de Paula Faleiros

Financiamento:



Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Edital 04/2022.



Reitor

Gildásio Guedes Fernandes

Vice-Reitor

Viriato Campelo

Superintendente de Comunicação Social

Samantha Viana Castelo Branco Rocha Carvalho

Editor

Cleber de Deus Pereira da Silva

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas

Solange Maria Teixeira

Grupo de Estudos em Políticas de Seguridade Social e Serviço Social – GEPSS

Iracida Alves Braga (líder)

EDUFPI - Conselho Editorial

Cleber de Deus Pereira da Silva (presidente)

Cleber Ranieri Ribas de Almeida

Gustavo Fortes Said

Nelson Juliano Cardoso Matos

Nelson Nery Costa

Viriato Campelo

Wilson Seraine da Silva Filho

**Comitê Editorial Ad hoc**

Cláudia Alves Durans (UFMA)

Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira (UNESP)

Ellayne Karoline Bezerra da Silva (FMSJC)

Fernanda Luma Guilherme Barbosa (UFRGS)

Guiomar Oliveira Passos (UFPI)

Maria D'Alva Macedo Ferreira (UFPI)

Maria do Carmo Brant de Carvalho (PUCSP)

Lúgia da Nobreza Fernandes (UERR)

Poliana Carvalho de Oliveira (CHRISFAPI)

Rosilene Marques Sobrinho de França (UFPI)

Edição e Normalização Bibliográfica

Iracilda Alves Braga

Dannylo Cavalcante Alves

Capa

Wellington Silva

Diagramação

Wellington Silva

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

Divisão de Representação da Informação

P769 Políticas Públicas em tempos de pandemia da COVID-19 : o desgoverno Bolsonaro, a (des)proteção social e o Serviço Social no Brasil / organizadoras, Iracilda Alves Braga ... [et. al.] ; autoras e autores, Adriana Lima Barros ... [et. al.]. -- Teresina : EDUFPI, 2024.

E-book.

ISBN: 978-65-5904-278-4

1. Políticas Públicas. 2. Pandemia da COVID-19. 3. Proteção Social. I. Braga, Iracilda Alves. II. Barros, Adriana Lima.

CDD: 320.6

Bibliotecária: Francisca das Chagas Dias Leite - CRB3/1004



Editora da Universidade Federal do Piauí – EDUFPI
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
CEP: 64049-550 - Bairro Ininga - Teresina - PI – Brasil



SUMÁRIO

PREFÁCIO..... 9
Ana Rojas Acosta

APRESENTAÇÃO 17
Iracilda Alves Braga

PARTE I – PANDEMIA DA COVID 19 NO BRASIL: o desgoverno bolsonaro e a (des)proteção social

ASCENSÃO DO RADICALISMO DE DIREITA, BOLSONARISMO, COVID 19 E (DES) PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO21
Annova Míriam Ferreira Carneiro
Alba Maria Pinho de Carvalho
Maria do Socorro Sousa de Araújo

O CENÁRIO NEOLIBERAL E NEOCONSERVADOR BRASILEIRO E AS POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19: Desafios da cidadania e da democracia no país.....41
Nayara de Holanda Vieira

PROTEÇÃO OU LIBERDADE NO COMBATE À PANDEMIA DA COVID 19: OS DILEMAS E DESAFIOS NA RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE.....57
Dannylo Cavalcante Alves
Lucélia de Oliveira Silva
Tatiana Maria Almeida Saiki

LIBERDADE E PROTEÇÃO NO COMBATE À PANDEMIA DA COVID-19: A INTERVENÇÃO DO ESTADO EM ADAM SMITH E JOHN STUART MILL.....75

Elis Rejane Silva Oliveira

Guiomar de Oliveira Passos

PARTE II – A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19: apontamentos para o debate

O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO: AVANÇOS E RETROCESSOS PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A OFENSIVA NEOLIBERAL 89

Laisla Shirley Rodrigues Maranhão

Lúcia Cristina dos Santos Rosa

SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO: APONTAMENTOS PARA REFLETIR OS DESAFIOS ATUAIS EM UMA REALIDADE PANDÊMICA.....109

Dhania Vitória de Carvalho Silva

Mauricéia Ligia Neves da Costa Carneiro

O DESMONTE DO FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19 125

Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Iracilda Alves Braga

O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO EM TEMPOS DE PANDEMIA: um olhar sobre a Política de Assistência Social..... 143

Dannylo Cavalcante Alves

Iracilda Alves Braga

Lucélia de Oliveira Silva

Teresa Cristina Moura Costa

CRISE DO CAPITAL, EDUCAÇÃO SUPERIOR, ENSINO REMOTO E OS DESAFIOS DA PERMANENCIA: análise do período pós-golpe e pandêmico..... 163

Albany Mendonça Silva

Andréa Alice Rodrigues Silva

Lúcia Maria Aquino de Queiroz

**PRODUÇÃO DE SAÚDE HUMANIZADA EM MEIO À COVID-19:
DESAFIOS PARA PROMOVER DIGNIDADE HUMANA NO BRASIL.. 179**

Scarlet Barros Batista Soares

Lúcia da Silva Vilarinho

**DESAFIOS DA INSERÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
NO MERCADO DE TRABALHO FORMAL: A CONJUNTURA DA
COVID-19 197**

Ana Benedita Meneses de Carvalho Coelho

**PROIBICIONISMO E ULTRANEOLIBERALISMO: A POLÍTICA
NACIONAL SOBRE DROGAS EM TEMPOS DE COVID 19 217**

Índira Aragão

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

CRIANÇA, COVID-19 E (DES) PROTEÇÃO SOCIAL..... 233

Jovina Moreira Sérvulo Rodrigues

Edna Maria Goulart Joazeiro

O FEMINICÍDIO E A COVID-19: UMA DUPLA PANDEMIA..... 253

Ana Vitória de Sousa Silva

Elaine Ferreira do Nascimento

**COLONIALIDADE, RAÇA E GÊNERO EM CONTEXTOS DA
PANDEMIA DE COVID-19: Discursos Públicos de Representantes
de Organizações de Mulheres Indígenas Peruanas 271**

Eliana Lizet Jacobo Mendoza

Maria Dione Carvalho de Moraes

**PARTE III – SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: “Novas”
requisições e desafios profissionais em tempos de
Pandemia da COVID 19**

**1 DESAFIOS DA PANDEMIA DE COVID 19: DESIGUALDADE E
DESPROTEÇÃO - INCIDÊNCIA NO SERVIÇO SOCIAL301**

Vicente de Paula Faleiros

Jocelma Alves Moreira

**CONSERVADORISMO, SERVIÇO SOCIAL, ASSISTÊNCIA
SOCIAL & PANDEMIA..... 315**

Dannylo Cavalcante Alves

Iracilda Alves Braga

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19:
Subsídios profissionais do conjunto CFESS/CRESS e reflexões
para a categoria 333**

Adriana Lima Barros

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

**SERVIÇO SOCIAL, REQUISIÇÕES DA COVID-19 NO ÂMBITO
HOSPITALAR E A NOVA DINÂMICA DE TRABALHO DO(A)
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE357**

Dalila Pereira Machado

Ludymyla Soares Coelho

Lucia da Silva Vilarinho

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR
EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19: INTERVIR SEM MUDAR
A DIREÇÃO PROFISSIONAL381**

Márcia Helena Ferreira da Silva

Iracilda Alves Braga

**SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE
COVID-19: contexto profissional num Programa de Residência
de Saúde da Família..... 399**

Nayrana Kelly de Sousa Araújo

Marianne dos Santos Pereira

Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger

Sâmia Luiza Coêlho da Silva

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19: OLHARES A PARTIR DO TRABALHO
DE ASSISTENTES SOCIAIS NO PIAUÍ” 419**

Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

SOBRE AS AUTORAS E AUTORES.....437

PREFÁCIO

É com grande satisfação que apresentamos a obra “Políticas Públicas em Tempos de Pandemia da COVID-19: o desgoverno Bolsonaro, a (des)proteção social e o Serviço Social no Brasil”. Organizado cuidadosamente por um grupo de renomados especialistas, Iracilda Alves Braga, Marfisa Martins Mota de Moura, Mauricéia Lígia Neves da Costa Carneiro e Teresa Cristina Moura Costa, este livro representa uma análise aprofundada e crítica dos impactos da pandemia no contexto brasileiro, com ênfase nas questões relacionadas à proteção social e às políticas públicas.

Esta obra assume uma relevância incontestável ao reconhecer a importância primordial da proteção social e das políticas públicas na construção de uma sociedade justa e igualitária. Ao compreender que tais elementos representam pilares fundamentais, ela se propõe a analisar de maneira aprofundada e crítica os impactos da pandemia no contexto brasileiro. Seu objetivo é contribuir para uma reflexão mais ampla sobre a importância dessas questões, assegurando que todos os cidadãos tenham acesso aos direitos e às condições necessárias para uma vida digna.

Com a contribuição de 41 autores, esta obra oferece uma visão abrangente e fundamentada sobre os desafios enfrentados durante esse período desafiador. Dividido em três partes, o livro explora diversas temáticas relevantes para a compreensão dos impactos da pandemia no Brasil.

Na Parte I, são apresentados quatro artigos que investigam a ascensão do radicalismo de direita e o fenômeno do bolsonarismo, analisando sua relação com a (des)proteção social na contemporaneidade brasileira. O cenário neoliberal e neoconservador é minuciosamente examinado, revelando suas implicações nas políticas sociais em meio à pandemia. Além disso, são abordados os dilemas e desafios enfrentados

na relação entre Estado e sociedade durante o combate à pandemia, promovendo reflexões importantes sobre proteção e liberdade.

Ao adentrarmos a Parte I deste livro, intitulada “Pandemia da COVID-19 no Brasil: o desgoverno Bolsonaro e a (des)proteção social”, somos convidados a mergulhar em uma análise crítica e profunda dos impactos da crise sanitária no contexto brasileiro e sua relação com a (des)proteção social.

No primeiro artigo, “Ascensão do Radicalismo de Direita, Bolsonarismo, COVID-19 e (Des)proteção Social no Brasil Contemporâneo”, Annova Míriam Ferreira Carneiro, Alba Maria Pinho de Carvalho e Maria do Socorro Sousa de Araújo nos apresentam uma análise detalhada do fenômeno do bolsonarismo e sua conexão com a (des)proteção social no país. As autoras exploram as implicações desse movimento político na resposta à pandemia, destacando a necessidade de compreendermos as nuances ideológicas e os retrocessos sociais que acompanham esse contexto.

No segundo artigo, “O Cenário Neoliberal e Neoconservador Brasileiro e as Políticas Sociais em Tempos de Pandemia da COVID-19: Desafios da Cidadania e da Democracia no País”, Nayara de Holanda Vieira nos convida a refletir sobre as políticas sociais em meio a um cenário neoliberal e neoconservador. A autora analisa os desafios enfrentados na promoção da cidadania e da democracia em tempos de crise sanitária, ressaltando a importância de repensar o papel do Estado e as bases para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

No terceiro artigo, “Proteção ou Liberdade no Combate à Pandemia da COVID-19: Os Dilemas e Desafios na Relação Estado e Sociedade”, Dannylo Cavalcante Alves, Lucélia de Oliveira Silva e Tatiana Maria Almeida Saiki lançam luz sobre os dilemas enfrentados na relação entre Estado e sociedade durante o combate à pandemia. Por meio de uma análise crítica, os autores exploram as tensões entre proteção e liberdade, trazendo à tona reflexões importantes sobre os limites e desafios enfrentados nesse contexto.

No quarto artigo, “Liberdade e Proteção no Combate à Pandemia da COVID-19: A Intervenção do Estado em Adam Smith e John Stuart Mill”, Elis Rejane Silva Oliveira e Guiomar de Oliveira Passos nos conduzem por uma reflexão filosófica sobre a intervenção do Estado durante a pandemia. As autoras dialogam com as teorias de Adam Smith e John Stuart Mill, analisando as tensões entre liberdade individual e a responsabilidade coletiva na promoção da proteção social em tempos de crise.

Ao reunir esses quatro artigos na Parte I, somos desafiados a compreender as complexidades políticas, sociais e ideológicas que permeiam a resposta à pandemia no Brasil. Cabe ainda mencionar que, recentemente a Organização Mundial da Saúde – OMS decretou a finalização da pandemia deixando claro “O que essa notícia significa é que está na hora de os países fazerem a transição do modo de emergência para o de manejo da COVID-19 juntamente com outras doenças infecciosas”¹ o que quer dizer que há necessidade de maior comprometimento com a Atenção Básica de Saúde – APS no Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, como porta de entrada da população que tem fragilidade, após esta pandemia, especialmente na atenção devido ao incremento da atenção à saúde mental.

Na Parte II, onze artigos cuidadosamente selecionados e elaborados por diversos autores apresentam uma análise crítica e minuciosa do sistema de proteção social brasileiro, traçando um panorama que vai desde os avanços e retrocessos pós-Constituição de 1988 até os desafios contemporâneos vivenciados nessa realidade pandêmica.

No primeiro artigo, intitulado “O Sistema de Proteção Social Brasileiro: Avanços e Retrocessos Pós-Constituição de 1988 e a Ofensiva Neoliberal”, Laisla Shirley Rodrigues Maranhão e Lúcia Cristina dos Santos Rosa nos conduzem a uma reflexão profunda sobre o percurso histórico do sistema de proteção social no Brasil, identificando os avanços conquistados e os retrocessos enfrentados diante da ofensiva neoliberal.

Dhania Vitória de Carvalho Silva e Mauricéia Ligia Neves da Costa Carneiro, no segundo artigo, intitulado “Sistema de Proteção Social Brasileiro: Apontamentos para Refletir os Desafios Atuais em uma Realidade Pandêmica”, oferecem uma análise acurada dos desafios enfrentados pelo sistema de proteção social brasileiro diante da atual crise sanitária, instigando-nos a uma reflexão sobre as estratégias necessárias para superar esses obstáculos.

No terceiro artigo, “O Desmonte do Financiamento da Seguridade Social em Tempos de Pandemia de COVID-19”, Felipe Cardoso Rodrigues Vieira e Iracilda Alves Braga aprofundam a discussão sobre o desmonte do financiamento da seguridade social e seus impactos no enfrentamento da pandemia, revelando a urgência de repensar as políticas e práticas adotadas nesse contexto.

1 Discurso de abertura do diretor-geral da OMS na coletiva de imprensa – 5 de maio de 2023. <https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023>

Dannylo Cavalcante Alves, Iracilda Alves Braga, Lucélia de Oliveira Silva e Teresa Cristina Moura Costa, no quarto artigo, intitulado “O Sistema de Proteção Social Brasileiro em Tempos de Pandemia: Um Olhar sobre a Política de Assistência Social”, nos proporcionam uma análise aprofundada da política de assistência social no contexto pandêmico, destacando os desafios e dilemas enfrentados nessa área.

A crise do capital, a educação superior, o ensino remoto e os desafios da permanência são temas abordados por Albany Mendonça Silva, Andréa Alice Rodrigues Silva e Lúcia Maria Aquino de Queiroz no quinto artigo, intitulado “Crise do Capital, Educação Superior, Ensino Remoto e os Desafios da Permanência: Análise do Período Pós-Golpe e Pandêmico”, revelando as complexidades dessa conjuntura e suas repercussões na garantia do acesso à educação.

No sexto artigo, intitulado “Produção de Saúde Humanizada em Meio à COVID-19: Desafios para Promover Dignidade Humana no Brasil”, Scarlet Barros Batista Soares e Lúcia da Silva Vilarinho nos conduzem a uma reflexão profunda sobre os desafios enfrentados na promoção de uma saúde humanizada em meio à pandemia, destacando a importância de preservar a dignidade humana em todas as ações e políticas de saúde adotadas no Brasil.

Os desafios da inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho formal são abordados no sétimo artigo, intitulado “Desafios da Inserção das Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho Formal: A Conjuntura da COVID-19”, assinado por Ana Benedita Meneses de Carvalho Coelho. Nesse texto, somos instigados a refletir sobre as barreiras e obstáculos enfrentados por esse grupo em meio à conjuntura pandêmica, e a buscar soluções que promovam a inclusão e a equidade.

No oitavo artigo, que trata do “Proibicionismo e Ultraneoliberalismo: A Política Nacional sobre Drogas em Tempos de COVID-19”, são levantadas questões essenciais sobre a política nacional de drogas e os desafios que a pandemia impôs nesse campo. As autoras, cujos nomes não foram especificados, nos convidam a refletir sobre os impactos das políticas adotadas nesse contexto e a buscar abordagens mais humanizadas e efetivas.

“Criança, COVID-19 e (Des) Proteção Social”, de autoria de Indira Aragão, Sofia Laurentino Barbosa Pereira, Jovina Moreira Sérulo Rodrigues, Edna Maria Goulart Joazeiro no nono artigo, traz à tona a importância de discutir a proteção social das crianças em tempos de pandemia, evidenciando os desafios enfrentados na garantia de seus

direitos fundamentais e propondo ações e políticas que assegurem seu bem-estar.

No décimo artigo, intitulado “O Femicídio e a COVID-19: Uma Dupla Pandemia”, Ana Vitória de Sousa Silva e Elaine Ferreira do Nascimento lançam luz sobre a gravidade desse problema que aflige as mulheres, especialmente em tempos de pandemia. As autoras nos conduzem por uma análise profunda das implicações da COVID-19 no aumento dos casos de feminicídio, apontando para a urgência de ações que combatam essa dupla pandemia e garantam a segurança e a proteção das mulheres em nossa sociedade.

O artigo, décimo primeiro, escrito em espanhol, “Colonialidade, Raça e Gênero em Contextos da Pandemia de COVID-19: Discursos Públicos de Representantes de Organizações de Mulheres Indígenas Peruanas”, Eliana Lizet Jacobo Mendoza e Maria Dione Carvalho de Moraes nos convidam a uma reflexão profunda sobre as interseções entre colonialidade, raça e gênero durante a pandemia. Ao analisarem os discursos públicos de representantes de organizações de mulheres indígenas peruanas, as autoras expõem as desigualdades e injustiças enfrentadas por essas comunidades no contexto da crise sanitária. O trabalho destaca a importância de reconhecer e valorizar a diversidade e os direitos dessas mulheres indígenas, evidenciando a necessidade de promover a equidade e a justiça social.

Portanto, nesta segunda parte, são analisados majoritariamente sobre os avanços e retrocessos do sistema de proteção social brasileiro desde a promulgação da Constituição de 1988, destacando os desafios contemporâneos diante da realidade pandêmica. Temas como o desmonte do financiamento da seguridade social, a crise do capital, a educação superior e os desafios da permanência dos estudantes são cuidadosamente explorados. Além disso, são abordados assuntos relevantes, como a produção de saúde humanizada, a inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, a política nacional sobre drogas e o feminicídio em tempos de COVID-19, ampliando o escopo de discussões.

Adentrando a Parte III deste livro, intitulada “Serviço Social e Políticas Públicas: ‘Novas’ requisições e desafios profissionais em tempos de Pandemia da COVID-19”, somos imersos em uma reflexão aprofundada sobre o papel do Serviço Social diante das demandas emergentes e das transformações ocorridas no contexto pandêmico.

No primeiro artigo, “Desafios da Pandemia de COVID-19: Desigualdade e Desproteção - Incidência no Serviço Social”, Vicente de Paula Faleiros e Jocelma Alves Moreira nos convidam a refletir sobre os desafios enfrentados pelo Serviço Social diante da desigualdade e

desproteção agravadas pela pandemia. Os autores exploram as interfaces entre as condições sociais e as demandas profissionais, destacando a importância da atuação comprometida com a defesa dos direitos e a transformação social.

“Conservadorismo, Serviço Social, Assistência Social & Pandemia”, Dannylo Cavalcante Alves e Iracilda Alves Braga é o segundo artigo e os autores nos conduzem por uma análise crítica das repercussões do conservadorismo na atuação do Serviço Social e na assistência social em tempos de pandemia. Destacam a necessidade de compreendermos os desafios impostos por essa conjuntura e de fortalecermos os princípios éticos e políticos da profissão.

No terceiro artigo, “Serviço Social na Saúde em Tempos de COVID-19: Subsídios profissionais do conjunto CFESS/CRESS e reflexões para a categoria”, Adriana Lima Barros e Sofia Laurentino Barbosa Pereira apresentam subsídios profissionais fornecidos pelo conjunto CFESS/CRESS e refletem sobre o papel do Serviço Social na área da saúde durante a pandemia. As autoras trazem à tona importantes reflexões acerca da intervenção profissional, dos desafios enfrentados e das possibilidades de atuação no atual contexto.

“Serviço Social, Requisições da COVID-19 no Âmbito Hospitalar e a Nova Dinâmica de Trabalho do(a) Assistente Social na Saúde” é o quarto artigo desta III parte, cuja autoria é de Dalila Pereira Machado, Ludymyla Soares Coelho e Lucia da Silva Vilarinho que discorrem sobre as transformações ocorridas no âmbito hospitalar e a nova dinâmica de trabalho do(a) assistente social em tempos de pandemia. As autoras exploram as demandas específicas da COVID-19 e as estratégias de intervenção profissional nesse contexto desafiador.

No quinto artigo, “O Trabalho do Assistente Social no Âmbito Hospitalar em Tempos de Pandemia da COVID-19: Intervir sem Mudar a Direção Profissional”, Márcia Helena Ferreira da Silva e Iracilda Alves Braga nos apresentam uma análise aprofundada do trabalho do(a) assistente social no contexto hospitalar durante a pandemia. As autoras exploram os desafios e as possibilidades de intervenção profissional, ressaltando a importância de preservar a direção ético-política da profissão mesmo diante das novas demandas impostas pelo cenário pandêmico.

Nayrana Kelly de Sousa Araújo, Marianne dos Santos Pereira, Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger e Sâmia Luiza Coelho da Silva, no sexto artigo “Serviço Social e Educação em Saúde em Tempos de COVID-19: Contexto Profissional em um Programa de Residência de Saúde da Família” nos conduzem por uma reflexão sobre a atuação do

Serviço Social na interface entre saúde e educação durante a pandemia. As autoras compartilham experiências profissionais vivenciadas em um Programa de Residência de Saúde da Família, destacando os desafios e as estratégias adotadas para enfrentar os novos contextos e promover a saúde de forma integral.

No sétimo artigo, “A Política de Saúde Mental no Contexto da Pandemia de COVID-19: Olhares a partir do Trabalho de Assistentes Sociais no Piauí”, Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos e Sofia Laurentino Barbosa Pereira trazem à tona uma análise crítica da política de saúde mental no contexto da pandemia. As autoras compartilham olhares fundamentados nas experiências dos assistentes sociais no estado do Piauí, destacando as demandas e os desafios enfrentados nesse cenário, além de apontar possibilidades de intervenção e transformação.

Reunindo todos esses artigos na Parte III, somos instigados a compreender a importância do Serviço Social na promoção da saúde e no enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia. Através dessas reflexões, somos convidados a repensar as práticas profissionais, a buscar estratégias inovadoras e a reafirmar a direção ético-política do Serviço Social em tempos tão adversos.

Desse modo, convidamos você a imergir nas páginas seguintes, absorver cuidadosamente as informações apresentadas e abrir-se para um horizonte de novas perspectivas. Acreditamos firmemente que, unidos, podemos contribuir para a construção de um futuro no qual as políticas públicas e a proteção social sejam asseguradas a todos os cidadãos, brasileiros independentemente de suas circunstâncias. Desejamos que esta obra desperte em você um profundo senso de consciência e engajamento, inspirando-o a refletir intensamente sobre os desafios que enfrentamos como sociedade e a agir com determinação em prol de uma comunidade mais justa e solidária.

É importante destacar que a leitura deste prefácio da obra “Políticas Públicas em Tempos de Pandemia da COVID-19: o desgoverno Bolsonaro, a (des)proteção social e o Serviço Social no Brasil”, representa apenas o primeiro passo em uma jornada contínua de aprendizado e transformação que a apreciação desta nos inspira.

Ana Rojas Acosta²
Outono 2023

2 Assistente Social, Doutora em Serviço Social, docente da Universidade Federal de São Paulo, Bolsista Produtividade CNPQ Pq2. <http://lattes.cnpq.br/4761034356311819>
- Email: ana.rojas@unifesp.br - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1474-0715>

APRESENTAÇÃO

Criado em 13 de abril de 2021, durante a Pandemia da Covid 19, **O Grupo de Estudos em Políticas de Seguridade Social e Serviço Social (GEPSS)**, é resultado do esforço coletivo de docentes, assistentes sociais e estudantes de graduação e pós-graduação no âmbito da Universidade Federal do Piauí. Atualmente contamos com oito pesquisadores e vinte e sete estudantes vinculados a cinco linhas de pesquisa: A política de assistência social no contexto da Seguridade Social; A Política de Saúde no capitalismo contemporâneo; políticas e direitos da População em situação de rua; Serviço Social, formação e trabalho profissional e Serviço Social: história, memória, formação e trabalho profissional.

O GEPSS tem o intuito de desenvolver pesquisa e extensão universitária tendo como objeto de estudos o Serviço Social e as Políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social no contexto de desmonte da Seguridade Social brasileira. Além de repercutir teoricamente para o acúmulo de conhecimento nas áreas de Serviço Social e de Seguridade Social, tem o intuito de capacitar recursos humanos do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

O Grupo de Estudos em Políticas de Seguridade e Serviço Social e o Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí visando promover a divulgação de produções científicas no âmbito da temática **POLÍTICAS PÚBLICAS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19** apresenta à comunidade acadêmica e ao público em geral o livro **“POLÍTICAS PÚBLICAS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19: o desgoverno Bolsonaro, a (des)proteção social e o Serviço Social no Brasil”**.

Vamos ao debate...

Iracilda Braga

Parte I
PANDEMIA DA COVID 19 NO BRASIL:
o desgoverno Bolsonaro e a
desproteção social

ASCENSÃO DO RADICALISMO DE DIREITA, BOLSONARISMO, COVID 19 E (DES) PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

*Annova Míriam Ferreira Carneiro
Alba Maria Pinho de Carvalho
Maria do Socorro Sousa de Araújo*

INTRODUÇÃO

O presente texto foi elaborado no âmbito das pesquisas: 01- *Reconfigurações da Política de Assistência Social no contexto contemporâneo, ante o desmonte da Seguridade Social no Brasil (2016-2020): expressões peculiares em São Luís do Maranhão*; e 02- *Formas de Resistência em Tempos de desmonte da Política Nacional de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social: a particularidade do FEUSUAS – MA*, que foram realizadas em nível de pós-doutoramento, de março de 2020 a março de 2021, junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, na Universidade Federal do Ceará, sob a supervisão da profa. Alba Maria Pinho de Carvalho. Ademais, trata-se de uma versão revista e ampliada de um ensaio originalmente apresentado em formato de comunicação oral e publicado nos Anais do XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, realizado no Rio de Janeiro-RJ, em dezembro de 2022.

As ponderações aqui contidas foram desenvolvidas a partir de revisão bibliográfica, análise documental e seminários de discussão realizados no âmbito do pós-doutoramento. Nesse contexto, neste ensaio, abordamos as particularidades da ascensão do radicalismo de direita em âmbito mundial, os ataques à democracia capitalista, que se expressam

fortemente no Brasil, a partir da configuração do golpe de 2016 e do conseqüente governo de Jair Bolsonaro, que, dentre outros aspectos, expressa-se através da ruptura com o Pacto Federativo de financiamento das políticas públicas, assegurado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, ocasionando um desmonte da Seguridade Social no país, com repercussões peculiares sobre a Política de Assistência Social.

A partir de revisão de literatura de estudiosos do aumento do radicalismo de extrema direita em âmbito mundial, analisamos o avanço e configurações desse fenômeno na contemporaneidade, que tem se reproduzido em esfera mundial a constituir, conforme Chauí (2019), o neoliberalismo totalitário; e analisamos a questão da antidemocracia, como uma das características fundantes da direita a expressar-se em discursos e práticas autoritárias, discriminatórias, a partir de condutas violentas, ofensivas, exacerbadas contra determinados grupos sociais, pondo em questão práticas e condutas fundadas na política e nas instituições políticas, particularmente em relação ao financiamento de políticas públicas afirmativas e de proteção social.

Ademais, a partir de revisão de literatura de estudiosos da realidade brasileira, abordamos, com base em Carvalho (2019) e Araújo: Carvalho (2020), o aumento do radicalismo de direitas expresso nas jornadas de 2013, cujas mobilizações resultaram no Golpe de 2016, na eleição de Jair Bolsonaro – ápice do golpe e, na configuração do bolsonarismo como fenômeno sócio-político, fundado no militarismo, reacionarismo e ultraliberalismo. Em nossa abordagem, adotamos a tese, desenvolvida por Carvalho (2019), de que, para analisar o Brasil do Presente, no contexto do bolsonarismo, impõe-se a necessidade de um recuo na história do país, adotando como referência empírica os últimos 30 anos, ou seja, de 1990 a 2020, acrescentando agora o ano de 2021, em curso. Segundo a autora, neste período, presencia-se a existência de dois processos distintos que, estruturalmente, demarcam a dinâmica da vida brasileira, quais sejam: a democracia, advinda de meados da década de 1980 e o ingresso do país no ajuste ao capitalismo financeirizado, na década de 1990 até o momento atual.

A partir desse recuo na história, analisamos os desdobramentos do denominado ajuste estrutural brasileiro em meio aos embates pela democracia capitalista ocorridos, com maior ou menor intensidade, no decorrer das diversas conjunturas do Brasil do Ajuste, com destaque para os ciclos dos governos do Partido dos Trabalhadores - PT, no período de 2003 a 2015 e para o Golpe 2016. E, ainda, abordamos a eleição de Jair Messias Bolsonaro, considerada como ápice do Golpe e a configuração

do bolsonarismo, como fenômeno sociopolítico no Brasil do Presente, a concretizar práticas antidemocráticas, através, dentre outras questões, do não cumprimento do Pacto Federativo de financiamento das Políticas Públicas, asseguradas pela Constituição brasileira de 1988, acarretando no desmonte do Sistema de Proteção Social do país.

ASCENSÃO DO RADICALISMO DE DIREITA E NOVO TOTALITARISMO: a democracia em questão

A nova ascensão das direitas, particularmente da denominada direita radical, vem ocorrendo em âmbito mundial, desde meados da década de 70 do século XX, assumindo diferentes configurações e expressões, a depender das particularidades das regiões ou países. Apesar das particularidades, também apresentam convergências e similitudes, ainda que em contextos, economias e culturas distintas (DIBAI, 2020).

Trata-se, portanto, de fenômeno complexo, cuja literatura indica diferentes denominações, significados, configurações, características fundantes e distintas explicações teóricas, inclusive, a respeito das possíveis causas dessa ascensão.

Dibai (2020) pondera que, dentre as características fundantes de direita radical, encontram-se as relações com a (anti)democracia. E, ainda, ressalta, a partir dos estudos realizados por Mudde (1996), que, em 26 definições de radicalismo/extremismo de direita pesquisadas a partir de diferentes autores, foi possível verificar 58 características distintas, sendo, contudo, que cinco (5) delas se repetem em pelo menos metade dos autores pesquisados. São elas: nacionalismo; racismo; xenofobia; Estado forte e antidemocracia. Desta forma, é possível enfatizar que, ao lado das demais características destacadas, uma das características fundantes da direita radical é exatamente a antidemocracia.

Nesse contexto, a civilização do capital na contemporaneidade, em meio a uma crise humanitária deflagrada ou acentuada pela pandemia do novo Corona vírus ou da Covid 19, que atinge os pilares do sistema capitalista, expressa cada vez mais o aumento do autoritarismo e a consequente diminuição da democracia em diferentes países, em âmbito mundial.

Pesquisa realizada por Anna Lührmann e Staffan I. Lindberg ((In DEMOCRACY REPORT, 2020) que visa medir o índice de democracia em nível mundial, aponta que, atualmente, 92 países adotam regimes autoritários, enquanto 87 adotam regimes democráticos. Revela, ainda, que os cinco países mais democráticos do mundo são Dinamarca, Estônia,

Suécia, Suíça e Noruega, enquanto os cinco países mais autoritários são Eritreia, Coreia do Norte, Arábia Saudita, Iêmen e Síria (DEMOCRACY REPORT, 2020).

E, mesmo em países considerados democráticos, tem ocorrido o aumento do autoritarismo, com a proliferação de práticas e discursos de ódio, de controle do pensamento divergente, de rejeição às instituições políticas e até mesmo de recusa em aceitar processos eleitorais formalmente legitimados, como é o caso recente de Donald Trump e seus radicais seguidores nos EUA, configurando o que estudiosos e pesquisadores da realidade contemporânea classificam como fascismo, novo fascismo ou fascismo periférico. (ARAÚJO: CARVALHO, 2021)

Chauí (2020)), contudo, **não utiliza o termo fascismo para configuração do atual momento histórico**. Adota, então, a concepção de novo totalitarismo, visando destacar a necessidade da compreensão do momento histórico atual a partir da configuração da economia neoliberal. Assim, adota como referência as análises da Escola de Frankfurt sobre as repercussões do surgimento da *sociedade administrada* e fundamenta sua abordagem na concepção de que o movimento *do capital* transforma toda realidade em *objeto do capital e para o capital*, transmutando tudo em mercadoria. Essa dinâmica de funcionamento do capital institui, assim, um modo universal de equivalências, particular de uma formação social fundada na troca, através da utilização de dinheiro - mercadoria universal abstrata.

As consequências do neoliberalismo - novo totalitarismo, nas sociedades contemporâneas - exprimem-se nos aspectos social, econômico, político e ideológico. No que diz respeito às consequências para os regimes democráticos, este novo totalitarismo encerraria as duas formas democráticas existentes no modo de produção capitalista: (a) socialdemocracia, com a privatização dos direitos sociais, o aumento da desigualdade e da exclusão; (b) democracia liberal representativa, definindo a política como *gestão* e não mais como discussão e decisão públicas da vontade dos representados por seus representantes eleitos. (CHAUI, 2019)

Conforme Chauí (2019), com a adoção desse novo totalitarismo, os gestores defendem a ideia de que são os verdadeiros representantes do povo, com o qual se relacionam e se comunicam, de forma direta e permanente, através das plataformas digitais, das redes sociais, do twitter, de blogs - ou seja, por meio do *digital party* -, interagindo com as pessoas, com distintos grupos sociais, sem nenhuma mediação institucionalizada formalmente, pondo em questão a legitimidade dos parlamentos políticos

e das instituições jurídicas, promovendo, inclusive, manifestações contra eles. Desta forma, proliferam-se práticas de judicialização da política, dado que os conflitos tendem a ser solucionados pela via jurídica, e como questão de polícia, ao invés da adoção da via política propriamente dita (CHAUÍ, 2019).

Dibai (2020), por sua vez, a partir de um par de oposição entre polícia e política, fundado em Rancière (1996), estabelece relação com o radicalismo de direita. Conforme a autora:

Explorando esse par conceitual oposto, a visão de mundo dos direitistas radicais tende a se aproximar mais da polícia, podendo, inclusive, sufocar a política. A prática de vigilância moral, a intolerância, a indisposição à negociação/diálogo, o pensamento maniqueísta que divide a sociedade em bem e mal, a percepção de multidão como desordem e a adoção de estratégias de homogeneização de comportamentos, tendem a acionar dispositivos de polícia, que restringem as liberdades de ação e a pluralidade dos indivíduos, gerando opressão e, por consequência, suprimindo a política. (DIBAI, 2020, p. 736)

Chauí (2019) enfatiza, ainda, que, no novo totalitarismo, os gestores atuam como *gangsters*, que institucionalizam a corrupção, o clientelismo e reafirmam lealdades. Ademais, possuem os conselheiros - *consiglieri*, pretensos intelectuais a orientarem as decisões e os discursos dos gestores, difundindo, via de regra, discursos e práticas de ódio aos diferentes, aos socialmente vulneráveis outros, sendo que esse discurso ideológico é utilizado como justificativa para práticas de perseguição e até de extermínio de determinados grupos. Transmutam os adversários políticos em corruptos, ao tempo em que adotam a corrupção mafiosa, quase que exclusivamente, como a única norma de governo (CHAUÍ, 2019).

Ademais, os gestores realizam uma batalha ideológica a perseguir todas as formas e expressões do pensamento crítico, dividindo a sociedade entre o “homem de bem”, seus apoiadores, e os mundanos, diabólicos - seus opositores. E, nesses termos, travam uma luta pela *limpeza* social, moral, cultural e política; ao tempo em que perseguem os esquerdistas (CHAUÍ, 2019).

Numa conjuntura de avanço da ideologia de extrema direita em âmbito mundial, grupos radicais, adeptos das ideias e práticas antidemocráticas, discriminatórias e conservadoras, têm sido identificados em variadas democracias contemporâneas, tais como, EUA, países da União Europeia e Itália, disputando espaço político, visibilidade pública e os votos dos eleitores, tanto no espaço político-eleitoral propriamente

dito, quanto na internet e nas ruas. E, no Brasil, o bolsonarismo como fenômeno sociopolítico também constitui uma expressão dessa ascensão do radicalismo das direitas.

A ASCENSÃO DAS DIREITAS, ATAQUE À DEMOCRACIA E O BOLSONARISMO NO BRASIL

No Brasil, a ascensão contemporânea das direitas, em particular da extrema direita, vem ocorrendo de forma mais sistemática e organizada através de diferentes estratégias e com distintas configurações a partir de meados dos anos 2000, a adquirir maior fortalecimento e visibilidade no processo pró-impeachment de Dilma Rousseff, que culmina no Golpe 2016 (CARVALHO, 2020).

Conforme ressaltam Araújo: Carvalho (2021), o ano de 2016 demarca uma nova época histórica na vida brasileira, iniciando um período de autoritarismo, em meio às configurações formais da democracia representativa no país. Ratifica o Golpe 16 um ataque frontal à democracia no Brasil, atingindo as instituições e permeando a própria cultura política.

Carvalho (2019) enfatiza que o ápice do Golpe 2016 foi a eleição de Jair Messias Bolsonaro e a conseqüente constituição do bolsonarismo, como fenômeno sociopolítico, marcado pelo avanço das direitas no país. Destaca que, no contexto da crise brasileira contemporânea, nos meandros do Golpe 16, ocorre uma ascensão das direitas/extrema-direitas, a assumir distintas composições. E que se trata, portanto, de direitas no *plural* que se cruzam no cenário político no país, nos últimos cinco anos, em uma complexa composição: direita militante, fundada, ideologicamente, com base em concepções do neoliberalismo, com destaque para a produção de Olavo de Carvalho com seus discursos doutrinários, ancorados no ódio e na desqualificação da esquerda, a disseminar-se, sobremaneira, nos espaços virtuais: direita religiosa, assentada no fundamentalismo de igrejas pentecostais, que propaga discursos e práticas de boa moral e bons costumes, numa batalha ideológica para salvaguardar o Brasil de práticas mundanas, na defesa cega da família dita tradicional e seus respectivos valores; direita militarista, com fortes vinculações ao ideário da Ditadura Militar, que, instaurada com o Golpe de 64, vigorou, no país, por mais de 20 anos; direita fundada na cruzada ideológica anticorrupção. (CARVALHO, 2019).

Essa extrema-direita vence, então, as eleições presidenciais de 2018, fazendo emergir o bolsonarismo, que se configura:

Um fenômeno sociopolítico resultante desta convergência de forças constitutivas da extrema-direita no Brasil, ao final da segunda década do século XXI. A rigor, bolsonarismo é uma articulação sociopolítica de extrema-direita, que articula ultraneoliberalismo dependente, militarismo patriótico e autoritário, mesclado com justicialismo da violência e reacionarismo político-cultural, eivado de um moralismo religioso. (CARVALHO, 2019, p. 30)

O bolsonarismo configura-se, portanto, como uma amálgama de diversos grupos de extrema direita reunidos a partir das ideias materializadas nas práticas e discursos de Jair Messias Bolsonaro. Constitui-se, portanto, um fenômeno que ultrapassa a figura grotesca de Bolsonaro.

A partir da constituição do governo Bolsonaro, o ultraliberalismo, de caráter dependente, expressa-se como um agravamento da agenda de ajuste do Governo Temer, a implementar as políticas de ajuste fiscal, implicando, nas ações práticas de privatizações, cortes de gastos públicos e contrarreformas visando à suposta desoneração da economia. Tem como figura emblemática Paulo Guedes e, como projetos estratégicos, as privatizações do que resta das empresas estatais brasileiras e a Contrarreforma da Previdência, visando à substituição do modelo público e solidário de Previdência Social e a implementação do modelo de capitalização de previdência privada (FATTORELLI, 2020). Configura-se numa total submissão ao capital financeiro, numa posição de extrema dependência, que compromete a soberania nacional. (ARAÚJO; CARVALHO, 2020)

O militarismo autoritário, mobilizado na cruzada anticorrupção, em busca da garantia dos chamados interesses da Pátria, tem como lideranças o Vice-Presidente General Hamilton Mourão e um segmento crescente de militares, no interior do governo, incluindo o atual ministro interino da saúde, Eduardo Pazuello e a figura destacada do General Augusto Heleno. Tal militarismo articula-se, inicialmente, com o judicialismo pela via da violência, tendo como figura-chave, durante o primeiro ano do governo, o ex-juiz Sérgio Moro que em 24 de abril de 2020 deixou o governo, rompendo com Jair Bolsonaro e desencadeando uma crise interna, com ataques frontais de denúncia de interferências do governo na Polícia Federal. (ARAÚJO; CARVALHO, 2020)

Por fim, o reacionarismo político-cultural, que muito se assemelha a um fascismo sociocultural. Tem como liderança a pastora Damares Alves que conduz o Ministério, do qual é titular, como se fosse uma extensão da sua Igreja fundamentalista, combatendo em uma guerra cultural através

da qual visa à retomada de valores tradicionais, do fundamentalismo religioso e pré-democráticos, fundamentada na ideologia de que os grandes problemas do país são problemas de ordem moral. (CARVALHO,2020b)

Consoante Carvalho (2019), um fundamento analítico, para o desvendamento do bolsonarismo, é um recuo histórico de 30 anos na contemporaneidade brasileira, contemplando a existência de dois processos, complexos e contraditórios, que, de forma estrutural, definem a vida brasileira, quais sejam:

- a democratização, a atingir seu ápice na década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que amplia o Estado Brasileiro pela via da Política, constituindo o Estado Democrático de Direito, com reconhecimento e afirmação dos direitos sociais, como fundamento de Políticas Públicas de caráter universal, com destaque para as Políticas de Proteção Social;

- a experiência brasileira de ajuste estrutural, ou seja, o ingresso do país no capitalismo financeirizado, a partir da década de 1990, a configurar a submissão do Estado aos ditames do capital, a limitar, de diferentes formas, a força da Política e a restringir o domínio da Democracia, mediante o desenvolvimento de políticas macroeconômicas de ajuste, provocando a precarização e o desmonte das políticas públicas.

Destaca que, durante o período dessa confluência contraditória, ao longo de quase trinta anos, há predominância das práticas voltadas ao ajuste do capitalismo financeiro, em meio aos embates pela democracia, ocorridos, com maior ou menor intensidade, no decorrer das diversas conjunturas do Brasil do *Ajuste*.

Ao longo dos diferentes ciclos da experiência brasileira de ajuste, percorrendo distintos governos, desde 1990 até 2020, o Brasil encarna o modelo rentista-neoextrativista, configurado a partir da centralidade na financeirização dependente e no extrativismo intensivo de riquezas – denominadas commodities. Trata-se de uma composição entre o rentismo, ou seja, o capital financeiro e suas altas taxas de lucratividade via juros e o capital vinculado ao neoextrativismo, com acumulação de riquezas por meio do agronegócio e da mineração.

Enfatiza a autora que, no decorrer das últimas décadas, merece especial atenção analítica o período de 2003 a 2015, referente aos ciclos de governo do Partido dos Trabalhadores, que, com distintas configurações, assume a condução do ajuste ao modelo rentista neoextrativista pela via da denominada conciliação de classes, na perspectiva de regulação dos conflitos entre as elites do capital e as massas e segmentos assalariados dos trabalhadores. Alicerçado em diferentes estratégias, o modelo de

ajuste petista caracteriza-se, de modo geral, pelo privilegiamento dos interesses do capital, vinculados ao rentismo e ao neoextrativismo e pelo atendimento pontual de demandas de segmentos empobrecidos da classe trabalhadora e de setores assalariados, mediante políticas de enfrentamento da pobreza. Ademais, nesta perspectiva de conciliação de classes, governos petistas incorporam na máquina estatal setores da burocracia sindical e da direção de movimentos sociais, fragilizando as lutas na sociedade civil. (CARVALHO,2019:7)

Conforme avalia, esse pacto de classes do modelo de ajuste petista passa a ser ameaçado a partir de um contexto internacional desfavorável, com deslocamento da crise estrutural do capital para a China, para a América Latina e, de modo particular, para o Brasil. Nesse contexto de crise, as elites brasileiras, visando manter sua alta lucratividade, decidem romper o pacto construído pelo social-liberalismo petista, criando, assim, as condições para a emergência e expansão da crise contemporânea brasileira e do Golpe 16.

Sinaliza a autora que, ao longo da segunda metade dos anos 2000, durante o processo de constituição da crise brasileira, explicita-se no país, a exemplo do que ocorreu em grande parte do mundo, a emergência da nova direita, em sua composição complexa e peculiar, como base de sustentação do próprio Golpe de 2016 e do consequente bolsonarismo.

O golpe de 2016, em sua pesada arquitetura de desmonte, no âmbito do governo ilegítimo de Michel Temer, inaugura um novo ciclo de ajuste, reafirmado pelo Governo Bolsonaro, qual seja, uma versão do modelo rentista-neoextrativista, de cunho ultraneoliberal, de privilegiamento do capital estrangeiro, de superexploração da força de trabalho, de espoliação das riquezas nacionais e do fundo público, do autoritarismo e do processo de desmontes dos direitos sociais e trabalhistas e do Sistema de Proteção Social do país.

BOLSONARISMO, COVID 19 E A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL: o desfinanciamento e a descentralidade da Política de Assistência Social no contexto da dupla pandemia

Conforme enfatizam Araújo e Carvalho (2021), o Brasil vivencia duas pandemias que se inter cruzam, numa perversa confluência: a da Covid 19 e a do governo Bolsonaro que desconsidera o Sistema de Seguridade Social, inscrito na Constituição Federal Brasileira de 1988. Esse Sistema, de configuração híbrida, constitui políticas de caráter

contributivo – a Previdência Social, e não contributivo, como as Políticas de Saúde e Assistência Social, regulamentadas por leis específicas.

Assim, a peste da Covid 19 ocorre num contexto de desfinanciamento das políticas públicas, particularmente de Saúde, Previdência e Assistência Social, que devem ser fundamentadas no direito, na igualdade, na justiça social e na dignidade humana, consideradas como direito do cidadão e dever do Estado.

Contraditoriamente, com a transferência aos trabalhadores do ônus do sistema econômico capitalista, em constante crise, e na atualidade em crise prolongada, tem-se como resultado um processo sistemático de desproteção da classe trabalhadora. Aspecto que confirma a existência de conflito de interesses que envolvem a proteção social, no país, que, longe de ser isolado e episódico, constitui-se um conflito permanente entre classes sociais antagônicas, exacerbado em determinados contextos, como o que está em curso atualmente no Brasil.

No âmbito da Seguridade Social, a Política de Assistência Social - PAS, por sua vez, vem sendo submetida a um processo de desmonte, a partir do Golpe 16. Conforme pontuam Carneiro; Araújo; Araújo (2019), a Política de Assistência Social sofre profunda inflexão, sendo que o Governo Temer implementou uma agenda, agora reforçada pelo governo Bolsonaro, a impactar os avanços então alcançados pela Política, com aceleração de drásticos cortes orçamentários, comprometendo todo o funcionamento das estruturas do Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Processo que caracteriza um lamentável reforço do projeto conservador a reafirmar a transmutação do direito em favor, com todas as históricas mazelas institucionais daí decorrentes.

A regulamentação da Política de Assistência Social está referenciada na Lei nº 8.742/1993, Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), na Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), na Norma Operacional do SUAS de 2005 e 2012 e na Lei nº 12.435/2011. Ou seja, a essencialidade da Assistência Social é definida mediante a instituição de um marco legal/regulatório, o qual expressa a responsabilidade dessa Política em garantir proteção social **à população em situação de vulnerabilidade e riscos pessoal e social na condição de direito social**, de forma particular em contextos de calamidade pública.

Assim, na atual conjuntura, a Política de Assistência Social é requisitada a oferecer respostas para mitigar os efeitos da pandemia, no contexto do enfrentamento da Covid-19. Todavia, ao considerar a desestruturação gradativa do SUAS, as dificuldades para sua implementação num contexto pandêmico e suas particularidades, ou seja,

o campo específico da proteção social a ser processada por essa Política, expresso nas seguranças afiançadas (sobrevivência e de renda, acolhida, autonomia e convívio), observa-se a complexificação dos desafios para sua materialização (CARNEIRO, 2020).

A natureza essencial da Assistência Social é afirmada pelo Decreto Presidencial nº 10.282/2020, ao incluí-la dentre os serviços públicos e atividades essenciais, considerados indispensáveis ao atendimento das necessidades da população durante a pandemia do coronavírus. Essenciais, porque se não atendidos colocam em risco a segurança, a sobrevivência e a saúde das pessoas. Por conseguinte, a PAS é requisitada a oferecer respostas a situações preexistentes na realidade brasileira, que se exacerbam nesse contexto como: risco de sobrevivência de indivíduos e famílias que vivem na pobreza e na extrema pobreza, necessidade de abrigo de pessoas em situação de rua, pessoas idosas, pessoas com deficiência, crianças, adolescentes e mulheres expostos a diferentes formas de violência acirradas pelo isolamento social, dentre outras.

Todavia, ressurte-se no Brasil da ausência de reconhecimento efetivo da Assistência Social para além do marco legal que a determina e do contexto pandêmico, que desvela de forma mais intensa a sua necessidade, visto que sua essencialidade não se afirma somente com a pandemia, justificada antes por significativas parcelas de usuários que necessitam da Assistência Social na sociedade brasileira e que são atendidos pela rede SUAS, nos 8.428 CRAS, 2.766 CREAS, 235 Centros Pop, 8.808 Centros de Convivência e 7.115 Unidades de Acolhimento (Rede SUAS em 26/10/2020). Rede cuja constituição e funcionamento, para ofertar serviços e viabilizar benefícios socioassistenciais, resulta de dois ciclos, conforme ressalta Castro (2016): o primeiro que se inicia em 2005, quando foi criado, e se estende até 2011, ano de reformulação da LOAS; e um segundo ciclo, que se inicia em 2012 e se estende até 2016, quando o processo de consolidação do SUAS sofre interrupção com a implementação do golpe institucional.

Conforme definido no Pacto Federativo, para a PAS garantir proteção social, é necessário o provimento das condições, pelas três esferas de governo, para sua implementação, inclusive com a garantia de cofinanciamento pelos entes federados.

Vieira (2020), referindo-se aos efeitos da Emenda Constitucional nº 95/16 na PAS/SUAS, afirma que “mais que congelar recursos, o governo vem reduzindo ano a ano o orçamento das políticas públicas”. Em 2016, ano de aprovação da EC nº 95/16, foram destinados para a Assistência Social R\$ 2,1 bilhões; para o ano de 2020 foi aprovado R\$ 1,3 bilhões.

Trata-se de uma redução de mais de 60% no período analisado. Em 2021, o orçamento é de apenas R\$ 1.085 bilhões (VIEIRA, 2020). Ademais, ressalta o *déficit* orçamentário no SUAS, expresso: pelas dívidas de exercício anteriores de aproximadamente 2 bilhões; pelo efeito da Portaria nº 2.362/19 que regulamenta redução, em média, de 40% dos recursos repassados para os municípios e de 33% para os estados; pela extinção, no exercício de 2020, de recursos para o enfrentamento do trabalho infantil, do cofinanciamento para o IGD/SUAS e para o desenvolvimento do CapacitaSUAS e pelo cofinanciamento insuficiente para atingir a cobertura necessária de 100% da rede socioassistencial do SUAS.

Importa destacar que a liberação de crédito extraordinário de R\$ 2,5 bilhões destinado para provisão do Serviço de Proteção em Situação de Calamidade Pública e de Emergências não exime o governo da responsabilidade de repasse regular e sistemático dos recursos ordinários, com recomposição do orçamento de forma a garantir o funcionamento da rede socioassistencial, sobretudo nesse contexto de pandemia (CARNEIRO, 2020).

Desse modo, a situação descrita ratifica que a pandemia encontrou o SUAS combalido, já enfraquecido diante das reduções orçamentárias constantes, resultantes de um processo de desresponsabilização gradativa do Estado para sua efetivação. Seu orçamento já se encontrava em processo de retração, envolto a incertezas e descontinuidades colocando em ameaça a implementação da Política de Assistência Social no país. Isso significa a desconsideração da PAS/SUAS como Política essencial, pelo retrocesso no que diz respeito a sua legitimidade, institucionalidade e visibilidade como direito social.

Assim, a pandemia da Covid-19 ocorre num contexto de desmonte das políticas sociais, e, particularmente, a Política de Assistência Social tem sofrido o impacto com o esgarçamento e sucateamento dos serviços e das condições de trabalho na rede socioassistencial a despeito de sua valorização e investimento para atendimento digno à população que dela necessita.

Diante desse cenário, os estados e municípios são requisitados a manter a proteção social à população já atendida pela Assistência Social e a garantir proteção aos segmentos mais vulnerabilizados com a pandemia, diante dos agravos causados pela Covid-19. Isso significa que estados e municípios encontram-se diante de demandas, que vão desde a necessidade de proteção social básica até a especial de alta complexidade, sem ter a garantia das condições necessárias para efetivo atendimento. Dessa forma, se por um lado a essencialidade da Assistência

Social é reconhecida legalmente, por outro a incapacidade da rede socioassistencial em garantir proteção social fica exposta no contexto pandêmico, sobretudo como consequência direta do desmanche. (CARNEIRO, 2020b)

As tendências regressivas do SUAS observadas, na contemporaneidade, resultantes do novo ciclo de ajuste do país às demandas do capital em crise, ratificam a necessidade de reconhecimento efetivo do SUAS enquanto sistema público de gestão, descentralizado e participativo “a ser implementado para a garantia das seguranças relacionadas à função de proteção, assim como a implantação das demais funções, ou seja, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos” (SILVEIRA, 2017, p. 496). Ou seja, trata-se de um reconhecimento que considera não somente o atendimento emergencial que a Assistência Social pode prestar a indivíduos e famílias, mas que envolve ações protetivas direcionadas à garantia de direitos destes. A compreensão incompleta e distorcida dessa Política, conforme Pereira (1996), relaciona-se à persistência de concepções históricas que reitera a forma restritiva da Assistência Social ao associar essa Política ao assistencialismo e às formas emergenciais de atender à população.

Portanto, a essencialidade e centralidade da PAS não podem ser compreendidas apenas por ações emergenciais, considerando-se suas particularidades no sistema protetivo brasileiro que ultrapassam essa intencionalidade. O dilema posto parece residir na dificuldade dessa Política constituir-se em política de provisão social, que tem por base a noção de direito social (COUTO, 2010, p. 167) que vai na contramão das práticas tradicionais de ajuda em situações emergenciais.

Neste contexto da pandemia da Covid-19, além dos desafios inerentes às demandas advindas do Auxílio Emergencial e do Auxílio Brasil, outros desafios estão postos para implementação da PAS, dentre os quais: a baixa arrecadação de alguns estados e municípios brasileiros, redução de valores das parcelas de recursos destinados aos serviços do SUAS, não pagamento de despesas de exercícios anteriores, como implicação direta da Portaria nº 2362 do Ministério da Cidadania, dentre outros que comprometem a oferta dos serviços e o atendimento compatível com as demandas que crescem nesse momento de aumento das desigualdades econômicas e sociais, de desmantelamento dos direitos sociais e trabalhistas, de crescimento do desemprego e da pobreza, da insegurança alimentar e nutricional, momento em que a Assistência Social carece de maior investimento para viabilizar proteção à classe trabalhadora.

A não recomposição do orçamento, a morosidade de repasse dos recursos ordinários, proveniente do Governo Federal para manutenção da rede, a desconsideração das deliberações referentes ao orçamento pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, constituem-se limites à implementação dessa Política e evidenciam que a liberação de crédito extraordinário não tem a capacidade de resolver as fragilidades carregadas pelo SUAS ao longo dos últimos anos.

Os aspectos considerados evidenciam a ruptura do Pacto Federativo, pela esfera federal, para garantia da Assistência Social, num contexto que exige uma intervenção pública compartilhada, com investimento público expressivo, que garanta a valorização e proteção dos trabalhadores, a oferta sistemática de serviços e viabilização de programas e benefícios, durante e depois da pandemia.

Acrescente-se a esses aspectos o negacionismo presente nas ações e omissões da gestão federal que agrava a situação brasileira durante a pandemia, cuja centralidade não abriga a proteção social, visto ancorar-se no desenvolvimento de um projeto ultraliberal, genocida e reacionário que caracteriza o Bolsonarismo e tem impactado de forma negativa a Seguridade Social no país, sobretudo a Política de Assistência Social (CARNEIRO, 2020b).

CONCLUSÃO

O fenômeno da ascensão da direita vem ocorrendo, com diferentes expressões e configurações, em âmbito mundial na contemporaneidade. Em distintas conjunturas, é importante considerar possíveis causas, características, expressões desse fenômeno, bem como, é fundamental identificar os impactos dessa ascensão na democracia representativa.

Ao longo das reflexões e análises aqui desenvolvidas, abordamos o fenômeno da ascensão do radicalismo de direita no mundo, nos moldes do capitalismo financeirizado, e as consequências para a democracia a expressar-se, fortemente, no Brasil na contemporaneidade.

No Brasil, o avanço das direitas resultou no processo de impeachment de Dilma Rousseff, no Golpe 2016, e demarca uma nova época histórica no país, instituindo um novo tempo de autoritarismo, com ataque brutal à democracia, em meio aos discursos e práticas de luta pela garantia da legitimidade da democracia representativa.

O ápice desse processo é a eleição de Jair Messias Bolsonaro que configura um governo fundado nos ditames do ultraliberalismo, do militarismo autoritário e do reacionarismo. E que, como expressão do

Golpe 2016, reafirma um projeto autoritário, conservador, fundado no retrocesso dos direitos sociais e trabalhistas, no desmantelamento do

Sistema de Seguridade Social no país, através do desfinanciamento das políticas públicas e do desmantelamento das instâncias de controle social.

Nesse contexto, ocorreu um agravamento da situação de desproteção social de amplos segmentos da sociedade, impulsionada pela Covid-19, ao causar forte pressão sobre os sistemas públicos, principalmente SUS e SUAS, que não se veem estruturados o suficiente para responder às novas e velhas demandas. Sistemas que apresentam fragilidades intensificadas, desde 2016, pela descentralidade da proteção social no país, e que adquirem contornos críticos no atual governo, ao promover ruptura com o Pacto Federativo de financiamento das políticas públicas no Brasil, fragilizando um dos princípios democráticos estabelecidos Pela Constituição Federal de 1988.

Com a derrota da extrema direita nas eleições presidenciais de 2022 e a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, através da constituição de uma frente ampla no país, apesar de toda a complexidade da conjuntura atual e frente aos desafios que envolvem a necessidade de efetiva superação dos grupos e movimentos de extrema direita no país, reconstrução/ recomposição da estrutura administrativa do Estado, das políticas públicas, das leis de proteção aos trabalhador(a)s, do Sistema de Seguridade Social no país, estamos adentrando em novo período histórico de retomada da democracia e de recomposição da nação, nos marcos de uma sociedade capitalista.

Os desafios para retomada efetiva do estado democrático de direito no país serão múltiplos, enormes e difíceis de serem superados. Exigirão, inclusive, estratégias eficazes para o enfraquecimento e posterior desmonte dos grupos extremistas de direita que se espalharam pelo país, configurando parte do bolsonarismo. Um exemplo desses desafios, a exigir ações imediatas e enérgicas, foram os ataques ocorridos no domingo, dia 08 de janeiro último, aos prédios dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, completamente devastados por grupos extremistas bolsonaristas numa afronta à nação, aos poderes legalmente instituídos, à democracia.

Nessa conjuntura de recomposição do país, de fortalecimento do estado democrático de direito, de reorganização das políticas públicas, particularmente no que diz respeito ao Sistema de Proteção Social, o novo governo sinaliza desde o período de campanha eleitoral, que irá reconstruir a Seguridade Social , com imediata reversão de algumas das

perdas sofridas por aposentados, pensionistas e trabalhadore(a) na ativa, no contexto da reforma da previdência; com a recomposição das verbas para a saúde e reestruturação do SUS. E, particularmente, no que diz respeito à Política de Assistência Social e ao SUAS, o atual presidente, ainda quando em campanha eleitoral, fez declarações relativas à PAS e ao SUAS durante encontro com assistentes sociais e demais trabalhadore(a)s representantes da Frente Nacional de Defesa do Suas. Na ocasião, Lula recebeu uma carta com propostas para a área e afirmou que irá regularizar e fortalecer os repasses de recursos e recuperar o Sistema único de Assistência Social no país, indicando essa como uma das ações prioritárias do seu terceiro mandato, numa perspectiva de recomposição dos direitos e de superação da barbárie expressa, particularmente, na extrema pobreza e na fome que ora assola o Brasil. Tais indicações estão reafirmadas no documento intitulado Diretrizes para o Programa de Reconstrução e Transformação do Brasil - (Lula Alckmin 2023-2026) COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA, no qual os então candidatos enfatizam os seus compromissos para a reconstrução e transformação do país. Como parte desses compromissos, afirmam o imperativo de reconstrução e o fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Nessa conjuntura, é fundamental continuarmos mobilizado(a)s na luta para que se inicie efetivamente a superação da barbárie no país, o que requer, dentre outras questões prioritárias, a instauração de um ciclo de reconstrução, fortalecimento e expansão do SUAS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria do Socorro S. de; CARVALHO, Alba Maria P. de. Autoritarismo no Brasil do presente: bolsonarismo nos circuitos do ultraliberalismo, militarismo, reacionarismo. In: Revista Katálysis, Volume 24, N. 1, 2021.

_____. Coronavírus e bolsonarismo: uma dupla pandemia no Brasil do presente. In: Crise humanitária, bolsonarismo e (des)proteção social no Brasil do presente: particularidades da Política Nacional de Assistência Social, 2020. Teresina: UFPI. III Simpósio Internacional de Políticas Públicas, 2020.

BRASIL. Decreto nº 10.282 de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.

_____. Ministério da Cidadania. Portaria nº 2362/2019. Dispõe sobre o acompanhamento do cofinanciamento do SUAS.

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.

_____. Ministério da Cidadania. Sistema de Informação da REDE SUAS. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br>. Acesso em: 26/10/2020.

CARNEIRO, A.M.F; ARAÚJO, C.C; ARAÚJO, M.S.S de. Política de Assistência Social no período 1988-2018: construção e desmonte. In: Revista Ser Social, vol. 21, n 44, janeiro a junho de 2019, p.29-47.

_____. I WEBINÁRIO: **POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:** novas configurações em tempos de desmonte da Seguridade Social. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA, UFC, 2020b.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. ULTRANEOLIBERALISMO, MILITARISMO E REACIONARISMO NO BRASIL DO PRESENTE: uma composição de risco, um desafio à luta política. In: COUTINHO, J. et al. **A CRISE CAPITALISTA, O AVANÇO DA DIREITA NO CONTINENTE LATINO-AMERICANO E OS DESAFIOS PARA A RESISTÊNCIA**. Anais da IX Jornada Internacional de Políticas Públicas, realizada em São Luis/MA, em agosto de 2019.2019.

_____. Bolsonarismo como fenômeno político no Brasil do Presente: uma composição de risco, um desafio à luta política. Texto elaborado para o Seminário Virtual PAPIIT de 15 de abril de 2020. Fortaleza. 2020. Mimeografado.

_____. **A CONJUNTURA SOCIO-ECONÔMICA E POLÍTICA RECENTE E A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**. Texto elaborado para aula proferida na disciplina Sistemas de Proteção Social no Brasil e na América Latina, no PPGPP/UFMA, em 17 de dezembro de 2020. São Luís. 2020b.

CASTRO, Ieda M. Nobre de. Em defesa da assistência social pública, contra o desmonte da seguridade social. Disponível em: <<http://plataformasocial.com.br/em-defesa-da-assistencia-social-publica-contra-o-desmonte-da-seguridadesocial/>>. Acesso em: 05/06/2018.

CHAUI, Marilena. Neoliberalismo: a nova forma do totalitarismo. A Terra é redonda, [S. l.], 6 out. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/36tKq77>. Acesso em: 27 de junho de 2020.

_____. O totalitarismo neoliberal. Anacronismo e Irrupción, Vol.10, N 18, 24/02/2020. Mayo-Octubre, 2020:307-328.

COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA. DIRETRIZES PARA O PROGRAMA DE RECONSTRUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DO BRASIL LULA ALCKMIN 2023-2026. Disponível em https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2022/BR/BR/544/candidatos/893498/5_1659820284477.pdf. Acesso em 01.01.2023.

COUTO, Berenice Rojas. O Direito social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível? 4 ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

DEMOCRACY REPORT. Estudo elaborado pelos pesquisadores Anna Lührmann e Staffan I. Lindberg, publicado em março de 2020, no site <https://www.v-dem.net/en/>, mantido pela organização não governamental VarietiesofDemocracy (V-Dem), entidade ligada à Universidade de Gotemburgo, Suécia. Acesso em 25 de abril de 2020.

DIBAI, Priscilla Cabral. A ascensão do radicalismo de direita no mundo: novos dilemas de um velho problema. In: Revista MEDIAÇÕES, V.25, N.3, SET-DEZ.2020, P.728-743.

FATORELLI, Maria Lúcia. Reforma da Previdência de Bolsonaro é “interesse do insaciável mercado financeiro”. Entrevista concedida em março de 2019. Disponível em <https://auditoriacidadada.org.br/conteudo/revista-forum-maria-lucia-fattorelli-reforma-da-previdencia-de-bolsonaro-e-interesse-do-insaciavel-mercado-financeiro/>. Acesso em: 13 jun. 2020.

MUDDE, Cas. The war of words defining the extreme right party family. West European Politics, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 225-248, 1996. MUDDE, Cas. The ideology of the extreme right.

PEREIRA, Potyara. A Assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

RANCIÈRE, Jacques. O dissenso. In: NOVAES, Aduino (org.). A crise da razão. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. p. 367-382 RYDGREN, Jens. The sociology of the radical right.

SILVEIRA, Jucimeri Isolda. Assistência social em risco: conservadorismo e luta social por direitos. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 130. Set.-Dez. 2017.

VIEIRA, Margarete Cutrim. Webinar: **A Política de Assistência Social em tempos de desmonte (2016/2020)**: gestão, financiamento e oferta de serviços e benefícios socioassistenciais. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, UFC, 2020.

O CENÁRIO NEOLIBERAL E NEOCONSERVADOR BRASILEIRO E AS POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19: Desafios da cidadania e da democracia no país

Nayara de Holanda Vieira

INTRODUÇÃO

Pensar e analisar as políticas sociais, a cidadania e a democracia no Brasil, especialmente em tempos de pandemia da COVID-19, têm perpassado por múltiplas inquietações frente as inúmeras metamorfoses sociais, tendo em vista a conjuntura contemporânea, na sociabilidade do capital globalizado, com o projeto societário neoliberal e neoconservador que de forma expansiva (re) ascende a nova direita e conseqüentemente tem rebatido nas políticas sociais brasileiras.

Desse modo, é imposto a este cenário, a regressão à proteção social como direito, o esvaziamento da democracia, da cidadania e dos espaços de participação, realocando as responsabilidades do Estado para a sociedade civil que seguem com efeitos deletérios, notadamente para a classe trabalhadora e para as populações mais vulneráveis às desigualdades sociais no país.

Consoante a isto, torna-se imperativo o chamamento da sociedade para o debate, a partir do aprofundamento de reflexões teóricas críticas, acerca da conjuntura atual do Brasil, dos acontecimentos econômicos, políticos e sociais na contemporaneidade, que podem ser capazes de

reascender nesta, a desfeticização do que está posto e ir além do aparente, do que está oculto, na tentativa de caminhar para horizontes que desvelem a atuação das ações e dos interesses do grande capital e que estão sendo desenvolvidas principalmente incongruentes à classe trabalhadora e à população mais vulnerável às desigualdades sociais, comprometendo a materialização da participação e dos direitos, ocasionando o esvaziamento da cidadania e da democracia no país.

Por conseguinte, serão levantadas três questões problematizadoras do estudo: 1) Como o neoliberalismo e o neoconservadorismo, alavancados pela nova direita, atinge o Brasil? 2) Que tendências contemporâneas têm demarcado as políticas sociais públicas, a cidadania, a democracia e os direitos no país em tempos de pandemia da COVID-19? 3) Para quais horizontes apontam o cenário contemporâneo brasileiro?

Este estudo é decorrente de uma pesquisa teórica, de base bibliográfica. Segue uma metodologia de cunho qualitativa, com escolha intencional da literatura de apoio para responder aos problemas levantados. Adota como perspectiva teórico-metodológica a marxista, o que nos leva a refletir e analisar as políticas sociais, a cidadania e a democracia no cenário contemporâneo brasileiro a partir da abordagem do método histórico-dialético.

O capítulo está estruturado a partir da seguinte formatação: 1) reflexões acerca das trajetórias e das tendências históricas do neoliberalismo e do neoconservadorismo, com a ascensão da nova direita no Brasil contemporâneo com as análises do papel do Estado frente a tônica neoliberal e neoconservadora no país e; 2) discussão sobre os horizontes apontados, no cenário contemporâneo brasileiro, especialmente com a pandemia da COVID-19, das políticas sociais públicas, da cidadania e da democracia.

TRAJETÓRIAS E TENDÊNCIAS HISTÓRICAS NO CENÁRIO NEOLIBERAL E NEOCONSERVADOR: Constructos do estado brasileiro

O conceito do neoliberalismo incidiu no cenário internacional como uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de Bem-Estar Social, no recorte temporal vivido pela então conhecida fase madura ou tardia do capitalismo, expressada pelos grandes monopólios e intensa intervenção do Estado na economia e no movimento do mercado livre, tangenciadas pelos princípios keynesianos que incidia na lógica anticrise, ocasionada pela crise de 1929, conjugada as transformações no mundo do trabalho pelo modelo fordista de produção, principalmente

em países da Europa e da América do Norte, posterior a Segunda Guerra Mundial.

Behring e Boschetti (2011) afirmam que nesse recorte temporal do capital monopolizado, são constituídas as bases materiais para a expansão dos direitos humanos e de cidadania que vieram à tona através de ações de cunho políticas, intensificadas por pressões da classe trabalhadora e com a dilatação do socialismo no leste europeu que ocasionou na constituição do pacto entre capital e trabalho, coordenado pelo Estado, propiciando a chegada na Europa ocidental de governos social-democratas, com expansão do Welfare State, colocando nesta esteira, as políticas sociais de caráter universal, com o compromisso do Estado para com os direitos de cidadania com bases nos direitos civis, políticos e sociais, com vistas no crescimento econômico e no pleno emprego.

As perspectivas neoliberais foram intensas e de caráter imperativas, que levaram a pressões de ordens diversas, para uma reconfiguração do papel do Estado capitalista, caracterizada como uma reação burguesa à crise do capital dos anos 1970, justificadas como uma ameaça à liberdade econômica e política. Anderson (1995) afirma que o neoliberalismo é colocado à baila pelo teórico Friederich Hayek, ao apresentar a obra “O Caminho da Servidão” considerado o precursor desse movimento que ganhou adeptos, defensores da liberdade de todos e contrários às correntes teóricas que se aproximavam da igualdade no período keynesiano-fordista.

Como uma reação teórica ao Estado intervencionista, Anderson (1995) afirma que a obra de Hayek, teve como propósito fomentar o combate ao keynesianismo e o solidarismo vigentes e apresentar constructos para um outro tipo de capitalismo, que encontra as condições objetivas para a sua difusão, revelando sua necessidade frente à alegação da profunda recessão da economia e dos mais altos processos inflacionários que eram resultantes, segundo o ideário neoliberal, das forças políticas da classe trabalhadora, manifestada pelos sindicatos e o aumento dos gastos sociais do Estado.

No contexto mundial atual, inúmeros países, em decorrência da crise, têm aderido às saídas neoliberais e neoconservadoras e estas têm ganhado espaço de forma irrefreável, marcados por uma nova temporalidade histórica de desenvolvimento civilizatório ou de retorno da barbárie, em que é vivenciada a era dos fenômenos sociais que se agudizam com as desigualdades sociais, manifestadas por meio da pobreza, dos excedentes de mão de obra e exclusões de diversas ordens que fazem parte do teor do capitalismo global contemporâneo.

Para o neoliberalismo, são apresentadas as regras políticas para além de meras alterações da doutrina liberal tradicional, que urgem no poder governamental e na operacionalização do capital. A saber, as privatizações atendem a esse chamado, e passa a ser uma das responsáveis para legitimar o sustentáculo econômico nesse novo modelo de acumulação global, flexibilizado e financeirizado ocasionando um esvaziamento da dimensão pública e democrática dos Estados Nacionais em que estes, não são capazes e nem apresentam a função de assegurar proteção social, através das políticas sociais públicas, estando cada vez mais limitado o seu papel na oferta das políticas, serviços e benefícios para ser um mero fiscalizador da racionalidade política e das práticas disciplinares características do neoliberalismo.

Sob essa ótica, Mandel (1982) analisa o papel do Estado moderno na ordem capitalista, e o designa ser um “Estado forte” que impõe cada vez mais restrições às liberdades democráticas na tentativa de depreciar e/ou extinguir o movimento organizado dos trabalhadores enquanto classe por meio da manipulação por vias ideológicas para “moldar” o trabalhador à sociedade capitalista que visa ser este consumidor, parceiro ou ser reconhecido como cidadão aos moldes dessa lógica.

Assim, para Mészáros (2011), o capital no seu desenvolvimento precisa dissipar riquezas de diferentes formas como uma estratégia de anticrise, para o enfrentamento da crise estrutural do capitalismo, colocando o Estado funcional ao capital, com intervenções pífiyas para a sociedade e através das saídas neoliberais e neoconservadoras que invadem a cena e acaloram as críticas ao Estado intervencionista.

A virada neoliberal demarca além da onda de privatizações, um esvaziamento da dimensão pública e democrática dos Estados Nacionais, caracterizada por Dardot e Laval (2016) como a “Era Pós-Democrática”. O Estado não pode mais assegurar proteção social, limitando-se ao papel fiscalizador e gerenciador da racionalidade política, perpassando pelas práticas disciplinares dos indivíduos através de parâmetros concorrenciais, sob a lógica do empreendedorismo, do capital humano, do empoderamento e outras formas de autoresponsabilização e autogestão.

Em países como o Brasil, guinados pela corrente neoliberal e neoconservadora, a proteção social pública e a democracia sofrem rebatimentos de ordens diversas e vão desde a aguda reorientação de bases hostis com o ajustamento não somente de novos referenciais teóricos e ideológicos, mas às reformas que desmontam direitos humanos, dilatam as expressões da questão social, do encolhimento da cidadania

e da participação, do esvaziamento da democracia e das formas mais impactantes, nessa nova fase do capital, da espoliação e expropriação.

Um novo fenômeno se coloca nos dias atuais, que Chauí (2019) chama de “neoliberalismo totalitário”, implementado pela extrema direita em várias partes do Ocidente, dentre eles o Brasil, desde 2016. A autora é enfática ao denominar a lógica totalitária, considerando que esta é imposta pela relação mercadológica, empresarial, de investimento e pela órbita meritocrática a partir de bases advindas da ideia de sociedade administrada.

Os tempos atuais são marcados por crises exponenciais, com o avanço do projeto societário neoliberal e neoconservador e da ascensão da nova direita, representando a subsunção do Estado aos interesses do capital financeirizado, com o desígnio de ampliação dos rendimentos do capital, que desencadeia crescentes formas de desigualdades e de lacuna entre as classes sociais, configurando o estado permanente de crises econômicas para alavancar políticas de austeridade e a organização do Estado neoliberal, autoritário e totalitário (HARVEY, 2014).

Países como o Brasil e aqueles de economia dependente sempre estiveram funcionais à acumulação posta pelos países desenvolvidos, centrais ou ainda industriais. Para Marini (2005), tais condições de dependência são metamorfoseadas pelas grandes potências da economia mundial, para que estas ampliem suas riquezas e concentrem o poder por meio da subordinação, seja pela economia com base em commodities, na desindustrialização e na superexploração do trabalhador. Esse caminho, leva à desproteção social por parte do Estado, o enxugamento de políticas sociais públicas, o encolhimento e o esvaziamento da cidadania e da democracia.

A composição neoliberal e neoconservadora alavancada pela nova direita, principalmente dos grupos considerados radicais que reforçam a nova ortodoxia capitalista, tem ocasionado contrariedades à luz da democracia, reduzindo-a e incompatibilizando-a com os interesses hegemônicos do grande capital, sobretudo refazendo e remodelando as concepções tradicionais da democracia e dos direitos, lançados na fase liberal do capital.

Como aponta Brown (2019), a nova direita se reconfigura ao se colocarem ameaçados na sua “superioridade” branca, cristã e heteronormativa, a partir dos impactos econômicos, políticos e culturais, ocasionados pela crise financeira de 2008. Ela ainda legitima forças antagônicas à democracia, ou seja, ideologias antidemocráticas, que esbarram e esmagam a proteção social pública, a cidadania e os direitos.

No debate contemporâneo, Dagnino, Olvera e Panfichi (2006), analisam a democracia na América Latina, na perspectiva democrática de projetos alavancadores de direitos, frente a disputas de projetos políticos antagonistas, seja ele o projeto democrático participativo, seja ao projeto neoliberal.

Dagnino (2004) defende que ambos os projetos estão em disputas no processo de construção democrática no Brasil, denominado como confluência perversa, e conseqüentemente adentra nessa disputa de significados que gera antagonismos entre elas como a democracia, a cidadania, a sociedade civil, a participação e os direitos.

Todas essas ênfases percorrem um cenário de contradições que encontram-se diante de conflitos teórico-metodológicos e ético-políticos que requerem debates mais aprofundados com reflexão crítica, diante do crivo do projeto societário da classe dominante que se expressa a partir das mudanças nos modelos de acumulação e regulação social e alteram a substantivação da cidadania, dos direitos, do perfil das políticas sociais públicas e da democracia.

ASPOLÍTICAS SOCIAIS, A CIDADANIA E A DEMOCRACIA BRASILEIRA NO CENÁRIO DA PANDEMIA DA COVID-19

Nos últimos tempos, o debate sobre as políticas sociais, a cidadania e a democracia no Brasil, tem se tornado imperativo, frente ao movimento dialético de avanços, recuos, limites, possibilidades e contradições que atravessam as distintas realidades e indivíduos.

O cenário atual no Brasil, apresenta a conjuntura dos ideais neoliberais, neoconservadores e de ascensão do extremismo da nova direita no poder. É notório que esse cenário, tem se assentado no antidemocratismo, na propriedade, no valor supremo da liberdade individual que contraria a liberdade política e suas feições sobre a participação.

Atualmente, como aponta Miguel (2014), as concepções de democracia partem de uma concepção sociopolítica de legitimação de direitos que, embora vem sendo reconfigurada para fins de expansão do grande capital, apresenta contradições e inflexões, sejam elas positivas ou negativas, para os processos de socialização política.

Dessa forma, é possível perceber que são representativas, mas contraditórias, ficando notória a impossibilidade de participação direta de todos os cidadãos nos processos de tomadas de decisões, haja vista que no cenário neoliberal e neoconservador, as formas de governo são cada

vez menos democráticas, dilacerando os interesses e os direitos coletivos em nome do direito privado, desvalorizando e sucumbindo a cidadania através do esvaziamento da participação, seja via instâncias colegiadas e de controle social.

Como expressa a racionalidade neoliberal acentuada pela égide neoconservadora no Brasil, a difusão de valores que fortalecem a dilatação da extrema direita, tem expressado para a democracia instabilidades e ataques através de atos relativos a desconfiança desta, como forma de manutenção das elites do país no poder, e assim esbravejam a defesa das liberdades do mercado, de princípios morais políticos sob a alegação de manutenção na ordem e ainda o uso da militarização e da repressão com o intuito de manter a harmonia social.

No cenário nacional tem sido visualizado o alargamento da nova direita, esta que teve seu estopim com a ascensão de partidos de centro de direita que chegaram ao poder, ocasionado pelo impedimento da continuidade do mandato, ou seja, pelo impeachment da presidenta Dilma Rousseff, em outubro de 2015, através da Ação Penal 470.

Foi possível evidenciar, a partir de então, a coalisão de políticas de austeridade neoliberal, configurado por muitos analistas, como golpe político, descrito por Santos (2017) como a clausura do poder constituinte do povo, ou seja, têm-se vivido o esvaziamento e o rechaçamento da democracia participativa no país.

Essa nova conjuntura vem ameaçando as políticas sociais públicas, a cidadania, a democracia e os direitos sociais pactuados na sociedade brasileira e normatizados na Constituição Federal de 1988. Por meio das lutas dos trabalhadores, várias conquistas são materializadas através das políticas sociais e com a guinada neoliberal, enfrentam desafios de inúmeras ordens, visualizados nos ideais da “nova” ultradireita, que se aproxima ou flerta com o fascismo e impõe às políticas de proteção social, à lógica da mercadoria.

Nesse cenário, têm-se como exemplo, a Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 2016, que instituiu um novo regime fiscal para vigorar nos próximos vinte anos, valendo, portanto, até 2036, congelou o orçamento das receitas primárias, incluindo as de seguridade social. Os investimentos sociais públicos foram reduzidos por força dessa nova regra, sob a tônica da redução de gastos, o que torna ainda mais precárias as ações dos serviços públicos, acarretando o desmonte dos direitos sociais e descaracterizando cada vez mais a proteção social advinda do Estado, a cidadania e a democracia.

No que tange sobre a cidadania à brasileira, têm-se elementos explicativos nas discussões apontadas por Lavalle (2003) de que há uma contradição desenvolvida entre a concepção tradicional de cidadania e o papel do Estado na viabilização de direitos já conquistados que remetem à equidade e a universalidade.

O autor explica que a cidadania tem ganhado uma “nova roupagem” e significados que aludem desafios contemporâneos que perpassam pela necessidade de redefinir os termos da convivência das sociedades democráticas e as suas inúmeras normativas que cada vez mais tem demonstrado a não materialização destas.

Na realidade Brasileira, Carvalho (2008), afirma que esta é marcada desde os seus primórdios, por desigualdades e exclusões. A cidadania a nível nacional, difere daquela defendida pelo autor liberal, T.H Marshall que aproximou-se de análises da história europeia que demarcam a cidadania com o advento dos direitos civis, políticos e sociais, respectivamente. A cidadania à brasileira, difere dessa ordem e teve nos direitos sociais a marca pioneira no país, seguido dos direitos políticos e, por último, os direitos civis. Assim, o autor tem corroborado para o debate, a partir da sua obra, afirmando que a cidadania no Brasil é marcada pelo longo caminho.

Na atualidade tem sido consenso que os avanços no campo da cidadania, demarcados no século XX, são manifestados de forma comprometida por forças desestabilizadoras de médio e longo prazo, uma vez que a internacionalização econômica assim como a sessão ainda que de forma parcial da soberania, os dilemas financeiros e migratórios voltados para o plano macroinstitucional ou estatal, redefinem a intervenção do Estado na esfera social e agudiza as desigualdades sociais, corroborados ainda com as mudanças socioculturais e a diferenciação social.

Não distante dessa compreensão e em tempos atuais, no atual governo brasileiro que tem como presidente da república Jair Messias Bolsonaro, iniciado em meados de 2018 adotou a “cartilha” neoliberal e neoconservadora alinhada ao projeto da nova direita no país, tem reascendido e reluzido de forma a impactar sobremaneira na democracia brasileira, na cidadania, na participação e nos direitos, ora apresentadas no pacote governamental, registrado ainda nos 100 primeiros dias de gestão, com fins de contenção de gastos públicos.

No cenário atual, é observado e analisado aqui, por exemplo, o que diz respeito a assinatura do Decreto Nº 9.759, de 11 de abril de 2019 que extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para os colegiados da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Dentre tais medidas que foram impostas através do decreto editado unilateralmente pelo presidente, consta que além de conselhos, deveriam ser encerrados, comitês, comissões, grupos, juntas, equipes, mesas, fóruns, salas e qualquer outra denominação dada a colegiados que não teriam sido criados por lei, haja vista que para o presidente, estes resultavam em gastos públicos.

Entre os ameaçados estão organismos fundamentais para a sociedade brasileira como o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas, o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, a Comissão Nacional de Política Indigenista, dentre tantos outros órgãos colegiados que tem atribuições essenciais para a execução de várias políticas públicas, ocasionando de imediato uma enorme insegurança jurídica e social, traduzidos em efeitos deletérios para a cidadania, a participação e a democracia brasileira.

O ano de 2019, no Brasil, teve como marca a aceleração das diversas medidas neoliberais e neoconservadoras como as do contingenciamento dos recursos previstos para as políticas sociais públicas, marcados pelos longos atrasos no repasse dos recursos federais, que somados aos cortes e ao congelamento do orçamento, vêm desfinanciando e dificultando a efetivação destas.

É possível visualizar ainda o desordenamento e a expansão de medidas de cunho conservador com ênfase dada para o ataque à ciência, ao Supremo Tribunal Federal brasileiro, invocado através do presidente intervenções militares contra a corte que flerta com o golpe e conspira contra a democracia. Nesta linhagem, aviltou a valorização das escolas públicas militarizadas, a liberação de agrotóxicos, o desmatamento da Amazônia brasileira, as contrarreformas como a trabalhista, a previdenciária, a tributária e ainda a administrativa que atacam e desregulam legislações sociais de proteção ao trabalhador, dentre outras.

Boito Jr (2019) afirma que no Brasil vive-se um governo e um movimento de apoio a este, predominantemente neofacista, que embora tem-se um regime político de uma democracia burguesa, esta encontra-se deteriorada e, segundo o autor, o Congresso Nacional funciona sob influência efetiva no processo decisório, porém com alcance limitado pelo então designado hiperpresidencialismo brasileiro.

É vivido no cenário contemporâneo brasileiro o esvaziamento na organização democrática das instituições do Estado, a partir da ótica das ameaças e atentados às liberdades políticas, da participação, resgatados pela censura, prisões arbitrárias e atentados aos direitos humanos.

Em meados de março de 2020, o país foi surpreendido pela pandemia da COVID-19, o que desvelou imensas desigualdades manifestadas seja nas formas de contaminação do vírus, seja nos números horrendos da mortalidade, tendo em vista, o desgoverno e a falta de uma política nacional orientadora das ações de enfrentamento da doença.

É vivenciada uma nova temporalidade histórica que é marcada no cenário da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) por novas demandas e alterações no cotidiano, nas rotinas e nas relações sociais, tendo em vista a necessidade e a obrigatoriedade do distanciamento físico e do isolamento social, haja vista que, o cenário pandêmico da Covid-19, vivido em todo o mundo, trouxe consequências negativas às populações, dentre elas especialmente às pessoas que já vivenciavam situações de vulnerabilidade social em decorrência da pobreza e da violação de direitos.

Diante das inúmeras consequências negativas trazidas e reveladas pela pandemia da Covid-19, é notório o desafio da conjuntura no país, haja vista que o impacto na reprodução da vida social, principalmente das populações vulneráveis, seja em decorrência da idade, das relações de gênero, deficiência, raça-etnia, condições regionais, dentre outros fatores e segmentos etários, demandam a necessidade do fortalecimento dos direitos humanos, ora conquistados durante um longo período de lutas e que atualmente vem sofrendo desmontes, mesmo em meio ao cenário pandêmico que requer urgência no atendimento de demandas sociais, de saúde, dentre outras.

A crise pandêmica ocasionada pelo novo coronavírus tem acarretado mudanças de forma imperativa e abrupta, que alteraram significativamente a vida cotidiana das pessoas nos mais diversos países. O distanciamento físico e social, o uso de máscaras e de álcool, como estratégia preventiva contra a transmissão do vírus tem desencadeado inúmeras reações e interesses por parte do capitalismo mundial no que diz respeito a sua funcionalidade, observada aqui o alargamento da sua crise estrutural que persiste desde a década de 1970.

As medidas adotadas no Brasil pelas autoridades sanitárias e pelo governo culminaram na decretação do estado de calamidade pública que determina ações propícias ao isolamento social e à redução ou à paralisação de diversos serviços, com exceção daqueles considerados essenciais. Entretanto, o presidente do país não adotou uma política unificada de combate à disseminação do vírus e tem pregado o retorno das atividades econômicas desde a primeira fase da doença, visualizando a priori, uma forte tensão e desarmonia geradas pelo discurso negacionista e de ódio, que tende a priorizar o lucro e não a vida, com a manipulação

de ideologias por meio de notícias falsas (*fake news*), caminhando para ações de inspirações fascistas e racistas, estimuladas pela nova direita no país.

O alastramento da pandemia da Covid-19, ainda beira o ano de 2022, com consequências catastróficas no Brasil, que mesmo em meio ao quantitativo elevado de mortes e de infectados pelo vírus, a população deparou-se com a não priorização dos investimento públicos para a compra de imunizantes, diante do caráter emergencial para o bloqueio do vírus em tempo hábil, vivido na atualidade um panorama caótico de constantes ataques as políticas sociais públicas, a cidadania e a democracia brasileira, por parte dos poderes constituintes do Estado.

Nessa relação contraditória, é demonstrada nitidamente a necessidade de um Estado interventivo tanto na defesa para as condições de existência das pessoas, quanto na regulamentação da economia, o que comprova que as políticas defendidas pela lógica neoliberal e neoconservadora não oferecem resolutividade para a realidade no Brasil e no mundo.

Neste contexto geopolítico é vivificado o que Fontes (2017) denominou de “rapinagem burguesa”, considerando a subtração ardilosa, a espoliação e a expropriação de longas conquistas das classes populares, dentre elas a classe trabalhadora, e dos direitos.

Para o autor, é reavivada as ações de filantropia com caráter mercadológico que ocasionam na desidratação das políticas sociais públicas e colocam as diversas manifestações da questão social atinentes ao Brasil, ajustadas aos interesses econômicos e das mais diversas ordens do capital contemporâneo.

Torna-se urgente a adoção de políticas de proteção social pública e requer ações de cunho econômico e social, por parte do Estado através de serviços sociais públicos, ou seja, as políticas públicas, para minimizar os efeitos deletérios, priorizando sempre o direito à vida, que deve ser entendido como superior aos interesses hegemônicos do capital, alargando a cidadania e diminuindo os vazios democráticos do país.

A partir dessa ótica, é imperativo na sociedade brasileira, refletir sobre a cidadania, os direitos e a democracia, com vistas para um horizonte ainda que longínquo, mas que é possível e necessário pensar – como defende Perlatto (2015) – que é através da ampliação da democratização da esfera pública, haja vista que não esteja orientada somente por meio da institucionalização de procedimentos democráticos; porém, que esta esfera esteja aberta a manifestações, demandas e reivindicações dos setores subalternos.

Para o autor, um dos grandes desafios é na construção de estruturas específicas que capturem tais interesses, não somente por meio de argumentos, mas também de performances que corroborem para verdadeiras transformações.

Em consonância com o debate, acredita-se que para a expansão democrática e a efetivação da cidadania no Brasil é necessário resgatar o potencial da participação popular, como estratégia política, como forma de assegurar os direitos previstos nas leis, ora positivados, para que sejam materializados e assim deem substantividade à cidadania brasileira.

Todas essas ênfases que perpassam o debate das políticas sociais, no Brasil, percorrem um cenário de contradições, com horizontes que apontam ambiguidades na caminhada que perpassam por todo processo da égide neoliberal, que segundo Teixeira (2008), não se deve perder de vista o modo dominante ou a “nova cultura” de compreensão dos direitos sociais e das políticas sociais, dentre aqueles que permeiam a divisão de responsabilidades no trato com as diversas expressões da questão social, em um cenário de correlação de forças que desresponsabiliza o Estado e legitimam e incentivam para a execução das políticas sociais, para a sociedade civil, que intensifica os vazios protetivos desconsiderando a lógica da participação e acenam cada vez mais para a mercantilização dos direitos ora conquistados nos últimos anos.

De certo, a importância das lutas sociais que reverbera na participação social para a efetivação e a ampliação da cidadania e dos direitos na atualidade, são caminhos necessários para os horizontes apontados no Brasil, colocando as reflexões sobre a cidadania e a democracia, através de discussões sobre subjetividades, interesses, conflitos, questões de gênero, raça, etnia, visto que estes tornam-se o decurso para a cidadania através da participação, a legitimação das políticas públicas e o fortalecimento da democracia.

Desse modo, a discussão aqui proposta, no cenário contemporâneo brasileiro, torna-se um imperativo nos distintos espaços de debates, sejam eles trazidos à baila pela sociedade civil organizada e materializados através das instâncias de controle social, representados pelos conselhos de direito, estes que são espaços de mobilização popular que articulam a participação, a deliberação e o controle do Estado para a democratização com competência fiscalizatória e de avaliação para a efetivação e ampliação dos direitos e serviços, seja através das conferências que devem ser realizadas periodicamente, com a finalidade de discutir sobre as políticas sociais, seja no âmbito municipal, estadual e nacional com a proposição de diretrizes que norteiam ações.

Contudo, em meio a limitação e até a erradicação do poder participativo dessas instâncias democráticas em tempos atuais, destaca-se a importância das lutas sociais dos distintos segmentos populacionais que se fazem necessárias para o fortalecimento e o reconhecimento legítimo de tais espaços.

É feito o chamado para a comunidade acadêmica através das suas agendas de pesquisas, pelos entes federados, dentre outros, para fins de legitimidade de demandas, principalmente da classe trabalhadora e da população mais vulnerável às desigualdades sociais, e sua inclusão nas agendas públicas governamentais, como forma de pressionar pela construção de políticas públicas e sua efetivação.

Considerando a invasão neoliberal e neoconservadora, próprias da nova direita, esta que não reconhece a demanda por políticas públicas e visa minimizá-las, restringindo a democracia. A convocação é íngreme frente às necessidades de modificações substantivas da conjuntura de políticas de austeridade neoliberal e neoconservadoras, na tentativa de apontar para novos horizontes e novos caminhos das políticas sociais, da cidadania, da democracia e dos direitos à brasileira.

CONCLUSÃO

Os caminhos trilhados no cenário contemporâneo com a nova direita no poder e sua ala extremista no Brasil, tem expressado os limites da democracia no país, colidindo tensões entre o projeto democrático popular e com o projeto neoliberal, apresentando-se de forma fetichizada e ressignificada pela racionalidade neoliberal e neoconservadora e se estende aos diversos âmbitos da vida em sociedade, extrapolando a dimensão econômica e reduzindo a condição protetiva, esvaziando cada vez mais a proteção formal do Estado.

O convite advindo do discurso neoliberal, neodireitista e neoconservador da extrema direita é uma ameaça legítima e constante para a cidadania, para a democracia e para as políticas sociais no Brasil. As contrarreformas e desmontes, subtraíram e ceifaram direitos ou ainda inibiram a legitimação de muitos destes que já foram conquistados e então positivados. São ataques que tem se tornado urgente e imperativo o chamamento da sociedade para a baila do debate sobre essa “sinfonia horrenda” que usa as suas notas mais impactantes em nome dos elementos conservadores que desqualificam os ganhos civilizacionais tão caros do cenário brasileiro.

Nota-se que as restrições de acesso a direitos através das políticas sociais, especialmente no período da pandemia da COVID-19, foram e estão cada vez mais focalizadas com regressões e desmontes, incentivadas para a busca destes no mercado privatizado, ocasionando o seu desmantelamento e desfinanciamento.

Tais consequências são expressivas ao considerar os cortes de orçamento e contingenciamentos em nome do ajuste fiscal mas que são expressões concretas do projeto político dominante no cenário nacional e internacional, e especialmente no caso brasileiro, que é visto a sobreposição dos interesses hegemônicos do grande capital, sobre a cidadania e a democracia, esvaziando-as e diminuindo-as.

Por fim, nota-se que os desafios e dilemas das políticas sociais, da cidadania e da democracia no cenário contemporâneo brasileiro são inúmeros, que estando sob a tônica neoliberal, neodireitista e neoconservadora, nos deparamos com questionamentos e reflexões dos quais nos remetem a pensar se há possibilidade de mudanças, seja por meio de outra ordem societária ou seja por mudanças parciais e adaptações na ordem vigente.

Diante desse cenário, pensar em transformações, em mudar a realidade, exige lutas, participação da sociedade civil, resistências, inconformismos e reivindicações. Estes qualitativos da cidadania e da democracia tem soado como “os inimigos do país” e temerosamente torna-se perigo para a nação.

As análises trazidas neste capítulo sobre tais reflexões no cenário contemporâneo brasileiro, são justificadas pela necessidade do debate que vai desde as concepções históricas que perpassam tais categorias, seus aportes conjunturais, com vistas a abrir espaços de diálogos sobre a temática para identificar as suas implicações no cotidiano das políticas sociais, principalmente para a população em situação de vulnerabilidade social, com vistas a fomentar a materialização da cidadania e dos direitos destas.

Assim, longe de esgotar as possibilidades de respostas às reflexões, análises e questionamentos realizados nesta discussão, apontar horizontes da dialética das políticas sociais, da cidadania e da democracia no Brasil, torna-se urgente o chamamento para o debate e para as lutas nas arenas públicas para garantir ganhos civilizacionais que já foram conquistados e avançar nos caminhos que levem para horizontes com constructos de emancipação, sugerida a priori uma emancipação política.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. *In*: SABER, E.; GENTILI, P. (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no ocidente**. São Paulo: Filosófica Politeia, 2019.
- BOITO JR, A. Por que caracterizar o bolsonarismo como neofascismo. **Crítica Marxista**, edição comemorativa n. 50, 2020.
- CARVALHO, J. M. de. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 11.ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2008.
- CHAUÍ, M. **O que é a “nova” ultradireita?** 2019. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/marilena-chauí-o-que-e-a-nova-ultradireita/>. Acesso: 14 nov. 2019.
- DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, n. 5, p. 139-164, out. 2004.
- DAGNINO, E.; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra; Ed. UNICAMP, 2006.
- DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.
- FONTES, V. **Capitalismo em tempos de uberização**; do emprego ao trabalho. Colóquio Marx e o Marxismo 2017: Capital e Poder. Mesa Redonda Trabalho e Capital: as contradições políticas contemporâneas.
- HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2014.
- LAVALLE, A. G. Cidadania, Igualdade e Diferença. **Lua Nova**, São Paulo: CEDEC, n. 59, p. 75-94, 2003.
- MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1982.

MARINI, R. M. Dialética da Dependência. *In*: MARINI, R.; TRANSPADINI, R.; STEDILE, J. P. (Org.). **Rui Marini** – Vida e obra. São Paulo: Expressão popular, 2005. p.137-180.

MÈSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2011.

MIGUEL, L. F. **Democracia e Representação**: territórios em disputa. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

PERLATTO, F. Seletividade da esfera pública e esferas públicas subalternas: disputas e possibilidades na modernização brasileira. **Revista de Sociologia e Política**. v. 23. n. 53. p. 121-145. mar. 2015.

SANTOS, W. G. **A Democracia Impedida**: o Brasil no século XXI. Rio de Janeiro: FGC Editora, 2017.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

PROTEÇÃO OU LIBERDADE NO COMBATE À PANDEMIA DA COVID 19: Os dilemas e desafios na relação Estado e Sociedade.

*Dannylo Cavalcante Alves
Lucélia de Oliveira Silva
Tatiana Maria Almeida Saiki*

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID 19 desvelou o conflito relacionado à proteção e liberdade que tem se constituído em um dos grandes dilemas do Estado. O conflito proteção versus liberdade está no centro da presente discussão. A tensão permanente entre um ou outro é constituinte do engendramento do homem moderno e do surgimento do Estado Protetor.

Neste contexto, o que deve predominar? Qual “valor” deve sobressair? Quais os dilemas a serem enfrentados para essa definição? Para responder a tais questionamentos, recorrer-se-á às ideias de Polanyi (2000), Berlin (1981) e Hirschman (2000).

É importante ressaltar que as reflexões dos autores se direcionam a situações, contextos e épocas diferentes das vivenciadas em meio à pandemia, mas nos trazem questões que colaboram para a formação de uma reflexão crítica acerca dos acontecimentos vivenciados na contemporaneidade, particularmente no contexto da pandemia da Covid-19, entre março de 2020 e os dias atuais.

Diante disso, o presente artigo tem por objetivo discutir os dilemas e desafios na relação Estado e Sociedade à luz dos autores supracitados,

sendo estes ampliados devido a um contexto de pandemia, onde interesses antagônicos se digladiam, entre os quais interesses coletivos e individuais.

Com esse intuito, aborda-se inicialmente a categoria proteção a partir dos teóricos citados, correlacionando seus argumentos ao contexto atual de intervenção no controle da pandemia. Em seguida, explicita-se a categoria liberdade na visão dos autores e as possíveis relações que podem ser feitas com a crise pandêmica. E por fim, analisa-se a possibilidade de equacionamento entre as duas categorias.

Reconhece-se a complexidade deste debate, assim espera-se que as reflexões aqui postas suscitem novas discussões pautadas em fundamentos teóricos e críticos, uma vez que admite-se que o tema do presente trabalho não será esgotado. No mesmo sentido, a pandemia trouxe situações inéditas e outras não, conforme será analisado ao longo deste estudo.

O trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica e análise das categorias Liberdade, Proteção, Estado e Sociedade na visão dos autores Polanyi (2000), Berlin (1981) e Hirschman (2000). A relação entre as categorias foi estudada tendo como objetivo identificar as aproximações para a realidade da pandemia da Covid-19, respeitados os limites de tempo e espaço entre as realidades estudadas. O corte temporal da pesquisa está compreendido entre março de 2020 até o presente momento, ou seja, do início da emergência em saúde pública por conta do coronavírus até os dias atuais. Assim, procurou-se identificar as relações de proteção e liberdades nos anos de 2020, 2021 e 2022.

PROTEÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA: UMA ANÁLISE A PARTIR DE POLANYI, BERLIN E HIRSCHMAN

O Estado moderno é protetor por excelência e o modo como essa proteção é desenvolvida varia da época e do espaço onde ela será oferecida, mas a proteção perpassa a história da humanidade. Também varia o nível de proteção, o universo do público protegido e as ações desenvolvidas entre países diferentes e dentro da mesma federação e estados.

No contexto pandêmico, pensar em proteção, não é tarefa difícil, contudo, complexa considerando-se que existe, metaforicamente falando, um cabo de guerra entre a proteção à vida e a preservação do mercado. O que deve ser priorizado: a vida dos indivíduos ou a salvaguarda ao mercado de trabalho por meio da flexibilização das atividades comerciais?

Tem-se aqui um conflito acirrado na tomada de tal decisão. Por um lado, há os que defendem o isolamento social rigoroso, a suspensão

de atividades comerciais e de prestação de serviços, o uso obrigatório de máscaras, entre outras medidas para o enfrentamento à COVID 19 (ações protecionistas). Do outro lado, há os defensores do isolamento social apenas para os mais vulneráveis e manutenção das atividades comerciais (liberdade comercial). Estabelece-se, assim, uma tensão entre os defensores e críticos de tais medidas.

Tal conflito foi vivenciado particularmente no primeiro ano da pandemia da Covid-19, e, nos anos seguintes com os picos ou aumentos consideráveis nos números de casos e mortes. Essa realidade que provocou debates no executivo, no legislativo e no judiciário, bem como na sociedade de modo geral, foi agravada pela não existência da vacina, inicialmente ou pela não disponibilização para a população como um todo.

Ao estudar o século XIX, Polanyi (2000) identifica uma tensão móvel e permanente relacionada a um duplo movimento, onde de um lado está o movimento baseado no liberalismo econômico, e do outro um contramovimento de proteção da sociedade. Assim,

Enquanto, de um lado, os mercados se difundiam sobre toda a face do globo e a quantidade de bens envolvidos assumiu proporções inacreditáveis, de outro uma rede de medidas e políticas se integravam em poderosas instituições destinadas a cercear a ação do mercado relativa ao trabalho, à terra e ao dinheiro. [...] surgiu um movimento bem estruturado para resistir aos efeitos perniciosos de uma economia controlada pelo mercado. A sociedade se protegeu contra os perigos inerentes a um sistema de mercado auto-regulável (POLANYI, 2000, p. 98).

O “pêndulo” entre os dois movimentos, expresso em ideias liberais e protecionistas, tem minimizado os efeitos que um sistema de mercado autorregulável traria para a vida em sociedade, pois “permitir que o mecanismo de mercado seja o único dirigente do destino dos seres humanos e do seu ambiente natural, e até mesmo o árbitro da quantidade e do uso do poder de compra, resultaria no desmoronamento da sociedade” (POLANYI, 2000, p. 94).

Assim, a “ameaça” trazida pelo mercado autorregulável precisava ser contida uma vez que “a sociedade humana poderia ter sido aniquilada, de fato, se não fosse a ocorrência de alguns contramovimentos protetores que cercearam a ação desse mecanismo autodestrutivo” (POLANYI, 2000, p. 98). Destaca-se que atualmente o capitalismo encontra-se em outra fase, o da financeirização e da mundialização, e que, portanto, a regulação é algo cada vez mais complexo.

As reflexões de Polanyi, inseridas no contexto da pandemia, permitem refletir acerca desta proteção e da essencialidade das medidas adotadas para a salvaguarda dos indivíduos. Neste contexto, assim como o apresentado pelo autor, não aplicá-las traria profundas consequências à sociedade, “um desmoronamento” (POLANYI, 2000) com graves repercussões e de morosa recuperação.

A intervenção do Estado, como identificou Hirschman (2000), se faz necessária para controlar as paixões destrutivas porque a filosofia moral e o preceito religioso não mais bastavam para controle dessas, pois sendo o homem como ele é, não pode ser deixado a si mesmo, uma vez que seria subjugado a elas. Era necessário

[...] encontrar novas maneiras de fazê-lo e essa busca começou logicamente com uma dissecação pormenorizada e sem preconceito da natureza humana. [...]. No geral, porém, ela foi empreendida com o propósito de descobrir modos de dar forma ao padrão das ações humanas, mais eficazes do que as exortações moralistas ou a ameaça da danação eterna. E como seria de esperar, a busca foi bem-sucedida (HIRSCHMAN, 2000, p. 15).

Com o intuito de moldar as ações humanas, é confiada ao Estado a tarefa de controlar por meio da “força, se necessário, as piores manifestações e as mais perigosas consequências das paixões” (HIRSCHMAN, 2000, p. 15). Mesmo na atualidade, esse papel coercitivo do Estado é presente, embora essa coerção, às vezes, ocorra de forma velada e sutil e nem sempre seja percebida pelos indivíduos, entre outras vezes, ela é escancarada e agressiva. O fato é que, escancarada ou velada, essa estratégia é corriqueiramente utilizada.

A alternativa, de coerção e repressão, não sobreviveu por muito tempo à análise pormenorizada das paixões realizada no século XVII (HIRSCHMAN, 2000) devido a suas fragilidades, em especial pelo abuso de poder por parte do controlador, ou seja, quem deteria o Estado em caso de força excessiva ou irregular? Tal alternativa perdeu força, e o Estado é novamente convocado a intervir, desta vez no papel de educador, veículo civilizador, educativo na mobilização das paixões e transformação destas em benefícios públicos, fazendo-as “trabalhar pelo bem geral” (HIRSCHMAN, 2000, p. 17).

No enfrentamento à pandemia as alternativas discutidas por Hirschman (2000), repressão/coerção e a mobilização das paixões, materializaram-se por meio do *lockdown*, toque de recolher, uso obrigatório de máscaras, passaporte da vacina, medidas coercitivas de proibição de funcionamento das atividades econômicas, culturais e religiosas; além da

utilização de campanhas educativas que reafirmaram a importância da proteção à vida, bem como a publicação de decretos que regulamentaram a flexibilização das atividades econômicas em etapas e de forma segura.

A aplicação destas medidas teve por objetivo a proteção de seus indivíduos, embora muitas vezes fossem de encontro à liberdade dos mesmos. No contexto pandêmico, mesmo com tais medidas de proteção, o Brasil ainda carrega o expressivo quantitativo de 681.253¹ vidas ceifadas pela COVID 19. Tais estatísticas engrossam o discurso dos opositores às estratégias adotadas. Contudo a não aplicação delas teriam ocasionado um caos de maiores proporções.

O protecionismo é o valor central da liberdade positiva apresentada por Berlin (1981), onde o Estado é a fonte de controle, a autoridade que define a atuação do indivíduo. Para o autor:

[...] o ego verdadeiro pode ser concebido como algo mais amplo que o indivíduo [...], como um 'todo' social do qual o indivíduo constitui um elemento ou um aspecto: uma tribo, uma raça, uma igreja, um Estado [...]. Essa entidade é então identificada como sendo o ego 'verdadeiro' que, impondo sua própria vontade coletiva ou 'orgânica' sobre os membros consegue a sua (e em consequência deles) própria liberdade superior (BERLIN, 1981, p. 143).

Nesse sentido, a partir da apreciação do autor sobre as metáforas abordadas, é possível e até mesmo justificável “coagir os homens em nome de algum objetivo (digamos justiça ou bem-estar público) que eles mesmos perseguiriam se fossem mais esclarecidos, mas não o fazem pelo fato de serem cegos, ignorantes ou corruptos” (BERLIN 1981, p. 143).

As medidas de proteção à vida, implementadas pelos governantes para evitar contágio, aglomeração, prevenção e enfrentamento, portanto, justificam-se em decorrência da falta de esclarecimentos ou mesmo em face de ignorância e egoísmo, que obrigam o Estado a intervir para garantir o bem da coletividade.

Entre essas providências, têm-se a regulamentação da Lei nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, que traz como estratégia de enfrentamento à emergência de saúde pública a determinação de realização compulsória de vacinação e outras medidas profiláticas, enquanto vigorar a ocorrência do estado de calamidade pública.

O entendimento jurídico, emitido pelo Supremo Tribunal Federal² referendado por liminar de 21 de março de 2022, acerca de tal normativa,

1 Ver [Coronavírus Brasil \(saude.gov.br\)](https://saude.gov.br). Consulta em 10 de julho de 2022.

2 Ver em [Supremo Tribunal Federal \(stf.jus.br\)](https://stf.jus.br)

é que embora seja necessário o consentimento dos indivíduos para aplicação da vacina, respeitando com isso a liberdade de escolha, ações indiretas podem ser implementadas, entre as quais a restrição ao exercício de certas atividades ou a frequência de determinados lugares.

Na mesma direção, cabe discutir brevemente a quem cabe a responsabilidade pela proteção? Isso porque a organização administrativa brasileira em União, estados e municípios gerou disputas e conflitos em termos do poder das respectivas instâncias no que toca o disciplinamento durante a pandemia. Sobre isso, o próprio STF decidiu que deve prevalecer a instância mais próxima geográfica e administrativamente da população, no caso os municípios, estados e a união, nessa ordem.

Constata-se que a referida lei federal sofreu alterações em decorrência da necessidade em meio ao conflito de competência entre os entes federados, de que as autoridades poderiam adotar medidas de enfrentamento, entre outras, não relacionadas no art. 3º³, baseadas em evidências científicas e em análises sobre informações estratégicas em saúde, limitadas no tempo e no espaço necessários para a promoção e à preservação da saúde pública (BRASIL, 2020).

O posicionamento do Governo Federal neste contexto foi de negacionismo da doença, omissão na condução de estratégias de enfrentamento, além de incentivo às aglomerações, e morosidade na aquisição e distribuição de vacinas. Todavia essa posição do governo federal encontrou legitimidade em parcelas da sociedade e de outros governos estaduais e municipais, complexificando ainda mais a realidade vivenciada. O processo de negociação da compra de doses foi realizado de forma individual por parcela dos estados e municípios, contudo sem êxito, sendo o Estado de São Paulo a exceção.

Referente à vacinação, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde, 91,5% da população já está imunizada com a 1ª dose, e 85,80%

3 Medidas relacionadas no art. 3º: isolamento; quarentena; determinação de realização compulsória de vacinação, exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas ou tratamentos médicos específicos; o uso obrigatório de máscaras de proteção individual; restrição excepcional e temporária, por rodovias, portos ou aeroportos; estudo ou investigação epidemiológica; exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido uma indenização justa; e autorização excepcional e temporária para a importação e distribuição de materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa considerados essenciais para auxiliar no combate à pandemia do coronavírus.

completaram o esquema vacinal (BRASIL, 2022). No entanto, o MS não apresenta informações sobre aplicação das doses de reforço.

Informações sobre essa aplicação são disponibilizadas pelo Consórcio de veículos de Imprensa⁴, coletados a partir dos dados disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, registram que 83,95% da população já está imunizada com a 1ª dose da vacina; 78,93% com a segunda dose e/ou dose única e 47,02% com a 3ª dose (1ª dose de reforço). Note-se que houve um declínio no quantitativo de doses aplicadas, em especial no tocante à dose de reforço. Tal fato, pode ser explicado pela redução no surgimento de casos novos, estabilização do número de óbitos relacionados à COVID 19, flexibilização das medidas de proteção e mais recentemente a regulamentação da Portaria GM/MS nº 913 de 22 de abril de 2022 que declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus.

Destaca-se também que o impacto da pandemia na vida da população tem relação direta com o acesso desta aos direitos sociais ou ainda o acesso à rede privada nos casos em que é possível o acesso, à exemplo da saúde e educação. Dessa forma, o grau de instrução/educação, as condições de moradia/habitação, saneamento básico, saúde, trabalho ou assistência social são determinantes para a proteção, seja no nível de prevenção ou enfrentamento a doenças e/ou a pandemia. Sobre isso ressalta-se a relação dessas variáveis com o surgimento de pandemias:

A variável de educação, conforme explorado na literatura, reduz a incidência de surtos, pois quanto mais educadas as pessoas forem, melhores serão as boas práticas sanitárias, cuidados com a higiene e a contenção na proliferação de vetores. Ter acesso à ouvidoria ou à central de atendimento para reclamações e denúncias sobre saneamento aumenta os casos de epidemia e endemia nos municípios brasileiros, supostamente por ser um canal de comunicação entre a comunidade e as prestadoras dos serviços de saneamento, o que aumenta o número de casos reportados. A existência de favelas, cortiços e loteamento irregulares impacta positivamente nos casos de endemia e epidemia nas cidades. Vale ressaltar que a estrutura e condições deste tipo de moradias são propícias para a incidência de tais patologias. O impacto ambiental de assoreamento, diminuição de vazão de corpo d'água e a destinação inadequada do esgoto se mostraram fatores condicionantes na predominância de surtos, pois há muitas doenças relacionadas a estes problemas (BAYER,, URANGA, FOCHERATTO, 2021, p. 14/15).

4 Formado por g1, O Globo, Extra, O Estado de São Paulo (Estadão), Folha de São Paulo e Uol. Esse consórcio foi formado em resposta a uma decisão do Presidente Jair Bolsonaro em restringir o acesso aos dados sobre a Pandemia. Ver matéria em: [Mapa da vacinação contra Covid-19 no Brasil | Vacina | G1 \(globo.com\)](https://g1.globo.com/brasil/noticia/2022/04/22/mapa-da-vacinacao-contra-covid-19-no-brasil-vacina-g1-globo.com)

No entanto, a pandemia da COVID não acabou, é preciso estar atento para que novos picos da doença não atinjam a população. As medidas de proteção não devem ser extintas, ao contrário devem ser pensadas estratégias que mantenham a doença sob controle, e nesse contexto, faz-se necessário entender a importância da liberdade. No próximo item apresentamos as concepções dos autores acerca desta categoria.

LIBERDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA À LUZ DE POLANYI, BERLIN E HIRSCHMAN

As restrições à liberdade (de locomoção/convívio social/desenvolvimento de atividades econômicas) impostas no contexto da pandemia do novo coronavírus traz à tona conflitos decorrentes da relação Estado e sociedade, na qual aquele deve salvaguardar a saúde pública em prol do corpo social em detrimento ao direito privado de liberdade. Seria, possível, nessa atual conjuntura, viver em liberdade? Qual o limite dessa liberdade?

Verifica-se a dificuldade em encontrar respostas conclusivas (satisfatórias) aos questionamentos levantados, tendo em vista um dos fatores primordiais envolvidos: o direito à vida, inerente à pessoa humana, o qual cabe ao Estado o dever de garanti-lo de forma irrestrita.

E para o Estado asseverar a inviolabilidade desse direito, utilizando-se de medidas protetivas anteriormente citadas, desponta, consoante defendido por Karl Polanyi (2000), que os elementos proteção e liberdade são inversamente proporcionais: quanto mais proteção, menos liberdade e o inverso igualmente verdadeiro.

Ao discorrer sobre o elemento liberdade, em sua análise comparativa entre os movimentos observados na formação da economia capitalista do século XIX, quando o liberalismo econômico atingiu o seu apogeu na década de 1920, Polanyi (2000) argumenta que não poderia funcionar um mercado plenamente livre sem intervenção do Estado e sem leis que o regulamentem, deixando apenas que as coisas seguissem o seu curso” (POLANYI, 2000, p. 170).

E o que deve ser feito do mercado econômico mediante uma situação de calamidade pública provocada pela pandemia do novo coronavírus? Devem ter suas “portas abertas” em prol da recuperação da economia?

Segundo o autor, em proveito da reaquisição da integridade monetária, “nenhum sofrimento particular, nenhuma violação de soberania era considerada um sacrifício demasiado grande” (POLANYI,

2000, p. 174). Ou seja, as privações do indivíduo e a perda das liberdades constitucionais eram consideradas “um preço justo a pagar pelo cumprimento da exigência de orçamentos estáveis e moedas sólidas, estes a *priori* do liberalismo econômico” (POLANYI, 2000, p. 174). Assim, a supressão da liberdade em um contexto de “proteção” de uma economia de mercado, torna-se plenamente justificada.

Nesse sentido, há respostas diferentes e conflitantes a respeito da questão acerca da liberdade – a obediência ou a coerção, ao tentar responder às indagações: “Por que devo obedecer a alguém? Por que não devo viver como me agrada? Preciso obedecer? Se eu desobedecer, poderei ser coagido? Por quem e até que ponto, e em nome de quê e em favor de quê?” (BERLIN, 1981, p. 135).

O conflito transpassa em torno do limite permissível da coerção e o quão tênue é esse limite. Contudo, “coagir um homem é despojá-lo de liberdade”, afirma Berlin (1981, p. 135), e que liberdade seria essa? Segundo o autor, a essência do conceito de liberdade é “manter à distância algo ou alguém - outros que invadem” (BERLIN, 1981, p. 160). Ademais, em sua obra não se propõe discutir os vários sentidos dessa “palavra protéica registrada pelos historiadores de ideias [...], apenas dois sentidos – mas aqueles sentidos capitais, com significativa parcela da história humana por detrás deles e [...] ainda pela frente” (BERLIN, 1981, p. 135-136), os seus sentidos negativo e positivo.

Sobre o sentido negativo da liberdade, o autor afirma que ser livre “significa não sofrer interferências dos outros [e] quanto mais ampla a área de não interferência, mais ampla a minha liberdade” (BERLIN, 1981, p. 137). A liberdade negativa, portanto, relaciona-se à área que o sujeito deve ter ou receber para que ele possa ser ou fazer o que pretende, sem sofrer interferência de outras pessoas (BERLIN, 1981, p. 136).

Surge, então, a necessidade de “traçar-se uma fronteira entre a área da vida privada e da autoridade pública” (BERLIN, 1981, p. 137), uma fronteira “móvel, mas sempre identificável” (BERLIN, 1981, p. 140). E onde essa fronteira deve ser delineada? Quais as implicações dessa fronteira na vida em sociedade? Fica claro que existe uma relação de interdependência da liberdade entre os homens, onde o usufruto de uns irá depender da redução de outros, corroborado pelo autor, quando o mesmo afirma que “a liberdade do tubarão é a morte para as sardinhas” (BERLIN, 1981, p. 137).

Esse exemplo remete a situações vividas durante a pandemia: a liberdade de alguém em recusar o uso de máscaras como medida protetiva para o não contágio pelo vírus da COVID 19 não representa a “morte”

dos demais? E quando o indivíduo, mesmo após a disponibilização de vacinas, se recusa a completar o esquema vacinal ou até mesmo, não se vacina sob o argumento do seu direito de ser livre e tomar decisões que melhor lhe couber?

A resposta, com base na concepção do autor sobre liberdade, vem da afirmativa de que os homens, em sua maioria, “são interdependentes e a atividade de nenhum homem é tão completamente privada que nunca venha a obstruir as vidas dos outros de uma forma ou de outra” (BERLIN, 1981, p. 137). Seria razoável coagir outros em prol de seu benefício, mesmo “afirmando saber mais” que os próprios interessados o que eles necessitam, sobre a alegação de um “bem maior”? Há riscos tais como já vistos anteriormente: sociedades submetidas ao autoritarismo, a regimes totalitários.

A liberdade nesse sentido positivo, que tem sua origem “no desejo do indivíduo de ser seu próprio amo e senhor” (BERLIN, 1981, p. 142), poderia facilmente “destruir muitas das liberdades ‘negativas’ que reputavam sagradas [...] e a soberania do povo poderia facilmente destruir a dos indivíduos” (BERLIN, 1981, p. 163).

O indivíduo mesmo com recursos privados disponíveis para a aquisição de vacinas contra a COVID 19 não o faz. Por quê? Porque o Estado detém o poder e controla, com vistas a assegurar o direito à vida a todos independente de condição social, a operacionalização do plano de vacinação, desde a compra, logística de distribuição e determinação dos grupos prioritários para recebimento das mesmas. A decisão sai da esfera do indivíduo para o Estado, restando para aquele aguardar a atuação deste.

Ressalta-se que essa análise se refere ao Estado brasileiro, mais precisamente à circunscrição do Sistema Único de Saúde. Apesar da pandemia ter atingido os países do mundo todo, não o fez de modo igualitário, bem como em relação às respostas à crise sanitária, com destaque para a disponibilização das vacinas entre os países.

Assim, o ideal é, nada de radicalismos ou extremismos, mas sim o equacionamento entre as liberdades positiva e negativa, pois “nenhuma sociedade suprime literalmente todas as liberdades de seus membros” (BERLIN, 1981, p. 162). Não há, em termos absolutos, como “permanecer livres”, mas é necessário “deixar de lado uma parcela da nossa liberdade para preservar o restante” (BERLIN, 1981, p. 139).

Qualquer interpretação dada à palavra liberdade, mesmo que seja uma interpretação incomum, deve incluir um mínimo daquilo que Berlin chamou de liberdade negativa (1981, p. 162). Na concepção do autor

esta liberdade comporta algo da liberdade positiva, o contrário, porém, não é possível. E a que fato se atribui tal impossibilidade? O fato de que a liberdade negativa admite o pluralismo de valores (BERLIN, 1981).

Observa-se que as soluções repressivas de atuação do Estado na pandemia bem como a de mobilização das paixões não foram efetivas, pois a primeira não atacava o problema em si, e a segunda apresentava dificuldades de estabelecer a medida dessa mobilização (HIRSCHMAN, 2000).

Dado o contexto, o Estado é convocado a intervir para “refrear as paixões jogando uma contra outra” (HIRSCHMAN, 2000, p. 21), sem deixar de resultar em “benefício do homem e da humanidade” (HIRSCHMAN, 2000, p. 20), trazendo um elemento novo, a racionalidade das alternativas. Dessa forma, a aplicabilidade da estratégia de contrapor paixões à paixões, perpassa de modo geral em definir quais paixões dominam e quais, ao contrário, necessitam ser domesticadas (HIRSCHMAN, 2000).

Portanto, sob a ótica do princípio da paixão equivalente contrária, é possível controlar uma paixão com outra, e a partir do momento que a paixão for racionalizada, é retirada a instância do controle. Logo, diante do cenário de pandemia, qual interesse prevalece: o da riqueza representado pelo amor ao dinheiro e fortalecimento do mercado ou o interesse pela manutenção da vida e da sociedade?

Para refrear a paixão pelo dinheiro (atender aos interesses econômicos), foi possível a abertura do comércio desde que fossem tomadas medidas protetivas de controle da pandemia a partir da exigência do uso de máscara, do distanciamento social, da disponibilização de álcool em gel, entre outras, visando à preservação da vida de seus frequentadores e conseqüentemente de toda sociedade. Também se argumentou que as medidas restritivas eram necessárias para a retomada das atividades econômicas, bem como o não seguimento das normas e conseqüente aumento de casos, internações ou mortes resultaria em medidas de fechamento do comércio.

Hirschman (2000, p. 22) analisa a premissa do filósofo Spinoza segundo a qual “as paixões podem ser combatidas com sucesso somente através de outras paixões”. Contudo, em um cenário de situação de crise e emergência econômica advindos de um quadro pandêmico, esse sucesso pode não ser garantido na eficácia das ações implementadas para atender concomitantemente aos interesses econômicos e à preservação da vida, tendo em vista a possibilidade de descumprimento de tais medidas protetivas por parte da sociedade.

Assim, apesar da persistência da crise em mais de dois anos do início da pandemia da Covid 19, e mesmo com a redução gradativa do número de casos e mortes causadas pelo coronavírus com o avanço da vacinação, constata-se que medidas de proteção legais e eficazes, com restrições de liberdades individuais em prol da coletividade, são necessárias para o enfrentamento da situação, devendo ser permanentemente avaliadas e publicizados os impactos de tais medidas para a sociedade. Também se faz necessária a adoção de medidas compensatórias, sobretudo para os setores econômicos menos desenvolvidos, trabalhadores/as informais, empreendedores, pequenos comércios, entre outros.

Observa-se que os autores trazem importantes ferramentas para analisarmos os conflitos e dilemas do Estado quanto ao cenário da Pandemia da COVID 19 como veremos a seguir, pois apesar do Estado e a sociedade encontrarem-se diametralmente em direções inversas, observa-se na relação entre ambos que o Estado cumpre seu papel ao exercer o controle sobre a coletividade para que a vida em sociedade seja possível de existir. Da mesma forma, há imbricação de interesses entre Estado, Mercado e Sociedade Civil, bem como os governos, formatando um mix complexo para resolução dos dilemas entre proteção e liberdade.

PROTEÇÃO E LIBERDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM EQUACIONAMENTO POSSÍVEL?

O enfrentamento à pandemia de COVID 19 exponencia as contradições da relação entre Estado e Sociedade Civil na medida que atualiza os dilemas entre proteção e liberdade. Todavia, essas contradições são anteriores à conjuntura pandêmica, em que os governos são chamados a atuar no enfrentamento à crise impulsionada pelo “novo” coronavírus e, portanto, elegendo ações de proteção que pela sua natureza interferem na liberdade dos indivíduos. Tais contradições permanecerão quando a pandemia se encerrar, bem como poderão aparecer novamente caso surjam outros vírus ou variantes do coronavírus. Portanto, enfatiza-se que os dilemas no enfrentamento à pandemia recolocam no centro do debate a tensão entre proteção e liberdade, embora sejam anteriores àquela.

Destarte, o Estado tem por objetivo a proteção, ou seja, trata-se de um Estado Protetor (BERLIN, 1981; HIRSCHMAN, 2000; POLANYI, 2000). A conjuntura pandêmica, de medidas restritivas à circulação de pessoas, entre outras, impulsiona proteção aos indivíduos, às famílias e à própria humanidade, bem como às instituições. Contudo, a adoção

de tais medidas incide na liberdade dos indivíduos, enquanto sujeitos singulares e coletivos.

As medidas de enfrentamento à pandemia objetivam a proteção, porém, inversamente, recaem no cerceamento da liberdade, uma vez que as ações afetam a circulação das pessoas, a realização de atividades que geram aglomeração e particularmente o desenvolvimento de atividades comerciais e/ou econômicas, mas também culturais e religiosas. Nesse sentido, os dilemas do Estado e da Sociedade Civil centram-se no pêndulo entre proteção e liberdade, uma vez que de um lado há a necessidade da adoção de medidas restritivas e por outro, há defesa de que tais iniciativas ferem a liberdade dos indivíduos.

O certo é que em épocas e contextos diferentes, os autores abordados no presente ensaio trazem contribuições para que possamos qualificar esse debate. Assim, sustentados nos teóricos estudados, depreende-se que proteção e liberdade são inversamente proporcionais, uma vez que o Estado age em nome da coletividade ao ampliar a proteção, reduz-se a liberdade. Por outro lado, em sentido último pode-se afirmar que as medidas restritivas também oportunizam a liberdade na perspectiva em que são criadas as condições para a “normalização” da vida em sociedade, como o desenvolvimento das atividades econômicas, de educação, culturais e religiosas, entre outras.

Ao analisar o período temporal de vigência da pandemia (2020-2021-2022), constata-se uma variação dos tensionamentos entre proteção e liberdade, em que o “cabo de guerra” tensiona mais fortemente para um lado do que para outro, sem, todavia, deixar de existir a contradição. Sobre isso, observa-se que a partir da emergência em saúde pública, tendo em vista a necessidade de enfrentamento à propagação do vírus, tem-se fortemente ações de proteção, sejam educativas ou punitivas. Com o avanço da vacinação da população em geral, aumento da imunização e conseqüente diminuição dos números de infectados, casos graves da doença e quantidade de óbitos por Covid-19, foi possível o afrouxamento das medidas restritivas, prevalecendo as ações educativas, de orientação da população e diminuição dos atos punitivos.

Essa variação entre maior proteção ou liberdade foi oscilando com o avanço da vacinação, contudo com o aumento do número de casos em decorrência das chamadas ondas da Covid, houve recrudescimento da flexibilização e retorno de ações restritivas. Em 2022, mesmo nos períodos com aumento de número de casos foi possível assegurar maior liberalização das atividades econômicas, culturais e religiosas em decorrência da eficácia da vacinação e diminuição do número de mortes,

uma vez que as pessoas infectadas passaram a ter sintomas leves a moderados, diminuindo também as internações.

Quanto ao futuro não é possível afirmar como ficará esse movimento, pois apesar da declaração de fim da emergência sanitária pelo Ministério da Saúde, a Organização Mundial de Saúde afirma com bases em dados científicos e seguros que a pandemia perdura até o momento. Não se sabe até quando as medidas de prevenção, mesmo as educativas como uso de máscaras e o distanciamento serão necessárias, haja visto o risco de mutações do vírus que são potencializados pela diminuição de pessoas com as doses de reforço atualizadas.

Os órgãos de saúde estimam que as pandemias serão recorrentes, tendo em vista o desenvolvimento predatório da relação com o meio ambiente. Em decorrência disso será necessário o fortalecimento das ações sanitárias no nível de atenção básica com vistas à prevenção, bem como o incremento em saneamento básico uma vez que é considerável o quantitativo da população brasileira e mundial que não tem acesso a condições mínimas à água tratada e rede de esgoto. Para ilustração dessa realidade aponta-se que Teresina, capital do estado do Piauí, encontra-se entre os 20 piores municípios do Ranking de saneamento básico 2022, considerando indicadores de atendimento de água, coleta e tratamento de esgotos, e índice de perdas e investimentos.⁵

Deste modo, a partir das ideias dos autores acerca da proteção e liberdade, compreende-se que os dilemas no enfrentamento à pandemia perpassam a relação entre Estado e Sociedade, bem como são atualizados pela crise sanitária, embora anteriores à mesma, sendo constituintes da própria história e desenvolvimento do homem moderno.

CONCLUSÃO

A pandemia da COVID 19 provocou profundas modificações nas relações sociais, impactando o *modus operandi* entre indivíduos e as instituições, em razão das medidas restritivas de circulação de pessoas, das ações sanitárias e de biossegurança. Em virtude da adoção dessas medidas, a liberdade dos indivíduos entra em conflito com a proteção do Estado, sobretudo no que diz respeito às medidas de enfrentamento à grave crise pandêmica.

5 Ver [Relatório do RS 2022.pdf \(tratabrasil.org.br\)](#), acesso em 10 de agosto de 2022.

Berlin (1981), Hirschman (2000) e Polanyi (2000) são pensadores que embora vivendo e refletindo sobre tempo e espaço diferentes, contribuem para enfrentar os dilemas da contemporaneidade, com destaque para as relações entre Estado e Sociedade, bem como proteção e liberdade.

Nesse sentido, a pandemia não cria, mas exponencia os dilemas e desafios entre Estado e Sociedade, sobretudo no que diz respeito à liberdade dos indivíduos em oposição à proteção, atualizando os fundamentos da necessidade de intervenção do Estado através das iniciativas dos governos para salvaguardar os indivíduos. O estudo dos autores permite inferir sobre o papel do Estado na proteção dos indivíduos. Por outro lado, as instituições não podem ou não devem ferir a liberdade dos seus membros, sob pena de ameaçar as bases da sociedade moderna.

Deste modo, os dilemas que permeiam a crise pandêmica giram em torno das medidas que visam a proteção exercida pelo Estado e a necessidade de não retirar totalmente a liberdade que é permitida aos seus integrantes. Destarte, não se trata da exclusão de uma ou da outra, mas da forma como serão desenvolvidas as iniciativas de proteção e/ou de liberdade que serão adotadas nas decisões entre Estado e Sociedade, através das instituições que mediam e controlam as vontades e os desejos individuais e coletivos. Na mesma direção, pontua-se que embora a liberdade esteja vinculada à sociedade, e a proteção ao Estado, as relações sociais imbricam-se em ambas as instâncias, pois os indivíduos interferem nas decisões dos governos e vice-versa.

Cabe ressaltar que Estado e Sociedade estão imbricados um com o outro, sendo assim, os indivíduos enquanto corpo coletivo interferem nas decisões do próprio Estado, seja através do movimento contrário às medidas de distanciamento, bem como da defesa das estratégias de biossegurança. As medidas adotadas pelos governos não são ausentes da interferência dos indivíduos e, portanto, da sociedade civil. Por conseguinte, o Estado não pode cercear a liberdade negativa dos indivíduos a ponto de retirar a essência do ser humano, embora ressalte-se que a liberdade por si só não é garantidora da promoção das qualidades humanas.

A pandemia de Covid-19, ao contrário do que se propagou, não inaugurou uma “nova normalidade”, mas sim exponenciou as expressões políticas, econômicas, sociais e culturais existentes. No mesmo sentido, os históricos dilemas entre proteção e liberdade foram atualizados, ou até mesmo amplificados. Não sendo a primeira e certamente a última crise pandêmica a ser enfrentada, a realidade concreta apontou a importância das ações de proteção, mas que devem ser realizadas objetivando a

construção de consensos com a sociedade civil, para garantir a eficácia esperada.

Para concluir o presente artigo, retoma-se os questionamentos iniciais acerca do dilema entre proteção e liberdade. Neste contexto, o que deve predominar? Qual “valor” deve sobressair? Quais os dilemas a serem enfrentados para essa definição? Afirma-se que não há uma resposta definitiva e ausente de questionamentos. O equacionamento não é possível, todavia isso não é o problema em si, mas as decisões tomadas e as consequências resultantes. Dependendo da intencionalidade, dos objetivos, das forças presentes nos governos e na Sociedade Civil, bem como das situações problemas a serem trabalhadas, necessariamente há um deslocamento para o campo da proteção ou da liberdade. Para além da pandemia, a humanidade continuará tendo como um dos seus dilemas, não de modo exclusivo, o tensionamento entre proteção e liberdade.

REFERÊNCIAS

BAYER, N. M., URANGA, P. R. R., & FOCHEZATTO, A. (2021). Política Municipal de Saneamento Básico e a ocorrência de doenças nos municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, v. 13, e20190375. Disponível em [download-1.pdf\(saneamentobasico.com.br\)](download-1.pdf(saneamentobasico.com.br)). Acesso em 10 de agosto de 2022.

BERLIN, Isaiah. **Quatro ensaios sobre a liberdade**. Tradução: Wamberto Hudson Ferreira. Brasília: Editora da UnB, 1981.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 de fevereiro de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm . Acesso em: 11 jul. 2022.

BRASIL. Mapa da Vacinação contra a COVID 19 no Brasil. Bem Estar. Vacina. G1. São Paulo. Disponível em: <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/?ga=2.173770083.1929449715.1657996669-1576950963.1657462383>. Acesso em 13 ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 913, de 22 de abril de 2022. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de

Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/servicos/diario-oficial-da-uniao>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID 19- PNO. Números da Campanha. Disponível em: [Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19 - PNO – Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](#). Acesso em 13 ago 2022.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em 13 ago 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADPF 754. Disponível em: [Supremo Tribunal Federal \(stf.jus.br\)](#). Acesso em 10 jul 2022.

HIRSCHMAN, Albert O. **As Paixões e os interesses**: argumentos políticos para o capitalismo antes do seu triunfo. Tradução: Lúcia Campelo. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

POLANYI, Karl. **A grande transformação**: as origens da nossa época. Tradução: Fanny Wrobel. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

TRATABRASIL. Ranking do saneamento básico 2022 (SNIS 2020). São Paulo: Instituto TRATA BRASIL. 2022. Disponível em [Relatório do RS 2022.pdf \(tratabrasil.org.br\)](#). Acesso em 10 de agosto de 2022.

LIBERDADE E PROTEÇÃO NO COMBATE À PANDEMIA DA COVID-19: A INTERVENÇÃO DO ESTADO EM ADAM SMITH E JOHN STUART MILL

*Elis Rejane Silva Oliveira
Guiomar de Oliveira Passos*

INTRODUÇÃO

No ano de 2020, o mundo foi surpreendido pelo surto de um vírus com alto poder de propagação, o coronavírus **SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19. No mesmo ano, a COVID-19 foi, inicialmente, declarada** Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, posteriormente, caracterizada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A pandemia da COVID-19 trouxe medo e incertezas à humanidade e grandes desafios às autoridades governamentais, uma vez que não somente colapsou os sistemas de saúde, mas também provocou relevante impacto social e econômico, impondo aos governos “o desafio da gestão do *trade-off* entre risco de transmissão da doença e manutenção das bases da economia” (CARVALHO *et al.*, 2021, p. 21).

Diante desse contexto, o Estado priorizou gerir o risco de transmissão da COVID-19 e escolheu restringir “o movimento das pessoas em suas relações sociais e econômicas, essencialmente pelos limites da capacidade do sistema de saúde em atender o número elevado de casos com sintomas” (CARVALHO *et al.*, 2021, p. 21).

Nessa gestão do risco de transmissão, os indivíduos tiveram suas condutas reguladas por meio de decretos dos governos estaduais e municipais que impuseram, paulatinamente, o uso de máscara, o distanciamento social, o *lockdown*, a suspensão da prestação de serviços públicos e privados não essenciais, a obrigatoriedade de vacinação e a apresentação de passaporte sanitário em ambientes públicos e privados.

Entre as medidas decretadas, o uso obrigatório de máscara e, em especial, a vacinação compulsória, juntamente com a exigência da apresentação do passaporte vacinal, provocaram grande polêmica e acalorado debate. Não estaria o Estado interferindo no campo privado onde o indivíduo poderia fazer o que pode fazer, ou ser o que poderia ser? O Estado estaria coagindo, dado que interferindo deliberadamente no espaço em que o indivíduo poderia atuar? Esses questionamentos, que norteiam este artigo, são abordados a partir de elaborações teóricas de Smith, em “Teoria dos Sentimentos Morais” (2015), e Mill, em “Ensaio sobre a liberdade” (“A liberdade; utilitarismo”, 2000), quando discorreram sobre a liberdade, a individualidade e a proteção. É verdade que suas ideias foram não apenas elaboradas em outros tempos, séculos XVIII e XIX, e em outros contextos, como também se voltam para outras discussões, contudo, pensa-se que sejam úteis para compreender questões postas na contemporaneidade.

O artigo está estruturado em quatro sessões, sendo a primeira esta introdução; a segunda discorre sobre as ações do Estado para enfrentamento da COVID-19; a terceira sessão sistematiza concepções de Stuart Mill e de Adam Smith sobre a intervenção do Estado. A quarta expõe a conclusão que, a partir da articulação das ideias dos autores, apresenta o limite e a justificativa para a intervenção do Estado na conduta dos indivíduos durante a pandemia.

AÇÕES DO ESTADO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19

O artigo 23 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 destaca que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública [...]” e elenca, em seu artigo 196, 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 (BRASIL, 1988).

Esse artigo é reforçado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]”, quando, em seu artigo 2º, cita que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”; e, em seu parágrafo 2º, diz que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1990).

Em cumprimento ao seu dever de garantir a saúde a todos e de prover condições para seu pleno exercício, o Estado regulamentou as ações para enfrentamento da pandemia por meio da Lei federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

Em seu artigo 3º, a Lei 13.979/2020 enumera as medidas restritivas e impositivas que poderiam ser adotadas, entre elas: o isolamento e a quarentena, como também a determinação da realização compulsória de exames médicos, de testes laboratoriais, de coleta de amostras clínicas, da vacinação e de outras medidas profiláticas; e, em seu artigo 1º, parágrafo 1º, destaca que tais medidas objetivavam a proteção da coletividade (BRASIL, 2020a). Posteriormente, por meio da Lei nº 14.019, de 2020, foi incluído também o uso obrigatório de máscaras de proteção individual, sujeito à imposição de multa definida e regulamentada pelo ente federado competente (BRASIL, 2020b).

Por meio de decretos, os governos estaduais regulamentaram a Lei nº 13.979/2020. De modo geral, os governadores determinaram o distanciamento social, o *lockdown*, a suspensão da prestação de serviços públicos e privados não essenciais, a fim de coibir aglomerações, e o uso obrigatório de máscaras. Posteriormente, com o desenvolvimento das vacinas contra a COVID-19, os governos passaram a decretar a obrigatoriedade de vacinação e apresentação de passaporte sanitário em ambientes públicos e privados.

Contudo, não houve uma ação unificada dos entes subnacionais no que se refere ao início da implantação das medidas para conter o avanço da pandemia; cada governo regulamentou a lei federal à sua maneira, sendo uns mais rigorosos que outros.

O Distrito Federal foi o primeiro ente federativo a adotar medidas restritivas por meio da publicação do Decreto 40.509, de 11 de março de 2020, que suspendeu eventos e as atividades da rede educacional pública e privada, como também estabeleceu o distanciamento social em bares e restaurantes (BRASÍLIA, 2020c).

O uso de máscara de proteção facial passou a ser decretado a partir do mês de abril de 2020 pelos governos dos estados de Minas Gerais,

Goiás, Mato Grosso, Bahia, Acre e, progressivamente, por outros. A exigência da apresentação do passaporte de vacinação passou a vigorar a partir de segundo semestre de 2021. No Piauí, o uso obrigatório de máscara, como medida necessária ao enfrentamento da COVID-19, foi determinado em 22 de abril de 2020, pelo Decreto nº 18.947 (PIAUÍ, 2020). A exigência de passaporte vacinal, primeiro para entrada em eventos e em estabelecimentos comerciais por meio do **Decreto nº 20.290, de 28 de novembro de 2021** (PIAUÍ, 2021a), **depois** para acesso ao atendimento presencial nos órgãos e entidades da Administração Pública, pelo Decreto nº 20.321, de 07 de dezembro de 2021 (PIAUÍ, 2021b).

As determinações tinham respaldo na Constituição, em cumprimento ao dever inerente ao Estado de garantir a saúde e promover políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Porém causaram impactos sociais, econômicos e políticos, uma vez que os indivíduos foram forçados a reorganizar a vida pessoal, social e profissional, a partir dos decretos.

Algumas pessoas, no entanto, questionavam essas determinações: umas concordavam com as medidas protecionistas, tendo em vista a preservação da saúde e da vida; outras criticavam e se opunham às restrições, apoiando seus argumentos no direito à liberdade, de que é exemplo a declaração do Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga:

Passaporte [de vacinação] não ajuda, não ajuda em nada. Tudo que é imposição, que é lei... o Brasil já tem um regulamento sanitário que é um dos mais avançados do mundo. E essas matérias, elas são matérias administrativas. O certificado de vacinação está lá, qualquer um pode pegar. E você começar a restringir a liberdade das pessoas, exigir um passaporte, carimbo, querer impor por lei uso de máscaras pra tá multando as pessoas, indústria de multa, nós somos contra isso (QUEIROZ, 2021, **online**).

O argumento do Ministro da Saúde era o mesmo de boa parte da população que usava como justificativa a liberdade do indivíduo de fazer escolhas e de exercer a soberania sobre si próprio. Isso trouxe à tona o debate em torno dos limites da ação do Estado: até onde pode interferir na conduta dos indivíduos, restringir seu direito de ir e vir, regular o que usar e obrigar a vacinar-se?

Retomava-se, assim, a velha discussão entre liberdade e proteção ou segurança, agora, com os contornos conferidos pela pandemia da COVID-19. A temática encontra elementos nas ideias de Adam Smith e Stuart Mill, quando o primeiro tratou, em “Teoria dos sentimentos morais”, sobre a formação do senso do dever (SMITH, 2015) e o segundo,

ao discorrer em “A liberdade”, sobre os limites do poder soberano (MILL, 2000).

INTERVENÇÃO DO ESTADO NA PERSPECTIVA DE STUART MILL E DE ADAM SMITH

Adam Smith e John Stuart Mill foram filósofos liberais dos séculos XVIII e XIX, respectivamente, que defenderam a mínima intervenção do Estado em suas obras. O primeiro é autor de “Teoria dos sentimentos morais”, na qual discorre sobre as bases morais do liberalismo sob o prisma da convivência em sociedade; o segundo escreveu “*Ensaio sobre a liberdade*”, em que aborda o poder da sociedade sobre o indivíduo. Como esses dois liberais estabeleceriam a intervenção do Estado no contexto da pandemia da COVID-19?

Parte-se, seguindo Berlin (1981, p. 135), da “questão da obediência e da coerção – por que devo obedecer a alguém? Por que não devo viver como me agrada? Posso ser coagido? Por quem e até que ponto e em nome de quê e em favor de quê?”. Essas indagações são respondidas por Mill (2000), ao tratar sobre a liberdade civil ou social, dado que, como ele explica, essa se refere à “natureza e os limites do poder que a sociedade legitimamente exerce sobre o indivíduo” (MILL, 2000, p. 21) ou, dito de outro modo, à luta entre Liberdade e Autoridade.

Para o filósofo (MILL, 2000, p. 21-22), essa é uma luta antiga, mas que tem conotações diferentes em cada tempo: nos velhos tempos, quando a luta era entre súditos e governos, “liberdade significava a proteção contra a tirania dos governantes políticos” e era garantida por meio da “limitação do poder que o governante exercia sobre a comunidade; e essa limitação era o que entendiam por liberdade”.

Depois, quando os governantes passaram a ser eleitos e, como representantes do povo, identificados com os governados, a luta passou a ser contra a tirania do maior número, pois, nas palavras de Mill (2000, p. 26), não basta proteger-se do magistrado, “importa ainda o amparo contra a tirania da opinião e do sentimento dominantes”. O amparo, conforme explica, é:

contra a tendência da sociedade para impor, por outros meios além das penalidades civis, as próprias ideias e práticas como regras de conduta, àqueles que delas divergem, para refrear e, se possível, prevenir a formação de qualquer individualidade em desarmonia com os seus rumos, e compelir todos os caracteres a se plasmarem sobre o modelo dela própria (MILL, 2000, p. 06).

Para Mill (2000, p. 33-34), “o único propósito com o qual se legitima o exercício do poder sobre algum membro de uma comunidade civilizada contra a sua vontade, é impedir dano a outrem”. Outra justificativa não há, ressalta, nem mesmo “o próprio bem do indivíduo, seja material, seja moral [...]”, pois o “indivíduo não pode legitimamente ser compelido a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, porque tal seja melhor para ele, porque tal o faça mais feliz, porque, na opinião dos outros tal seja sábio ou reto”. A parte que cabe ao indivíduo, que diz respeito a ele próprio, sua independência é absoluta. E conclui: [...] “sobre si mesmo, sobre o seu próprio corpo e espírito, o indivíduo é soberano” (MILL, 2000, p. 34).

Essa parte da vida e da conduta que cabe apenas a si próprio é a esfera da liberdade e abrange, primeiro, o foro íntimo – liberdade de consciência; de pensamento e de sentimento, de opinião em todos os assuntos; segundo, liberdade de gosto e atividades – formular seus próprios planos de vida; e terceiro, liberdade de associação (MILL, 2000).

Essas são, para o autor, liberdades “absolutas e, sem reservas”, sem as quais “nenhuma sociedade é completamente livre [...]” (MILL, 2000, p. 38). Em síntese, para o autor, “a única liberdade que merece o nome, é a de procurar o próprio bem pelo método próprio, enquanto não tentamos desapossar os outros do que é seu, ou impedir seus esforços para obtê-lo” (MILL, 2000, p. 38).

Portanto, o justo limite à soberania do indivíduo sobre si próprio e, conseqüentemente, onde começa a autoridade da sociedade, é o outro: “ele não deve tornar-se prejudicial aos outros” (MILL, 2000, p. 86) e, caso isso aconteça, “o ofensor pode ser justamente punido pela opinião, ainda que não pela lei. Desde que algum setor da conduta de uma pessoa afete de maneira nociva interesses alheios, a jurisdição da sociedade o alcança” (MILL, 2000, p. 136).

A jurisdição da sociedade sobre as ações dos indivíduos constitui, para Smith (2015), a fonte de regulação das condutas. A sociedade é o espelho por meio do qual examinamos nossa conduta “como imaginamos que outro expectador imparcial e leal a examinaria” (SMITH, 2015, p. 210). Isso decorre do desejo de aprovação para o que conta com a percepção e a simpatia, “princípio de nossa natureza, que nos faz experimentar as situações de outros, e dividir com eles as paixões que essas situações tendem a despertar” (SMITH, 2015, p. 24), como elementos reguladores das condutas dos indivíduos em sociedade.

Na convivência em sociedade, a partir da percepção do outro, são formados os sentimentos e juízos que, por sua vez, dão origem às regras gerais, que são produtos de padrões de julgamento universalmente

aceitos e estabelecidos, aos quais os indivíduos recorrem para aprovar ou censurar a própria conduta e a dos seus semelhantes.

Por conseguinte, a base do controle é a percepção que cada indivíduo desenvolve ao observar a conduta do outro e que o faz adquirir um senso de dever, que se configura árbitro das ações humanas.

O senso de dever, conforme Smith (2015, p. 265), é “o respeito às regras gerais de conduta”, que se constituem no único princípio “pelo qual a maioria da humanidade é capaz de ordenar suas ações”. Essas regras “são fixadas em nosso espírito por uma reflexão habitual”, corrigindo “os equívocos do amor de si” (SMITH, 2015, p. 263) e são elas que nos permitem distinguir “entre um homem de honra e de princípios e um sujeito indigno” (SMITH, 2015, p. 266).

Entretanto, avaliar a conduta própria e de outros não é tarefa fácil e, “em certas ocasiões, os homens estão sujeitos às ‘desigualdades de humor’ que os fazem perder a ‘percepção da conveniência de sua conduta’”, levando-os “‘a agir de maneira absurda’, sem considerar os benefícios ou prejuízos de suas ações na vida dos outros” (SMITH, 2015, p. 266).

Por isso, diria Mill (2000, p. 146), “quando se verifica um prejuízo definido, ou existe um risco: definido de prejuízo, a um indivíduo, ou ao público, o caso sai do setor da liberdade, e recai no da moralidade ou no da lei”. É evidente, responderia Smith (2015), que tanto num caso como no outro, isto é, seja no setor da moralidade ou da lei, são as regras gerais de conduta que guiam a ação tendo em vista “propiciar a mesma grande finalidade: a ordem do mundo, a perfeição e a felicidade da natureza humana” (SMITH, 2015, p. 273).

Dentre as leis, as mais sagradas são as da justiça, cuja violação, diz Smith (2015, p. 179), “parece clamar mais alto por vingança e punição, são as leis que protegem a vida e a pessoa do nosso próximo”. Depois delas, complementa, “vêm as que protegem sua propriedade e posses; por último, as que protegem o que se chama seus direitos pessoais, ou o que lhe é devido pelas promessas de outros” (SMITH, 2015, p. 179).

Na pandemia da Covid-19, o caso deslocou-se do setor da liberdade para o da moralidade ou da lei, logo regras gerais eram necessárias, conforme Smith (2015), aquelas sagradas, pois que eram para proteger a vida e a pessoa do próximo. Mill (2000) também as acharia necessárias para que cada um fosse obrigado a observar uma linha de conduta, primeiro para não ofender os interesses dos outros, especialmente aqueles que, por lei ou por costume, fossem considerados direitos; e, segundo, para determinar os labores e sacrifícios necessários para a “defesa da

sociedade ou dos seus membros contra danos e incômodos” (MILL, 2000, p. 136).

A ausência dessas regras constituía uma ameaça à conservação da sociedade humana, visto que elas se configuravam como remédios para as limitações da consciência, possibilitando um julgamento imparcial e fazendo-nos lembrar “que somos apenas mais um na multidão, em nada melhores do que qualquer outro indivíduo; que, ao nos preferirmos aos outros tão vergonhosa e cegamente, nos tornamos objeto apropriado de ressentimento, horror e execração” (SMITH, 2015, p. 236).

Para Mill (2000) e Smith (2015), portanto, na convivência em sociedade, os indivíduos não podem viver da forma como os agrada, pois sua liberdade é limitada e, diante de ameaça ou risco de prejuízo individual ou coletivo, observam-se as regras gerais de conduta que, aplicadas por um expectador imparcial, o Estado, corrigem as distorções do amor de si.

CONCLUSÃO

Este artigo voltou-se para a interferência do Estado no campo em que o indivíduo poderia atuar ao se valer de medidas restritivas para combater a pandemia da COVID-19, analisando-a a partir das elaborações teóricas de Adam Smith, na obra “Teoria dos Sentimentos Morais” (2015), e de John Stuart Mill, na obra “A liberdade; utilitarismo” (2000).

A partir deles, focalizou-se a antiga luta entre proteção e liberdade, constatando que, para esses autores liberais, a interferência, isto é, a proteção, é legítima quando tem como propósito impedir dano a outrem, dado que não prejudicar o outro é o único limite à soberania do indivíduo sobre si próprio.

Os prejuízos a outros, individual ou coletivamente, não pertencem ao setor da liberdade, mas da moralidade ou da lei, em especial daquelas que protegem a vida e a pessoa do próximo, como as regras fixadas pelo Estado para combater a pandemia. Elas não apenas protegiam a vida e a pessoa do próximo, como eram necessárias para que fosse observada certa linha de conduta e para determinar as ações e os recursos necessários para defender a sociedade.

Nessa perspectiva, a interferência do Estado na área onde o indivíduo podia fazer o que podia fazer, ou ser o que podia ser, não se constituía uma coação, mas remédios para as limitações da consciência, possibilitando um julgamento imparcial e lembrando a todos que fazem parte de uma coletividade.

Desse modo, Adam Smith e John Stuart Mill, ainda que não tenham se referido ao momento específico de uma pandemia, ajudaram a compreender a ação interventora do Estado em favor da coletividade. Mill (2000), mostrando que a liberdade do indivíduo é limitada para garantia da segurança e preservação da vida em sociedade, Smith (2015), evidenciando que a sociedade é a fonte de regulação das condutas humanas, e o Estado o agente imparcial para aplicá-la.

Portanto, as medidas restritivas adotadas pelo Estado contariam com o apoio dos liberais Mill (2000) e Smith (2015).

REFERÊNCIAS

BERLIN, Isaiah. **Quatro ensaios sobre a liberdade**. Tradução: Wamberto Hudson Ferreira. Brasília: Editora da UnB, 1981.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano CXXVIII, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>. Acesso em: 04 fevereiro 2022.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano CLVIII, n. 27, p. 1, 07 fev. 2020a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=07/02/2020&totalArquivos=77>. Acesso em: 04 fevereiro 2022.

BRASIL. Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso

público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano CLVIII, n. 126, p. 2, 03 jul. 2020b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/07/2020&jornal=515&pagina=2&totalArquivos=140>. Acesso em: 04 fevereiro 2022.

BRASÍLIA-DF. Decreto 40.509, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. **Diário Oficial do Distrito Federal**: ano XLIX, edição extra, n. 25, p.1, 11 mar. 2020c. Disponível em: https://www.dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2020/03_Mar%C3%A7o/DODF%20025%2011-03-2020%20EDICAO%20EXTRA&arquivo=DODF%20025%2011-03-2020%20EDICAO%20EXTRA.pdf. Acesso em: 04 fevereiro 2022.

CARVALHO, F.P.A. *et al.* **Reabertura econômica do Piauí diante da COVID-19**: um modelo de intervenção por política pública. Teresina: EDUFPI, 2021.121 p.

MILL, John Stuart. **A liberdade**; utilitarismo. Trad. Eunice Ostrensky. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PIAÚÍ. Governo do Estado. Decreto nº 18.947, de 22 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso obrigatório de máscara de proteção facial, como medida adicional necessária ao enfrentamento da Covid-19, e dá outras providências. **Diário Oficial do Governo do Estado do Piauí**: ano LXXXIX - 131º da República, n. 72, p. 1, 22 abr. 2020. Disponível em: <http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario.php?dia=20200422>. Acesso em: 31 maio 2022.

PIAÚÍ. Governo do Estado. **Decreto nº 20.290, de 28 de novembro de 2021**. Dispõe sobre as medidas sanitárias excepcionais a serem adotadas do dia 29 de novembro de 2021 ao dia 02 de janeiro de 2022, em todo o Estado do Piauí, voltadas para o enfrentamento da COVID-19. **Diário Oficial do Governo do Estado do Piauí**: ano LXXXX - 132º da República, n. 254 - edição extraordinária, p. 1-2, 28 nov. 2021a. Disponível em: <http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario.php?dia=20211128>. Acesso em: 31 maio 2022.

PIAUÍ. Governo do Estado. Decreto nº 20.321, de 07 de dezembro de 2021. *Altera o Decreto nº 20.290, de 28 de novembro de 2021.* **Diário Oficial do Governo do Estado do Piauí**: ano LXXXX - 132º da República, n. 261, p. 1, 07 dez. 2021b. Disponível em: <http://www.diariooficial.pi.gov.br/diario.php?dia=20211207>. Acesso em: 31 maio 2022.

QUEIROZ, Mariana. Queiroga diz que é contra imposição de uso de máscara e que passaporte de vacinação ‘não ajuda em nada’. **Portal G1**, Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/08/27/queiroga-diz-que-e-contra-imposicao-de-uso-de-mascara-e-que-passaporte-de-vacinacao-nao-ajuda-em-nada.ghhtml>. Acesso em: 03 jun. 2022.

SMITH, Adam. **Teoria dos sentimentos morais**, ou, Ensaio para uma análise dos princípios pelos quais os homens naturalmente julgam a conduta e o caráter, primeiro de seus próximos, depois de si mesmos, acrescida de uma dissertação sobre a origem das línguas. Tradução Lya Luft; revisão Eunice Ostrensky. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015. (Coleção Clássicos WMF).

Parte II
A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL
EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID 19:
apontamentos para o debate

O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO: AVANÇOS E RETROCESSOS PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A OFENSIVA NEOLIBERAL

*Laisla Shirley Rodrigues Maranhão
Lúcia Cristina dos Santos Rosa*

INTRODUÇÃO

Cada sociedade possui sua forma de alocar recursos e esforços com intuito de proteger seus membros, ou seja, não existe grupo humano que não tenha desenvolvido meios de sobrevivência e manutenção da integração na vida social. Nas sociedades pré-capitalistas, por exemplo, o indivíduo se sentia seguro a partir do seu pertencimento à comunidade e pelas responsabilidades assumidas socialmente. Porém, nem sempre essa proteção assume o caráter de garantir o bem comum entre seus membros, pois muitas vezes o objetivo pode ser manter a ordem social, punir a indolência e realizar ações coercitivas, como foi o caso das sociedades pré-industriais, no mundo Ocidental.

Com a consolidação do modo de produção capitalista, pautada na relação capital *versus* trabalho e a intensificação das lutas sociais dos trabalhadores que buscavam colocar limites na sua exploração, a proteção social, em suas diferentes configurações societárias, se constitui nas relações contraditórias, ao mesmo tempo contribuindo para reproduzir o capital e a força de trabalho, presente e futura, tornando-se imprescindível para a manutenção dessa organização social.

Na sociedade brasileira, segundo Draibe (1989), a base do sistema de proteção social se constitui a partir de um modelo “meritocrático-particularista”, em que a política social e seu ordenamento tem por finalidade corrigir o que o mercado não conseguiu dar conta. Teve por base inicial o seguro social, espelhando-se na realidade bismarckiana (alemã), assim constitui a cidadania regulada (SANTOS, 1979), cuja cobertura recaiu no trabalhador urbano e em sua família (dependentes). Para tanto, necessitava estar inserido formalmente no mercado de trabalho, com profissão reconhecida oficialmente e sindicalizado. Logo, é uma proteção social que abarca um número limitado de trabalhadores, até por que em 1930, quando são erigidas as bases da proteção social no Brasil, predominava o trabalhador rural, que ficou desprotegido. Dessa forma ainda, o Estado interfere na organização política dos trabalhadores, promove a cisão entre o trabalhador e o pobre, pois não universaliza a cidadania e, tem um papel ativo na consolidação do capitalismo e da própria industrialização do País, se antecipando e gerindo a luta de classes.

Institucionalmente, o Brasil chegou até a construir um sistema de proteção social público, ampliado legalmente pelos fundamentos da Seguridade Social com a promulgação da Constituição de 1988, embora eivado de contradições e limitações, pela constituição de uma reconfiguração das lutas sociais pela intensificação do ideário neoliberal, sobretudo a partir de 1990.

O presente estudo pretende analisar o que é ser protegido, como e quando surgiram as primeiras ações de proteção social reconhecíveis como políticas sociais e como se desenvolveu a proteção social na sociedade brasileira. O artigo pretende ainda discutir sobre os avanços e retrocessos que ocorreram no Brasil pós-Constituição de 1988, principalmente no contexto capitalista de grande avanço da ofensiva neoliberal. Para atingir o objetivo desse trabalho foi realizada uma pesquisa qualitativa, a partir de uma revisão bibliográfica descritiva e explicativa, alcançada através de metodologias típicas de pesquisas do tipo bibliográfica, realizada em livros, revistas, jornais, etc. (COSTA, 2011).

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: O QUE É SER PROTEGIDO?

Segundo Di Giovanni (1998, p. 9) “não existe sociedade humana que não tenha desenvolvido algum sistema de proteção social”, ou seja, as sociedades sempre alocaram recursos e esforços em suas atividades de

proteção social. Para esse autor, sistemas de proteção social são formas mais ou menos institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros. Esses sistemas são capazes de atender as diversas vicissitudes (de caráter natural ou social), tais como: a velhice, doença, infortúnio e as privações ou carências dos membros mais desprovidos. Trata-se de formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais, culturais, que permitirão as mais variadas formas de sobrevivência e integração na vida social (DI GIOVANNI, 1998).

Cada grupo social varia sua forma e modo de alocação, mas as sociedades em geral sempre alocaram recursos e esforços em suas atividades de proteção social, mas sempre incluem uma dimensão de poder: a tradição, que se relaciona a valores tais como caridade, fraternidade, solidariedade; a troca, que envolve as práticas econômicas e; a autoridade, que, no mundo moderno, trata-se da presença do Estado como gestor e regulador das relações. Essas três modalidades apontadas (tradição, troca e autoridade) nunca desapareceram dos registros históricos, embora em certos períodos constata-se a predominância de uma delas. Mas a regularidade tem sido a convivência de critérios (DI GIOVANNI, 1998).

Castel (2005) destaca que nas sociedades pré-industriais a segurança do indivíduo era garantida a partir do seu pertencimento à comunidade, ou seja, a chamada proteção de proximidade, asseguradora e definida por laços de pertencimento comunitário, com redes tradicionais de dependência e proteção. Como essas sociedades pré-capitalistas não privilegiavam as forças de mercado, acabaram assumindo algumas responsabilidades sociais, não necessariamente com o objetivo de garantir o bem comum entre seus membros, mas manter a ordem social, punir a vagabundagem e realizar ações coercitivas contra a vadiagem.

Não se pode precisar o período específico do surgimento das primeiras ações de proteção social reconhecíveis como políticas sociais, mas conforme Behring e Boschetti (2011, p. 47) “elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal”. Para essas autoras, comumente relaciona-se a sua origem aos movimentos de massa social-democratas e à formação dos Estado-nação na Europa Ocidental do final do século XIX.

De acordo com Di Giovanni (1998), a proteção social se institucionaliza através de políticas de caráter social assumida pelo Estado e reconhecida pela sociedade. Logo, para esse referido autor, os Sistemas de proteção social vistos na contemporaneidade têm como administrador

legítimo: o Estado. Esses sistemas foram desenvolvidos nas sociedades capitalista europeias, deram base à Seguridade Social e tiveram o Estado como agente responsável por gerir e implementar tais sistemas. Como é possível destacar, a partir de Di Giovanni (1998):

Os sistemas de proteção social que ganharam maior importância foram aqueles desenvolvidos nas sociedades capitalistas europeias, especialmente a partir das últimas três décadas do século passado e que deram base aos sistemas de Seguridade Social verificados em todas as sociedades complexas da atualidade. O traço mais marcante e fundamental destas configurações é o fato de serem implantados e geridos pelo Estado (DI GIOVANNI, 1998, p. 11).

Esse acontecimento está relacionado principalmente com o surgimento de resistência à exploração e pauperização, caracterizada nas ações dos movimentos populares, pois a Revolução Industrial, ocorrida na Europa nos séculos XVIII e XIX, trouxe diversas consequências como a urbanização exacerbada, o crescimento da taxa de natalidade, organizações proletárias e sindicatos. Em resposta às manifestações da questão social, à visibilidade da realidade da classe trabalhadora na arena pública, o Estado intervém com as primeiras ações de política social. Logo, o Estado passa a mediar o conflito entre os interesses do capital e do trabalho, pois, “os processos de industrialização e urbanização, trouxeram o agravamento dos problemas ligados à pobreza (até então relativamente controlados)” (DI GIOVANNI, 1998, p. 15), pois até a Idade Média eram naturalizados.

Para Castel (2005), o tipo de proteção que uma sociedade garante, ou não garante, tem relação com as situações de segurança ou insegurança social. Com a fragilização dos sistemas de Seguridade Social clássicos, que corresponde a cobertura da primeira geração de riscos derivados do trabalho, os “riscos clássicos”, como acidente, doença, desemprego, etc., há o surgimento de uma “nova geração de riscos”, estritamente ligada à modernidade e as ameaças percebidas tais como: riscos industriais, tecnológicos, sanitários, etc. Logo, há uma emergência por um novo sistema de seguridade que atenda às consequências incontroladas do desenvolvimento das ciências e das tecnologias, partindo do parâmetro que:

Se ser protegido é estar em condições de enfrentar os principais riscos da vida, esta segurança parece hoje duplamente em falta: não só pelo enfraquecimento das coberturas “clássicas”, mas também por um sentimento generalizado de impotência diante das novas ameaças que parecem inscritas no processo de desenvolvimento da modernidade (CASTEL, 2005, p.61).

Com o fim das legislações sociais pré-capitalistas e suas proteções regulamentadas coletivamente e articulada na relação indivíduo-coletivo, nota-se que as condições de vida dos trabalhadores pioraram significativamente. Como assinala Castel (2005), a sociedade moderna tem como premissa a promoção do indivíduo, formação de novos modos de individualização e desestruturação da proteção social marcada por valores universais.

Assim, o indivíduo é um ser considerado igual perante a lei que, através do contrato social, poderá pactuar com outros seres, no mercado, com base em sua propriedade. E a propriedade para quem não detêm os meios de produção, é a força de trabalho. Ou seja, o trabalhador precisa ter algumas condições prévias para se reproduzir e manter sua força de trabalho, caso contrário a incerteza/insegurança de vida persistira, em situação de enfermidade, morte e outros infortúnios. Para esse autor, trata-se de uma sociedade individualista que vive no paradoxo: ao mesmo tempo em que valoriza demais os indivíduos os expõe a riscos crescentes, tornando-os vulneráveis e inseguros, pois nem todos possuem propriedade que garanta a sua proteção (CASTEL, 2005).

Para esses indivíduos que não são proprietários, o Estado garante um novo tipo de propriedade: a social, que significa a proteção e direito da condição de trabalhador (CASTEL, 2005). Nesse contexto, as políticas sociais são desenvolvidas como formas de enfrentamento “às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51), centralmente situadas nas lutas de classes entre burguesia e proletariado para a manutenção da reprodução da força de trabalho.

As políticas sociais são ações do Estado face às demandas e necessidades sociais da sociedade, desde que aquele se tornou crescentemente interventor. Retratam projetos de sociedade em luta permanente. Pereira (2008, p. 89) aponta que “a política não é inerente à natureza dos homens, mas resulta do imperativo de convivência entre eles”. É fruto dos embates sociais, das lutas sociais que passam a se desenhar em torno da restrição, manutenção e ampliação da cidadania, dos segmentos e dos direitos que ela passa a abranger. Trata-se da relação entre diferentes e desiguais que buscam consonância através da mediação do Estado, relação essa conflituosa e contraditória, que busca resultar em benefícios para a ampliação de direitos e de cidadania para uns, e limitação dessa ampliação para outros. No caso brasileiro, historicamente houve

uma mercantilização das políticas sociais, ou seja, contraditoriamente, as forças de mercado lucraram com elas.

Em cada país e sociedade o surgimento das políticas sociais foi acontecendo de forma diferente e gradativa, de acordo com os movimentos e organizações reivindicatórias da classe trabalhadora e da correlação de forças no âmbito do Estado e da sociedade. Boschetti (2016, p. 25) afirma que “as experiências concretas são diversas porque se erigem na histórica relação entre o grau de desenvolvimento das forças produtivas, o papel do Estado e das classes sociais em cada país”.

Segundo Behring e Boschetti (2011) entre meados do século XIX até os anos de 1930 é um período marcado predominantemente pelo liberalismo, sustentado pela concepção do trabalho como mercadoria, regulado pelo livre mercado e Estado mínimo para o social, que assume o papel neutro de legislador e mediador, com ações complementares ao mercado. A miséria e desigualdade são naturalizadas e a minimização da pobreza é responsabilidade da caridade privada.

Assim, nota-se que não existe constância na administração dos sistemas de proteção social pelo Estado. Pelo contrário, no século XIX, durante um longo período do capitalismo (na sua fase liberal ou concorrencial), coube ao Estado uma intervenção apenas emergencial sobre os casos de extrema pobreza, no geral associada com ações coercitivas. Nota-se no período uma expressa proteção no formato de “solidariedade primária” (CASTEL, 1998) na qual as famílias, historicamente, são constituídas como principais agentes desse tipo de proteção social. Sobre a sociedade agiam ainda a comunidade, a filantropia, a assistência religiosa e outras manifestações da sociedade civil.

Nesse sentido, apesar das ações assistenciais públicas legais na Inglaterra no século XVII e as primeiras iniciativas de seguros sociais compulsórios na Alemanha, no século XIX, pode-se falar em sistemas de proteção social públicos somente a partir da regulação estatal que passa a se materializar após a crise de 1929 e se expande após a Segunda Guerra Mundial (BOSCHETTI, 2016). Assim, pode-se apreender que os sistemas de proteção social públicos surgiram, nos países capitalistas ocidentais, como resposta à questão social e como resultado das pressões das lutas sociais e reivindicações por melhorias dos problemas gerados pelas crises cíclicas do capitalismo, manter a ordem e a direção do processo social e ocultar as consequências nefastas deste modo de produção.

É possível analisar as múltiplas formas e mecanismos políticos e econômicos como respostas do Estado capitalista para garantir a

reprodução do sistema, além de formar um amplo aparato ideológico que busca naturalizar e preservar este modelo de sociedade, ou seja, são diversas as possibilidades de negociação numa arena incontestável de conflito de interesses, que são as políticas públicas, mas sem que o *status quo* seja abalado (TEIXEIRA, 2008).

Conforme Di Giovanni (1998, p.15), ganhou legitimidade a “presença do Estado como organizador, produtor, gestor e normatizador dos sistemas de proteção social”, no século XX, especialmente nos países europeus, e um dos mecanismos foi o chamado Estado de Bem-Estar Social, o *Welfare State*, “que sofreu incontestável expansão e até mesmo institucionalização no período pós-guerra” (ARRETCHÉ, 1995, p.1), nos países capitalistas industrializados do Ocidente.

É consenso entre autores de diferentes perspectivas teóricas a análise acerca das mudanças no padrão de intervenção estatal via política social, ampliando direitos, sobretudo no pós II Guerra Mundial, como antidoto anticrise, até para a preservação do sistema capitalista, em um momento inclusive favorável aos trabalhadores, até pela existência da guerra fria:

Apesar das divergências teóricas e políticas que podem ser observadas entre pesquisadores dessa temática [...], comumente designado de “sistema de proteção social”, passa a ser um componente fundamental das medidas anticrise após a crise de 1929. Nos países capitalistas da Europa ocidental, sob orientação keynesiana e Beveridgeana, em contexto de produção fordista, as políticas sociais passam a estruturar um complexo (e eficiente, do ponto de vista capitalista) sistema público de garantia de (quase) pleno emprego, de demanda efetiva e de direitos e serviços sociais que asseguram condições de bem-estar até então inexistentes, mesmo em situação de ausência de emprego (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, *apud*, BOSCHETTI, 2016, p. 26-27).

Para Arretche (1995), é a partir de então que se generaliza e ganha dimensão quase universais, nesses países, um conjunto articulado de programas de proteção social, assegurando vários direitos como: à aposentadoria, habitação, educação, saúde, etc. O Estado passou a ampliar as suas funções econômicas e sociais, controlar parcialmente o modo de produção e a assumir despesas sociais. Estas transformações ocorreram principalmente devido a força do movimento trabalhista e se deu mediante relações contraditórias entre Estado e sociedade.

Na análise de Fiori (1997, p. 6) o estudioso Esping-Andersen “não se distingue muito no essencial da que já havia sido proposta por Titmus”, mas ele propôs uma nova nomenclatura para 3 (três) tipologias básicas do que denominou de “regimes de *Welfare States*”: 1) *Welfare State* liberal – destinado aos pobres, que não figuram como sujeitos de direitos, tendo por

exemplo, a realidade norte americana, canadense e australiana; 2) *Welfare State* conservadores e corporativistas – focado no *status* dos indivíduos, associados a classe e *status* relacionado à posição na sociedade, tendo por exemplo a Alemanha, Itália e França e 3) regime social democrata – universalista e desmercadorizante, ou seja, defamilistas, em que as funções do Estado reduzem o peso da proteção social sobre as famílias (FIORI, 1997).

Embora não cite nenhum país da América Latina, parece haver consenso entre os autores em situar a realidade brasileira em um sistema de proteção, conservador-corporativista, ou como denomina Draibe (1989), “meritocrático-particularista”. Arretche (1995), por exemplo, organiza diversas contribuições e avalia algumas correntes que tratam sobre as distintas razões de emergência e desenvolvimento do *Welfare State*. Os tipos de causações que orientam os argumentos explicativos apontados por essa autora são de natureza econômica, razões de ordem política ou institucional, mas, seja o surgimento dos programas de proteção social ou seja suas formas de expansão ou suas variações, “têm como razão causal fatores relacionados à luta de classes, as distintas estruturas de poder político ou ainda as distintas estruturas estatais e institucionais” (ARRETCHÉ, 1995, p. 5).

Como nos lembra Esping-Andersen (1991), quando se fala na definição de *Welfare State*, comumente nos manuais abordam como sinônimo de responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico aos cidadãos. Mas, para esse autor, existem muitas lacunas, pois esta definição não aborda se as políticas sociais são emancipatórias ou não, se ajudam na legitimação do sistema ou não, se contradizem ou ajudam o mercado. Outra questão apontada pelo autor refere-se à necessidade do entendimento sobre o que realmente significa “básico” e a diferença entre um *Welfare State* que satisfaça as necessidades básicas ou mínimas.

Nos estudos de Pereira (2006), busca-se problematizar essas inconsistências à luz das mais recentes e consistentes contribuições teóricas disponíveis sobre necessidades humanas básicas, no intuito de realizar uma crítica endereçada à noção de mínimos sociais, prezada pela ideologia neoliberal. Para ela, desde o início de suas pesquisas sobre a temática “constatou-se a existência de uma forte clivagem entre orientações conservadoras e progressistas nos processos de decisão e de gestão de políticas de satisfação de necessidades” (PEREIRA, 2006, p. 11). Vale ressaltar sobre a declarada afinidade da autora com reflexões socialistas contemporâneas sobre política social.

Conforme Boschetti (2016) a existência de políticas sociais, em si, não constitui necessariamente um sistema de proteção social. Para essa autora, um sistema só se configura de fato como proteção social se ele for um “conjunto organizado, coerente, sistemático, planejado de diversas políticas sociais, financiado pelo fundo público e que garante proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência [...] entre outros” (BOSCHETTI, 2016, p. 26), como reconhecimento legal de direitos e dever estatal para garanti-los.

Entretanto, conforme Castel (2005) é preciso ajustar a especificidade dos problemas das populações para combater a insegurança social, desenvolvendo e reconfigurando as proteções sociais por meio de uma personalização no regime das proteções. Para esse autor, ser protegido em uma sociedade de indivíduos não é somente a concessão de benefícios, mas é poder dispor de direitos e de condições mínimas de independência e condição básica para todos. Dessa maneira é possível se pensar em condições favoráveis de formação de uma sociedade de semelhantes, o que pode-se chamar de democracia.

O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO

O Brasil nunca chegou a efetivar um Estado de Bem-estar semelhante aos sistemas dos países de Primeiro Mundo, ou seja, nos países periféricos, como é o caso do Brasil, também construiu-se um sistema de proteção social público, mas ocorreu de forma diferente e não se enquadra na tipologia dos países desenvolvidos, como foi observado nos países europeus, “pois as peculiaridades da sociedade brasileira, de sua formação histórica e de suas dificuldades em adiar permanentemente a modernidade democrática, pesaram forte nesse processo” (YAZBEK, 2012, p. 294).

Há no sistema de proteção social brasileiro peculiaridades desde a sua formação. Segundo Pereira (2006, p. 125), isso acontece no país de forma “diferente, pois, das políticas sociais dos países capitalistas avançados, que nasceram livres da dependência econômica e do domínio colonialista, o sistema de bem-estar brasileiro sempre expressou as limitações decorrentes dessas injunções”. O lugar ocupado pelo Brasil, na divisão internacional do trabalho como periférico, dependente do capitalismo do primeiro mundo, submetido aos ditames dos credores da dívida externa e com um exército industrial de reserva significativo, vai

colocar limites à universalização da proteção social. Nesse sentido, Soares (2009) afirma que:

[...] o país foi pego a meio caminho na sua tentativa tardia de montagem de um Estado de Bem-Estar Social. Dada a sua massa gigantesca de pobreza estrutural, praticamente excluída dos benefícios do desenvolvimento passado, o país é atingido pelos dois lados, o desenvolvimento e o subdesenvolvimento. Vale dizer, sofre todos os percalços das políticas de ajuste comuns aos países desenvolvidos e subdesenvolvidos (SOARES, 2009, p. 35).

No que tange as orientações econômicas do grande capital para as políticas sociais, surge uma visão hegemônica no cenário nacional e internacional de que as ações de proteção social advindas de recursos do Estado serão focalizadas, sobretudo no trabalhador urbano e do sexo masculino, inserido nos ramos de maior interesse para o desenvolvimento industrial e o restante da população encontrará sua proteção no livre mercado. Compreende-se que estas políticas estão inseridas no movimento de ajuste global, num contexto de globalização financeira e produtiva. No caso do Brasil, esse ajuste teve impacto tanto na estrutura econômica como social do país, e experimentou-se os impactos das políticas de ajuste comuns aos países desenvolvidos e aos subdesenvolvidos (SOARES, 2009).

Para Fleury (1994, p. 179), no caso brasileiro, existe uma “estranha fusão entre a construção do Estado sob inspiração do liberalismo em termos jurídicos, consagrada na Constituição de 1891, assentada sob uma organização escravagista da produção”. Um liberalismo que prega a existência de uma proteção de acordo com o próprio mérito do indivíduo, que deve lutar para alcançar e satisfazer suas necessidades através da competição no mercado, ou seja, “a construção de um mercado livre se fazia pela imposição de novas formas de sociabilidade sobre o trabalhador, o incutimento de uma ética que organizasse as novas relações e repressivas de contenção da vadiagem e do ócio” (ROSEMBERG, 2016, p.10).

Nessa perspectiva, apreende-se que o Estado não assumia a responsabilidade no âmbito da proteção social. As desigualdades sociais eram entendidas como consequências das incapacidades individuais e não como problemas sociais causados pelo modelo de organização da sociedade. Conforme as autoras Behring e Boschetti (2011, p. 75) o Estado brasileiro marcou seu nascimento “sob o signo de forte ambiguidade entre o liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido da garantia dos privilégios das classes dominantes”

e estas características influenciaram no desenvolvimento das políticas sociais brasileiras.

Segundo Teixeira (2013) a construção do sistema de proteção social brasileira foi marcada por uma montagem contraditória e com reprodução das desigualdades sociais nas formas de inclusão, além das interações com o sistema privado (mercantil ou não-mercantil) serem uma constante, compondo um misto que nem se caracteriza como corporativista e nem como universalista. Acrescenta-se ao mercado, a iniciativa privada não mercantil e a polícia, esta última responsável pela repressão à questão social que se tornava visível na sociedade (PEREIRA, 2006).

Nesse sentido, as políticas sociais brasileiras nasceram sob forte influência do desenvolvimento urbano e industrial, e o Estado passou a utilizar diversos mecanismos institucionais para controlar as forças populares. No início do século XX, quando a questão social foi posta pelos movimentos grevistas que reivindicavam por melhores condições de trabalho e salário, a resposta inicial do governo brasileiro foi a repressão e aumento das medidas legais para controle do operariado (FLEURY, 1994).

Durante quase toda a Primeira República (1889 até a Revolução de 1930) a questão social foi considerada no Brasil como “caso de polícia”, um projeto republicano baseado na violência e no autoritarismo do Estado, “justificados pela necessidade de manutenção da ordem pública – ordem essa baseada na reiteração das hierarquias sociais inerentes ao período anterior –, em detrimento da distribuição republicana de direitos civis, políticos e sociais” (ROSEMBERG, 2016, p.10).

Para Fleury (1994, p. 179) o governo brasileiro apenas iniciou uma mudança na posição em relação às demandas sociais “com a pressão do movimento grevista e sob a influência internacional dos países vizinhos e da repercussão do Tratado de Paz de Versaille de 1917”, promulgando a Lei de Acidente de Trabalho em 1919 e criando as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs em 1923 (Lei Elói Chaves).

Esse projeto de Lei foi muito importante na definição da proteção social brasileira, pois criou as caixas de aposentadoria e pensão dos ferroviários, com sistema tripartite de financiamento e gestão (empregados, empregadores e Estado), que garantia renda ao trabalhador e a seus dependentes, em caso de velhice, invalidez ou por tempo de serviço. Assim, é possível analisar que o Estado participava apenas como regulador do pacto de relações entre capital e trabalho, com adoção de uma postura liberal que não chamava para si a responsabilidade da proteção social (FLEURY, 1994).

Com o desenvolvimento da urbanização no Brasil, a partir dos anos de 1930, nota-se o aumento dos índices de desemprego e exclusão. A pobreza, que era tratada como uma incapacidade pessoal e motivo de filantropia, passa a ser questionada com a emergência da classe operária e de suas reivindicações e mobilizações, fator impulsionador de medidas estatais de proteção ao trabalhador e sua família (YAZBEK, 2012). Foi durante o Governo de Getúlio Vargas que a proteção social brasileira passou a ser promovida pelo Estado, através de legislações – como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sancionada em 1943 – que objetivaram amenizar as divergências entre capital e trabalho, desmobilizar a classe trabalhadora e regular as tensões entre as classes sociais.

A partir dos estudos de Fleury (2009) nota-se que o sistema de proteção no Brasil neste período é seletivo e centrado no modelo de seguro social em que os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a algumas categorias ocupacionais, distinguidas em função de sua importância econômica para o país, com “privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo” (FLEURY, 2009, p. 745). Os direitos sociais eram condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva, uma “cidadania regulada” (SANTOS, 1979) pela condição de trabalho.

O Brasil chegou até a registrar momentos de expansão no desenvolvimento da política social, mas foi durante o período de regimes autoritários e sob o governo de coalizões conservadoras (PEREIRA, 2006). Durante o período da ditadura militar (1964-1985), por exemplo, há uma permanência desse modelo excludente e conservador de desenvolvimento econômico no Brasil. O Estado e as próprias políticas sociais tinham como objetivo a legitimação do sistema autoritário, com características fragmentárias e emergenciais, de caráter assistencialista e clientelista.

No Brasil, há uma permanência da lógica do modelo de seguro social, que, de acordo com Boschetti (2009), estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988. Um tipo de proteção muito limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho formal ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à Seguridade Social (BOSCHETTI, 2009), e a proteção é estendida apenas à família e dependentes desses trabalhadores.

Nota-se assim que “entre os anos 30 e a década dos anos 70, construiu-se e consolidou-se institucionalmente no Brasil o Estado social” (DRAIBE, 1989, p.29). Porém, é possível apreender que, até os

anos de 1980 o sistema de proteção social brasileiro não se consolidou enquanto sistema de garantias universais. Draibe (1989) caracterizou esse sistema como meritocrático-particularista, pois a política social intervém parcialmente, para suprir as falhas do mercado, protegendo os que estavam inseridos no mercado de trabalho e com um focalizado esquema assistencialista, pontual e descontínuo, para os que não estavam no mercado.

Nos meados da década de setenta, a luta pela democratização das políticas brasileiras adquire novas características e estratégias. Segundo Fleury (2009) essas mudanças se refletiram a partir do forte engajamento dos movimentos sociais em luta de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de Saúde, da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social, que respondesse às questões sociais.

A década seguinte foi marcada pelo “surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição, e da organização de movimentos setoriais” (FLEURY, 2009, p. 745), com capacidade de formular projetos de reorganização institucional. Configura-se uma grande efervescência democrática que canalizou seus trabalhos na Assembleia Nacional Constituinte, que se inicia em 1987, no reordenamento das políticas sociais no imperativo de responder às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade, que resultou na Constituição Federal de 1988, que marcou a transição de um Estado autoritário para um Estado democrático de direito.

Pós-constituição de 1988: avanços, retrocessos e a ofensiva neoliberal

A Constituição Federal de 1988 representa uma ruptura em relação ao padrão de proteção social brasileiro compensatório criado na década de 1930, tendente a ser redistributivo, descentralizado, construído com a participação dos usuários e fortalecedor do Estado como principal agente da cidadania e conseqüentemente, implementador das políticas sociais. Para Fleury (2009) é a lei maior, que consolida as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. A partir de então inaugura-se um novo período, com um modelo de Seguridade Social que busca a universalização da cidadania, com mecanismos mais solidários e redistributivos, com fundamentos nos princípios da justiça social e universalidade na cobertura e integração às estruturas governamentais.

Conhecida como “Constituição Cidadã”, a Constituição de 1988 constitui-se em grande avanço em relação às formulações legais anteriores, pois garante um conjunto de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania e consagra o modelo de Seguridade Social, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988), expresso no Capítulo da Ordem Social.

Assim, é possível apreender que foi apenas com a Constituição de 1988 que as políticas de saúde, previdência e assistência social foram reorganizadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de Seguridade Social brasileiro. Mas, apesar do caráter amplo e inovador de proteção social da Constituição de 1988, “a Seguridade Social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)” (BOSCHETTI, 2009, p. 8). Ou seja, os fundamentos do seguro social persistem.

Porém, mesmo com a inclusão de elementos universalistas, o texto legal da Constituição de 1988, se depara com o que Dagnino (2016) denomina de “confluência perversa”, ou seja, o ideário neoliberal, que desde 1990, passa a orientar as ações governamentais, direcionado para a focalização das ações nos pobres (seletividade, focalização) e privatização, buscando desconstruir o que então tinha sido conquistado nas lutas sociais. Logo, intensifica-se a perspectiva do Estado transferir a implementação das políticas sociais para a sociedade civil, fortalecendo o terceiro setor, que não dialoga com o registro da cidadania, mas, tende a prestar serviços na lógica do favor e da doação.

No período, os acordos internacionais também influenciaram para não concretização do sistema de proteção social proposto constitucionalmente, pois era crescente a pressão realizada pelo Consenso de Washington (1989) e o discurso do governo local de moralização da política, coalizão centro- direita, tendo como diretrizes a liberalização e a abertura do mercado, num contexto de fortalecimento do modelo neoliberal que “prevê a realização de reformas estruturais para a estabilização da economia como as privatizações, a desregulamentação dos mercados, a descentralização e a retomada do desenvolvimento” (YAZBEK, 2012, p. 302).

Apesar de reconhecer muitas conquistas importantes na Constituição no campo da Seguridade Social como instrumento de proteção social, como: “a criação do seguro-desemprego, a criação

do Sistema Único de Saúde (SUS), a aplicação das novas regras universalizantes da Previdência Rural e a regulamentação da assistência social “cidadã” – o reconhecimento, enfim, da responsabilidade pública por vários riscos sociais” (KERSTENETZKY, 2012, p.217), é impossível deixar de sinalizar seus limites estruturais na ordem capitalista.

Nota-se que, na realidade brasileira, a finalidade do Estado foi de amenizar a crise do capital no século XXI em detrimento de compromissos com as necessidades humanas. Combinou-se reestruturação produtiva e diminuição do poder dos sindicatos, com o neoliberalismo, que potencializou a liberdade de mercado, aumentou os retrocessos e desmontes com relação aos direitos sociais e aprofundou as desigualdades sociais (BOSCHETTI, 2009), numa perspectiva de divisão de responsabilidades sociais que reduz a demanda do Estado e restabelece os laços de solidariedade direta.

Segundo Teixeira (2013) isso está relacionada ao “*mix* público/ privado, com a participação da sociedade civil (incluindo o mercado) na provisão de bens e serviços sociais, restringindo o Estado ao papel de normatizador, fiscalizador e, em alguns casos, financiador e coordenador da rede de serviços” (TEIXEIRA, 2013, p. 278). Trata-se de um pluralismo de bem-estar que mantém os sistemas públicos de intervenção estatal, mas legitima as parcerias com o setor privado. O resultado disso tudo, são políticas sociais cada vez mais restritivas, focalizadas, seletivas e que culpabilizam a família e a sociedade pelo fracasso em proteger seus dependentes.

Para Cronemberger (2013, p.6) o projeto protetivo do Estado, presente na Política de Saúde e de Assistência Social, “convive e está entrelaçado com o projeto familista, à medida que a proteção oferecida busca sempre contrapartidas que aumentam as responsabilidades familiares, sobrecarregando as famílias vulneráveis”. Ou seja, o Brasil está mais próximo do modelo de pluralismo de bem-estar, do *mix* público/ privado na proteção social, do que do modelo de proteção estatal/ pública. Com o avanço das reformas neoliberais, há a responsabilização da sociedade pelo suprimento de suas necessidades, como uma tendência que se expande para a diminuição das demandas do Estado com a sociedade civil.

Diante dos traços histórico-estrutural do sistema de proteção social analisados no Brasil, com persistência de fragilidades institucionais, postura defensiva dos movimentos sociais, e diante do crescimento e fortalecimento de ideias neoconservadoras e neoliberais no comando do Estado, constante crise econômica e política, nota-se muitas ameaças

à democracia brasileira e retrocessos nas conquistas que haviam sido alcançadas na área social e das políticas no período pós-constitucional. Por isso, é necessário lutar pela ampliação e consolidação dos direitos sociais efetivos.

Segundo Boschetti (2009) a Seguridade Social brasileira é fruto de muitas lutas e conquistas da classe trabalhadora, constituindo-se em uma arena de conflitos entre dois grandes projetos societários permanentemente antagônicos: de um lado a articulação de um projeto sobre uma democracia restrita que diminui os direitos sociais e políticos e do outro lado uma sociedade que luta pela democracia de massa e com ampla participação social, que têm repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. A referida autora afirma ainda que é necessário a defesa e ampliação dessas conquistas e o posicionamento contrário às reformas neoliberais regressivas, pois são desafios permanentes e condições para consolidação da Seguridade Social pública e universal (BOSCHETTI, 2009).

CONCLUSÃO

Com esse trabalho foi possível apreender que a sociedade humana sempre desenvolveu algum tipo de sistema de proteção social para assegurar seus membros e cada grupo social tinha sua maneira distinta de alocar recursos para que essa proteção fosse estabelecida. Nas sociedades pré-industriais nota-se a existência de uma relação entre segurança do indivíduo e seus laços de pertencimento à comunidade. Com o fim das legislações sociais pré-capitalistas, e sua articulação indivíduo-coletivo, a sociedade moderna tem como premissa a promoção do indivíduo e suas relações reguladas pelo livre mercado.

Nesse sentido, as primeiras ações institucionalizadas de proteção social, ou seja, reconhecíveis como políticas sociais, têm relação com os importantes sistemas desenvolvidos nas sociedades capitalistas europeias e o surgimento dos movimentos populares, ocorridos na Europa nos séculos XVIII e XIX. O Estado passa a intervir com as primeiras ações de política social como resposta às manifestações da questão social.

De acordo com a força dos movimentos e organizações reivindicatórias da classe trabalhadora e da correlação de forças no âmbito do Estado, cada país e sociedade desenvolveu as políticas sociais de forma diferente e gradativa. Porém, a partir do século XIX até os anos de 1930 nota-se que há o predomínio da força liberal, sustentada pela

concepção de trabalho como mercadoria, livre mercado e Estado mínimo, que assume o papel neutro de legislador e mediador.

O Brasil não chegou a efetivar um Estado de Bem-estar semelhante aos sistemas dos países de Primeiro Mundo. No caso brasileiro, nota-se que chegou até a construir um sistema de proteção social público, mas não se enquadra na tipologia dos países desenvolvidos, como foi observado nos países europeus. O sistema de proteção social brasileiro possui peculiaridade desde a sua formação, pois desde a construção do Estado brasileiro que há uma forte inspiração no liberalismo e o Estado não assume a responsabilidade no âmbito da proteção social e o indivíduo, por seu mérito, deve satisfazer suas necessidades através da competição no mercado e/ou pagamentos de seguros cooperativos.

Sobre a realidade brasileira, foi possível apreender, a partir desse estudo, que até os anos de 1980 o sistema de proteção social brasileiro não se consolidou enquanto sistema de garantias universais. Esse sistema foi caracterizado por Draibe (1989) como meritocrático-particularista, pois é uma política social focalizada que intervém parcialmente, para suprir as falhas do mercado, protegendo os que estavam inseridos no mercado de trabalho e com um focalizado esquema assistencialista para os que não estavam no mercado.

Com a Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã, houve um avanço no padrão de proteção social brasileiro, com diretrizes e princípios baseados na justiça social, com intensa propensão redistributiva. Apesar de reconhecer essas conquistas, nota-se que os traços histórico-estrutural do sistema de proteção social analisados no Brasil encontram-se cada vez mais fortalecidos pelos sistemas neoliberais, com uma Seguridade Social híbrida, privatização de serviços, pluralismo de bem-estar (*mix* público/privado), aumento da responsabilização da sociedade pelo suprimento de suas necessidades e diminuição das demandas do Estado com a sociedade civil.

Vale lembrar que a Seguridade Social brasileira foi resultado das lutas da classe trabalhadora e sua correlação de forças no âmbito do Estado. Por isso, artigos como este, são importantes para o desenvolvimento de uma reflexão que as políticas sociais brasileiras não estão acabadas apenas com a promulgação de leis, mas é preciso fortalecer a defesa e ampliação da Seguridade Social pública e universal, com o posicionamento contrário às reformas neoliberais, pois políticas sociais, em si, não constitui necessariamente um sistema de proteção social.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. da S. **Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. BIB n. 39, p. 1-65, 1995.** <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/arretche-m-emergc3aancia-e-desenvolvimento-do-welfare-state-teorias-explicativas.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2022.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. S. **Política Social: fundamentos e história.** 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, I. S. **Assistência Social e trabalho no capitalismo.** São Paulo: Cortez, 2016.

BOSCHETTI, I. S. **Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009.** Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf. Acesso em: 27 maio. 2022

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. 31° Ed. São Paulo. Saraiva. 2003, Capítulo da Ordem Social.

CASTEL, R. **A Insegurança Social: o que é ser protegido?** Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CASTEL, R. **As Metamorfoses da Questão Social** (tradução de Iraci D. Peleti). Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

COSTA, M. A. F. da. **Projeto de Pesquisa: entenda e faça.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2011;

CRONENBERGER, I. H. G. M. **A centralidade da família na Política de Assistência Social e o Trabalho Social com Famílias no CRAS e CREAS em Teresina-PI.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Piauí, 159f, 2013.

DAGNINO, E. Confluência perversa, deslocamentos de sentido, crise discursiva in FEDOZZI; CORRADI; RANGEL (orgs). **Democracia**

Participativa na América Latina: casos e contribuições para o debate.
Editora da Cidade. Porto Alegre, 2016.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: Uma introdução conceitual. In M. A. Oliveira, (org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil.** Campinas, SP: UNICAMP, 1998.

DRAIBE, S. M. **O ‘Welfare State’ no Brasil: características e perspectivas.** Ciências Sociais hoje. São Paulo: Vertice, Revista dos Tribunais; ANPOCS, 1989.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, n. 24, 1991, p. 85-116. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006. Acesso em: 11 jun. 2022.

FIORI, J. L. **Estado de bem-estar social: padrões e crise.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 7(2): 129-147, 1997

FLEURY, S. M. **Estado sem cidadãos: Seguridade Social na América Latina.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2022.

FLEURY, S. M. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Ciênc. Saúde coletiva, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GbXrGPf6Mmpvdc3njY3bNK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

KERSTENETZKY, C. O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão, 2012.

Disponível em:

<file:///C:/Users/iraci/Downloads/KERSTENETZKYCelia-OEstadodoBem-EstarSocialnaldadedaRazo2012.pdf>. Acesso em: 13 maio. 2022.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, Ivanete;

BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; MIOTO, Regina Célia Tamaso (Org.). **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSEMBERG, A. “**A questão social é um caso de polícia**”: da tragédia à farsa, uma ponte entre a Primeira República e o século XXI. Revista Hydra, vol. 1, n. 2, agosto de 2016. Disponível em <https://periodicos.unifesp.br/index.php/hydra/article/view/9128/6661>. Acesso em: 11 jun. 2022.

SANTOS, W. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SOARES, L. T. R. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, S. M. Sistema de proteção social brasileiro na contemporaneidade: “novas” relações entre estado e sociedade? Rev. FSA, Teresina, v.10, n.1, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/115>. Acesso em: 08 jun. 2022.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, n. 110, abr./junho 2012, São Paulo: Cortez.

SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO: APONTAMENTOS PARA REFLETIR OS DESAFIOS ATUAIS EM UMA REALIDADE PANDÊMICA

*Dhania Vitória de Carvalho Silva
Mauricéia Ligia Neves da Costa Carneiro*

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre o Sistema de Proteção Social Brasileiro têm ocupado espaços importantes no debate sobre as políticas sociais brasileiras. A sua configuração é desenhada a partir de uma trajetória histórica em que a dimensão do trabalho desponta como seu potencializador, quando por meio dele os cidadãos passam a ter acesso a serviços e benefícios importantes no processo da satisfação de necessidades sociais.

O avanço das conquistas como resultado dos movimentos coletivos de reivindicações sociais tem ampliado o sistema de proteção social brasileiro. É com a promulgação do marco legal da Constituição Federal de 1988 que se alcança um estágio e um status em que esse sistema passa a afiançar direitos que vão além da relação direta do cidadão com o mundo do trabalho, propiciando uma expansão nas garantias sociais, independentes do lugar que estes ocupam no sistema de produção capitalista.

A partir desse novo desenho instaura-se a organização de um tripé, denominado de Seguridade Social formado por três políticas públicas: Saúde, Previdência e Assistência Social. A proposta afirmada é que essas

políticas formassem um anteparo que garanta seguranças sociais contra os variados riscos que o indivíduo se deparasse no ciclo de vida.

Com a proposta de refletir sobre o acirramento das vulnerabilidades e riscos sociais advindos do período pandêmico que toda a sociedade mundial ainda presencia em virtude da crise sanitária ocasionada pela Covid-19, o presente artigo objetiva discutir a partir de uma metodologia de pesquisa bibliográficas, os desafios atuais impostos ao Sistema de Proteção Social Brasileiro em um cenário pandêmico, especialmente quando observado o processo de mitigação de direitos, comprometendo de maneira imperiosa a capacidade dos indivíduos sobreviverem a essa realidade ao conviverem com uma diversidade de inseguranças sociais.

Seguindo essa compreensão, dividiremos nossa abordagem apresentando as características fundantes do Sistema de Proteção Social Brasileiro, os desafios enfrentados por este Sistema, situando as peculiaridades as políticas que o forma, especialmente em um momento pandêmico que instaura muitas imprecisões nos direitos sociais já conquistados e por último, as conclusões a partir das reflexões discorridas.

GÊNESE E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO

Para iniciar a discussão sobre o tema, faz-se necessário primeiramente definir o que é um Sistema de Proteção Social, a partir das suas características e elementos fundantes. Nas palavras de Di Giovanni (1998), sistemas de proteção social, “ são as formas - às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas-que as sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros” (DI GIOVANNI, 1998). Ainda com Di Giovanni, os sistemas de proteção social, constituem formas de proteção aos indivíduos, diante das eventualidades que todos os seres humanos estão suscetíveis como por exemplo, a invalidez, doenças, velhice, desemprego, infortúnio, etc.

Formas de proteção social sempre foram comuns nas sociedades, por mais que distintas, por fatores como situação geográfica, contexto histórico, político, social e cultural. Mas a que iremos tratar aqui, é uma forma específica, que são os sistemas de proteção implantados e geridos pelo Estado. Estes, por sua vez, se desenvolveram em meados do século XIX, nas sociedades capitalistas avançadas da Europa, inicialmente na Inglaterra, devido a uma série de fatores, sendo os principais: a intensificação dos problemas sociais relacionados à pobreza, decorrente

do processo de urbanização e industrialização, e conseqüentemente a organização da classe trabalhadora, lutando e reivindicando por melhores condições de trabalho e de vida. Para caracterizar essa forma de proteção social gerida pelo Estado, Di Giovanni aponta “a existência de um conjunto de garantias, mais ou menos extensas, através de intervenção política e administrativa” (DI GIOVANNI,1999). Essas garantias que o autor se refere, correspondem a proteção à saúde, habitação, educação, previdência social e assistência social, etc.

A constituição do Sistema de Proteção Social Brasileiro, ou Estado Social, como alguns autores preferem denominá-lo, tem uma relação intrínseca com a emergência do processo de industrialização que não acontece no mesmo período em que se desenvolveu na Europa, mas se assemelha a industrialização na América-Latina que foi tardia, ocasionando o surgimento de Sistemas de Proteção Social tardios como assevera (MISHRA apud TEIXEIRA,2013).

Por ser tardio, o Sistema de Proteção Social Brasileiro passou a conviver com a crise da economia capitalista e dos sistemas de Bem-Estar Social, discutidos por Esping-Andersen (1991) e assim “refrear as expectativas, conter gastos e procurar soluções da iniciativa privada para necessidades sociais” (MISHRA,apud TEIXEIRA, 2013). Logo, a configuração estrutural desse sistema enfrenta fragilidades com instabilidades institucionais e políticas que irão dificultar o estabelecimento de pactos mais duradouros.

A conjuntura que caracterizou a gênese do Sistema de Proteção Social Brasileiro está atrelada ao surgimento dos problemas sociais decorrentes do processo de urbanização e industrialização que teve início por volta de 1930. Neste período, a massa de trabalhadores estava saindo do campo para os perímetros urbanos em busca de trabalho nas indústrias. Esse movimento apontou para uma racionalidade que desencadeou as primeiras lutas dos trabalhadores, resultando nas primeiras legislações voltadas para o trabalho.

É precisamente no governo do presidente Getúlio Vargas, a partir da década de 1930, que emergem as primeiras garantias sociais aos trabalhadores, podendo ser mencionados os seguintes marcos: a criação do Ministério da Educação e Saúde, que tinha como intuito realizar campanhas sanitárias centralizadas e nacionais; a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), responsáveis por garantir serviços de saúde, aposentadoria e pensão em caso de morte, a diferentes categorias profissionais. Dando continuidade a esse processo em 1960, se dá a criação da Lei Orgânica da Previdência (LOPS), que uniformizou

os benefícios previdenciários em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo Decreto-lei n. 72/1966, que unificou os IAP's (ROCHA,2015), estabelecendo uma isonomia para algumas categorias profissionais. Nesse período, a concepção de segurança social ainda estava relacionada ao vínculo de trabalho, especialmente para aquelas categorias que representavam as forças produtivas necessárias para desenvolvimento da expansão do capital.

No período da ditadura militar (1964-1985), mediante uma supressão dos direitos políticos, a estratégia do governo autoritário para sua manutenção no poder, foi a de alargar os direitos sociais, de forma escamoteada, pois está diretamente relacionado somente aquele público que estava regulamentado pelas Leis trabalhistas da época, apresentado como marco a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que tinha como principais funções formular políticas de previdência, assistência médica, farmacêutica e de assistência social. Até esse período o direito à saúde não era instituído como um direito universal, só podendo usufruir dela quem contribuísse diretamente com o sistema produtivo.

Por meio de uma frente de lutas, a população passa a organizar resistências ao regime militar, culminando em uma agenda de reivindicações pelo retorno dos direitos políticos dos cidadãos. A década de 1980 foi marcada por uma série de mudanças no país, com a redemocratização e a consolidação dos direitos sociais. A ideia de segurança e proteção social assume um status público. Como bem menciona Mota (2007), “os trabalhadores brasileiros, a partir dos anos 80, adquiriram novos direitos, ampliaram o acesso a serviços públicos não mercantis, usufruíram o alargamento da oferta de benefícios, como os da assistência social, da saúde, dentre outros”. (MOTA, p.70, 2007)

A partir dessa nova conjuntura, fundamentada pelo marco legal da Constituição Federal de 1988, o Sistema de Proteção Social Brasileiro se configura através da estruturação da seguridade social, como política pública. Segundo Rocha a palavra seguridade, “é entendida como um conjunto de seguranças sociais que uma sociedade, de forma solidária, garante a seus membros”. (ROCHA,2015). O referido Marco Legal traz em seu artigo 6º o rol dos direitos sociais, os quais foram considerados pelo legislador direitos fundamentais sociais: Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)

Para alicerçar aquela garantia, o artigo 1º da Constituição Federal de 1988 trouxe como fundamento da República o princípio da dignidade da pessoa humana, que deverá compor as diretrizes e ações do Estado, inclusive na promoção dos Direitos Sociais Fundamentais. Desse modo, as medidas econômicas também devem ser organizadas para alcançar esse objetivo, buscando afiançar direitos que promovam estratégias de combate a situações de desproteção social consubstanciando as necessidades vitais de cada cidadão.

Com objetivo de assegurar um estado de proteção social, a seguridade social no Brasil se estrutura a partir do tripé: saúde, assistência social e previdência social. A saúde como direito de todos e dever do Estado, com a responsabilidade de promover ação de prevenção, proteção e recuperação. A assistência Social, visando a prevenção e eliminação dos riscos e vulnerabilidades sociais, atendendo a quem dela necessitar, e a Previdência Social, de caráter contributivo, com objetivos de garantir aposentadoria, e a proteção social na perda ou redução de renda, associada ao trabalho formalizado ou a um aporte monetário feita mensalmente pelos (as) trabalhadores.

Os princípios da seguridade social como direito social assevera no avanço da democracia, fundada na participação e no controle popular; na universalização dos direitos e, em consequência, da cobertura e do atendimento das políticas sociais na garantia da gratuidade no acesso aos serviços; na integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos (as) na perspectiva da igualdade. Pensar a defesa dos direitos a partir desses fundamentos, requer afirmar a primazia do Estado enquanto instância fundamental para a garantia da universalização na condução das políticas públicas, no respeito ao pacto federativo, estimulando a descentralização do poder e o impulso ao processo de democratização das políticas sociais no atendimento às necessidades sociais.

A partir das características da seguridade social brasileira que aponta para um Estado Social que afiança direitos e busca o enfrentamento da redução das desigualdades sociais se faz importante salientar que a década de 1980 é um período de muitas contradições na história do país, o que dificulta uma total consolidação do acesso aos direitos sociais como é garantido na Constituição Federal de 1988. Com base na interpretação de Mota(2007) a arquitetura da seguridade social brasileira pós-1988 tem a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o Estado de Bem-Estar

Social nos países desenvolvidos, no entanto, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da

população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado, permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos serviços e benefícios sociais.

Nesse período, o Estado foi redirecionando suas funções, priorizando o setor produtivo e acarretando no sucateamento gradual dos serviços públicos a que recorre a parcela menos favorecida da sociedade. A partir de meados dos anos de 1990, esta realidade toma um maior fôlego na profunda reestruturação do aparelho de Estado, conforme diretrizes estabelecidas pelo *Plano Diretor do Estado*, do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE). O referido Plano atropela, no processo de sua regulamentação legal, as normas constitucionais relativas aos direitos sociais, o que atinge profundamente o Sistema de Seguridade Social. Essa regulamentação ratifica a subordinação dos direitos sociais à lógica orçamentária, estabelecendo uma expressiva relação de dependência da política social à política econômica.

As características desse formato do Sistema de Proteção Social Brasileiro, tem proporcionado limites para a evolução da cidadania moderna que garanta padrões de civilidade condizentes com a construção de um Estado Social, pautado na perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços sociais, como também, na qualificação desses serviços, tornando as ofertas mais acessíveis à população demandatária.

Esses limites, têm direcionado para uma tendência ao desmonte do Sistema de Proteção Social como assevera Braga (2021) quando destaca a necessidade de uma análise mais detida ao contexto social, político e econômico em que as políticas que compõe esse Sistema se desenvolvem. Segundo a autora, é uma realidade marcada pela precarização das relações de trabalho, pelo processo de globalização que a medida que se expande de forma massiva pelos meios tecnológicos e de informação, não contempla de forma democrática todos os indivíduos, favorecendo o acúmulo de riqueza para os mais ricos, dificultando o acesso a bens e serviços a parcela mais pobre da sociedade.

Outra peculiaridade que Braga (2021) assinala neste período histórico, está relacionada ao forte princípio de proteção ao mercado que afeta os investimentos públicos incidindo reformas e propiciando o desenho de nova sociabilidade para o mundo do trabalho, dimensão importante para provisão de meios de enfrentamento à condição de pobreza. Contudo, nesta seara, importantes avanços, conquistas também são registrados, como a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) datada de 1993, a criação da Política Nacional de Assistência

Social(PNAS) em 2004 e o Sistema Único de Assistência Social(SUAS) em 2005, que possibilitam uma institucionalização, organização do acesso à direitos sociais, condição preponderante para contribuir na luta para regulamentações imprescindíveis no processo concretização do status de política pública que a assistência social reivindicava.

Cabe observar que estas conquistas foram resultado de mobilizações da sociedade com vistas ao aprofundamento e qualificação do processo democrático iniciado no pacto constitucional de 1988. É vidente as disputas que se engendram no universo do Sistema de Proteção Social Brasileiro com projetos políticos-ideológicos diferenciados que não podem ser encarados como movimentos isolados, mas que necessitam de uma uniformização no seu trato como a construção de uma reação propositiva em que movimentos sociais, população, profissionais, intelectuais se articulem reafirmando a necessidade do fortalecimento desse Sistema como um dispositivo afiançador de direito.

Com base nessa breve abordagem acerca da constituição e desenvolvimento do Sistema de Proteção Social Brasileiro, discorreremos no próximo item sobre os desafios que esse sistema enfrenta, como apontamentos preliminares, especialmente na última década do século XX, e as tendências mais recentes quando a sociedade mundial é impelida a construir alternativas para viver uma realidade pandêmica ocasionada pela COVID-19.

DESAFIOS ATUAIS DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO EM UMA REALIDADE PANDÊMICA: APONTAMENTOS PRELIMINARES

Como mencionado anteriormente, a década de 1980, no Brasil, é marcada por contradições, tendo em vista que ao mesmo tempo em que o país passa pela redemocratização, saindo de um regime ditatorial, e é promulgada uma Constituição Federal de 1988, que tem como base a universalização dos direitos sociais e a ampliação da democracia, também é um período de intensa crise econômica, decorrente da crise mundial do sistema capitalista, ficando conhecida como a “década perdida” no âmbito econômico.

As refrações dessa crise nas políticas de seguridade social são evidentes, principalmente com as tentativas de reestruturação do capital, e a ascensão da alternativa neoliberal, que tem como principais postulados o Estado Mínimo. A desresponsabilização do Estado pela garantia dos direitos da população, a culpabilização do indivíduo pelo seu sucesso

ou fracasso, e a transferência das responsabilidades do Estado para a sociedade civil, por meio da filantropia, da caridade indica uma realidade de forma a comprometer o que o Estado de Direitos preceitua.

A partir da década de 1990, evidencia-se o desmonte da seguridade social, por meio da redução dos gastos sociais, da privatização dos serviços públicos, das reformas da Previdência Social (que só favoreceram o Estado e o capital), e a focalização das políticas, restringindo-as a respostas imediatas e seletivas às expressões da questão social. Miotto e Nogueira (2013), a respeito das refrações ocasionadas por esta crise, adverte que,

[...]no campo institucional, a crise mundial das economias capitalistas ocidentais leva a uma violenta redução dos ideais universalistas e igualitários na área dos direitos sociais, sendo estes substituídos pela exigência da focalização em populações vulneráveis e de risco sociais. (MIOTTO E NOGUEIRA 2013, p. 65)

Nessa conjuntura, Mota (2007) aponta para algumas tendências que o Brasil tem enveredado e que caracteriza o desmonte das políticas do Sistema de Proteção Social:

Regressão das políticas redistributivas de natureza pública e constitutiva de direitos, em prol de políticas compensatórias de combate à pobreza e de caráter seletivo e temporário; Privatização e mercantilização dos serviços sociais, com a consolidação da figura do cidadão-consumidor, condição e premissa da existência de serviços de proteção social básica para o cidadão pobre e ampliação de programas sociais de exceção voltados para o cidadão miserável, com renda abaixo da linha da pobreza.(MOTA 2007,p.07)

Essa realidade tem ocasionado constantes tentativas de privatização dos serviços públicos, como bem podemos observar principalmente na área da saúde, no desmonte do Sistema Único de Saúde(SUS), sua desvalorização e uma supervalorização do âmbito privado, por meio do incentivo da população à aderir aos planos de saúde; do Sistema da Previdência Social, com reduções de direitos por meio da Reforma da Previdência Social e mais recentemente do Sistema Único de Assistência Social(SUAS) com a fragilização e atrofiamento das respostas públicas às demandas dos seus usuários. Atrelado a isto, o rebaixamento dos salários e uma taxa altamente elevada do número de desempregados; além do grande número de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza, sem condições mínimas de dignidade.

Em uma sociedade reconhecida com um grau de desigualdade ascendente, conforme o modelo de Estado e a partir de suas características, essas desigualdades podem ocasionar o aumento da insegurança social, pois o que era no mínimo garantido formalmente, substanciado em um contrato social, transfere-se para um contrato civil em que as soluções passam a ser pela “via do mercado”. (LAZZARINI,2003). Esse contexto é evidenciado na realidade brasileira, pois o risco da exclusão social é premente, como também, a concretização de um estado de pobreza multidimensional que engloba todos os tipos de privações dos indivíduos nos mais diversos campos: social, econômico, político, cultural entre outros. Aqui também é importante frisar a dimensão relacional que atinge uma parcela significativa da população submetida a indisponibilidade de recurso simbólicos como convivência em grupo, interação social, resultante muitas vezes de uma condição de extrema insegurança social.

Enfrentar tal realidade já é um desafio, que se agrava diante das mudanças ocorridas na sociedade mundial, devido a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional da Organização Mundial de Saúde, de 30 de janeiro de 2020, decorrente da infecção humana pelo Coronavírus (COVID-19) ocasionada pelo início da pandemia na Cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Esse estado pandêmico, posteriormente foi se espalhando para todos os continentes do globo, proporcionando consideráveis alterações da vida e do comportamento de todo o mundo.

Vale ressaltar que esse cenário desencadeou inúmeras dificuldades em diversos setores como no setor da economia, além da preocupação na área de saúde pública e enfrentamento social dos seus efeitos. No Brasil, como assevera Barbosa e Sarlet (2022):

No fim de 2019 o Brasil já se encontrava em uma crise econômica, com dificuldades em termos de crescimento, tendo registrado aumento de 1,41% do PIB (SEBRAE, 2020), e com uma taxa de desemprego no patamar de 11,9%. A pandemia gerou direta e indiretamente, em 2020, a retração de 4,1% no PIB e um aumento na taxa de desemprego para 13,5% (CARDOSO, et al., 2021, p. 539). [...] Além dos índices negativos referidos, também os níveis de desigualdade econômica e social avançaram desde o advento da pandemia, assim como a concentração de renda[...] A isso se soma uma crise política e institucional significativa, que, por sua vez, teve reflexos importantes no que diz respeito a diversos problemas e desafios relacionados ao combate da pandemia. (BARBOSA e SARLET,2022,p130).

Diante desse cenário, no Brasil, assim como no mundo, foi imperioso administrar a articulação entre saúde pública, proteção social, manutenção da atividade econômica e proteção e efetividade dos direitos

fundamentais em termos gerais. As principais ações versavam sobre isolamento e distanciamento social, aumento da capacidade dos serviços de saúde e auxílio financeiro para a população, empresas, estados e municípios (PIRES, 2020).

O quadro que foi se desenhando demonstrava uma incapacidade dos serviços de saúde, do ponto de vista da criação e expansão das estruturas para acolher a população infectada pelo vírus, como também, repasses financeiros insuficientes a estados e municípios com o intuito de corrigir o déficit e as desigualdades na área da saúde pública.

Com relação a previdência social, nesse contexto pandêmico, já refratária de uma crise enfrentada pelo país em virtude de uma intensa precarização das relações e condições de trabalho que comprometia o direito de proteção dos(as) trabalhadores(as), se depara com a emergência de um universo de trabalhadores(as) que se viram, sem trabalho, sem nenhum tipo de remuneração, sem benefícios assistenciais e sem condições de seguir, buscando sobreviver com atividades precarizadas que lhes assegurassem uma forma de rendimento para o sustento das suas necessidades básicas imediatas..

Agregada a essa situação, as dificuldades enfrentadas pelos usuários no acesso aos benefícios previdenciários, escancararam uma realidade de sucateamento que o sistema convivia a partir dos problemas de estrutura, financiamento dos benefícios, comprometendo ainda mais a oferta qualificada desses benefícios que foi acirrada com a publicação de Medidas Provisórias que resultaram em restrições significativas aos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal como por exemplo a MP 927, de 22.03.2020, e a MP 046, de 27.04.2021, que flexibilizam direitos colocando em risco conquistas sociais.

Com relação a assistência social, mesmo com a expansão do financiamento para o repasse à população mais vulnerável por meio da transferência de renda, as condições de oferta de serviços socioassistenciais foram comprometidas, ocasionando uma descontinuidade em muitos atendimentos, apresentando-se como “uma política de cobertor curto, que tira dos serviços e direitos para a “transferência de renda”, em proporções muito maiores do que já vinha ocorrendo”. (BOSCHETTI E BEHRING, 2021p.81).

Diante desse contexto, que perspectivas o Sistema de Proteção Social Brasileiro aponta para enfrentar um estado pandêmico o qual a sociedade ainda vivencia as consequências ocasionadas pela Covid-19? Essa realidade tem revelado fragilidades expressivas do referido sistema, comprometendo de maneira contundente a vida dos cidadãos brasileiros

e desafiando uma racionalidade estatal que por suas características a partir de padrões ideológicos e administrativos têm apontado estratégias pouco efetivas para gerir as inúmeras situações de agravamento de vulnerabilidade e de risco social que se ampliam com a instauração de um estado pandêmico, que por sua vez, aumenta a demanda por proteção social estatal.

Em momentos de crise, a organização social de uma sociedade passa por transformações e essa realidade comumente potencializa os inúmeros desafios que se enfrentam cotidianamente. A crise sanitária ocasionada pela pandemia da Covid-19 escancarou a desigualdade social no Brasil, como também, descortinou o processo de desmonte do sistema de proteção social brasileiro.

De acordo com Boschetti e Behring(2021)

[...]a intensa precarização das relações e condições de trabalho faz emergir um universo de trabalhadores e trabalhadoras (mais de 100 milhões de pessoas ou quase 50% da população) que se viram, da noite para o dia, sem trabalho, sem nenhum tipo de remuneração, sem benefícios assistenciais e sem condições de seguir buscando nas ruas algum tipo de atividade precarizada (as atividades informais) que lhes assegurasse uma forma de rendimento e de sobrevivência (BOSCHETTI E BEHRING,2021, p.76).

Essa realidade descrita pelas autoras, ocasiona uma ampliação do fosso já existente entre a população brasileira. As necessidades básicas vão se avolumando e as provisões sociais, garantidas por lei, por meio de serviços, programas e benefícios sociais que já são insuficientes para garantia da sobrevivência, tornam-se cada vez mais precárias como consequência da crise sanitária que ainda vivenciamos, mas também de uma pandemia social marcada pela informalidade, baixos e instáveis salários e vulnerabilidades extremas. (CARNEIRO,M.L.N.C ;CARVALHO,C.S; OLIVEIRA, T, 2021)

A configuração do tripé da seguridade social que forma o Sistema de Proteção Social: Política de Previdência Social, Saúde e Assistência Social é aguçado a responder com agilidade às demandas urgentes que o cenário apresenta, e em uma conjuntura política já acirrada com a crise institucional, econômica, social já vivenciada pelo país. A partir dos indicadores da vida da população brasileira (IBGE,2020) é possível mensurar a forte correlação entre pobreza monetária e vulnerabilidades sociais que se agravam em decorrência da crise sanitária.

Essa realidade passa a exigir uma presença maior e bem definida do Estado por meio do fortalecimento das políticas públicas para enfrentamento das condições de vulnerabilidades que a população passou

a enfrentar. O significado do termo *res pública* compreende a forma de governo em que o Estado se constitui de modo a atender o interesse geral dos cidadãos e desta feita o Estado brasileiro foi provocado a responder de forma urgente às demandas que surgiam de maneira acelerada, exigindo impactos imediatos como preceituava a crise vivenciada.

Chamamos atenção para este termo *res pública* que significa coisa pública pois, em um Estado democrático, ele é um fundamento para a atuação dos poderes a partir do seu estoque de ativos e principalmente o fluxo de recursos quando inscreve o direito coletivo como princípio regulador das instituições, sobrepondo-se à vontade individual. Em uma situação de extrema gravidade que foi vivenciada no auge do estado pandêmico e que ainda estamos submetidos com a suas consequências, mecanismos institucionais que proporcionam a ampla participação na vida pública, que represente o bem coletivo, espaços legítimos de participação como os conselhos gestores, dentre outros, são imprescindíveis neste momento em que a realidade clama por alternativas concretas de recuperação das formas de sociabilidades, com o intuito de garantir um padrão básico de proteção social.

Assim sendo, em virtude das medidas de contenção da pandemia, espaços institucionais de defesa da coisa pública precisaram se reorganizar, se remodelar para garantir que o princípio republicano prevalecesse e garantisse o atendimento das inúmeras demandas que se apresentavam em um caótico quadro inseguranças sociais.

Desta feita, muitos desafios são identificados para encarar o atual momento de crise pandêmica que ainda vivenciamos: compor estratégias de enfrentamento do fortalecimento das práticas de assistencialização voltada para o pauperismo absoluto, condição que cada vez mais coloca em riscos as conquistas já garantidas pelo status que o Sistema de Proteção Social já alcançou por meio da Constituição Federal de 1988 e suas regulações sociais; promover mecanismos de organização da sociedade, por meio de suas representações que se contraponha ao progressivo enfraquecimento do poder coletivo, exacerbando a primazia do individual, propiciando uma debilidade no processo de qualificação do nosso Estado democrático de direito, que ainda se encontra em estado de consolidação.

Assim sendo, na atual realidade de crise sanitária, o Sistema de Proteção Social Brasileiro tem enfrentado uma diversidade de situações que aprofundam as contradições já presentes na vida de uma grande parcela da população brasileira. Os desafios que estão postos exigem ações que recuperem: o lugar do indivíduo enquanto cidadão; uma

reestruturação do Sistema de Proteção Social com ações continuadas capazes de enfrentar a desigualdade social e de renda; uma reconstrução do pacto federativo entre os poderes propiciando uma sinergia que auxiliem as instâncias subnacionais na recomposição de seus ativos e consequentemente que produzam resultados eficientes na construção de estratégias políticas que fomente e fortaleça o princípio da dignidade como norteador das ações públicas.

A urgência é encontrarmos alternativas propositivas, viáveis e sustentáveis que talvez expresse um dos nossos maiores desafios para o momento, e isso precisa estar na agenda pública sendo consubstanciado por debates e pesquisas, principalmente neste momento em que o Estado tem sido fundamental para garantir a sobrevivência de milhões de brasileiros.

CONCLUSÕES

Refletir sobre o Sistema de Proteção Social Brasileiro é se deparar com algumas características de seletividade nos gastos sociais, fragmentação no plano institucional e financeiro e heterogeneidade na forma de cobertura. Com ações implementadas a partir dessas características, o nível de provisão de direitos torna-se desconectado da realidade vivenciada pela grande maioria dos brasileiros.

Em um contexto pandêmico que estamos vivenciando, em que as desigualdades se evidenciam, são exigidas mudanças nos padrões de proteção social por ora estabelecidos. O grande desafio que se impõe, que se busca analisar é para qual direção devemos nos posicionar: de um lado, o reconhecimento de direitos sociais e a necessidade de ampliação do papel do Estado na sua concretização, reconhecendo as lutas coletivas travadas para o alcance desse reconhecimento; de outro, a regressão do papel do Estado no atendimento a necessidades humanas básicas em um processo já iniciado por diversas proposições como exemplo a Emenda Constitucional 95, que impõe o teto dos gastos públicos e que tem se consolidando nos últimos anos com a aprovação das reformas trabalhista e previdenciária.

São inegáveis os avanços conquistados historicamente com a participação da sociedade, contudo, essas conquistas estão sendo atacadas. Em um estado de extrema necessidade de respostas públicas, como está sendo o momento que vivenciamos em decorrência da pandemia da Covid-19, a construção de uma sinergia entre economia e seguridade social sem dúvida traria um efeito positivo nas medidas de proteção social,

mesmo em uma onda de utopias, pois o que vislumbramos, infelizmente é um processo acelerado de assistencialização ou assistencialismo que se desvirtua de real condição de construção de cidadania.

Uma premissa é certa, o direcionamento para o enfrentamento dos inúmeros desafios que está posto passa pela organização e participação da sociedade nos seus mais diversos espaços públicos. O percurso a ser traçado está circunscrito na construção de agenda pública voltada para a apropriação do fundo público pelas políticas públicas, na luta contra o rebaixamento do papel do Estado, regatando-o como um ator mediador civilizador, que possibilita a elaboração de políticas públicas como estratégias de intervenção e regulação desse Estado no que diz respeito às expressões da questão social.

A proteção garantida pelo Estado aos cidadãos brasileiros, são conquistas através de lutas sociais por parte da população. Assim, se faz urgente o processo de reflexão dos impactos que essa realidade pandêmica trará para essas conquistas advindas com a Constituição de 1988. Como também, apontar caminhos para uma (re) organização ágil da racionalidade institucional, para que o Sistema de Proteção Social Brasileiro tenha estrutura substancial para responder as demandas de uma sociedade que enfrenta uma débil intervenção do Estado na garantia de direitos sociais.

Como ainda não se sabe o exato tamanho dos prejuízos, consequências proporcionadas pela pandemia da Covid-19, no médio e longo prazo é possível vislumbrar uma expressiva ameaça ao Sistema de Proteção Social Brasileiro, pois é muito perigoso sustentar a conquista de uma emancipação política pela universalização somente de benéficos monetários, sem construir um acesso à proteção social fundamentado em uma organização institucional racionalizada, articulada às demais políticas públicas que possibilite uma afirmação de direitos significativa, direcionada à consolidação de um Estado Social garantidor de proteção social aos(as) cidadãos(as) brasileiros(as).

REFERÊNCIAS

BARBOSA e SARLET. Desafios da covid-19 à seguridade social brasileira In: **Rev. Direitos Fundamentais & Democracia**. v.27,n.2,p.128-157,mai./ago.2022.

BRAGA, Iracilda Alves. A Política de Assistência Social e o Sistema Único de Assistência Social: Apontamentos para o debate. IN: BRAGA, I

.A(organizadora). **A Assistência Social e o SUAS no Contexto de Desmonte da Seguridade Social**. Teresina: EDUFPI, p.31-36.2021

BRASIL. **Constituição da República Federativa Brasileira de 1988**. Brasília, DF:República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2020 / IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.

BOSCHETTI e BEHRING. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? In: **Revista Serviço Social e Sociedade** n° 140, Jan-Abril, 2021

CARNEIRO, M.L.N.C; CARVALHO, C.S; OLIVEIRA, T. A Dimensão Político Cultural da Política de Assistência Social em Tempos de Covid-19. **2º Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade-CBCS**, UNIFSA. Teresina,2021

DI GIOVANNI, G. Sistemas de Proteção Social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M.A. de (org.). **Reforma do estado e políticas de emprego no Brasil**, Campinas (SP): UNICAMP, IEE, 1998.

ESPING-ANDERSEN, G. As Três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, São Paulo, n.24, p.85-116, set.de 1991.

LAZZARINI, Marilena. O papel dos organismos de defesa dos usuários. In: **Quem Controla as agências reguladoras de serviços públicos? Seminário Internacional: debates e trabalhos apresentados em Brasília**. Brasília, set de 2001.

MIOTO, R, C, T; NOGUEIRA, V, M, R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista Katalysis.**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013.

MOTA, A, E. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A, E. et all (orgs). **Serviço Social e Saúde, formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

PIRES, Roberto Rocha C. Os Efeitos sobre Grupos Sociais e Territórios Vulnerabilizados das Medidas de Enfrentamento à Crise Sanitária da COVID-19. **Nota Técnica 33**. Brasília: Ipea, 2020.

ROCHA, F, R, F. A previdência social no Brasil: uma política em reestruturação. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 15, n. 30, jul./dez. 2015.

TEIXEIRA, SOLANGE M. Sistema de Proteção Social Brasileiro na Contemporaneidade: “novas” relações entre estado e sociedade? In:**Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 1, jan./mar. p. 264-280. 2013.

O DESMONTE DO FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

*Felipe Cardoso Rodrigues Vieira
Iracilda Alves Braga*

INTRODUÇÃO

Desde o dia 11 de março de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de pandemia pelo novo Coronavírus, denominado SARS-CoV-2, a emergência sanitária se instalou globalmente, mudando a vida de milhões de pessoas. Com a pandemia, ficou evidenciada uma crise estrutural maior, escancarando as desigualdades sociais e as consequências trágicas do modelo econômico capitalista em sua versão mais cruel - o capitalismo neoliberal.

As últimas décadas da história brasileira foram marcadas por uma tensa convivência entre os instrumentos legais oriundos da redemocratização brasileira e das lutas sociais que ali foram travadas - a exemplo da Constituição Federal de 1988 e seus capítulos sobre os direitos sociais e a Seguridade Social - e a orientação macroeconômica neoliberal, que hoje ganha contornos dramáticos com o ultraneoliberalismo, numa espécie de ajuste fiscal permanente (Behring, 2019).

A Constituição Federal brasileira de 1988 reorganizou as políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde, compondo o sistema de Seguridade Social brasileiro, o qual inovou o sistema de Proteção Social. Contudo, Boschetti (2009) analisa que a intencionalidade de constituir

um sistema amplo de proteção social não se concretizou plenamente, pois acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos dependentes do trabalho (Previdência) com direitos de caráter universal (Saúde) e direitos seletivos (Assistência). Inclusive, a base constitucional recém-inaugurada de Proteção Social vem sofrendo ataque e desmantelamento pela política neoliberal nos últimos anos.

Nesse contexto, analisar o desmonte do financiamento da Seguridade Social se faz necessário para compreender a situação atual de des(proteção) social, agravada pela pandemia de Covid-19 e para isso, o presente artigo propõe, inicialmente, traçar um panorama da crise estrutural do capitalismo, utilizando os ensinamentos de teóricos como Mandel, Mészáros e Chesnais; em seguida, expor os principais mecanismos da política neoliberal de desmobilização dos recursos das Políticas Sociais para satisfazer o capital; e, por fim, demonstrar como a pandemia de Covid-19 agravou o desmonte do financiamento da Seguridade Social.

O CAPITAL EM CRISE: A BASE ESTRUTURAL DO DESCASO SOCIAL

Partindo da compreensão das transformações mais recentes vivenciadas na esfera do capital e do Estado, poderemos entender as conformações do capitalismo contemporâneo, com seus desdobramentos no papel estatal e as reestruturações das Políticas Sociais em curso pelo mundo e, em especial, no contexto nacional.

Inicialmente, partimos da tese sustentada por Mandel (1982), de que, entre os anos 40 e 70 do século XX, o capitalismo experimentou uma conjuntura de elevadas taxas de crescimento econômico e elevação do padrão de vida dos trabalhadores, sendo denominado por alguns estudiosos como a “idade de ouro do capitalismo”, na qual passou a registrar longos ciclos expansivos e uma superacumulação de capital. Entretanto, segundo Boschetti (2010), para acompanhar esse desenvolvimento foi necessário também um padrão Keynesiano de regulação social e da economia, onde as políticas sociais cumpriam um papel fundamental para manutenção da força de trabalho e, também, para se manter a lógica da acumulação capitalista.

Com o enfraquecimento do padrão de acumulação fordismo/taylorismo, que se constitui em uma nova crise do capital, a partir dos anos 80, foram necessárias novas estratégias para assegurar as taxas de lucro, por meio da reestruturação da economia com a revolução tecnológica e organizacional na produção; corrida tecnológica em busca do diferencial da produtividade do trabalho, como fonte de super lucros; a globalização

da economia e o retorno dos ideais liberais, através do neoliberalismo, no tocante ao papel do Estado na proteção social (Behring, 2003).

Essas mudanças no mundo do trabalho são acompanhadas pela alardeada “globalização”, ou como muitos estudiosos denominam de “mundialização do capital”, ou seja, da “constituição de um regime de acumulação mundial predominantemente financeiro”, o que implica nova configuração do capitalismo mundial (Chesnais, 1996).

Nas palavras de Chesnais (1996):

a mundialização é o resultado de dois movimentos conjuntos estreitamente interligados, mas distintos. O primeiro pode ser caracterizado como a mais longa fase de acumulação ininterrupta do capital que o capitalismo conheceu desde 1914. O segundo diz respeito às políticas de liberalização, de privatização, de desregulamentação e de desmantelamento de conquistas sociais e democráticas (Chesnais, 1996, p. 34).

No que concerne à crise do capital, precisamente, no século XXI, em meados da sua primeira década - 2007/2008 - o capitalismo, envolto nos circuitos do capital financeiro, vivencia a explosão da crise estrutural, a deslocar-se, permanentemente, de setores e de países, sem que se encontre uma saída. Contrariando as falácias neoliberais, o Estado - elemento decisivo na acumulação do capital - é chamado, pelas elites neoliberais e seus mentores, a intervir para salvar instituições financeiras (Carvalho; Araújo, 2020).

Essa atividade subvencionista do Estado, com a disposição do aparelho estatal ao capitalismo, é tanto um ganho de valor para o capital como uma representação expressa da sua crise estrutural, como bem fundamentado por Mandel (1982), ao dispor que:

ao transferir para o Estado a responsabilidade pelos custos indiretos da produção e realização da mais-valia, a classe capitalista como um todo também ganha em termos de valor, se os meios para financiar essa atividade não derivam exclusivamente dos lucros das empresas capitalistas. É uma manifestação da crise estrutural cada vez mais intensa do modo de produção capitalista, pois no apogeu do capitalismo ascendente, o capital procurava limitar a atividade do Estado, mesmo em relação a seu papel de criar as condições gerais da produção capitalista, em vez de ampliá-la. Quanto mais aguda se torna a crise estrutural no período do capitalismo monopolista e particularmente em sua fase tardia, tanto maior a escala em que se desenvolve a atividade subvencionista do Estado (Mandel, 1982, p. 387).

Para Mészáros (2011), a crise do capital que experimentamos hoje é fundamentalmente uma crise estrutural, com quatro aspectos principais que a distingue das crises anteriores:

(1) seu caráter é universal, em lugar de restrito a uma esfera particular; (2) seu alcance é verdadeiramente global (no sentido mais literal e ameaçador do termo), em lugar de limitado a um conjunto particular de países; (3) sua escala de tempo é extensa, contínua, se preferir, permanente, em lugar de limitada e cíclica; (4) em contraste com as erupções e os colapsos mais espetaculares e dramáticos do passado, seu modo de se desdobrar poderia ser chamado de “rastejante” (Mészáros, 2011, p. 795).

É nesta perspectiva de **crise estrutural do capitalismo** que devemos compreender as tendências da atuação Estatal, de conformação neoliberal, na Seguridade Social brasileira (Saúde, Previdência e Assistência Social). As Políticas Sociais possuem uma finalidade não somente social, como se acostuma afirmar, mas também econômica para o sistema capitalista, correspondendo “aos interesses gerais da reprodução ampliada do modo de produção capitalista, ao assegurar a reconstituição física da força de trabalho onde ela estava ameaçada pela superexploração” (Mandel, 1982, p. 338).

O Estado, por meio do seu fundo público, exerce um papel ativo tanto no planejamento econômico quanto no de políticas sociais, contudo, a diminuição da taxa de lucro dos capitalistas acaba por gerar grande disputa em torno do fundo público, com uma diminuição do gasto estatal social para o favorecimento da acumulação capitalista, transformando o Estado em grande “administrador das crises”, em que o objetivo é evitar e adiar a queda brusca das taxas de lucros, como salienta Mandel (1982).

O fundo público envolve a capacidade que o Estado tem de mobilizar recursos, principalmente na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida, para realizar intervenções em políticas públicas, englobando as políticas econômicas e sociais, o que permite alterar ou conservar a realidade socioeconômica do país (Salvador, 2012), ocupando um papel relevante na articulação das Políticas Sociais e na sua relação com a reprodução do capital, sendo uma questão estrutural do capitalismo (Oliveira, 1998).

O fundo público exerce pelos menos quatro funções na economia capitalista:

a) o financiamento do investimento capitalista, por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base

tributária das empresas e de seus sócios; b) a garantia de um conjunto de políticas sociais que asseguram direitos e permitem também a inserção das pessoas no mercado de consumo, independentemente da inserção no mercado de trabalho; c) assegura vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, e nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas; d) assegura no âmbito do orçamento público a transferência na forma de juros e amortização da dívida pública para os detentores do Capital Portador de Juros (CPJ) (Salvador, 2017, p. 428-429).

Tendo em vista essas múltiplas funções e a crise estrutural vivida pela economia capitalista, o fundo público é submetido a um ambiente de disputa pelos recursos públicos, no âmbito do orçamento estatal, ocupando posição relevante no contexto de financeirização do capital e do conjunto de contrarreformas do Estado realizadas sob auspício das políticas neoliberais, sendo essas políticas expostas no próximo tópico.

AJUSTES NEOLIBERAIS E AS CONTRARREFORMAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

Apesar dos avanços sociais no Brasil, devido às lutas e mobilizações, no período da redemocratização brasileira na década de 1980 (pós-ditadura militar), que culminaram, por exemplo, na formatação da Seguridade Social (política de Saúde, Assistência Social e Previdência Social) na Constituição Federal de 1988, vários processos de desmontes de direitos sociais vêm sendo observados neste campo, os quais se baseiam, em especial, no ideal neoliberal de contrarreformas.

A fórmula neoliberal para sair da crise capitalista pode ser resumida em algumas proposições básicas:

1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa natural de desemprego, ou seja, a recomposição do exército industrial de reserva que permita pressões sobre os salários e os direitos, tendo em vista a elevação das taxas de mais-valia e de lucro; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (Behring, 2009, p. 10).

Como bem sintetizado por Netto (2006 *apud* Behring, 2009), as tendências que operam no campo das Políticas Sociais são:

1) a desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência); o combate à pobreza opera-se como uma política específica; 2) a desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, corresponde à responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial; 3) enorme relevo é concedido às organizações não-governamentais e ao chamado terceiro setor; desdobra-se o sistema de proteção social: para aqueles segmentos populacionais que dispõem de alguma renda, há a privatização/mercantilização dos serviços a que podem recorrer; 4) para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade; a política voltada para a pobreza é prioritariamente emergencial, focalizada e, no geral, reduzida à dimensão assistencial (Behring, 2009, p. 22).

Nos anos de políticas neoliberais no Brasil, uma das estratégias do ajuste fiscal, no âmbito das medidas econômicas do Plano Real, foi a criação de mecanismos de desvinculação orçamentária com o objetivo de realocação de recursos do fundo público livremente pelos condutores das políticas econômicas, sobretudo na esfera financeira. A **Desvinculação de Receitas da União (DRU)** constitui um mecanismo importante de transferência de recursos tributários arrecadados em nome das políticas sociais que integram a Seguridade Social para o orçamento fiscal e, por outro lado, tem um efeito perverso sobre o federalismo fiscal, pois as contribuições sociais que financiam essas políticas sociais não são partilhadas com estados e municípios (Salvador, 2010).

A partir do ano 2000 passou a vigorar a DRU com sucessivas prorrogações. A mais recente ocorreu por meio da EC nº 93, de 8 de setembro de 2016, que prorroga a DRU até 31 de dezembro de 2023, amplia de 20% para 30% o percentual das receitas de tributos federais que podem ser usadas livremente e altera quais tributos podem ser desvinculados, incluindo os fundos constitucionais, taxas e compensações financeiras, aumentando o (des)financiamento das Políticas Sociais no país (Salvador, 2017). Como bem ressaltado por Boschetti e Salvador (2006), a DRU cumpre historicamente um papel de uma perversa “alquimia” de transformar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social em recursos fiscais para a composição do superávit primário e, por consequência, os utiliza para pagar juros da dívida.

Tabela 1 – Receitas, Despesas e o Resultado da Seguridade Social

Valores correntes em R\$ bilhões.

	Receitas	Despesas	Resultado da Seguridade Social	
	Total	Total	Anual	Resultado Médio
2005	289,3	217,2	72,1	
2006	312	251	61	
2007	354,5	284,3	70,2	
2008	377,2	308,9	68,3	
2009	393,8	357,5	36,3	
2010	457,5	400,4	57,1	
2011	527,5	448,7	78,8	
2012	609,3	511,1	98,2	21,8
2013	665,6	572,7	92,9	
2014	704,6	630	74,6	
2015	741,4	680,9	60,4	
2016	719	773,7	-54,7	
2017	780,6	837,3	-56,7	
2018	820,9	874,3	-53,4	
2019	828,8	926,9	-98,1	
2020	795,8	954,1	-158,3	

Fonte: Anfip, 2021.

A Tabela 1 apresentada os dados das receitas, das despesas e o resultado da Seguridade Social de 2005 a 2020. Ao analisar os dados, nota-se que os únicos resultados negativos foram os do último quinquênio, sendo todos os anteriores superavitários. Ao longo desses dezesseis anos, foram produzidos superávits anuais médios de R\$ 22 bilhões. À exceção do período relacionado à atual crise, que se inicia em 2015, as receitas do Orçamento da Seguridade Social sempre superaram as despesas, o que explica a insistência do governo em aprovar e renovar periodicamente as Desvinculações de Receitas da União, focadas na desvinculação das contribuições sociais, para se apropriar desse orçamento social.

Com o acirramento da crise do capitalismo e seus efeitos retardatários no Brasil, o governo federal vem adotando, como uma das estratégias para o socorro ao capital, a concessão de generosos incentivos fiscais, tecnicamente conhecidos como gastos tributários, às empresas, sem o controle democrático da sociedade e sem contrapartidas sociais. As **Renúncias Tributárias** comprometem o financiamento da seguridade social, assim como os fundos de participação dos estados e dos municípios, que são formados a partir da arrecadação dos impostos federais, implicando menor volume de transferências para os gastos orçamentários dos entes subnacionais com educação e saúde (Salvador, 2015).

Conforme disposto no artigo 195 da Constituição Federal de 1988, há uma diversidade de fontes de financiamento exclusivas para o custeio dos direitos relativos à Saúde, Previdência Social e Assistência Social e também do seguro-desemprego, dentre elas, as principais são as contribuições sociais: para a Previdência Social, para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), sobre o Lucro Líquido (CSLL) e do PIS/Pasep.

Tabela 2 – Renúncias em Contribuições Sociais e desvinculação de recursos no Orçamento da Seguridade Social

Valores correntes, em R\$ milhões.

	Renúncias em Contribuições Sociais				Desvinculações			Receitas da União
	Previdência Social	COFINS	CSLL	PIS- PASEP	COFINS	CSLL	PIS- PASEP	Receitas Totais
2005	12.789	5.411	2.022	1.317	17.919	5.246	4.417	32.496
2006	12.290	18.431	3.499	3.748	18.150	5.478	4.839	33.826
2007	14.044	22.586	3.905	4.551	20.367	6.729	5.257	38.475
2008	15.558	24.641	4.332	4.916	24.281	8.592	6.327	39.769
2009	17.016	26.359	5.038	5.122	23.639	8.802	6.370	39.311
2010	17.938	31.272	6.137	6.067	28.005	9.151	8.087	45.872
2011	20.438	34.909	6.687	6.817	32.018	11.555	8.420	52.677
2012	30.664	42.951	8.186	8.413	37.401	11.832	9.921	59.906
2013	44.769	54.767	9.046	10.870	40.323	12.704	10.407	64.245
2014	57.956	60.433	9.857	12.010	39.586	12.813	10.509	63.862
2015	65.068	62.387	9.070	12.363	40.412	12.004	10.723	64.223
2016	56.551	61.039	9.668	11.966	61.404	20.443	15.042	98.094

2017	60.549	65.381	9.797	12.778	70.728	22.695	18.768	113.404
2018	61.164	69.279	12.702	13.379	75.440	23.565	19.837	120.107
2019	56.621	73.110	14.000	14.192	71.609	24.606	19.425	116.576
2020	56.891	72.779	14.999	14.135				249
2021	60.276	79.381	16.592	15.412				

Fonte: Anfip, 2021.

A Tabela 2 apresenta os dados das renúncias de receitas em Contribuições Sociais e a desvinculação de recursos no Orçamento da Seguridade Social de 2005 a 2020, que representam medidas tomadas pelo governo brasileiro para socorrer o capital e constituem um verdadeiro desmonte do financiamento da seguridade social.

As renúncias de receitas das principais fontes de financiamento da seguridade social apresentam-se numa progressão bem linear ao longo desses quinze anos, conforme os números da Tabela 2. Além disso, a DRU mostra-se num crescente aumento no mesmo período, tendo, a partir de 2016, o percentual de DRU, sido majorado para 30% e, como mostrado na Tabela 2, a desvinculação de R\$ 64,2 bilhões, em 2015, saltou para R\$ 98,1 bilhões. Com a DRU, todos esses recursos desvinculados pelos quadros orçamentários deixam de constar no Orçamento da Seguridade Social e aparecem no Orçamento Fiscal.

Outra estratégia importante no ajuste fiscal neoliberal brasileiro é a chamada **Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)**, que tem consequências diretas para as políticas sociais e as responsabilidades federativas e também foi responsável pelo enquadramento dos estados e municípios aos objetivos da política fiscal do governo federal. A LRF estabelece limites rígidos para gastos subordinados a determinados percentuais da receita corrente de forma padronizada, sem considerar as realidades locais de estados e municípios de um país heterogêneo como o Brasil. A lei cria muitos constrangimentos para a gestão orçamentária, afetando a oferta e a ampliação de serviços sociais, obrigando os entes subnacionais a priorizar o cumprimento das metas de superávit primário (Garagorry, 2007).

Além disso, bem intitulada por Behring (2018) como a “EC do Fim do Mundo”, a **EC nº 95**, aprovada em 29 de novembro de 2016, institui o **Novo Regime Fiscal (NRF)** com alta carga neoliberal de brutal corte de direitos sociais, que inviabiliza a vinculação dos recursos para as políticas sociais nos moldes desenhados na Constituição Federal de 1988, ao

congelar as chamadas despesas primárias do governo (exceto as despesas financeiras com o pagamento de juros da dívida) por 20 anos, limitando-se a correção pela inflação. Baseado nas teses ideológicas de que “o Estado brasileiro não cabe no PIB” ou “as demandas sociais da democracia não cabem no orçamento”, a EC nº 95 é aprovada, representando muito além de uma medida de ajuste fiscal, um projeto de desconstrução do pacto social de 1988 naquilo que ele tem de melhor: a cidadania social (Brasil Debate; Fundação Friedrich Ebert, 2018).

É neste contexto de avanço do capital sobre o conjunto de direitos sociais, pela asfixia do fundo público, que emerge a crise sanitária pela pandemia de Covid-19, o qual agravou o desmonte do financiamento da Seguridade Social conforme será demonstrado no próximo tópico.

A PANDEMIA DE COVID-19: O AGRAVAMENTO DO QUADRO DE UM “ESTADO SOCIAL” JÁ ADOECIDO

Com o surgimento da pandemia de Covid-19, a situação, em especial, da população mais carente, tornou-se ainda mais caótica. A conjuntura propiciou que o Estado se exonerasse cada vez mais de sua responsabilidade, camuflando os seus reais interesses, enquanto a população luta bravamente para não se contaminar com o novo Coronavírus.

Segundo Fontes (2020), antes da pandemia do novo Coronavírus, o sistema do capital já estava ingressando em uma nova crise capitalista, de novo por superprodução de capitais. Conforme explicita a autora:

Antes de falar da crise sanitária, é preciso lembrar que já estávamos ingressando numa nova crise capitalista, de novo por superprodução de capitais, pois o enorme volume de capitais, sob forma de títulos ou de dinheiro, que precisam se valorizar, já estavam implodindo a vida social. Longe da falaciosa versão de que “vínhamos crescendo e o vírus pode atrapalhar”, apresentada por Trump e por Bolsonaro, a crise já estava em curso, e era anunciada pelos próprios economistas burgueses. Ora, se o capital promove crises quase permanentes, uma verdadeira “crise do capital” ocorre quando as massas irrompem na história e bloqueiam sua capacidade de recompor-se. Revolucionam a existência. Dão um basta a essa forma de economia e a esse modo de ser bárbaro e truculento (Fontes, 2020, n.p).

Sob a perspectiva da **Saúde Pública** brasileira, que já estava em um processo de desfinanciamento, antes mesmo do Coronavírus, o ano de 2020 propiciou uma exceção devido o Regime Extraordinário Fiscal (EC nº 106), aprovado em função da pandemia. Por meio disso, foram

colocados à disposição do governo praticamente recursos ilimitados, em um chamado “orçamento de guerra”. Contudo, mesmo com total liberdade para destinar recursos para a saúde pública combater os efeitos da pandemia, vigorou a política de contenção de recursos, como bem demonstrado pelos números de execução de despesas na área.

Tabela 3 – Execução das despesas do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde

Valores correntes, em R\$ bilhões.

	2016	2017	2018	2019	2020 Normal	2020 Covid	2020 Total
Valores Empenhados	132.149	137.324	135.129	137.398	129.521	44.883	174.404
Valores pagos do exercício	121.588	120.277	105.691	113.062	106.393	42.306	148.699

Fonte: Anfip, 2021.

Pode-se perceber que mesmo diante de Regime Extraordinário Fiscal praticamente ilimitado, os princípios de austeridade fiscal ainda predominaram. Em 2020, foram empenhados do Orçamento Fiscal e da Seguridade, apenas R\$ 129,5 bilhões, bem menos que em todos os valores de 2016 a 2019, conforme demonstrado na Tabela 3. Comparados com a média realizada entre 2016-2019, os valores de 2020 foram 4,4% inferiores. Em seus valores anuais, percebe-se facilmente o congelamento de gastos efetivado a partir de 2017 e ao verificar os dados relativos aos valores pagos do exercício, tem-se uma das dimensões desse congelamento.

Partindo da perspectiva da **Assistência Social** brasileira, em 2020, os dados disponibilizados pelo Ministério da Cidadania, referentes ao orçamento da Secretaria Nacional de Assistência Social, mostram que o valor alocado para os serviços socioassistenciais foi ampliado por uma modalidade de caráter extraordinário. A Medida Provisória nº 953/2020 destinou um crédito extraordinário no valor de R\$ 2,55 bilhões para o financiamento de ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no contexto da pandemia, praticamente dobrando o orçamento federal destinado aos serviços socioassistenciais (Ipea, 2020).

Em que pese o aumento do orçamento em 2020, o aporte operado por meio de transferência de caráter excepcional não assegura a institucionalização do SUAS, que depende de financiamento estável e regular e do compromisso com o fortalecimento e qualificação deste campo da proteção social. Os serviços devem funcionar como estruturas

permanentes, com recursos humanos, gerenciais e financeiros capazes de aportar, de forma continuada e ampliada as ofertas necessárias.

No contexto da crise sanitária, houve a implementação de um programa de **renda básica emergencial (Auxílio Emergencial)**, o qual buscava incentivar o distanciamento social e remediar os altos custos sociais do retraimento econômico provocado pela pandemia. O Congresso Nacional propôs, e aprovou em 2 de abril de 2020 (Lei nº 13.982, de 2020), a criação do Auxílio Emergencial (AE) no valor de R\$ 600. O AE teve papel relevante na sustentação da renda dos domicílios brasileiros no período da pandemia. Contudo, o auxílio não foi suficiente para assegurar patamares satisfatórios de segurança alimentar, na qual a proporção de insegurança alimentar (IA) moderada/ grave nos últimos meses do ano de 2020 foi três vezes superior à proporção média nacional (Anfip, 2021).

Verificou-se ainda que a ausência do sistema integrado de dados previsto no art. 12 da EC nº 103 permitiu o deferimento de parcelas do Auxílio Emergencial a pessoas que não satisfaziam condições de elegibilidade, em montante avaliado em, pelo menos, R\$ 4,87 bilhões em 2020. O Auxílio Emergencial representou, em 2020, uma iniciativa governamental com grande impacto nas finanças públicas e no equilíbrio fiscal. As despesas para custear o benefício, que originalmente foram orçadas em R\$ 98 bilhões, considerando sua prorrogação e a instituição do Auxílio Emergencial Residual, elevaram-se para R\$ 295,37 bilhões, que representa uma ampliação de mais de 200% (Brasil, 2021c).

Um importante componente de assistência social, o **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**, implementado em 1996, mostra-se essencial aos idosos e pessoas com deficiência em situação de miséria. Ao lado do envelhecimento da população, observou-se o crescimento da pobreza no país entre 2015 e 2019, tendência aprofundada em 2020 no contexto da pandemia. Foi, assim, ampliada a vulnerabilidade e a pobreza dos idosos e pessoas com deficiência, especialmente nas famílias de extratos de renda mais baixa. Entretanto, após 2017, a tendência do BPC não foi de crescimento (Brasil, 2021a). Em termos de números, a quantidade média de novos requerimentos de BPC, no período compreendido entre janeiro de 2015 a outubro de 2020, foi de 58.494 pedidos, enquanto a média de análises concluídas para o mesmo período foi de 56.398. Um ponto de destaque é a insuficiência de recursos humanos dedicados às análises de BPC para dar andamento aos processos, déficit este aumentado ainda mais devido à pandemia (Brasil, 2021b).

No que diz respeito à **Previdência Social**, desde o início da década de 1990, o movimento contínuo e cada vez mais agressivo de contrarreforma,

é caracterizado por medidas direcionadas à extinção ou dificuldade de acesso aos benefícios; elevação do tempo e das alíquotas de contribuição; redução dos valores e tempo de usufruto dos benefícios; desfinanciamento; e desmonte da estrutura necessária ao reconhecimento e à manutenção dos direitos. A mais recente contrarreforma, representada pela EC nº 103/2019, acarretou em dificuldades para a classe trabalhadora, no sentido de conseguir acessar os benefícios previdenciários, sendo o principal deles a aposentadoria. Com a contrarreforma, aumentou o tempo mínimo de contribuição e a idade mínima para requisição deste benefício, além do valor auferido que diminuiu significativamente (Silva, 2021).

Com a pandemia do novo Coronavírus, uma das medidas tomadas pelo governo federal foi a edição da MP nº 936, que instituiu o “Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda”, posteriormente convertida na Lei nº 14.020/2020. Através desse Programa, as Empresas puderam reduzir a jornada de trabalho e o salário do trabalhador, além de realizar a suspensão temporária do Contrato de Trabalho (Ribeiro; Fortes; Silva, 2020). Os trabalhadores que tiveram o seu salário reduzido, o recolhimento previdenciário por parte da Empresa foi executado de forma proporcional. Já os trabalhadores que tiveram a suspensão do seu contrato de trabalho, nessa situação, a empresa é desobrigada de realizar a contribuição previdenciária. Logo, a aposentadoria foi diretamente afetada, pois o tempo de contribuição e as contribuições realizadas influenciam no valor do benefício.

A Previdência Social e os seus segurados foram bastante prejudicados durante a pandemia, com a receita caindo em função da queda dos empregos formais, das medidas de postergação do prazo de pagamentos das contribuições e, naturalmente das dificuldades econômicas que levaram muitas empresas a fechar ou se tornarem inadimplentes. Segundo dados obtidos pela Anfip (2021), a queda da arrecadação para a Previdência Social foi de R\$ 5,1 bilhões em 2020 no comparativo com o ano de 2019. Além disso, ao final de 2020, havia 753 mil processos há mais de 45 dias aguardando manifestação do INSS, sendo que ao final de 2019 eram 494 mil. A pandemia de Covid-19 representa um *gran finale* dos desmontes da Seguridade Social brasileira.

CONCLUSÃO

Ao final de três anos de pandemia de Covid-19, o Brasil situa-se como o terceiro maior em número de casos (37 milhões de casos confirmados) e o segundo maior em número de mortes (698 mil óbitos confirmados) pelo novo Coronavírus. Esse panorama é consequência não só da gravidade da doença, mas do contexto de crise estrutural do capitalismo, em especial, das políticas neoliberais aplicadas no Brasil que desmontam e assolam as políticas de Seguridade Social, as quais são justamente as mais demandadas para ações de enfrentamento à pandemia.

A pandemia de Covid-19 agravou a situação da população mais carente e dependente das Políticas Sociais, além de ter escancarado o desmonte vivenciado pela Seguridade Social nos últimos anos. A perspectiva é de compatibilização das Políticas Sociais com o tamanho do orçamento e não o contrário. A MP nº 1.061, de 2021, que criou o Auxílio Brasil e extinguiu o Bolsa Família, demonstra bem isso, ao trazer no parágrafo único do art. 20 a disposição de que “o Poder Executivo federal deverá compatibilizar a quantidade de beneficiários e de benefícios financeiros [...] com as dotações orçamentárias disponíveis”.

Recorre-se à Boschetti (2009) para inferir que a Seguridade Social brasileira, fruto das lutas e conquistas da classe trabalhadora, é espaço de fortes disputas de recurso, constituindo-se em uma arena de conflitos. “A defesa e ampliação dessas conquistas e o posicionamento contrário às reformas neoliberais regressivas são desafios permanentes e condições para consolidação da seguridade social pública e universal” (Boschetti, 2009, p. 338).

Por fim, cumpre frisar que a perspectiva do desmonte do financiamento da Seguridade Social brasileira não deve ser colocada como definitiva e que o estudo tem por potencial ampliar as discussões e a mobilização da classe trabalhadora, mais afetada por essa dinâmica de desfinanciamento, sendo que, entender essa perspectiva é o ponto de partida para a organização das lutas em busca da efetivação de direitos sociais mitigados e a volta de direitos outrora excluídos.

REFERÊNCIAS

ANFIP. **Análise da seguridade social 2020**. Brasília: Anfip, 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. Ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. *In*: **Crise do capital e fundo público**:

implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2019.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Seguridade social no novo regime fiscal: perdas e danos.** Asfoc Fiocruz, 2018. Disponível em: <http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/content/seguridade-social-no-novo-regime-fiscal-perdas-e-danos>. Acesso em: 05 mai. 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política social no contexto da crise capitalista. *In: Serviço social: direitos e competências profissionais.* Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete Salete; SALVADOR, Evilasio. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 87, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. **Capitalismo em crise, política social e direitos. Os custos da crise do capital para a política social.** São Paulo: Cortez, 2010, p. 64-85.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. 2009, p. 323-340. *In: Serviço social: direitos e competências profissionais*, Brasília: CEFSS/ABEPS, 2009.

BRASIL DEBATE; FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT. **Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil.** Orgs.: Dweck, Esther; Oliveira, Ana Luíza Matos de; Rossi, Pedro. v. 1, 1. ed., São Paulo: ago. 2018. Disponível em: <https://pedrorossi.org/wp-content/uploads/2018/08/Impactos-sociais-da-poli%cc%81tica-fiscal.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2022.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Benefício de prestação continuada: medidas adotadas no contexto da pandemia para proteção de idosos e pessoas com deficiência. **Boletim De Olho na Cidadania**, Brasília, n. 5, p. 11, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/sagi/relatorios/DE_OLHO_NA_CIDADANIA_v5_08.04_v021.pdf. Acesso em: 05 mai. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n. 2298/2021**. Relator Min. Marcos Bemquerer. Julgado em 29/09/2021, 2021b. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-248422%22>. Acesso em: 03 jun. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n. 3142/2021**. Relator Min. Bruno Dantas. Julgado em 15/12/2021, 2021c. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-2521633%22>. Acesso em: 03 jun. 2022.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de; ARAÚJO, Maria do Socorro Sousa de Araújo. Coronavirus e bolsonarismo: uma dupla pandemia no Brasil do presente. In: ARAÚJO, M.S S. de. *et al.* **Crise humanitária, bolsonarismo e (des)proteção social no brasil do presente: particularidades da Política Nacional de Assistência Social**. In: III SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., Teresina, 2020. Anais [...]. Teresina, out. 2020.

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

FONTES, Virgínia. **Coronavírus e a crise do capital. Entrevista concedida à ADUFES**. 28 abr. de 2020. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/cORONAVIRUS-e-a-cRISE-dO-cAPITAL1>. Acesso em: 05 mai. 2022.

GARAGORRY, Jorge. **Economia e política no processo de financeirização do Brasil (1980-2006)**. 2007. 317 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

IPEA. Nota Técnica nº 80. **O financiamento federal dos serviços socioassistenciais no contexto da covid-19**. jun. 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10106/1/NT_80_Disoc_O%20financiamento%20federal%20dos%20servi%C3%A7os%20socioassistenciais.pdf. Acesso em: 03 jun. 2022.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. Trad. Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa, 1. ed. rev., São Paulo: Boitempo, 2011.

OLIVEIRA, Francisco. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

RIBEIRO, Lucas Moraes de Viégas; FORTES, Ramiro Borges; SILVA, Marcelo Gomes da. **Conversão da MP 936/20 na lei 14.020/20 e a prorrogação dos prazos implementada pelo decreto 10.422/20**. Migalhas, 16 jul. 2020. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/330714/a-conversao-da-mp-936-20-na-lei-14-020-20-e-a-prorrogaao-dos-prazos-implementada-pelo-decreto-10-422-20>. Acesso em: 05 mai. 2022.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e financiamento das políticas sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista** (on-line), v. 14, p. 4-22, 2012.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, Evilasio. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017.

SALVADOR, Evilasio. **Os impactos das renúncias tributárias no financiamento das políticas sociais no Brasil**. Brasília: Inesc, 2015.

SILVA, Maria Lopes da. A previdência social no Brasil sob a mira e ingerências do capital financeiro nos últimos 30 anos e a tendência atual de capitalização. In: SILVA, Maria Lopes da. **A contrarreforma da previdência social no Brasil**. Campinas: Papel Social, 2021, p. 23-63.

O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO EM TEMPOS DE PANDEMIA: um olhar sobre a Política de Assistência Social

*Dannylo Cavalcante Alves
Iracilda Alves Braga
Lucélia de Oliveira Silva
Teresa Cristina Moura Costa*

INTRODUÇÃO

No Brasil, com a Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume a responsabilidade de estruturar o Sistema de Proteção Social compreendendo a Seguridade Social como um conjunto integrado de Políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social. A Assistência Social historicamente marcada por práticas caritativas, assistencialistas e pontuais desenvolvidas na perspectiva do favor, é elevada ao patamar de política pública, direito de cidadania, com oferta de suas ações organizadas por meio de um sistema descentralizado e participativo nos anos 2.000, configurado no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A pandemia irá exponenciar as desproteções sociais e neste contexto é declarado a essencialidade do SUAS, que já debilitado em sua capacidade de atendimento e organização tem o desafio de atender a crescente demanda de usuários/as que a ele recorre em busca de proteção e da garantia de sobrevivência, responsabilidade para uma política que tem um orçamento diminuto e esgarçado, sobretudo no que diz respeito à área de serviços.

A pesquisa foi realizada a partir de levantamento bibliográfico intencional e sistemático das categorias sistema de proteção social, Assistência Social e pandemia. À luz do materialismo histórico dialético procurou-se tecer reflexões acerca da pandemia no Sistema de Proteção Social no Brasil, particularmente na Política de Assistência Social.

O artigo está organizado em duas partes: a primeira aborda a emergência, desenvolvimento e crise dos Sistemas de Proteção Social no mundo, na América Latina e no Brasil enquanto a segunda trata das tensões em torno da efetivação do papel protetivo da Política de Assistência no Brasil no contexto da pandemia da Covid 19.

O estudo foi realizado a partir de pesquisa bibliográfica que teve o marco teórico assentado nos autores BRAZ (2017), BEHRING e BOSCHETTI (2010, 2021), SALVADOR (2010), DI GIOVANNI (1998), Vieira e Teixeira (2021), Jales (2021) Viana (2021), Couto, Yazbek e Raichelis (2014), Sposati (2020), Silva (2017). Além disso, utilizou a pesquisa documental na análise das legislações acerca da Política de Assistência Social.

Espera-se que o presente texto, possa contribuir com o debate acerca do desmonte vivenciado pela Política de Assistência Social, suscitando novas reflexões que possam apontar caminhos de resistência ao atual contexto.

OS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NO MUNDO, NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL: Emergência, Desenvolvimento, Crise e Pandemia de Covid-19.

É consenso que todas as sociedades conheceram algum tipo de proteção aos integrantes da sociedade, particularmente aos membros que vivenciaram situações relacionadas às circunstâncias da vida, tais como nascimento, morte, doença, orfandade, entre outras (DI GIOVANNI, 1998). As iniciativas, entretanto, caracterizavam-se por ações pulverizadas, assistemáticas e tendo o apelo moral como determinante para o acesso, permanência ou exclusão dos benefícios, desvinculadas da lógica do direito e, mais associadas à benesse, à caridade e à benemerência.

Nessa direção, entidades filantrópicas ou ligadas à Igreja responsabilizavam-se pelo cuidado de parcelas significativas da sociedade, sobretudo aquelas que não conseguiam assegurar a própria proteção ou tê-la mantida pela família. O acesso estava ligado à incapacidade para o próprio cuidado ou ainda do sustento, traço que perpassa a história

dos sistemas de proteção social e será reatualizado inclusive no trabalho social com famílias no âmbito da Política de Assistência Social.

Na Idade Média eram comuns as corporações de ofício atenderem às famílias dos funcionários de trabalhadores de grupos especializados tais como artesãos, alfaiates, carpinteiros, ferreiros, construtores, entre outros. Com o advento do Capitalismo na Europa, das grandes Revoluções Industrial e Francesa e do Iluminismo, ocorreu a complexificação da vida em sociedade desencadeada pelos processos de industrialização, urbanização e fluxo migratório das zonas rurais para as grandes cidades. Esse processo provocou a fragilização dos laços que uniam a sociedade até então fortemente ligada às entidades da família, da Igreja e ao campo. Em razão disso faziam-se necessários outros mecanismos de proteção sobretudo as famílias dos trabalhadores e dos imigrantes (GIOVANNI, 1998).

Ressalta-se que nessa época os países capitalistas viviam a plena expansão econômica decorrente do acúmulo de capital resultante particularmente da expropriação de riquezas dos países colonizados. Dessa forma, em razão das condições econômicas favoráveis e pela necessidade de proteção para atender às crescentes reivindicações da classe trabalhadora, foram desenvolvidas as experiências dos chamados Welfare State, ¹Estado de Bem Estar ou Estado-Providência. Aponta-se que uma terceira condição para o surgimento se deu em razão da organização da classe trabalhadora que reivindicava melhores condições de vida e de trabalho. Nesse sentido, tais experiências tinham uma dupla função: manter a classe trabalhadora em condições de produzir e apaziguar ou antecipar a resolução dos conflitos que poderiam surgir em razão da situação de vida das famílias (ESPING-ANDERSEN, 1991).

É importante situar que tais experiências se situam historicamente e geograficamente na realidade dada, ou seja, estão localizadas nos chamados países capitalistas centrais e nos chamados “anos gloriosos”, caracterizados por elevadas taxas de crescimento econômico (BEHRING; BOSCHETTI, 2010). Esping-Andersen e Titmuss desenvolveram tipificações ou modelos dos sistemas de proteção social, que embora tenham limites de representação temporal, geográfica ou dos determinantes de classe, raça e gênero, contribuem para a compreensão desses sistemas. O primeiro autor é considerado o que desenvolveu a tipificação menos problemática e atual, inovando através da incorporação da capacidade

1 BOSCHETTI (2016) destaca a polêmica conceitual dos termos e a mistificação do caráter classista do Estado no desenvolvimento de tais experiências.

de mobilização da classe trabalhadora. Esping-Andersen desenvolveu os modelos liberal, conservador e social-democrata. Titmus realizou seu estudo sobretudo fundamentado em critérios de ordem econômica e elaborou os modelos liberal residual, conservador corporativista e social-democrata (GIOVANNI, 1998). Ainda sobre a tipologia de Esping-Andersen, destaca-se que

o regime conservador é marcado pela subsidiariedade do papel do Estado, que atua no sentido de suprir falhas de provisão ocorridas no âmbito das famílias e da comunidade. Por seu turno, no regime liberal, o Estado assume apenas os riscos sociais decorrentes de falhas de mercado, sob a suposição de que o mercado é a principal instituição provedora de bem-estar. Finalmente, no regime social-democrata o Estado provê universalmente serviços de qualidade e transferências principalmente universais (elevado nível de “desmercantilização” do bem-estar). (PASSOS, MACHADO, 2021, p.4)

A crise dos sistemas de proteção social nos países centrais se dá a partir dos anos 1970 com a queda das taxas de lucro decorrentes do “esgotamento” de capital produtivo e hegemonia do capital financeiro ou volátil, atual estágio de desenvolvimento do capitalismo. Com isso passa-se a disputa pelo fundo público entre Capital e Trabalho como forma de remediar as perdas do sistema capitalista. Fundo público entendido como “toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia” (SALVADOR, p.607, 2010). No bojo das disputas, as agências internacionais, como o Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional passam a determinar uma série de medidas que devem ser adotadas, particularmente pelos países pobres ou em desenvolvimento que atingem diretamente os sistemas de proteção social entre os quais os dos países da América Latina, como o Brasil.

Tendo em vista os processos de colonização a que foram submetidos os países fora do eixo da Europa, a formação sócio histórica deu-se de maneira às avessas². Além da instituição do Estado tardia, os sistemas de proteção social iniciam-se em contexto desfavorável em razão da emergência dessas experiências, situando-se no contexto das medidas de crise estrutural do capital (MÉSZÁROS, 2011). Aponta-se também

2 Tendo em vista o processo de colonização/invasão por parte dos países da Europa, a maior parte dos países dependentes retardaram a independência e os respectivos movimentos para constituição do Estado Moderno. Exemplo disso é que enquanto no Brasil vivenciava-se a chegada dos portugueses, seguido da escravização, os países desenvolvidos vivenciavam as fases de acumulação para a emergência dos sistemas de proteção modernos.

como fator negativo as experiências ditatoriais vivenciadas pelos países da América Latina, situadas também como estratégias de disputa pelo fundo público.

Tendo em vista a diversidade de experiências situadas em tempos e espaços diferentes, vincula-se este trabalho a categoria de Estado Social (BEHRING; BOSCHETTI, 2010) para compreender os sistemas de proteção no mundo, particularmente no Brasil. Categoria essa entendida como “regulação estatal das relações econômicas e sociais no capitalismo, que tem nas políticas sociais uma determinação central” (BOSCHETTI, 2016, p. 23).

Embora reconheça-se que desde os anos 1930 há a emergência da questão social na cena pública e o conseqüente desenvolvimento de ações sobretudo na área da previdência social e saúde, caracterizados não como direito universal, mas excludentes, destaca-se o marco da Constituição Federal de 1988 e a inscrição da Seguridade Social como determinantes para a instituição do Sistema de Proteção Social brasileiro.

Ao contrário de outros países, o Brasil conquistou a inscrição do Sistema de Proteção Brasileiro juridicamente com a Constituição Federal de 1988, seguida da regulamentação a partir dos anos 1990 e, portanto, em plena expansão das medidas neoliberais. Isso se deu em razão do acúmulo de forças progressistas organizadas contra o Regime Militar e que se aglutinaram na Constituinte que aprovou, não sem contradições, o texto constitucional. Além do tripé da Seguridade Social, destaca-se a instituição de novas bases entre o Estado e Sociedade através de instrumentos legais de participação social, tais como as conferências, conselhos de direitos e de políticas públicas, entre outros. Todavia esses mecanismos irão se deparar com as próprias características da formação sócio histórica brasileira, marcada pelo clientelismo, populismo e coronelismo.

Dois grandes projetos disputaram a direção na Constituição Federal de 1988: o privatista e o republicano/democrático. Isso se deu em todas as áreas, com destaque para as Políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Decorre disso que as conquistas do texto constitucional refletem a disputa entre os projetos, estando presentes avanços e retrocessos, como exemplo a possibilidade de participação privada na saúde. Além disso, entre os anos 1990 e 2000 aconteceram diversas regulamentações das Políticas Sociais que descaracterizaram o projeto democrático em todos os governos pós constituição, inclusive nos governos populares do Partido dos Trabalhadores (JALES, 2021)

Nessa direção a disputa pelo fundo público tem centralidade no direcionamento que as políticas sociais se desenvolvem, entre os modelos universais e residuais. Da mesma forma, as Contrarreformas³ têm funcionado como estratégia do Capital para direcionar orçamento público para pagamento de juros e amortizações aos setores financeiro e especulativo. As grandes Contrarreformas da Previdência Social nos governos Fernando Henrique Cardoso (1998), Luís Inácio Lula da Silva (2003) e Jair Messias Bolsonaro (2019) cumprem esse papel. No mesmo sentido está a Contrarreforma Trabalhista no governo Michel Temer (2017).⁴

Embora reconheça-se que nos governos populares de Lula e Dilma as Políticas Sociais foram incrementadas, sobretudo no que diz respeito à questão orçamentária, não deixaram de representar o papel do Estado Social no capitalismo contemporâneo, de manter a reprodução da classe trabalhadora, apaziguar conflitos e garantia de lucros para o Capital. Essa realidade é agravada com o Golpe Parlamentar-Midiático-Jurídico (BRAZ, 2017) em 2016 e em 2019 com a eleição de Jair Bolsonaro, expressões do acúmulo de forças das elites econômicas e do fenômeno da Nova Direita no Brasil.

Em 2020 tem início a emergência em saúde pública decorrente da pandemia de Covid-19. Essa amplificou as desigualdades econômicas e sociais, enquanto revelou o caráter de classe do Estado em salvaguardar o capital financeiro, através do socorro aos bancos e organizações financeiras. Reflexo disso é o agravamento da situação de insegurança alimentar, aumento das desigualdades de renda e consequente aumento das riquezas entre os mais ricos.

Ainda assim, destaca-se que mesmo com as contradições do Sistema de Proteção Social brasileiro este foi fundamental na proteção de parcelas significativas da população, ainda que o quadro geral tenha sido de desproteção e genocídio, consideradas a falta de direção de gestão nacional no enfrentamento da crise pandêmica e a quantidade de mortes evitáveis se houvesse compromisso com as medidas preventivas de infecção ao vírus, como a celeridade na aquisição de vacinas.

Na próxima seção será analisada uma das políticas que integram a Seguridade Social brasileira, a Assistência Social, e o seu papel no

3 Behring (2003) destaca o papel das reformas na desestruturação das políticas e dos direitos sociais, funcionando assim como uma reforma às avessas, ou seja, como contrarreformas.

4 Silva (2018) aponta a tendência de contrarreformas na previdência social entre 1998 a 2016.

enfrentamento à pandemia, bem como as contradições que permeiam esse processo.

A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID 19

A Assistência Social no Brasil, historicamente, foi marcada por ações assistencialistas, clientelistas e de apadrinhamento que a caracterizavam como “não política, renegada como secundária e marginal no conjunto das políticas públicas” (COUTO; YAZBECK; RAICHELIS, 2014, p. 56)

Tal contexto é modificado com a Constituição Federal de 1988, no artigo 194 que define a Assistência Social como integrante da Seguridade Social brasileira e atribui-lhe o status de política pública dever do estado e direito do cidadão. No entanto, trinta e três anos depois desse “reconhecimento”, a assistência social ainda carrega as marcas indeléveis de sua trajetória. Embora tenha avançado, os retrocessos e descompassos são constantes, configurando-se em uma “(difícil) passagem do assistencialismo e de sua tradição de não política para o campo da política pública” (YAZBEK, 2021, p.59).

Sua regulamentação ocorreu por meio da Lei Orgânica de Assistência Social, Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993, sendo alterada em 2011 pela Lei nº 12.435. O processo de aprovação da LOAS foi permeado por conflitos e tensões que desvelam a disputa entre dois projetos político-ideológicos, o democratizante participativo⁵ e o neoliberal⁶ que convivem e disputam a supremacia de suas concepções.

A partir de 2004, com a aprovação, pelo Conselho Nacional de Assistência Social, da Política Nacional de Assistência Social e a implantação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, em 2005, essa política adquiriu “consistência de política pública” (MOTA; SITCOVSKY, 2021, p. 40). Deste período até 2015 há uma expansão na Assistência Social, sendo esse período marcado por vultosos investimentos nos programas de transferência de renda, com o Programa Bolsa Família⁷ como a principal proposta governamental.

5 Este projeto lutava pela garantia da assistência social como política pública afiançadora de direitos. Informações adicionais acerca desta discussão pesquisar: JALES, 2020; SILVA, 2017.

6 Projeto que prevê a redução da intervenção estatal, desregulamentação de direitos e que ganhava força no cenário brasileiro. Informações adicionais acerca desta discussão pesquisar: JALES, 2020; SILVA, 2017.

7 Substituído pelo Auxílio Brasil por meio da Lei 14284, de 29 de dezembro de 2021.

Neste período, também, o SUAS ganhará robusto respaldo normativo formal, que será responsável pela “normatização, organização, racionalização e padronização dos serviços prestados à população” (MOTA, SITCOVSKY, 2021, p. 37). As principais normativas desta fase são: Norma Operacional Básica do SUAS (2005, 2012), Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (2006), Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009), a Lei nº 12.435 (2012) entre outras.

Além disso, a criação de unidades de oferta das proteções afiançadas, proteção social básica e especial de média e alta complexidade, ofertadas em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e em Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), respectivamente irão se espalhar em toda a federação. Embora, esses espaços, nem sempre, assegurem as condições de infraestrutura, acessibilidade e quantidade de salas adequadas para funcionamento das atividades a serem ofertadas, constituem-se em um avanço significativo, uma vez que a Política de Assistência Social, até esse período, não possuía espaços públicos para oferta de suas ações.

Dados do Censo SUAS⁸ ratificam o crescimento progressivo das unidades de CRAS e CREAS. Em 2007 havia 4.182 CRAS, com uma ampliação para 8.155 unidades em 2015. Em relação aos CREAS existiam em 2008 (quando o Censo foi aplicado pela primeira vez) 406 centros e em 2015, 2.435. Em 2016, a tendência de expansão da assistência social foi cessada com a ascensão de Michel Temer ao poder como resultado do “golpe parlamentar-midiático-jurídico” (BRAZ, 2017), que destituiu a presidenta Dilma Rousseff, eleita por voto democrático. Esse golpe

deflagrou um novo ciclo de ajuste do Brasil ao capitalismo financeirizado, de caráter ultraneoliberal, fincado em uma política de espoliação de direitos, das riquezas nacionais e do fundo público. Trata-se de uma pesada arquitetura de “Golpes dentro do Golpe”, com uma forte investida contra as políticas públicas garantidoras de direitos sociais e trabalhistas e políticas públicas identitárias, afirmadoras da dialética igualdade/diferenças (CARVALHO, BEZERRA, 2019, p. 5).

Ver [L14284 \(planalto.gov.br\)](http://L14284(planalto.gov.br))

8 É um processo de monitoramento que coleta dados por meio de um formulário eletrônico preenchido pelas Secretarias e Conselhos de Assistência Social dos Estados e Municípios. É realizado anualmente desde 2007, por meio de uma ação integrada entre a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) e foi regulamentado pelo Decreto nº 7.334 de 19 de outubro de 2010. (BRASIL, [Censo SUAS – Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://CensoSUAS-Português(Brasil)(www.gov.br)))

Como resultado do golpe, assiste-se a intensificação do desmonte da Seguridade Social com a retirada de direitos e fragilização das políticas sociais, em especial das políticas que compõem o Sistema de Proteção Social no país. A partir de então, “com a retomada das reformas neoliberais, acontecem instabilidades quanto à garantia dos serviços em decorrência dos escassos investimentos no que se refere aos orçamentos” (VIEIRA; TEIXEIRA, 2021, p. 145). Vivencia-se um “momento de inflexão (DEMIER, 2017), que avança a passos largos rumo à exacerbação do neoliberalismo, com aprofundamento das contrarreformas e privatizações” (BOSCHETTI; BEHRING, 2021, p. 70).

O contexto de retrocessos é exacerbado com a promulgação da PEC nº 95/2016 que congela por vinte anos os investimentos destinados às políticas sociais. Em 2019, o SUAS sofrerá novo golpe em relação ao seu orçamento, com a sanção da Portaria nº 2.362 de 20 de dezembro de 2019 que estabelece procedimentos adotados para equalização do cofinanciamento federal à disponibilidade orçamentária do exercício vigente, restringindo e contingenciando os recursos da Assistência Social, fragilizando, ainda mais, essa oferta pública.

Assim sendo, evidencia-se que o sistema enfrenta, ininterruptamente, o desafio de assegurar proteção a quem dele necessita, com um orçamento cada vez mais reduzido. Desta forma, o Sistema Único de Assistência Social é

[...] marcado por expressiva redução e inconstâncias nas transferências de financiamento federal e estadual que acabam por jogar a responsabilidade no ente federativo municipal, o qual não possui condições orçamentárias para tanto. Com isso, fragiliza a prestação dos serviços e afeta diretamente as/os cidadãs/ãos usuárias/os pela redução de cobertura dos serviços socioassistenciais em âmbito nacional [...]" (SPOSATI, 2020, p. 36-37).

Tais reduções comprometem o futuro do SUAS e configuram o “avanço do Estado neoliberal brasileiro requerendo incessantemente políticas de austeridade fiscal sob o argumento da busca da retomada de um desenvolvimento que rechaça direitos e acessos [...]" (VIEIRA; TEIXEIRA, 2021, p. 145).

A chegada de Jair Messias Bolsonaro à presidência, representando um governo de extrema-direita “[...] com identidades fascistas, que atribuem às políticas sociais de proteção social a ideia da mercadoria, da empresa, da meritocracia [...]" (VIEIRA; TEIXEIRA, 2021, p. 147) irá tornar mais árduo o contexto de desmonte da Política de Assistência Social e ainda mais penoso o atendimento àqueles que dela necessitam.

No modelo de país defendido pelo atual presidente “já se verifica elevado índice de desemprego, reajuste do salário-mínimo bem abaixo da inflação, maior número de famílias em situação de rua e o retorno do Brasil ao mapa da fome” (JALES, 2021, p.133).

É nesse contexto que o Brasil se defronta com o enfrentamento de uma crise sanitária com proporção mundial. A pandemia da COVID 19 teve seu primeiro registro oficial no país em fevereiro de 2020, sendo decretado, por meio de Portaria nº 88 do Ministério da Saúde a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) que regulamentou a adoção de medidas de isolamento social, além de ações de redução e suspensão de serviços, com exceção dos considerados essenciais. Entretanto, a postura adotada pelo governo, foi marcada por um “[...] discurso negacionista e de ódio que tende a priorizar o lucro e não a vida, a manipulação de ideologias por meio de notícias falsas, caminhando para ações de inspirações fascistas e racistas estimuladas pela nova direita no país” (VIEIRA; TEIXEIRA, 2020, p. 62).

Essa postura refletiu, ainda, em morosidade no desenvolvimento de propostas que objetivavam proteger os segmentos mais vulneráveis à COVID. Mesmo com o reconhecimento da Assistência Social como serviço essencial pelo Decreto nº 10.282 de 20 de março de 2020 que regulamenta a Lei Federal nº 13.979/2020 (VIANA, 2020), as ações efetivas para minimizar as fragilidades do Sistema, ocasionadas pelos sucessivos cortes e atrasos nos repasses, não ocorreram com a agilidade que a situação exigia. Para Viana (2020) esse reconhecimento configura-se apenas no aspecto formal do que prático, pois na realidade

se verifica a ausência dos repasses ordinários fundo a fundo desde a competência referente a março de 2020, sendo “substituídos” por recursos extraordinários repassados a título de incremento temporário específicos para enfrentamento à pandemia da Covid-19 nos blocos de financiamento (BRASIL, 2020d) ou mediante Termos de Aceite com restrição nas execuções para alimentos, acolhimento e Equipamentos de Proteção Individual (BRASIL, 2020c) (VIANA, 2020, p. 140).

Tais restrições, constituíram-se em um desafio ainda maior frente à ampliação do público usuário que buscou nos equipamentos do SUAS, o alívio das desproteções sociais agravadas pelo contexto pandêmico. No entanto, deparou-se com unidades sucateadas e/ou fechadas que não ofereciam condições de atendimento ao público e/ou de trabalho aos profissionais. Assim, “O SUAS tem legitimidade essencial, mas acaba por se mostrar incompleto para quem a ele acorre” (SPOSATI, 2020, p. 37)

Vieira e Teixeira (2020), asseveram que a essencialidade do SUAS é utilizada como pano de fundo para a propositura de medidas conservadoras, alicerçadas somente no emergencial, caracterizando-se como “contenções ou minimização das mazelas sociais brasileiras” (p. 70).

A “vulnerável” essencialidade do SUAS esbarra na fragilidade do seu financiamento, que não é capaz de assegurar as necessidades básicas de seus usuários, conforme previsto na LOAS, em especial no momento vivenciado, onde a ausência de condições de subsistência são exponenciadas.

Diante desse quadro, ressurge “à cena o apelo à solidariedade privada e ao voluntariado (...) com a doação de alimentos prontos e, ou cestas básicas, material de higiene pessoal, máscaras, (...), especialmente para a população em situação de rua e aqueles que vivem só” (VIANA, 2020. p. 141), reforçando assim o modelo de proteção social defendido pelo atual governo, de refilantropização da questão social (YASBEK, 2007), caracterizado pelo desenvolvimento de ações ofertadas pela sociedade civil, de cunho assistencialista, focalizada nos mais pobres e sob perspectiva do favor e da solidariedade. Ressalta-se que na pandemia houve reforço de campanhas de arrecadação ou doação de cestas básicas, entre outros itens, por parte da sociedade civil, com apelo moral.

Diante da morosidade do Estado em ofertar proteção social, especialmente aos segmentos mais vulneráveis ao contexto pandêmico, a solidariedade⁹ foi importante para reduzir o sofrimento da população. No entanto, essas ações não devem ser regra na política de Assistência Social. A primazia da oferta é do Estado, e essa prerrogativa deve ser defendida e prevalecer na oferta de programas, projetos, serviços e benefícios na lógica do direito.

Nessa perspectiva, foi proposto o Auxílio Emergencial Financeiro. Trata-se de uma renda emergencial instituída pela Lei nº 13.982 de 02 de abril de 2020 e regulamentado pelo Decreto nº 10.316 de 07 de abril de 2020, previa o aumento da renda de beneficiários do Programa Bolsa Família, e garantir renda a desempregados, subempregados, autônomos e outros segmentos historicamente invisibilizados (VIEIRA, 2020).

A proposta inicial, defendida pelo governo, apresentava o irrisório valor de R\$ 200,00 (duzentos reais). No entanto, após mobilizações políticas de diferentes movimentos da sociedade e do próprio parlamento,

9 Com isso não admite-se que se deve sobrepor a ação do Estado na coordenação e execução das ações, sob pena de retorno a protoformas da proteção social.

foi aprovado o valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais), a ser pago por um período de 03 (três) meses (BRASIL, 2020).

O acesso ao auxílio “foi coordenado e implementado pela intermediação de uma instituição bancária - a Caixa Econômica Federal, mediado pelo uso de plataforma digital, deixando, de certa forma, “inoperantes” os equipamentos sociais do Sistema Único de Assistência e seus profissionais [...]” (PERUZZO, 2021, p. 21).

A necessidade de possuir acesso a meios tecnológicos fez com que o acesso ao auxílio fosse marcado pela exclusão, onde diversas dificuldades foram vivenciadas pelos que o demandaram, perpassando desde “os critérios elegíveis, à transparência das informações [...] e, até mesmo a condição de ter um celular e conseguir realizar os procedimentos de inserção de dados, documentos e foto no aplicativo” (FRENTE NACIONAL EM DEFESA DO SUAS, 2020a, p. 3). Assim,

os elegíveis ao Auxílio Emergencial somavam cerca de 60 milhões de indivíduos, muitos dos quais já identificados no Programa Bolsa Família ou no Cadastro Único (CadÚnico). Dos 60 milhões, no entanto, 7,4 milhões vivem em domicílios que não têm acesso à internet. Além do que é preciso considerar que cerca de 34% da população abaixo da linha da pobreza não têm nenhum tipo de acesso à internet (fixa ou móvel) (PNAD Contínua (base 2019) apud FRENTE NACIONAL EM DEFESA DO SUAS, 2020b, p. 6).

Importante ressaltar, que neste processo de cadastramento para acesso ao auxílio, a não utilização do Cadastro Único, importante banco de dados para a identificação de famílias pobres e extremamente pobres, provocou uma duplicidade de cadastro uma vez que as famílias se cadastraram, também no aplicativo disponibilizado.

Merece destaque, ainda, a falta de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a aprovação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), das medidas de enfrentamento à pandemia, assim como a referente ao auxílio, fragilizando a institucionalidade participativa do SUAS. Essa postura retrata

a opção do governo brasileiro de menor ou nenhum apreço e respeito pela Política Pública de Assistência Social, suas instâncias de pactuação e seu caráter democrático que prima pela participação de gestores, trabalhadores e usuários no processo decisório e na fiscalização das ações (VIANA, 2020, p. 141).

Em 2020, foi instituído também o Auxílio Emergencial Residual, por meio da Medida Provisória nº 1.000 de 02 de setembro, regulamentada

pelo Decreto nº 10.488 de 16 de setembro de 2020. Segundo o artigo 1º da MP, o auxílio emergencial residual deveria ser pago em até quatro parcelas mensais no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) ao trabalhador beneficiário do auxílio emergencial, ficando instituído até 31 de dezembro de 2020, e sendo devido até essa data, independente do número de parcelas pagas. Dessa forma, houve redução do valor entre o Auxílio Emergencial e o Auxílio Emergencial Residual.

Com isso, têm-se a não garantia do recebimento das quatro parcelas, pois a considerar a lentidão das ações do governo quanto ao pagamento do auxílio e o prazo estabelecido pela MP, era necessário que as ações governamentais fossem efetivadas com agilidade para assim assegurar o recebimento das parcelas previstas.

Após esse período, os pagamentos do auxílio foram cessados, embora a pandemia e as dificuldades trazidas pela mesma à classe trabalhadora, persistissem. A Medida Provisória nº 1.039¹⁰ de 18 de março de 2021 institui o auxílio emergencial de 2021 no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta) reais, a ser pagos em quatro parcelas mensais. Esse prazo é posteriormente ampliado pelo Decreto nº 10.740 de 05 de julho de 2021, por um período complementar de 03 (três) meses. Em 09 de agosto de 2021 é instituído o Auxílio Brasil pela Medida Provisória nº 1.061, que é convertida na Lei nº 14.284 de 29 de dezembro de 2021.

Ainda em dezembro, nova Medida Provisória, a de nº 1.076, de 07 de dezembro de 2021, institui o Benefício Extraordinário destinado às famílias beneficiárias do Programa Auxílio Brasil, e corresponde ao valor necessário para alcançar a quantia de R\$ 400,00 (quatrocentos) reais sendo paga em conjunto com a parcela ordinária de dezembro de 2021 do Programa Auxílio Brasil. Essa MP é convertida na Lei nº 14.342 de 18 de maio de 2022 que mantém o valor a ser pago em conjunto a parcela ordinária de referência do Programa Auxílio Brasil, no limite de 1 (um) benefício por família (BRASIL, 2022, art. 2º, IV). Ao contrário da MP, a Lei assegura o caráter continuado do benefício.

Percebe-se, que as normativas referente ao auxílio, seja ele emergencial ou Brasil, passam por diversas modificações, sendo uma característica marcante os descompassos e descontinuidades sofridos no repasse aos beneficiários, reforçando assim, seu caráter não garantidor de uma renda básica de sobrevivência, além da possibilidade de seu uso de forma clientelista e eleitoreiro¹¹.

10 Essa MP teve sua vigência encerrada no dia 15 de julho de 2021.

11 Destaca-se a intenção do governo federal em mudar o nome do Programa Bolsa

É fato que os recursos destinados à Assistência Social tiveram uma ampliação, no entanto estes foram destinados ao pagamento dos auxílios. Portanto, “fica evidente que os recursos do auxílio emergencial drenam recursos do Fundo Nacional de Assistência Social, especialmente dos investimentos nos serviços socioassistenciais” (BOSCHETTI; BEHRING, 2021, p. 80), deixando os serviços socioassistenciais na penúria.

A centralidade de recursos destinados aos Programas de Transferência de Renda, em detrimento ao fortalecimento da gestão do Sistema Único, bem como à ampliação e qualificação da oferta de serviços socioassistenciais, é nocivo ao SUAS e o fragiliza. É direito do usuário ter acesso à segurança de renda, no entanto é fundamental que essa ocorra em integração às demais provisões previstas na Política de Assistência Social bem como articulado às demais políticas sociais e econômicas, sobretudo o Trabalho e a Previdência Social. Ademais, é necessário que seja pensado estratégias que garantam a proteção não somente na pandemia, mas também após a mesma.

CONCLUSÃO

Os Sistemas de Proteção Social situam-se organicamente ao capitalismo e atendem aos interesses do Capital e do Trabalho¹². A formação sócio histórica brasileira é determinante na constituição do modelo brasileiro, que ganha traços e contornos peculiares. A Constituição Federal de 1988 e inscrição da Seguridade Social é um marco do caso brasileiro ao inaugurar novas bases entre o Estado e a Sociedade e representar uma mudança de eixo para a primazia do Estado na direção das Políticas Sociais.

As medidas neoliberais impactaram decisivamente a direção do Estado pós constituição de 1988 sobretudo no que diz respeito à disputa pelo fundo público, através da questão orçamentária, tendência que perpassa todos os governos pós-redemocratização, o que revela o caráter de classe do Estado brasileiro na garantia de interesses do Capital. Ressalta-se que nos governos Lula e Dilma aumentaram os ganhos na forma de direitos para a classe trabalhadora, sem, contudo, assegurar os ganhos imensamente maiores para o setor financeiro. Essa realidade é

Família, tendo em vista a forte vinculação da imagem aos governos do Partido dos Trabalhadores, sobretudo do ex-presidente Luis Inácio Lula da Silva.

12 Destaca-se que o pêndulo da balança sempre tende mais fortemente para o Capital, haja vista a correlação de forças na sociedade capitalista.

agravada com o Golpe em 2016 que levou a assunção do Governo Temer e decisivamente em 2019 com a eleição do governo Bolsonaro.

Nesse mesmo sentido passa-se a vigência da pandemia de Covid-19 que impactou a Seguridade Social uma vez que se tem a necessidade de medidas de proteção da classe trabalhadora via Políticas Sociais e Econômicas. A pandemia exponenciou as desproteções sociais e à Assistência Social coube atender àqueles que mais foram impactados com as mazelas da crise sanitária, entre eles: negros, idosos, pessoas em situação de rua, desempregados entre outros.

Mesmo sendo considerada serviço essencial, o que entre outras estratégias permitiu a criação de créditos especiais para fortalecimento das medidas protetivas, o que se verificou na realidade foi atrasos nesses repasses, o que deixou o sistema ainda mais fragilizado. Ressalta-se que essa fragilidade do SUAS já vinha ocorrendo anteriormente à pandemia, resultado do desmonte que as Políticas Sociais como um todo vêm sendo alvo, mas que se tornou ainda mais evidente diante do aumento do público que passou a buscá-lo no intuito de assegurar condições de subsistência.

Dessa forma, verifica-se que a Política de Assistência Social teve reforçado seu papel no interior do Sistema de Proteção Social brasileiro, na medida em que foi fortalecida a tendência de compensação pelo não acesso ao Trabalho ou à Previdência Social. Tendência essa agravada pelo desfinanciamento do SUAS, o que repercute diretamente no fortalecimento da transferência de responsabilidades do Estado para sociedade civil.

No tocante ao Auxílio Emergencial, este foi necessário devido ao momento vivenciado. Contudo, o mesmo não materializou a proteção social por ser temporário e incerto, emergencial, seletivo, excludente e financeirizado, não operacionalizando de fato essa proteção como direito, no sentido de assegurar uma renda básica para sobrevivência. Tais características estão presentes, também, na formatação do Auxílio Brasil.

Assim, está na ordem do dia a defesa do Sistema Único de Assistência Social, integrada às demais políticas, sobretudo ao Trabalho, bem como a necessidade de fortalecer a dimensão socioeducativa do Trabalho Social na perspectiva de fortalecer as famílias e usuárias/os na dimensão da participação social. Tarefas essas complexas, considerando o avanço do individualismo, do conservadorismo e desmonte dos direitos.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serviço Social & Sociedade**, p. 66-83, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Wbf86mT4vwX6HvnSyRy3kkD/?format=html&lang=pt> Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Decreto n. 10.316, de 07 de abril de 2020. **Diário Oficial da União**: edição 67 – B, seção 1- Extra, Brasília, DF, 7 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.316-de-7-de-abril-de-2020-251562799>. Acesso em: 13 ago 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.342 de 18 de maio de 2022 . Institui o benefício extraordinário destinado às famílias beneficiárias do Programa Auxílio Brasil, de que trata a Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021; e altera a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**. Edição nº 94. Brasília – DF, 19 de maio de 2022. Seção: 1, p. 3. Disponível em: [Página 2 do Diário Oficial da União - Seção 1, número 94, de 19/05/2022 - Imprensa Nacional](#). Acesso em 22 jul. 2022

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 1.000 de 02 de setembro de 2020. Institui o auxílio emergencial residual para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (**covid-19**). **Diário Oficial da União**. Edição nº 170. Brasília – DF, 03 de setembro de 2020. Seção: 1, p. 1-2. Disponível em: [mpv1000 \(planalto.gov.br\)](http://mpv1000.planalto.gov.br). Acesso em 21 jul. 2022.

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan-abr. 2017.

CARVALHO, Alba M^a P. de.; BEZERRA, Leila M^a P. de S. Percepções dos (as) sujeitos (as) da pesquisa sobre a Política de Assistência Social: os olhares de gestores (as), trabalhadores (as), conselheiros (as) e usuários (as). **Anais do 7º Encontro Internacional de Política Social; 14º Encontro Nacional de Política Social Tema: Contrarreformas ou Revolução:**

respostas ao capitalismo em crise. Vitória, 3 a 6 de junho de 2019. Disponível em: [Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social \(ufes.br\)](#). Acesso em: 20 Maio 2022.

COUTO, Berenice R.; YAZBECK, Maria C.; RAICHELIS, Raquel. A Política de Assistência Social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, Berenice et all. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2014. p. 55-88.

GIOVANNI, G. di. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. de (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil** Campinas-SP: UNICAMP, 1998. Disponível em: <https://www.cesit.net.br/wp-content/uploads/2019/06/Reforma-do-estado-pol%c3%adticas-de-emrpego-no-Brasil.pdf>, acessado em: 12/08/2022.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State**. Lua Nova, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991.

FRENTE NACIONAL EM DEFESA DO SUAS E DA SEGURIDADE SOCIAL. **Os Benefícios Eventuais do SUAS em Tempo de Pandemia**. Informe 3. 2020a. Disponível em: <https://maissuas.files.wordpress.com/2020/06/informe-3-beneficios-assistenciais-do-suas.pdf>. Acesso em: 21 jul.. 2022.

FRENTE NACIONAL EM DEFESA DO SUAS E DA SEGURIDADE SOCIAL. **A Vigilância Socioassistencial em Tempos de Calamidade e Emergência: Estratégias para a Proteção Social**. Informe 4. 2020b. Disponível em: https://973a4862-63a0-4396-bfd3-7da9701cad70.filesusr.com/ugd/9f3ff3_1e04b028ad6a4b64a0d934462887368c.pdf. Acesso em: 21 jul. 2022.

JALES, P. R da S. **Projetos político-ideológicos na Política de Assistência Social Brasileira: os sentidos e as direções da participação em disputa**. (Tese doutorado). Pós Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2020.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009. 133 p

MOTA, A. E.; SITCOVSKY, Marcelo. Sobre a centralidade da Política de Assistência Social Brasileira no Sistema de Seguridade Social. In: BRAGA, Iracilda A. **A Assistência Social e o SUAS no Contexto de Desmonte da Seguridade Social Brasileira**. Teresina: EDUFPI, 2021, p. 37-48.

PASSOS, Luana; MACHADO, Danielle Carusi. Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. **R. bras. Est. Pop.**, v.38, 1-24, e0166, 2021. Disponível em [SciELO - Brasil - Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias](#) Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. Acesso em 12 de agosto de 2022.

PERUZZO, Juliane F.. Política de Assistência Social no Brasil: desmontes e tendências. In: BRAGA, Iracilda A. **A Assistência Social e o SUAS no Contexto de Desmonte da Seguridade Social Brasileira**. Teresina: EDUFPI, 2021, p. 13-26 (prefácio)

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Maria Lucia Lopes. **Contrarreforma da Previdência Social sob o comando do capital financeiro**. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, p. 130-154, jan./abr. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/fLK4MYFSknq8TVPBYkmswQf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 de agosto de 2022.

SILVA, Roberto Robson. Os projetos de Assistência Social em disputa e o padrão híbrido de gestão do SUAS. **Temporalis**, Brasília -DF, ano 17, n. 34, p. 225-252, jul./dez. 2017. Disponível em: [Os projetos de assistência social em disputa e o padrão híbrido de gestão do SUAS | Temporalis \(ufes.br\)](#)

SPOSATI, Aldaíza (org.). **SUAS e Proteção Social na pandemia COVID 19- Nota Técnica do NEPSAS**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020. Disponível em: <https://cisama.sc.gov.br/assets/uploads/23b57-nota-tecnica-agosto.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2022.

VIANA, Iraneide C. A. A gestão e o cofinanciamento do SUAS pelo Governo do Estado do Piauí e as implicações no enfrentamento da pandemia da COVID 19. In: BRAGA, Iracilda Alves; FRANÇA, Rosilene

M. S.; COSTA, Teresa C. M. (org.). **Diálogos e vivências com o SUAS em tempos de COVID 19**. Teresina: EDUFPI: Cancioneiro, 2020. p. 137-152.

VIEIRA, Nayara de H.; TEIXEIRA, Solange, M. A Política de Assistência Social no capitalismo contemporâneo; desafios da realidade brasileira. In: BRAGA, Iracilda A. **A Assistência Social e o SUAS no Contexto de Desmonte da Seguridade Social Brasileira**. Teresina: EDUFPI, 2021, p. 139-152.

VIEIRA, Nayara de H.; TEIXEIRA, Solange Maria. A essencialidade do Sistema Único de Assistência Social na Pandemia da COVID 19: Cenário de (des) Proteção Social. In: BRAGA, Iracilda Alves; FRANÇA, Rosilene M. S.; COSTA, Teresa C. M. (org.). **Diálogos e vivências com o SUAS em tempos de COVID 19**. Teresina: EDUFPI: Cancioneiro, 2020. p. 61-76.

YAZBEK, Carmelita. As tendências da Política de Assistência Social no contexto de desmonte da Seguridade Social. In: BRAGA, Iracilda A. **A Assistência Social e o SUAS no Contexto de Desmonte da Seguridade Social Brasileira**. Teresina: EDUFPI, 2021, p. 55-62 (entrevista)

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CRISE DO CAPITAL, EDUCAÇÃO SUPERIOR, ENSINO REMOTO E OS DESAFIOS DA PERMANENCIA: análise do período pós-golpe e pandêmico

*Albany Mendonça Silva
Andréa Alice Rodrigues Silva
Lúcia Maria Aquino de Queiroz*

INTRODUÇÃO

Para compreender a discussão sobre a educação superior e os dilemas da permanência no contexto de crise pandêmica e do ensino remoto, faz-se necessário recuperar as reflexões críticas sobre a crise do capital e as modificações significativas, a partir do processo de democratização do ensino, o qual possibilitou o acesso de segmentos populares no ensino superior. A pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Grupo de Pesquisa Trabalho, Formação Profissional e Serviço Social (UFRB), realizada durante os anos de 2021 a 2022, traz dados referentes a essa questão.

Nesse sentido, vale salientar que é no contexto de transformações capitalistas, com a implementação do neoliberalismo, que são introduzidas alterações significativas no sistema educacional, marcado pelo processo de privatização do ensino, com impactos diretos na sua democratização, reforçando a desigualdade e elitização da educação superior brasileira.

Esse cenário adverso, a partir dos anos 2000, coloca em cena o processo de democratização do ensino, com a expansão das matrículas quer seja pelo financiamento do governo e/ou expansão e interiorização

das universidades, o que tem representado ampliação do acesso das classes populares. Apesar de tais avanços, registra-se que ainda é complexa a permanência destes grupos, haja vista que os índices de retenção e evasão foram intensificados, especialmente no contexto pandêmico.

Assim, pode-se elucidar que o potencial da educação como ferramenta fundamental ao desenvolvimento dos povos, sendo capaz de atenuar desigualdades socioeconômicas, possibilitar a mobilidade social, transformar vidas, comunidades, nações, regiões tem sido ameaçado, especialmente, em decorrência dos cortes orçamentários e dos processos de sucateamento do sistema educacional. Estes têm impactado a educação superior, conduzindo ao distanciamento da educação da sua função questionadora, articulando-a, cada vez mais, à lógica do capital, com impactos expressivos na permanência universitária e, portanto, com implicações e retrocessos, tanto no que se refere aos contextos social e econômico, quanto no tocante aos âmbitos acadêmico e profissional.

Com isso, observa-se que o sistema educacional, nos últimos anos, tem sofrido um processo de recrudescimento, sendo marcado por um conjunto de contrarreformas que impactam na redução do financiamento, no processo de mercantilização e privatização da educação. Estas contrarreformas afetam consideravelmente o funcionamento da universidade, e o processo de acessibilidade e garantia do ensino público, gratuito, presencial e de qualidade.

Considerando a complexidade do cenário de crise educacional que se agrava no contexto pandêmico, torna-se relevante destacar que a problemática da permanência se acentua, aliada a diversos fatores, desde a redução orçamentária às condições de vulnerabilidade a que são acometidas as famílias. É nítido o crescimento das taxas de evasão e retenção dos alunos nesse cenário. O contingenciamento de recursos públicos, marcado com a redução drástica de recursos no âmbito educacional, tem afetado o funcionamento das universidades e consequentemente, a permanência dos alunos.

Cabe salientar que a tal situação se agrava com a adoção do ensino remoto, num cenário de crise sanitária e econômica, marcado pelo contexto da COVID-19 e o ultra neoliberalismo, em que são acirradas as questões de desigualdades e a problemática da permanência. É nesse bojo que o grupo de pesquisa Trabalho, Formação Profissional e Serviço Social (UFRB) desenvolve um estudo sobre a educação superior e a permanência no contexto de crise pandêmica, por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), realizada durante os anos de 2021 e 2022, apresentando dados referente a problemática do ensino remoto e da permanência.

O Ensino Remoto Emergencial se torna uma estratégia essencial diante das medidas restritivas, alterando significativamente os processos de ensino e de permanência no contexto universitário. E conseqüentemente, acirrando também as contradições e as diferenças de acesso, especialmente, com a mudança do perfil dos discentes de graduação, com o aumento da inserção de discentes trabalhadores e das classes populares, os quais demandam a continuidade e ampliação das políticas de ações afirmativas.

Para tanto, busca-se problematizar os dilemas e os desafios do ensino remoto, analisando as contradições que permeiam a permanência universitária, buscando compreender a interferência das condições materiais e simbólicas para integralização dos estudos e conseqüentemente para a afiliação estudantil. Na direção de compreender as estratégias profissionais e coletivas em disputa e apreender as interferências na vivência acadêmica, que nesse novo cenário tem se expressado de forma mais latente e afetado ainda mais os discentes, relacionando o debate da permanência universitária para além dos seus rebatimentos no plano acadêmico, englobando, portanto, o conjunto da sociedade, esse capítulo se propõe a discutir o ensino superior no contexto de crise capitalista e dos desafios do ensino remoto.

CRISE DO CAPITAL, EDUCAÇÃO SUPERIOR E ENSINO REMOTO

Neste primeiro tópico, buscar-se-á evidenciar o processo de discussão do ensino superior, destacando as mudanças vivenciadas no meio universitário brasileiro, a partir dos anos de 1970. E, em adição, retratar o processo de democratização, com a ampliação do acesso universitário para o segmento da classe popular, desconstruindo a tendência da educação elitista, que era composta, na sua quase integralidade, por jovens pertencentes à elite do país.

As transformações capitalistas, pós 1990, alteram significativamente o modo de regulação, com a desregulamentação do Estado e transferência de recursos públicos para iniciativa privada, aumento do processo de precarização do trabalho, nos marcos do projeto neoliberal, os quais impactam diretamente no processo educacional, a partir da lógica de privatização do setor público.

Para Oliveira (2003, p.65), “a política de privatização da educação brasileira vem se dando, sobretudo, a partir da adoção de novas estratégias de gestão e financiamento para os diferentes níveis e etapas de ensino”. E nesse bojo, se acentua a pressão do Banco Mundial, mediante

adoção de uma política de concessão de empréstimo convencionais, os quais passam a exigir uma rigidez das regras e das condições financeiras e políticas para introdução de mudança no sistema educacional. Estes pressupõem as seguintes medidas a serem implementadas:

1 - Educação básica como principal prioridade; 2 - Qualidade da educação como eixo da reforma educativa; 3 - Ênfase nos aspectos relativos ao financiamento e à administração da reforma educativa; 4 - Descentralização e instituições escolares autônomas e responsáveis pelos seus resultados; 5 - Promoção de uma maior participação dos pais e responsáveis pelos seus resultados; 6 - Estímulo ao setor privado e aos organismos não-governamentais (ONGs), como agentes ativos no âmbito educativo, no nível das decisões e implementações das reformas; 7 - Mobilização e adequada distribuição de recursos adicionais para a educação fundamental; 8 - Redefinição do papel tradicional do estado em relação à educação e a maior participação das famílias e das comunidades no financiamento da educação; 9 - Enfoque setorial, centrado na educação formal; 10 - Definição de políticas e prioridades com base em análises econômicas (CANDAU, 2002, p.36).

Nessa direção, o sistema educacional na retórica neoliberal passa a ser regulado pelos parâmetros do mercado. Com isso, observa-se que há um processo de disputa do público e privado, e conseqüentemente a transferência de recursos públicos com o FIES e o PROUNI. Em decorrência, verifica-se uma expansão significativa no número de estudantes no país, sobretudo nas instituições privadas que passam a contar com o incentivo de diretrizes federais, como a instituição do Programa Universidade para Todos (PROUNI) e do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES).

É nesse horizonte que se coloca em questão uma política de privatização do ensino e redução dos investimentos educacionais, com adoção de cortes orçamentários, os quais têm impactado tanto nas despesas de custeio como na garantia do pagamento de bolsas.

A esse respeito, adverte Leher (2019, p 78-79) que a “[..] ausência de políticas de financiamento das universidades, consignados em lei, e a ausência de lei específica sobre a garantia da assistência estudantil debilitam os pilares centrais da recente democratização das universidades federais”. Tais cortes tem ameaçado a continuidade e manutenção das universidades, principalmente, daquelas criadas no contexto do Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni)¹, que

1 O Reuni foi criado enquanto um projeto de expansão da educação superior que integra um Programa do Governo Federal de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras, instituído pelo Decreto Presidencial

assegurou uma expansão do crescimento das vagas nas instituições de ensino superior públicas, com a inserção de grupos minoritários.

Para Coulon (2017, p. 1239) esses estudantes [...] “chegaram à universidade com níveis muito heterogêneos, com origens sociais extremamente diferentes do que se tinha habitualmente”. Nem sempre tinham o nível requisitado e um certo número de hábitos culturais e sociais que pudesse lhes facilitar a entrada no meio universitário, e conseqüentemente, assegurar sua permanência.

Com isso, pode-se inferir que a ampliação do acesso universitário desses segmentos tem sido marcada por processos de estranhamentos e dificuldades de permanência, haja vista que os movimentos de afiliação são fragilizados, considerando a lógica elitista do ensino e a ausência de redes de suportes materiais e simbólicos. E nessa direção, pode-se afirmar que há modificação do perfil dos estudantes universitários, com o crescimento considerável no ensino superior de discentes pretos e pardos.

E nesse bojo observa-se que a política de ação afirmativa constitui estratégia imprescindível para assegurar o acesso à permanência de discentes pardos e pretos no ensino superior, especialmente, após a promulgação da Lei 12.711/12² que assegura a adoção de reserva de vagas nas instituições federais para estudantes de escola pública, estudantes de menor renda, possibilitando assim que haja o aumento significativo

6096 de abril de 2007, que assegura ampliação do ensino. Segundo a Lei 6096 /200, o REUNI tem como objetivo o qual preconiza como metas globais, 1-Elevação gradual da Taxa de Conclusão média dos cursos de Graduação presenciais (TCG) para 90%; 2 - Alcançar a relação de 18 alunos para cada professor a ampliação do acesso e permanência estudantil, melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais. Tendo como diretrizes: I - redução das taxas de evasão, ocupação de vagas ociosas e aumento de vagas de ingresso, especialmente no período noturno; II - ampliação da mobilidade estudantil, com a implantação de regimes curriculares e sistemas de títulos que possibilitem a construção de itinerários formativos, mediante o aproveitamento de créditos e a circulação de estudantes entre instituições, cursos e programas de educação superior; III - revisão da estrutura acadêmica, com reorganização dos cursos de graduação e atualização de metodologias de ensino-aprendizagem, buscando a constante elevação da qualidade; IV - diversificação das modalidades de graduação, preferencialmente não voltadas à profissionalização precoce e especializada; V - ampliação de políticas de inclusão e assistência estudantil; e VI - articulação da graduação com a pós-graduação e da educação superior com a educação básica.

2 A Lei 12.711/ 12, conhecida como lei das cotas, dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências, assegurando haja uma reserva de vagas de no mínimo 50% (cinquenta por cento) de suas vagas para estudantes que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas. Referente às entradas para as instituições federais de educação superior vinculadas ao Ministério da Educação.

do acesso da população socioeconomicamente desfavorecida. Daí a importância de se repensar não só nas formas de assegurar o acesso, mas, também no desafio de construir a permanência desse grupo.

Contraditoriamente, nota-se que há uma série de fatores que interfere na permanência, e que nesse bojo, as políticas de assistência estudantil são insuficientes para assegurar os processos de afiliação e permanência dos discentes de camadas populares. Especialmente, considerando os impasses do contexto de crise pandêmica e de adoção do ensino remoto, os quais têm contribuído significativamente para intensificar a problemática do ensino superior e a permanência dos discentes. Afinal, pode-se inferir que somente o acesso não assegura que o estudante possa ter êxito na sua integralização dos estudos.

Daí a importância de adensar as reflexões sobre os processos de resistência e as contradições elucidadas com o ensino remoto e seus impactos nos processos de permanência estudantil. Nessa direção, pode-se ilustrar que os desafios da ampliação do ingresso e da redução das taxas de retenção e evasão nos cursos presenciais de graduação nas universidades públicas não podem ser dissociados das análises dos cortes orçamentários e dos escassos recursos para a política de assistência estudantil, os quais têm impactado diretamente no processo de assegurar o a permanência dos discentes nas Instituições de Ensino Superior (IES).

Desse modo, pode-se reafirmar que, analisar os dilemas do Ensino Remoto torna-se fundamental para compreender e situar a discussão dos impactos nos processos formativos e na permanência, na direção de confrontar-se com as dificuldades para assegurar a manutenção de estudantes socioeconomicamente desfavorecidos na universidade. Em adição, há que se contemplar na análise o cenário adverso e as dificuldades objetivas e subjetivas atreladas às questões de apoio e materiais e também simbólicas expressas nas dificuldades de obtenção de rede de apoio e de consolidação do sentimento de pertencimento.

DESAFIOS DO ENSINO REMOTO E DA PERMANENCIA NO CONTEXTO PANDÊMICO NO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL DA UFRB

O cenário pandêmico que se instalou no país, a partir de março de 2020, provocou alterações significativas no processo educacional, marcado pela adoção de medidas de restrições e pela utilização do ensino remoto emergencial, o qual foi regulamentado pelo Decreto Legislativo do Ministério de Educação e Cultura (MEC), de 20 de março de 2020, tornando-se uma estratégia para assegurar a continuidade dos estudos,

diante do crescimento dos casos de mortes e das incertezas, que passou a exigir medidas drásticas de isolamento social em todos os países e, conseqüentemente, a suspensão das aulas presenciais.

O Ensino Remoto Emergência (ERE), não pode ser associado ao ensino à distância (EAD), apesar de fazer uso de plataforma e uso de conectivos, haja vista a sua condição de excepcionalidade e sua natureza. Observa-se que, para concretizar o ensino remoto uma diversidade de ferramentas tecnológicas, entre outras, *Microsoft Teams*, *Google Meet*, *Zoom*, *Hangouts*, *Duo*, passaram a ser utilizadas nos ambientes acadêmicos, antes restritos aos ambientes empresariais. É importante situar que o ensino à distância implica um processo metodológico que não se enquadra no ensino remoto.

O ensino remoto se utiliza das ferramentas e dos moldes da educação à distância (EAD), com a utilização de aulas síncronas³ e assíncronas⁴, mas sem se confundir com ele. É importante demarcar que o ensino remoto emergencial é temporário, o EAD é regulamentado com cursos ofertados tanto por instituições de ensino públicas quanto privadas⁵.

Salienta-se que houve um movimento de resistência das entidades organizativas e sindicais em relação às críticas ao trabalho remoto e às metodologias de ensino à distância. A esse respeito, os órgãos representativos brasileiros do Serviço Social tais como, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social (ABEPSS) e do conjunto do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) as unidades de ensino promoveram debates e formularam documentos que sinalizam os princípios e as recomendações éticas para sua implementação.

As exigências da formação em Serviço Social estabelecidas pela ABEPSS asseguram que esta deve ser [...] “calcada na dinâmica da vida social, o que estabelece os parâmetros para a inserção profissional na realidade socioinstitucional”. (ABEPSS, 1996, p.08)

3 Diz respeito às aulas realizadas em tempo real com o uso de plataformas digitais num espaço virtual, a exemplo das videoconferências e ou transmissões ao vivo.

4 Refere-se às aulas que são planejadas e não acontecem em tempo real, a exemplo do videoaulas e webinários.

5 Lima e Santos (2021, p. 144) enfatizam que a partir dos anos 2000 há um processo de democratização do acesso à educação no Brasil, principalmente no âmbito das instituições privadas. As autoras (2021) informam que “dados do Censo da Educação Superior de 2016 mostram que inversamente aos cursos presenciais, que diminuiu 1,2% no período de 2015/2016, as matrículas nos cursos de Graduação à distância tiveram crescimento de 7,2% (INEP, 2017).

Para tanto, propõe-se que a lógica curricular seja construída de forma articulada e que proporcione a interação entre ensino, pesquisa e extensão. Nessa direção, cabe reafirmar a necessidade de que seja estabelecida uma

[...] lógica curricular inovadora, que supere a fragmentação do processo de ensino aprendizagem, e permita uma intensa convivência acadêmica entre professores, alunos e sociedade. Este é, ao mesmo tempo, um desafio político e uma exigência ética: construir um espaço por excelência do pensar crítico, da dúvida, da investigação e da busca de soluções. Esta nova estrutura curricular deve refletir o atual momento histórico e projetar-se para o futuro, abrindo novos caminhos para a construção de conhecimentos, como experiência concreta no decorrer da própria formação profissional. Esta é a grande moldura da configuração geral das diretrizes gerais aqui expressas. (ABEPSS, 1996, p.09)

Destaca-se que as diretrizes curriculares reafirmam a direção do processo de ensino aprendizagem que assegure a construção de um debate teórico-metodológico que permita o repensar crítico do ideário profissional no contexto sócio-histórico.

No conjunto dos princípios está implícito que a formação profissional deve incorporar:

1. Flexibilidade de organização dos currículos plenos, expressa na possibilidade de definição de disciplinas e ou outros componentes curriculares - tais como oficinas, seminários temáticos, atividades complementares - como forma de favorecer a dinamicidade do currículo;
2. Rigoroso trato teórico, histórico e metodológico da realidade social e do Serviço Social, que possibilite a compreensão dos problemas e desafios com os quais o profissional se defronta no universo da produção e reprodução da vida social.
3. Adoção de uma teoria social crítica que possibilite a apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade;
4. Superação da fragmentação de conteúdos na organização curricular, evitando-se a dispersão e a pulverização de disciplinas e outros componentes curriculares;
5. Estabelecimento das dimensões investigativa e interventiva como princípios formativos e condição central da formação profissional, e da relação teoria e realidade;
6. Padrões de desempenho e qualidade idênticos para cursos diurnos e noturnos, com máximo de quatro horas/aulas diárias de atividades nestes últimos
7. Caráter interdisciplinar nas várias dimensões do projeto de formação profissional;
8. Indissociabilidade nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão;
9. Exercício do pluralismo como elemento próprio da natureza da vida acadêmica e profissional, impondo-se o necessário debate sobre as várias tendências teóricas, em luta pela direção social da formação profissional, que compõem a produção das ciências humanas e sociais;
10. Ética como princípio formativo perpassando a formação curricular
11. Indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica e profissional. (ABEPSS,1996, p. 7-8)

Tais princípios reafirmam a necessidade de potencializar a defesa do processo de democratização do ensino, apontando para os desafios da formação profissional presencial, além de reforçar a necessidade de repensar o processo de articulação e integração e o lugar da universidade e sua acessibilidade para a classe popular.

Pode-se inferir que o ensino remoto, contraditoriamente, tem agravado as condições de exclusão e retenção dos discentes no processo formativo. Dentre as dificuldades vivenciadas pelos discentes, destacam-se os processos de digitalização e virtualização do mundo do trabalho, os quais alteram a dinâmica das atividades acadêmicas, provocando a intensificação do trabalho tecnológico e esvaziamento do trabalho de mediação docente. Pontua-se a falta de recursos tecnológicos compatíveis para assistir às aulas e realizar as atividades programadas.

Com isso, pode-se reafirmar que o ensino remoto ao tempo em que possibilitou aos estudantes a retomada dos estudos, num cenário incerto de agravamento dos casos de mortes e contaminações, também desvelou as adversidades para sua realização, especialmente, a necessidade de apreensão das exigências de uso tecnológico, aliado às condições materiais e subjetivas dos discentes para sua permanência, impactando consideravelmente no processo de desempenho acadêmico e na saúde mental.

Ademais, nesse bojo também se destaca o contexto adverso resultante das medidas restritivas de cortes orçamentários no âmbito educacional, o que tem impactado seu funcionamento, conduzindo a que este seja marcado, segundo Leher (2019, p 78-79) pela “[...] ausência de políticas de financiamento das universidades, consignados em lei, e a ausência de lei específica sobre a garantia da assistência estudantil que debilitam os pilares centrais da recente democratização das universidades federais”.

Diante desses impasses, nota-se que há um esforço das unidades de ensino para que se possa minimizar os transtornos do ensino remoto, especialmente, em decorrência da transferência dos custos para financiamento dos equipamentos tecnológicos para os docentes e discentes, os quais passaram a custear as despesas necessárias para assegurar as aulas *on-line* tais como, pagamento de internet, aumento do consumo de energia, compra de equipamentos mais modernos como telefone, computador.

Nessa direção, observa-se que o ensino remoto tem sido útil nesse contexto de contingenciamento de recursos públicos, aos quais têm afetado o processo educacional. O que implica repensar seus dilemas

associados à política de mercantilização da educação. Aliado a isso, cabe pensar, em adição, o acirramento das condições de desigualdade. Por outro lado, também pode-se enunciar os dilemas do Ensino Remoto relacionados a questão do processo de ensino aprendizagem, o qual tem sido marcado pelo empobrecimento dos espaços de reflexão e pela sobrecarga das atividades acadêmicas.

Considerando a complexidade do processo formativo, pode-se inferir que a adoção do ensino emergencial, que acarretou o processo de adaptação do ensino presencial para o ensino remoto, coloca em questão a materialização do projeto de formação profissional e consequentemente pode fragilizar a dimensão do ensino-aprendizagem e a permanência dos discentes.

Para tanto, torna-se imprescindível demarcar as dificuldades relacionadas ao processo de ensino-aprendizagem, as quais são caracterizadas pela falta de uma infraestrutura, pelas dificuldades de concentração, ausência de um ambiente apropriado para o estudo e de equipamentos e, sobretudo, pelas incertezas geradas com o avanço da pandemia do COVID-19.

De acordo com a pesquisa de PIBIC do Grupo de Pesquisa Trabalho, Formação Profissional e Serviço Social (UFRB), realizada durante os anos de 2021 a 2022, pode-se inferir que o rendimento universitário foi afetado, nesse período, impactando no crescimento do fenômeno da retenção e evasão, especialmente, diante das dificuldades de acesso e participação integrada na vida acadêmica. Constata-se, assim, a necessidade de se pensar a vida universitária de forma articulada, fomentando os processos de experiência, aliados aos grupos de pesquisa e às atividades de extensão, os quais permitem a afiliação estudantil do indivíduo, em contrapartida, para grupos específicos, essa realidade é distante, em virtude das condições objetivas e subjetivas para a permanência.

É nesse bojo que o ensino remoto tem se tornado um desafio no processo de integralização dos estudos dos discentes, e consequentemente tem sido associado às condições materiais e simbólicas relativas à permanência. Haja vista que além das dificuldades materiais, estes enfrentam as dificuldades emocionais diante do quadro de incertezas e processo intenso de precarização das condições de sociabilidade.

Nesse bojo, destacam-se as dificuldades dos discentes relativas ao acesso aos equipamentos conectivos para assistirem as aulas, haja vista que a grande maioria utiliza os celulares e não possui uma internet boa, aliado a falta de ambiência e a ausência de condições adequadas para a realização do estudo, e consequentemente, assegurar sua permanência.

Para tanto, torna-se importante elucidar que

a tecnologia, portanto, é útil, mas ela é complementar. Ela não pode subordinar nem a nós e nem aos nossos discentes a uma condição de aviltamento e exclusão. É emergencial, transitória. Atuar e, de algum modo, fazer adaptações profissionais ao contexto emergencial, com criticidade e construção coletiva de resistência, vai nos dar força para garantir o presencial nos termos que defendemos. (ABEPSS,2021, p.21).

Com isso, pode-se conceber os dilemas e os limites do ensino remoto. Para os discentes, o mesmo tem sido bastante complicado, pois estes não conseguem acompanhar a dinâmica das atividades, haja vista os problemas com internet e acesso tecnológico. Além dos problemas de concentração e foco nos estudos, o que tem culminado na baixa do rendimento no processo de ensino aprendizagem. Outro aspecto destacado na visão dos discentes tem sido conciliar as atividades domésticas, aliada à falta de espaços apropriados para os estudos. Tais questões afetam o processo de permanência dos discentes.

Sobre a permanência, destaca-se o desafio de integralização dos estudos dos discentes, sendo associado às circunstâncias em que estes permanecem, isto é, os discentes enfrentam tanto as dificuldades relacionadas às condições materiais e/ou dificuldades de reconhecimento e pertencimento à comunidade acadêmica. Assim, pensar a permanência dos discentes no âmbito universitário significa ir além de considerar apenas seu tempo cronológico no curso, mas, pensar nas implicações políticas e sociais que marcam sua existência nesse curso, e, conseqüentemente, considerar as transformações e as estratégias de resistência que passam ao longo dessa trajetória para integralização do curso (SANTOS, 2002).

Segundo Santos (2019, p. 68) a permanência deve ser compreendida como:

[...] o ato de durar no tempo, mas sob um outro modo de existência. A permanência traz, portanto, uma concepção de tempo que é cronológica (horas, dias, semestres, anos) e outra que é a de um espaço simbólico que permite o diálogo, a troca de experiência e a transformação de todos e de cada um.

Cabe registrar que a problemática da permanência tem se intensificado no contexto pandêmico. Tais questões são fundamentais para identificar os novos desafios enfrentados pelos discentes nessa dinâmica de ensino remoto. É imprescindível perceber os processos de estranhamento e afiliação dos discentes à vida universitária, principalmente, quando observamos que são diferenciados os caminhos

encontrados pelos estudantes para lidarem com as condições adversas que são atravessadas pela inserção de classe, gênero e raça e que marcam as múltiplas dimensões da vida universitária.

Dentre os principais desafios do ensino remoto, sinaliza-se a questão da aprendizagem e cumprimento das atividades, que tem se tornado um dos desafios no processo de integralização dos estudos dos discentes, e conseqüentemente tem sido associado às condições materiais e simbólicas relativas à permanência. Além de ser atribuído ao uso excessivo dos processos conectivos. Haja vista que além das dificuldades materiais, estes enfrentam as dificuldades emocionais diante do quadro de incertezas e processo intenso de precarização das condições de sociabilidade.

Nessa direção, observa-se as dificuldades de acesso às políticas de assistência estudantil diante dos cortes orçamentários. O que tem interferido diretamente na permanência dos discentes, dado que estes se defrontam com a dura realidade de ter que adiar seus estudos diante da falta de bolsas de permanência e da necessidade de buscar trabalho para custear as suas despesas.

Pode-se colocar que as redes de apoio constituídas pelos discentes foram importantes para que se fossem enfrentadas as questões de desânimo e evasão. A esse respeito, uma das discentes destaca que “o contato e o apoio de alguns colegas tem ajudado muito. O interesse pelo curso, pelo aprendizado e a vontade de concluir cada semestre tem motivado nesse período tão doloroso. Mas é tudo muito cansativo e exige muito de cada um de nós”.

Diante do acirramento das desigualdades sociais e das condições diferenciadas de isolamento que são dadas, há que se preocupar com estas questões no âmbito universitário, que tem incidido no processo de permanência dos discentes e conseqüentemente na sua formação acadêmica. Além de afetar a saúde mental dos discentes, é gritante o número de alunos que se manifestaram deprimidos nesse contexto.

CONCLUSÃO

Convém frisar que as reflexões elucidadas pelo estudo e a pesquisa possibilitaram afirmar que a educação remota constitui uma estratégia importante. Entretanto, esta também apresenta problemas na questão pedagógica, deixando lacunas no processo de conhecimento. Corre-se o risco da sobrecarga das atividades acadêmicas e simplificação do processo de troca do conhecimento.

Nessa direção, reafirma-se que “problematizar criticamente o Ensino Remoto Emergencial, reconhecer seu significado, suas implicações para o projeto de formação profissional, é parte do caminho que estamos trilhando. E enfrentar os obstáculos é necessário, o que não significa aceitá-los” (ABEPSS,2021, 21).

Nessa lógica, observa-se que o ensino remoto criticamente tem reafirmando as condições adversas precárias e as desigualdades de acesso dos estudantes, evidenciando assim as dificuldades materiais e simbólicas que têm impactado na permanência universitária. Ademais, registram-se os desafios postos com a diminuição orçamentária que impacta na redução drástica e na distribuição de bolsas para assegurar a permanência dos discentes. E a necessidade de lutar em prol da expansão e afirmação das políticas de assistência estudantil.

Contraditoriamente, o ensino remoto tem sido considerado para alguns discentes, uma estratégia importante de manter-se ativo, haja vista que a pandemia modificou a rotina e o isolamento causou muita ansiedade. Para estes a retomada dos estudos possibilitou, além do contato com os colegas, a criação de uma rotina de estudo, o que ajudou a lidar com as inseguranças e os medos advindos do contexto pandêmico. Percebe-se ainda a tendência de sobrecarga das atividades e o processo de adoecimento com o ensino remoto.

Com isso, pode-se afirmar que não basta apenas ter uma internet de qualidade; é preciso também ter um local adequado para concentração dos estudos, sendo que a maioria dos discentes mora com sua família ou divide casa com amigos em repúblicas, o que dificulta suas condições de estudo. Diante do exposto, tem-se a necessidade de registrar que esse conjunto de determinações do ensino remoto constitui um desafio expressivo para a permanência dos discentes.

É preciso pontuar a importância da educação superior gratuita para a sociedade brasileira, principalmente no contexto atual em que esta se apresenta como um dos caminhos centrais para a ascensão social das classes menos favorecidas socioeconomicamente. E, junto a esta, a importância da análise dos mecanismos de permanência e de redução da evasão. Nesse sentido, o processo do ensino remoto adotado no momento pandêmico requer pesquisas e análises, como a realizada para esse artigo, de forma a que se possam extrair aprendizados e diretrizes educacionais com vistas ao alcance de um ensino superior inclusivo.

REFERÊNCIAS

ABEPSS- A formação em Serviço Social e o Ensino Remoto Emergencial. 2021. Disponível em <<https://www.abepss.org.br/noticias/abepss-produz-documento-sobre-o-ensino-remoto-emergencial-459>>. Acesso em 13/01/2023.

ABEPSS. DIRETRIZES GERAIS PARA O CURSO DE SERVIÇO SOCIAL (Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996.) Disponível em https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em 03/01/2023.

ALBUQUERQUE, Teresa. **Do abandono à permanência num curso de ensino superior**. Sísifo, Revista de ciência da educação, num. 7. Set/dez 08.

BRASIL. Ministério da Educação. **Reuni**. Disponível em: <<http://reuni.mec.gov.br/o-que-e-o-reuni>>. Acesso em: 13/07/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 544 de 16 de junho de 2020**. Diário Oficial da União 17/06/2020; edição: 114; Seção: 1, p. 62. Brasília, DF, 2020.

CANDAU, V. Reformas educacionais hoje na América Latina. In: MOREIRA, A. F. (Org.).

Currículo: políticas e práticas. São Paulo: Papyrus, 2002.

COULON, A. (2008). **A condição de estudante: a entrada na vida universitária**. Salvador: Edufba.

HERINGER, R (2018) **Democratização da educação superior no Brasil : das metas de inclusão ao sucesso acadêmico**. Rev. bras. orientac. prof vol.19 no.1 Florianópolis jan./jun. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902018000100003.

_____. (2010). **Ação afirmativa à brasileira: institucional idade, sucessos e limites da inclusão de estudantes negros no ensino superior no Brasil (2001-2008)**. In: **Entre dados e fatos: Ação afirmativa nas**

universidades públicas brasileiras. Paiva, A. R. (org.). Rio de Janeiro: Editora PUC Rio e Pallas, 2010, pp. 117-144.

_____. (2012). **Dez anos de ação afirmativa: Mapas, balanços, aprendizados.** In: **Ações afirmativas e inclusão: Um balanço.** Cadernos do GEA (n.2, jul./dez. 2012). Rio de Janeiro: FLACSO, GEA; UERJ, LPP, 2012.

_____. (2013a). **Expectativas de acesso ao ensino superior: um estudo de caso na Cidade de Deus, Rio de Janeiro.** 1. ed. Rio de Janeiro: Autor, 2013. v. 1. 48p.

HERINGER, R. & Honorato, G. (2014). **Políticas de permanência e assistência no ensino superior público e o caso da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).** In: Barbosa, M. Ligia O. (Org.). *Ensino superior: Expansão e democratização.* Rio de Janeiro: 7 Letras.

HONORATO, G. (Org.); HERINGER, R. (Org.) (2015). **Acesso e Sucesso no Ensino Superior: Uma Sociologia dos Estudantes.** Rio de Janeiro: 7 Letras, v. 1. 238p.

INEP/MEC (2018). **Censo da Educação Superior 2017.** *Divulgação dos principais resultados.* Brasília: MEC.

IPEA. **INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - 2008.** *PNAD 2007: Primeiras Análises.* Brasília: IPEA, Comunicado da Presidência No. 12.

LEHER, R. **Autoritarismo contra a Universidade: o desafio de popularizar a defesa da educação pública.** 1 ed. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo. Expressão Popular.2018.

NEVES, C. E. B. (2012). **Ensino superior no Brasil: Expansão, diversificação e inclusão.** Congresso da LASA. São Francisco (EUA), 23 a 26 de maio de 2012.

OLIVEIRA, D. A. A privatização da gestão da educação pública na reforma do Estado brasileiro. **Universidade & Sociedade.** Ano XII, nº 28, nov./2003.

SANTOS, Georgina Gonçalves dos, SILVA, Lélia Custódio da. **A evasão na educação superior: entre debate social e objeto de pesquisa.** In: SAMPAIO, SMR., org. Observatório da vida estudantil: primeiros estudos [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 249-262.

SANTOS, Dyane Brito Reis. **Para além das cotas: a permanência de estudos negros no ensino superior como política de ação afirmativa.** 2002. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2002. Disponível em:<<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11778>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

SANTOS, Dyane Brito Reis. SOUZA, Greysy Kelly Araujo de. **OS “NOVOS” UNIVERSITÁRIOS E OS (DES) CAMINHOS PARA A AFILIAÇÃO ESTUDANTIL E A PERMANÊNCIA.** Revista Olhares Sociais / PPGCS / UFRB, Vol. 03. Nº. 02 – 2014/ pág.

SOUZA, Greysy Kelly Araujo de, SANTOS, Dyane Brito Reis. **Os “novos” Universitários e os (des) caminhos para a afiliação Estudantil e a permanência.** Revista Olhares Sociais / PPGCS / UFRB, Vol. 03. Nº. 02 – 2014

VARGAS, H. M. HERINGER, R. R. (2016). **Políticas de Permanência e assistência estudantil nas universidades federais brasileiras: uma análise a partir dos websites.** In: Gerson Tavares do Carmo. (Org.). *Sentidos da permanência na educação: O anúncio de uma construção coletiva.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, v. 1, p. 175-198.

PRODUÇÃO DE SAÚDE HUMANIZADA EM MEIO À COVID-19: DESAFIOS PARA PROMOVER DIGNIDADE HUMANA NO BRASIL

*Scarlet Barros Batista Soares
Lúcia da Silva Vilarinho*

INTRODUÇÃO

Para que se cumpra o princípio da integralidade do cuidado, é necessário que as práticas de saúde favoreçam a inclusão do usuário no processo de produção de saúde, assumindo sua corresponsabilidade. Nesse sentido, é possível reconhecer a humanização dos serviços de saúde como um direito do cidadão e, portanto, como um meio de promoção de dignidade humana (BRASIL, 2001).

Considerando a eclosão da pandemia da COVID-19 no Brasil, seus dados tragicamente alarmantes e a súbita necessidade de repensar os fluxos dos serviços e as estratégias para se produzir saúde, o presente trabalho pretende fazer uma aproximação teórica com os desafios para promover dignidade humana através de produção de saúde humanizada, no contexto da COVID-19. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica cujo ponto de partida foram fontes de dados secundários da literatura de referência sobre o tema e seus subtemas. Ressalta-se que este estudo compreende um recorte de pesquisa desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

Na primeira seção serão discutidos os processos de trabalho com ênfase na produção de saúde humanizada, abordando, então, o direito

à saúde como componente do direito à cidadania e à dignidade. Em seguida, a segunda seção apresenta desafios para a produção de saúde humanizada no Brasil, pontuando a conjuntura pré-pandêmica e as especificidades do contexto da COVID-19. Por fim, a conclusão, na qual se apresentam as considerações finais sobre o que foi discutido nas seções anteriores.

PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE E O DIREITO À DIGNIDADE HUMANA

O trabalho é definido por Karl Marx como um processo no qual o homem age sobre a natureza externa desenvolvendo as potências nela existentes, ao tempo em que também modifica a si mesmo. Considerado como uma condição natural da vida humana e, portanto, comum a todas as suas formas sociais, esse processo gera um resultado previamente idealizado; para tanto, o homem lança mão de meios de trabalho desde o início da operação (MARX, 2011).

Quando se trata de processo de trabalho no campo da saúde, seus meios e seus produtos apresentam especificidades. Os produtos consistem na própria ação de cuidar, ou seja, de produzir saúde sincronicamente ao seu consumo por um indivíduo ou coletividade. Logo, por constituir-se de trabalho em ato, que se consolida na atividade do trabalhador e sob o controle deste, o trabalho em saúde é considerado um “trabalho vivo”. Dessa maneira, difere-se de ferramentas e de outros produtos similares, denominados “trabalho morto”, que resultam de trabalho humano progresso e são utilizados para a concretização de um outro processo laboral (MALTA, 2001; LEITE, 2001; MALTA e MERHY, 2003).

Por sua vez, os meios de trabalho em saúde correspondem aos conhecimentos técnico-científicos e aos instrumentos necessários para a execução das atividades (MALTA, 2001; LEITE, 2001). Segundo Franco e Merhy (2012), a obra “Tecnologia e organização social das práticas de saúde” – de Bruno Gonsalves, no ano de 1996 – foi responsável por lançar luz à dimensão imaterial da produção de cuidados em saúde, referindo-se aos saberes, além de ampliar as definições acerca das tecnologias, até então limitadas a máquinas de produção.

Nesse sentido, os processos de trabalho se concretizam com a aplicação de variadas combinações de tecnologias que podem ser classificadas em: (a) tecnologias duras, compostas por máquinas e instrumentos diversos; (b) tecnologias leve-duras, que consistem em

conhecimentos técnicos e amplos saberes; e (c) tecnologias leves, que se referem às relações (FRANCO e MERHY, 2008).

O processo de aplicação de tecnologias no trabalho em saúde é descrito por Ayres (2006, p.67) da seguinte maneira: “a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais da saúde aplicam esses saberes e instrumentos, e produz-se a saúde.”

Para Malta (2001), os consumidores de serviços de saúde são inaptos à participação das tomadas de decisões acerca do que irão consumir. Essa concepção de que a pessoa debilitada se torna incapaz ocorre, segundo Mori e Rey (2012), quando o modo de agir é direcionado à doença, desconsiderando o todo que compõe o sujeito doente.

Ayres (2006) discorda dessa visão biomédica e esclarece dois aspectos relevantes nesse contexto. O primeiro é que nem tudo que contribui para a produção de saúde pode ser traduzido como conhecimento técnico. O segundo aponta que os trabalhadores de saúde não devem atuar como meros aplicadores das tecnologias duras e leves, tampouco considerar a saúde e a doença apenas como objetos de trabalho.

Pode-se afirmar que esses dois destaques são complementares, uma vez que o trabalhador de saúde que os aplica em suas condutas se dispõe a ouvir e a interagir com seu usuário, valorizando os saberes que este traz consigo. Dessa maneira, o consumidor não é mero receptor, mas contribui na identificação das melhores combinações dentre as tecnologias disponíveis e, conseqüentemente, na melhoria e/ou resolução da sua condição de saúde-doença.

Agreli, Peduzzi e Silva (2016) e Souza (2010) corroboram com esse pensamento ao afirmarem que as atividades de saúde possuem um dinamismo característico das relações interpessoais que se dão no trabalho vivo em saúde e que possibilitam reconhecer o indivíduo cuidado como um ser munido de competência moral e de consciência sobre si; portanto, o usuário é capaz de participar do processo, enquanto o trabalhador de saúde deve ter apurada percepção dos aspectos subjetivos relevantes.

O movimento sanitário brasileiro já possui uma trajetória que busca superar o modelo biomédico hegemônico, de ações fragmentadas, devido ao direcionamento exclusivo às doenças e às suas finalidades curativas e de controle sintomático. Essa busca por uma produção de saúde realizada de maneira dialética tem, dentre outras fundamentações, as variações

dos processos saúde-doença, a depender de contextos socioeconômicos, especialmente importantes em um país de múltiplas sociedades desiguais, como o Brasil (ACIOLE e PEDRO, 2019; SANTOS, MISHIMA E MERY, 2018; PEDUZZI et al. 2011).

Ao afirmarem que “a pessoa constitui o social e é constituída por ele”, Mori e Rey (2012, p. 143), defendem que as ações de saúde não devem fugir da análise de como as pessoas se posicionam e agem em relação aos seus processos de saúde-doença, diante das subjetividades individuais e sociais que se manifestam ao longo de sua vida.

Partindo desse princípio, o investimento em tecnologia leve deve contemplar a compreensão social do adoecimento como obstáculo à condição de bem-estar individual e coletivo, tendo em vista que a humanização aplicada ao cuidado de um sujeito envolve o bem comum da população à qual este pertence, do mesmo modo que a humanização da saúde coletiva não se materializa sem o cuidar de cada indivíduo que compõe o grupo (AYRES, 2006).

Torna-se, então, fundamental a elaboração de propostas terapêuticas que lancem mão das tecnologias disponíveis com o máximo compromisso em atender as necessidades de cada usuário dos serviços de saúde, em sua integralidade e considerando os amplos e desiguais contextos sociais. Esse modelo consiste, como definem Aciole e Pedro (2019), em um desafio ético-político de produzir saúde com vistas à humanização das práticas de saúde como um exercício de cidadania.

Nesse sentido, o movimento “Saúde para todos no ano 2000”, lançado na 30ª Assembleia Mundial da Saúde, considerou inaceitável que políticas econômicas e sociais injustas resultem em desigualdades de saúde entre as nações e no interior destas. Lamentavelmente, grande parcela da população mundial não pode usufruir de tal determinação, uma vez que a realidade não corresponde ao que é aceitável (OLIVEIRA, TELES e CASARA, 2021; SANTOS e CHAUÍ, 2014).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, lançada em 2003, passou a orientar os serviços públicos de saúde a realizarem mudanças na forma de produzir saúde, com base em três princípios básicos: a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção, gestão em saúde; e o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Para Knoll, Santos e Bedin (2020), essa integração de valores, comportamentos e ações deve envolver todos os participantes do processo de cuidado, de maneira que sejam compreendidas as histórias e as singularidades de cada indivíduo e/ou coletividade.

Em contrapartida a esses princípios, quando o trabalho em saúde se efetiva sem a coparticipação do usuário e sem o devido respeito aos seus saberes e bagagens sociais, a prática é desumanizadora. Vale ressaltar que a produção de saúde humanizada, como um bem social, consiste em direito de cidadania, não devendo ser confundida com generosidade e/ou quaisquer outras excepcionalidades (SILVA, CHERNICHARO e FERREIRA, 2011).

Pereira e Barros (2008) reforçam o distanciamento entre o termo humanização nas políticas de saúde e os conceitos de bondade, pois afirmam que o contrário disso, em geral, contribuiu com a objetificação do usuário. Considerando essa corrente conceitual, as reivindicações por serviços de saúde mais éticos, pautados no respeito mútuo entre os atores envolvidos, ganharam força na década de 1990 e foram, a partir de então, desenhando um conceito de assistência humanizada com base na dignidade e no respeito à vida humana, fato que contribuiu para a aproximação das ideias de humanização aos direitos humanos (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

Quanto a esse aspecto, o direito à saúde é previsto desde a Constituição Federal de 1988, que trata, em seu artigo 6º, de um conjunto de direitos sociais acordados internacionalmente após a Segunda Grande Guerra Mundial, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), visando especialmente tornar a dignidade humana inquestionável. Dessa maneira, outros direitos humanos são necessários à garantia do direito à saúde, a exemplo dos que se referem à alimentação suficiente e adequada, à moradia, ao trabalho e à educação (OLIVEIRA et al., 2018).

A dignidade humana representa, então, o elo entre a justiça, os direitos humanos e a saúde. Logo, não é possível promover uma equidade na saúde sem pensar em justiça social bem como na promoção, na proteção e na busca por cumprimento de todos os direitos humanos (OLIVEIRA, TELES E CASARA, 2021; FLEURY, 2020).

Entretanto, no Brasil, raça e gênero são características com importante poder definidor do acesso aos direitos humanos. Diretamente relacionadas, a baixa escolaridade do indivíduo negro – ainda mais evidente na vida da mulher negra – e a sua injusta situação de emprego e renda resultam na privação de todos os demais direitos sociais previstos, incluindo o acesso à saúde bem como à segurança de exigir tais serviços como direitos que são (FLEURY, 2020).

Em “Poema do aviso final”, Torquato Neto declara que a sociedade imporá a sua dignidade, caso seja necessário, conforme verifica-se nos versos a seguir:

É preciso que haja algum respeito
ao menos um esboço
ou a dignidade humana... se firmará
a machadada (ARAÚJO NETO, 2017. p. 44).

Porém, Agreli, Peduzzi e Silva (2016) destacam a inegável relação existente entre o conhecimento e o poder, amplamente discutida por Foucault. As autoras ressaltam o predomínio da insegurança na população brasileira quando se trata de reivindicar o cumprimento dos seus direitos de cidadania. No campo da saúde, o trabalhador que se posiciona como detentor do saber exerce domínio sobre o corpo do indivíduo doente, objetificando-o e distanciando-o da condição de cidadão.

Diante da real necessidade e relevância de concretizar os processos de produção de saúde com vistas à humanização, a seção a seguir aborda os desafios de promover dignidade humana, no contexto da COVID-19, através da produção de saúde humanizada.

PROMOÇÃO DE DIGNIDADE ATRAVÉS DA ATENÇÃO HUMANIZADA À SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19

O Sars-Cov-2 (também denominado novo coronavírus), vírus causador da COVID-19, gera infecção respiratória que pode evoluir para quadros moderados e graves, além de ter a capacidade de rápida disseminação entre as pessoas. No Brasil, a pandemia eclodiu com o primeiro caso confirmado em fevereiro de 2020; em março do mesmo ano, o país já registrara 5.717 casos confirmados e 201 mortes, enquanto o mundo já somava 803 mil casos, com mais de 40 mil mortes (MATOS, 2021; COSTA, RIZZOTTO e LOBATO, 2020).

Silva (2020) aponta que, neste cenário de devastação, faz-se necessário adotar medidas verticalizadas visando minimizar o avanço da transmissão da doença, pois a situação era catastrófica e não havia evidências científicas suficientes para uma tomada de decisão precisa. Apesar disso, conhecimentos científicos prévios permitiram que, desde o início da condição pandêmica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgasse recomendações centradas no distanciamento social, na intensa e rigorosa higienização dos ambientes e na higiene pessoal; em seguida

foi adicionada a recomendação de uso de máscaras faciais por toda a população (MATOS, 2021).

Já em maio de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou a Recomendação nº. 036, sugerindo que as ações de distanciamento social poderiam chegar a um confinamento mais radical ou bloqueio, considerando-se como parâmetro as taxas de ocupação de leitos dos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

Nesse ponto da discussão, é pertinente recordar a associação descrita na seção anterior: a garantia de acesso à saúde está diretamente relacionada ao acesso a outros direitos humanos, e isso não é diferente quando se trata da COVID-19.

Costa, Rizotto e Lobato (2020) caracterizam o Brasil como uma nação que recebeu a pandemia sob grave instabilidade política, com uma liderança de ultradireita e militarizada, tendo apresentado crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), em 2019, de apenas 1,1% e o desemprego atingindo aproximadamente 13 milhões de pessoas.

São milhões de pobres e miseráveis, em sua maioria pessoas negras (considerando a soma de autodeclarações de cores preta e parda), submetidas a condições precarizadas de trabalho e de vida, mergulhadas em ambientes insalubres, sem saneamento básico adequado e sem educação em saúde. Por consequência, é uma população fortemente acometida por doenças crônicas que agora são definidas como fatores de risco para quadros graves de COVID-19 (MATOS, 2021; BRASIL, 2020; FLEURY, 2020).

Diante disso e ratificando a percepção de indissociabilidade entre os processos saúde-doença e as conjunturas sociais, Soares, Peduzzi e Costa (2020) afirmam que em pouco tempo os efeitos da pandemia puderam ser observados de maneira desigual entre os indivíduos e grupos sociais brasileiros, incluindo os trabalhadores de saúde.

Uma grande parcela da população é impossibilitada de cumprir as orientações para controle da transmissão da doença porque não tem casa para realizar isolamento social, vive em região sem saneamento básico – logo, sem as condições de higiene corporal e ambiental recomendadas – e não tem uma fonte de renda que assegure uma alimentação adequada. Esse grupo não tem a opção de desenvolver trabalho remoto, não pode parar suas atividades, quando inserido na informalidade, ou fica sob a tensão das decisões de seu empregador, quando possui emprego formal (MATOS, 2021; BRASIL, 2020; FLEURY, 2020; SEVERO, 2020).

Lima, Pereira e Machado (2020) afirmam que uma resposta oportuna à pandemia deve contemplar medidas abrangentes. Dentre

as estratégias sugeridas, destacam-se: monitoramento detalhado da situação epidemiológica; comunicação clara entre os diferentes grupos sociais; fortalecimento do sistema público de saúde em todos os níveis; ações de apoio à economia e ao emprego; medidas de proteção social, especialmente voltadas às populações em situação de maior vulnerabilidade social e aos grupos mais atingidos pela doença.

As autoras acrescentam a necessidade de ações, em médio e longo prazos, voltadas às condições de infraestrutura (habitação, saneamento), de vida e de saúde das populações em países marcados por desigualdades, como é o caso do Brasil e de outros países latino-americanos.

No campo da saúde, o enfrentamento de situações de crises sanitárias pode induzir à ideia equivocada de que a humanização deve ser ignorada, ainda que momentaneamente. No Brasil, os protocolos de humanização foram diretamente afetados durante as significativas mudanças nas rotinas dos serviços de saúde, sob a justificativa de priorizar a segurança coletiva (AGUIAR et al., 2021).

Entretanto, Grabois (2011) já defendera que, quanto maior a complexidade de um contexto, mais particularmente relevante se torna a gestão efetiva do cuidado, com a devida articulação entre todos os tipos de tecnologias em saúde, desde a escuta qualificada no acolhimento, seguindo protocolos, até um procedimento de maior densidade tecnológica. Nessa direção, o Ministério da Saúde pontua a necessidade de redesenhar os fluxos dos serviços de saúde, de maneira que sejam obedecidas as recomendações de controle de transmissão da COVID-19 sem interromper por longo período a atenção às condições crônicas de saúde e, portanto, assegurando a continuidade desse cuidado. (BRASIL, 2021).

Apesar da evidente relevância do diálogo claro e efetivo entre os pontos de atenção da rede, devido à chegada abrupta da COVID-19, não foi possível realizar planejamento e implementação prévia das transformações nas Redes de Atenção à Saúde (RAS); eles acontecem ao tempo em que a doença vai se apresentando e a ciência avança em seu enfrentamento.

Para Silva et al. (2009), a reorganização e a inovação das práticas e rotinas desenvolvidas nos serviços de saúde só são alcançáveis a partir de muito esforço técnico, afetivo e criativo dos trabalhadores da saúde. Por sua vez, Santos e Giovanella (2016) acrescentam que toda mudança nas formas de produzir saúde também exige o uso de ferramentas que favoreçam as práticas integrais de cuidado em saúde. Desse modo, a humanização das ações de saúde se mantém primordial diante dos

desafios da pandemia, uma vez que visa à reorientação da atenção e da produção de saúde, priorizando o protagonismo dos sujeitos (RODRIGUES e IBANHES, 2019).

Torna-se, portanto, premente promover discussões sobre os modos de se produzir o cuidado, tais como a humanização, e sobre a integração entre todos os pontos da rede, de maneira que se possa assegurar a manutenção de suas atividades e ampliar a efetividade dos serviços de saúde no contexto pandêmico (SILVA et al., 2009; FACCHINI, 2020). Exemplificando os resultados positivos, Belfort, Costa e Monteiro (2021) afirmam que as práticas humanizadas nos serviços de saúde durante a pandemia resultam em eficácia da prestação de serviço aos usuários e fortalece as instituições e os seres humanos envolvidos nos processos de cuidar.

Diante disso e reconhecendo uma maior fragilidade da população, o Ministério da Saúde recomenda que, mesmo em condições adversas, em todos os níveis de atenção à saúde seja garantido o acolhimento aos pacientes, seguido da intervenção mais adequada a cada condição, incluindo a referência e/ou a contrarreferência, quando necessário (BRASIL, 2021). Vale reiterar que essa integralidade dos serviços de saúde consiste em direito dos cidadãos brasileiros, assegurado por lei e claramente associado à dignidade humana, conforme elucidado na seção anterior.

Para o alcance desta integralidade dos serviços de saúde no contexto da atual crise sanitária, as medidas que devem ser adotadas foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que as agrupou da seguinte maneira: medidas de controle de engenharia, medidas de controle administrativo e segurança ocupacional e medidas relacionadas aos equipamentos de proteção individual (EPIs) (BRASIL, 2020).

No que se refere à engenharia, o principal destaque é dado à organização dos espaços, de modo que sejam criadas áreas de isolamento de usuários com sintomatologia suspeita de COVID-19, à instalação de barreiras físicas para atendimento administrativo dos usuários e ao provimento de estrutura para adequada higienização das mãos (BRASIL, 2020).

As estratégias administrativas envolvem, dentre outras, o afastamento dos trabalhadores que compõem os grupos de maiores riscos para COVID-19 e a promoção de atividades voltadas para a educação permanente, treinamentos e atualizações sobre os fatores de risco e sobre os comportamentos de proteção. No que tange aos EPI's, ressalta-se a responsabilidade dos serviços de garantir a todos os trabalhadores

o acesso aos equipamentos recomendados, sempre em quantidade e qualidade, mas sem eximir os trabalhadores do compromisso de usar adequadamente, conforme treinamentos promovidos (BRASIL, 2020).

Quanto aos trabalhadores, vale ressaltar que estes encontram-se igualmente temerosos com a situação pandêmica, com o compromisso de lutar pela vida de indivíduos e coletividades, agora contra um inimigo desconhecido e com uma trajetória alarmante. Knobel (2020) afirma que o estresse está especialmente acentuado na pandemia da COVID-19 e que deve ser considerado não só o sofrimento dos pacientes e familiares, mas também o dos membros da equipe multiprofissional envolvida no combate à doença pandêmica, tendo em vista que é sobre esses que recai toda a responsabilidade pelo resultado do serviço de atenção à saúde.

As estratégias de cuidados e valorização dos trabalhadores de saúde ganharam importante destaque desde o início da pandemia da COVID-19. A OMS declarou que considera fundamental proteger esse grupo para garantir o funcionamento do sistema de saúde e da sociedade. Porém, apesar das fortes recomendações a nível nacional e mundial acerca da proteção dos trabalhadores de saúde durante a pandemia da COVID-19, Machado et al (2022), após análise da situação desse grupo no Brasil, afirmam que o cenário é de esgotamento físico e mental e que caminha para um agravamento neste ano de 2022.

Barros (2020), ao abordar as adaptações que a crise sanitária impõe, direciona o olhar para os cuidados com a saúde dos trabalhadores do SUS, para a educação permanente em saúde e para a Política Nacional de Humanização (PNH). Complementando a ideia de cuidado e valorização dos trabalhadores, a pesquisa de Caneppele et al. (2020) em serviços de urgência e emergência apresenta resultados que reafirmam, agora no contexto da crise sanitária, o valor da tomada de decisão compartilhada, prática que aprecia a integração de saberes dos trabalhadores de saúde para a tomada de decisões.

Por configurar uma diretriz da PNH e por ser, reconhecidamente, necessária ao adequado funcionamento dos serviços de saúde, essa valorização do trabalhador de saúde também contribui de maneira direta na produção de saúde humanizada e, portanto, na promoção de dignidade humana, tanto aos trabalhadores diretamente beneficiados pelas ações e estratégias, como aos usuários dos serviços onde tais profissionais atuam (MACHADO et al., 2022).

Diante do exposto, torna-se evidente que a produção de saúde humanizada, com vistas à inclusão dos usuários bem como à valorização do trabalhador se concretiza como um instrumento de respeito e

promoção de dignidade humana e não deve se deixar intimidar por situações adversas, ainda que estas tragam novos desafios e demandem reorganização dos processos de trabalho em saúde.

Reafirmando a impossibilidade de se pensar em saúde sem considerar o acesso a inúmeros outros direitos sociais, ainda que no atual contexto da COVID-19, Moraes Moreira escreveu:

Eu temo o coronavirus
E zelo por minha vida
Mas tenho medo de tiros
Também de bala perdida [...]
Assombra-me a Pandemia
Que agora domina o mundo
Mas tenho uma garantia
Não sou nenhum vagabundo
Porque todo cidadão
Merece mais atenção
O sentimento é profundo (MOREIRA, 2020).

CONCLUSÃO

O estudo permite apreender percepções sobre os processos de trabalho nos serviços de saúde e o quanto é relevante que a produção de saúde seja efetivada de maneira humanizada, contemplando as especificidades e a totalidade dos sujeitos e/ou comunidades. É dado merecido destaque à legislação do direito ao acesso à saúde integral, através da Constituição Federal de 1988 e, de igual relevância, a determinação da dignidade como bem inquestionável, como diz a Declaração Universal dos Direitos Humanos

Trata-se, portanto, da produção de saúde humanizada como instrumento de combate ao pleno exercício de poder do profissional de saúde sobre os usuários dos serviços. Para tanto, deve-se munir os indivíduos com informações e, junto a eles, produzir conhecimentos acerca de seus corpos, seus processos de adoecimento, sua autonomia e capacidade de coparticipação nas tomadas de decisões que envolvem as tecnologias de produção de saúde. Logo, sentir-se-ão capazes de exigir a prestação de cuidados integrais e humanizados, longe da condição de caridade, mas como elemento de sua dignidade.

Nessa direção, ao observar os desafios de promover dignidade humana através da produção de saúde humanizada, no contexto da COVID-19, foi necessário olhar para a conjuntura pré-pandêmica da sociedade brasileira. Partindo da indiscutível necessidade de se prover direitos sociais diversos para, então, poder se considerar o acesso à saúde,

infere-se que os desafios para promoção de dignidade humana não são decorrentes exclusivamente da COVID-19; pode-se dizer que os desafios relacionados à moradia, alimentação, condições de higiene e outras necessidades humanas básicas resultam de problemas socioeconômicos estruturais do Estado brasileiro.

No que tange à pandemia da COVID-19, por consistir em uma crise sanitária, são inerentes os desafios relacionados à coordenação de políticas públicas, especialmente acerca da elaboração de estratégias e provimento de instrumentos de coordenação visando à criação de coerência entre políticas e ações, adequando-as às atuais condições sanitárias. Por sua vez, características específicas dessa doença, como o fato de gerar quadros clínicos graves e ser responsável por um elevado número de óbitos no Brasil e no mundo, colocou as práticas de humanização dos serviços de saúde sob o risco de serem substituídas pelo modelo biomédico, de total poder dos trabalhadores de saúde, o que seria um retrocesso nos processos de trabalho desse campo.

Apesar do caráter emergencial mencionado, infere-se, por meio do presente estudo, que nenhuma situação justifica considerar o usuário na obsoleta condição de objeto. Ao contrário, a produção de saúde humanizada viabiliza a identificação das subjetividades anteriormente presentes e das inerentes condições adversas, como a pandemia da COVID-19, fato indispensável ao atendimento de todas as necessidades. Além disso, vale reforçar que a produção de saúde com a participação ativa do usuário constitui respeito à sua condição de cidadão, detentor de direitos e responsabilidades.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel; PEDRO, Márcia João. Sobre a saúde de quem trabalha em saúde: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. 120, pp. 194-206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912015>. Acesso em: 17/06/2022.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface** (Botucatu). 2016; 20(59): 905-916. DOI: 10.1590/1807-57622015.0511. Acesso em: 25/05/2022.

AGUIAR, N.M. et al. Projeto aplicativo e a humanização no SUS: a experiência de acadêmicos de medicina. **CuidArte. Enfermagem**, 2021; 15(1): 61-66.

ARAÚJO NETO, Torquato Pereira de. Do livro **50 poemas de revolta**. 1. ed. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2017. p. 44.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, S.F., comp. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, pp. 49-83. Criança, mulheres e saúde collection. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413296.0004>. Acesso em: 18/06/2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Boletim COFIN**. 2020 (b). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_0609_T1_2Ae2B_3_4_ate_08_RB-FF-CO_rev.pdf. Acesso em: 01/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 4ª ed. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/covid-19-guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-na-rede-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 10/09/2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília – DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03/06/2022.

BELFORT, Ilka Kassandra Pereira; COSTA, Victor Catarino; MONTEIRO, Sally Cristina Moutinho. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **APS em revista**. v. 3. n.1. 3-8. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.139>. Acesso em: 01/05/2022.

CANEPPELE, Aline Heleni et al. Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19.

Escola Anna Nery [online]. 2020, v. 24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0312>. Acesso em: 10/09/2022.

COSTA, Ana Maria; RIZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 289-296, abr-jun 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>. Acesso em: 30/08/2022.

FACCHINI, Luiz A. Covid-19: nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i1.73. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/73>. Acesso em: 08/08/2022.

FLEURY, S. Golpe na Saúde. **Outras palavras**. 13/06/2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-brasileira/o-golpe-na-saude/>. Acesso em: 29/08/2022.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>. Acesso em: 18/06/2022.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Trabalho em saúde. Em: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), 2008.

GRABOIS, Victor. Gestão do cuidado. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (orgs.). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 153-197.

KNOBEL, E. Humanização das UTI's. **Revista digital FolhaMed**. Jornal Folha de São Paulo. CovidLog. Setembro, 2020. Disponível em: <http://www.knobel.com.br/wp-content/uploads/2020/09/humanizacao-das-uti-s-elias-knobel.pdf>. Acesso em: 04/09/2022.

KNOLL, S. A.; SANTOS, R. de M. dos; BEDIN, S. C. Acolhimento humanizado dos pacientes em meio a pandemia. **Mostra de extensão, ciência e tecnologia da UNISC**. ISSN 2764-2135. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/mostraextensaounisc/article/view/20649>. Acesso em: 13/06/2022.

LEITE, J. C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de Saúde da Família: em busca da interdisciplinaridade**. 2001. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2001.

LIMA, Luciana Dias de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. Espaço temático: COVID-19 – contribuições da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00185220. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1126/crise-condicionantes-e-desafios-de-coordenacao-do-estado-federativo-brasileiro-no-contexto-da-covid-19/informacoes-suplementares>. Acesso em: 26/08/2022.

MACHADO, M. H. *et al.* Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de COVID-19: a realidade brasileira. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. **COVID-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 283-295. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-21.pdf>. Acesso em: 12/09/2022.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993- 1996**. Orientador: Emerson Elias Merhy. 2001. 468 f. Tese (Doutorado). Doutorado em saúde coletiva. Departamento de medicina preventiva e social. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas-SP. 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ens-21238>. Acesso em: 04/06/2022.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em **saúde** - revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, 7(1):61-66, jan./jul., 2003. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/786>. Acesso em: 04/06/2022.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. O processo de produção do capital v.1. São Paulo: Boitempo, 2011.

MATOS, Maurílio Castro de. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p.25-35, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5340>. Acesso em: 29/08/2022.

MORI, Valéria Deusdará; REY, Fernando González. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 140-152, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22/06/2022.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. et al. Direitos humanos e saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. 2018 out.- dez.;12(4). pp. 370-374. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i4.1667>. Acesso em: 22/06/2022.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; TELES, Nair; CASARA, Rubens Roberto Rebello. **Direitos humanos e saúde**: reflexões e possibilidades de intervenção [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**. 2011; 21(2): 629-646. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015>. Acesso em: 04/06/2022.

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; BARROS, Regina Duarte Benevides de. Humanização. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, pp. 243-248.

RODRIGUES, Juliana Bonelli; IBANHES, Lauro Cesar. Caminhos e Contornos: o Acolhimento na Atenção Básica em São Bernardo do Campo – SP. **BIS, Bol. Inst. Saúde**. 20(1): 67-73, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008683>. Acesso em: 02/09/2022.

SANTOS, Boaventura de Sousa; CHAÚÍ, Marilena. **Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 3, pp. 861-870. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>>. Acesso em: 04/06/2022.

SEVERO, Valdete Souto. Sobre a COVID-19 e as nossas escolhas. IN: TOSTES, Anjuli; MELO FILHO, Hugo. **Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois**. 1. ed. Bauru: Canal 6, 2020.

SILVA, A. A. M. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. **Rev. bras. epidemiol.** 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200021>. Acesso em: 15/06/2021.

SILVA, Fernanda Duarte da; CHERNICHARO, Isis de Moraes; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. **Escola Anna Nery** [online]. 2011, v. 15, n. 2, pp. 306-313. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200013>>. Acesso em: 24/05/2022.

SILVA, Lidiane Rodrigues Campêlo da et al. Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. 2009, Porto Alegre. **Anais**. Porto Alegre: PUCRS. p.4554-4566.

SOUZA, M. A. S. L. De. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), vol. 9, núm. 2, p. 334-344, ago-dez, 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7340>. Acesso em: 21/06/2022.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde**

Colet., 10(3): 599-613, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25\(4\)107.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25(4)107.pdf). Acesso em: 28/06/2022.

DESAFIOS DA INSERÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO FORMAL: A CONJUNTURA DA COVID-19

Ana Benedita Meneses de Carvalho Coelho

INTRODUÇÃO

Desde março de 2020, com a declaração da pandemia por Covid-19, que o mundo vive um cenário econômico totalmente diferente do vivido nas últimas décadas (SHAABAN; MONEIM, 2020; PLATTO et al., 2020). Nesse sentido, já existem hoje no Brasil estudos que trazem análises importantes sobre os impactos da pandemia por Covid-19 no mercado de trabalho (BRASIL, 2021) e (PAIVA; PAIVA, 2021), os quais podem servir de subsídio para o poder público desenvolver medidas de maneira mais assertiva em contextos similares de pandemia ou desestabilização social, propondo ações articuladas de políticas de geração de emprego e renda.

De acordo com Mattei; Heinen (2020), no Brasil, a chegada dessa nova crise é ainda mais grave, uma vez que a economia do país, além de não ter se recuperado da expressiva recessão ocorrida entre os anos de 2015 e 2017, apresentou poucos sinais de retomada em 2018 e 2019. Com isso, os impactos da crise da Covid-19 na economia nacional em 2020 agravam um quadro socioeconômico que já se encontrava desestabilizado.

No Brasil, no âmbito acadêmico, a partir de estudos anteriores, chegou-se a um consenso quanto à importância da avaliação desse novo cenário, de modo a contextualizar e a compreender quais e como se inter-relacionam os fatores que influenciam na empregabilidade, com

a finalidade de subsidiar a formulação de políticas e de monitorar as desigualdades no acesso às oportunidades de empregos formais.

Nesse sentido, vale destacar que a reforma sanitária trouxe um novo panorama para a saúde pública brasileira por meio de lutas sociais providas da união de diversos grupos e por meio das transformações estruturais que estabeleceram o direito a melhores condições de saúde para todos os cidadãos, indo ao encontro da promulgação da lei 8.080/90, que regula a constituição do SUS, marco evolutivo e revolucionário, tendo em vista que instituiu a assistência em saúde de modo igualitário e integral, algo que resultou, ao longo dos anos, em avanços para diferentes grupos populacionais (BRASIL, 1990; PAVÃO, 2016).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo contextualizar como a pandemia da Covid-19 influenciou na empregabilidade da pessoa com deficiência psicossocial, observando o percurso de desmontes que as políticas públicas de saúde mental vêm sofrendo.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo procedimento foi de revisão de literatura. De acordo com Couch, Fairlie e Xu (2020), estudos que envolvem investigações sobre a influência da pandemia em grupos minoritários são relevantes para determinar instrumentos e meios visando à reversão da situação, tendo em vista que o cenário pandêmico agudizou as vulnerabilidades desses arranjos sociais em desvantagem, especialmente no Brasil.

Assim, poderão ser instituídos mecanismos de governança regional e agenda de prioridades, contendo objetivos, indicadores e metas, estas últimas, a serem pactuadas pelos gestores das esferas municipal, estadual e da União. Sob o escopo da organização do mercado formal de trabalho, este estudo considera a dinâmica e a diversidade das características do território e a complementaridade entre as regiões, enfatizando a condução estadual e regional, limitando a federal e fortalecendo a regionalização. Por fim, a apresentação das conclusões aqui propostas podem fomentar a discussão e a definição das referências regionais para a assistência, contribuindo fortemente para a implantação/consolidação de um sistema de mercado de trabalho inclusivo no Brasil.

O CENÁRIO DE DESEMPREGO NO BRASIL PÓS-COVID 19

No período de 1990 a 1997, Camargo (2006) verificou que, no Brasil, foram eliminados cerca de 2 milhões de empregos formais. A queda mais acentuada ocorreu entre 1990 e 1994, atingindo cerca de 190 mil postos de trabalho. No período de 1994 a 1997, foram 125 mil empregos

eliminados por semestre, num contexto de elevadas taxas de juros, de sobrevalorização cambial e de lenta recuperação dos investimentos. Embora o crescimento da atividade econômica tenha sido positivo, foi insuficiente para gerar um volume de empregos adequado ao crescimento da população economicamente ativa.

Ao final de 1998, o desemprego encontraria um novo patamar, de 10,8%, o que se deveu à desaceleração do produto no período 1995-1998, combinada à redução da elasticidade no emprego do produto. Esse cenário decorre, em grande medida, da abertura econômica com sobrevalorização cambial e da recorrente elevação dos juros domésticos em um contexto de crescente vulnerabilidade externa, mas também dos ganhos de produtividade, geralmente associados a uma redução na escala e escopo da produção (BARBOSA, 2004).

O cenário atual, iniciado a partir de 2020, apresenta os piores índices de desemprego da história recente do Brasil. Nesse ponto, a crise que o país viveu ao final de 2014, superou sobremaneira o crescente desemprego observado nos anos 90. Segundo Mattei e Heinen (2020), a taxa de desocupação, que flutuava ao redor de 7% no início de 2014, atingiu seu ápice nos primeiros meses de 2017, quando ultrapassou a marca dos 13%.

Nesse período, segundo os autores, o número de desempregados no Brasil mais que dobrou, atingindo 13 milhões de pessoas no auge da crise. Após três anos desse ápice, verifica-se que a situação pouco se alterou. Isso porque, no trimestre que se encerrou em fevereiro de 2020, a taxa de desocupação no país ainda era de 11,6%, ou seja, apenas 1,6 ponto percentual abaixo da registrada no mesmo trimestre de 2017.

De acordo com os dados do IBGE (2020), a taxa média de desocupação em 2020 foi recorde em 20 estados do país, acompanhando a média nacional, que aumentou de 11,9% em 2019 para 13,5% em 2020. Essa média foi a maior da série histórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua, iniciada em 2012, conforme pode-se conferir no Quadro 1. As maiores taxas foram registradas em estados do Nordeste: Bahia (19,8%), Alagoas (18,6%) e Sergipe (18,4%), seguidos do Rio de Janeiro (17,4%). As menores taxas são verificadas no Sul do país: Santa Catarina (6,1%), Rio Grande do Sul (9,1%) e Paraná (9,4%).

Quadro 1- Taxa de Desocupação no Brasil por UF

Taxa de Desocupação Médias anuais (em %)									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Brasil	7,4	7,1	6,8	8,5	11,5	12,7	12,3	11,9	13,5
Rondônia	6,4	5,1	4,2	5,6	7,9	8,2	9,1	8,0	10,4
Acre	8,4	9,0	7,7	8,5	10,9	14,1	13,5	14,5	15,1
Amazonas	9,5	9,1	7,7	9,5	13,6	15,7	13,9	14,0	15,8
Roraima	7,6	8,0	6,3	8,5	8,8	9,9	12,3	14,9	16,4
Pará	7,4	7,3	7,2	8,8	11,2	11,8	11,1	10,8	10,4
Amapá	13,2	11,5	10,3	11,0	15,5	17,7	20,2	17,4	14,9
Tocantins	7,7	7,5	7,5	8,6	11,5	11,7	10,6	10,8	11,6
Maranhão	8,1	7,9	6,8	8,6	11,9	14,3	14,4	14,3	15,9
Piauí	6,9	7,5	6,5	7,6	9,4	12,9	12,8	12,8	12,8
Ceará	7,7	7,8	7,4	8,8	12,0	12,6	11,3	10,9	13,2
Rio Grande do Norte	11,4	10,7	11,0	12,0	14,2	14,5	13,6	13,1	15,8
Paraíba	9,2	8,8	8,9	9,5	11,4	11,4	11,1	11,6	14,6
Pernambuco	9,1	9,0	8,2	9,9	14,6	17,7	16,7	15,5	16,8
Alagoas	11,4	10,6	9,6	11,2	14,1	16,7	17,0	14,9	18,6
Sergipe	10,3	10,3	9,2	9,1	13,3	14,3	16,6	15,1	18,4
Bahia	11,1	11,2	10,3	12,3	15,9	17,0	17,0	17,2	19,8
Minas Gerais	6,9	6,6	6,7	8,5	11,1	12,2	10,7	10,1	12,5
Espírito Santo	7,1	7,1	6,2	7,7	12,2	13,1	11,5	11,0	12,7
Rio de Janeiro	7,5	6,8	6,3	7,6	11,7	14,9	15,0	14,7	17,4
São Paulo	7,3	7,2	7,1	9,3	12,4	13,4	13,3	12,5	13,9

Paraná	5,0	4,3	4,0	5,9	8,2	9,0	8,8	8,5	9,4
Santa Catarina	3,4	3,1	2,9	4,1	6,3	7,1	6,4	6,1	6,1
Rio Grande do Sul	4,8	4,8	5,0	6,2	8,2	8,4	8,1	8,0	9,1
Mato Grosso do Sul	6,1	4,7	4,1	6,1	7,7	8,5	7,6	8,0	10,0
Mato Grosso	5,5	4,4	4,0	6,1	9,4	9,0	7,9	8,0	9,7
Goiás	5,4	5,4	5,3	7,3	10,5	10,6	9,2	10,6	12,4
Distrito Federal	8,6	9,0	9,0	10,1	12,0	13,2	12,7	13,4	14,8

Fonte: Elaborado pela autora, com base em dados do IBGE, 2020.

Os dados do Quadro 1 revelam que, no intervalo de um ano, a população ocupada reduziu 7,3 milhões de pessoas no país, chegando ao menor número da série anual (86,1 milhões). Com isso, pela primeira vez, menos da metade da população em idade para trabalhar estava ocupada no país, considerando que o nível de ocupação, em 2020, foi de 49,4%.

Essa queda da ocupação foi sentida por todos os grupos de trabalhadores. A taxa média de informalidade (trabalhadores sem carteira, trabalhadores domésticos sem carteira, empregador sem CNPJ, conta própria sem CNPJ e trabalhador familiar auxiliar) também recuou, passando de 41,1%, em 2019, para 38,7% em 2020, somando ainda 39,9 milhões de pessoas. (IBGE, 2020).

De acordo com Beringuy:

A queda da informalidade não está relacionada a mais trabalhadores formais no mercado. Está relacionada ao fato de trabalhadores informais terem perdido sua ocupação ao longo do ano. Com menos trabalhadores informais na composição de ocupados, a taxa de informalidade diminuiu, lembrando que informais foram os primeiros atingidos pelos efeitos da pandemia. (BERINGUY, 2020, p. 1)

Os dados relativos ao 2º trimestre de 2021 revelam um cenário não muito otimista, no que tange à redução do desemprego no Brasil. Segundo o IBGE (2021), a taxa de desemprego calculada para o 2º trimestre de 2021 é de 14,1%, superior a de 2020, que foi de 13,5%, e praticamente a mesma apresenta a mesma taxa de subutilização, de 28,6%. Acrescente-se que a região Nordeste continua com a maior taxa de desemprego (18,2%)

e a região Sul com a menor (8,2%), um cenário semelhante ao de 2020 (IBGE, 2021).

Espera-se que medidas estruturadas e permanentes, por meio de políticas públicas efetivas, sejam adotadas pelos setores públicos (União, Estados e Municípios) para um processo de reconstrução econômica, por meio de articulação entre os setores público e privado, visando à estabilidade que a economia precisa para reabrir novas ofertas de emprego formal e reduzir sobremaneira a taxa de desocupação atual do Brasil, que já é a maior de sua história (IBGE, 2021).

O PERCURSO HISTÓRICO E OS DESMONTES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Durante o período que antecedeu e que sucedeu a criação do SUS, uma parcela da população que muito necessitava de atenção ainda permanecia distante do que hoje se entende por cuidados ideais. Um dos principais grupos negligenciados era o de pessoas com transtornos mentais que, naquela realidade, recebiam tratamentos excludentes e altamente medicalizadores (BRASIL, 2003a; MENICUCCI, 2014; DELGADO, 2019).

Desse modo, aqueles que apresentavam algum tipo de transtorno mental (como, por exemplo, a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar, demência, depressão), deficiências ou desordens psíquicas resultantes do uso abusivo de substâncias químicas, estavam imersos em um cenário que não os favorecia enquanto sujeitos sociais, e que limitava a assistência ao tratamento manicomial, modelo que perdurou durante muitos anos no campo da saúde mental (OPAS, 2021).

Com o avançar dos anos e tendo por base os princípios do SUS, tornou-se clara a necessidade de proporcionar assistência em saúde mental de forma humanizada, em oposição ao modelo manicomial. Nessa perspectiva, instalou-se a reforma psiquiátrica, a partir da lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e que promoveu o movimento antimanicomial (BRASIL, 2001). A lei vislumbra o cuidado em saúde para além do fator físico e biológico, pois visa à qualidade de vida, à recuperação da cidadania e do papel social (BRASIL, 2001; 2003a; SANCHES; VECCHIA, 2020).

Em seguida, surgiram políticas públicas que reforçam essa luta social em prol de superar os tratamentos excludentes e hospitalocêntricos, como a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, que trouxe novos olhares para a recuperação da saúde e redução de danos frente ao consumo abusivo de drogas. Já em 2011, conforme Brasil

(2003a; 2004a; 2011a), o público-alvo da área de saúde mental passou a contar com um modelo articulado da assistência, que é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS refere-se a um modelo contemporâneo articulado através de pontos de atenção, que são distribuídos a fim de contemplar as necessidades da população. Suas diretrizes envolvem estratégias terapêuticas, que podem ser executadas em diferentes serviços assistenciais, tais como: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); unidades de urgência e emergência; consultório na rua; leitos em hospitais gerais; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta pra Casa (PVC); e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (BRASIL, 2011a; ACEBAL *et al.*, 2020; AMARANTE; NUNES, 2018).

Os CAPS foram criados para acolher pessoas com transtornos mentais ou em situação de sofrimento psíquico, de acordo com tipos de atendimento e pela abrangência populacional, sendo classificados nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, AD III, CAPS AD IV e CAPS i. Dessas, o mais recente é o CAPS AD IV, definido em 2017 com o objetivo de prestar assistência especializada 24h por dia, durante os sete dias da semana, dispondo-se de leitos para permanência do indivíduo em observação e de monitoramento (BRASIL, 2011a, 2017a; 2017b).

Essa configuração de atendimento incita a análise de que a RAPS possa estar se expandindo em direção à institucionalização, pois a permanência em leitos, de algum modo, não condiz com a inserção e interação social. A própria Atenção Básica reproduz, de certo modo, uma limitação, considerando que o trabalho focaliza áreas separadamente, dificultando o envolvimento das práticas de saúde e a interação entre diferentes serviços (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Com a RAPS, foram criados múltiplos eixos para ofertar assistência em saúde conforme as necessidades dos cidadãos. Contudo, essa estratégia – devido a uma gestão governamental e a Portaria n°131 de 2012 – tem apresentado ineficiência para superar a lógica manicomial. A ineficiência está ligada a menores investimentos públicos, privatizações de políticas sociais, disputas de interesses divergentes e concepções neoliberais, que focalizam no cuidado emergencial e parcial, distanciando-se do bem-estar e da proteção social (SOARES, 2001).

As novas atuações dos atores envolvidos no processo de formulação dessas políticas têm apoiado a responsabilização individual das pessoas com transtornos mentais, desconsiderando os determinantes sociais de

saúde. Além disso, é perceptível um incentivo à internação psiquiátrica (algo contraditório à lei nº 10.216) e à longa permanência em residências terapêuticas. Tal fato fica claro ao se analisar a portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, que estabelece incentivo financeiro para serviços terapêuticos residenciais (BRASIL, 2004b; GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Essas modalidades terapêuticas receberam recursos para sua abrangência através do poder do Estado, porém, são serviços com atuação semelhante ao modelo manicomial, e não correspondem ao atendimento em saúde ideal. Poucos anos depois, as comunidades terapêuticas também foram compreendidas como serviços de saúde, reconhecidos pela Portaria nº 1.482 de 2016, recebendo, então, investimentos pelo setor político e público (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Assim, um panorama de dualidade desafia a assistência em saúde mental, uma vez que, de um lado, estão as lutas oriundas da reforma psiquiátrica que visam à proteção social, aos direitos coletivos, aos cuidados integrais e à cidadania; e, de outro lado, há o mercado privatista, que reduz os direitos das pessoas a meras mercadorias. Um exemplo é que o uso de crack e outras drogas tem sido uma questão de disputas por orçamentos públicos, de modo contrário ao que é designado pelo SUS (SOARES, 2001; GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Um dos pontos que mais representa a fragilidade da atuação dos atores políticos nas políticas de saúde mental no Brasil é a implantação da Portaria nº 3.588 de 2017, que traz aspectos, como: Ambulatorialização do cuidado por meio da atuação de equipes especializadas, com aumento de recursos financeiros destinados a leitos psiquiátricos e serviços manicomial, e a possibilidade de ocupação em leitos de hospitais gerais, o que possibilita o aumento do número de internações. Outro aspecto é a ampliação dos recursos para comunidades terapêuticas de área privada, e não de origem da RAPS (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Entre dezembro de 2016 e maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais. Outras mudanças podem ser consideradas retrocessos dentro da política de saúde mental, tais como: reinserção dos hospitais-dia; unidades ambulatoriais; preferência pela abstinência total, em contraposição à redução de danos; retorno da eletroconvulsoterapia; e a possibilidade de internação de crianças e adolescentes junto com adultos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Assim, essas mudanças sucedidas nos últimos anos colaboram para o desenvolvimento de práticas assistenciais que limitam a atenção em saúde mental para o atendimento especializado, reducionista e oposto

à valorização da inclusão social e da visão biopsicossocial. Esse cenário é resultado de ações que elevam o protagonismo político, pelo uso de recursos financeiros e elevação das perspectivas neoliberais.

OS DESAFIOS DA EMPREGABILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL

A inclusão de pessoas com deficiência psicossocial no mercado de trabalho formal não é uma tarefa que possa ser compreendida considerando-a de forma unilateral, uma vez que envolve fatores sociais, políticos, culturais e econômicos, ou seja, são fatores estruturantes e estruturais. Primeiro, deve-se partir do conceito de inclusão, o que impõe a seguinte indagação: afinal, de que inclusão o presente manuscrito se propõe a discutir?

A inclusão será aqui concebida como o processo pelo qual a sociedade se transforma para permitir que pessoas com limitações de natureza física, mental e intelectual participem de todos os setores da vida em sociedade, com a utilização de habilidades necessárias ao desenvolvimento de seus papéis sociais (SASSAKI, 2007).

Dessa forma, a inclusão vai além da capacidade produtiva da pessoa com deficiência, mas envolve também a capacidade da sociedade em acolher e viabilizar as oportunidades para esse segmento. Dentre essas oportunidades, insere-se o trabalho, esse como sendo um dos aspectos que conformam a inclusão e que, segundo Araújo e Schmidt (2006, p. 1), é “importante por proporcionar às pessoas condições para a satisfação de suas necessidades básicas, a valorização de si mesmas e o desenvolvimento de si de suas potencialidades”.

Uma sociedade inclusiva é mais complexa e mais próxima do que se vislumbra enquanto modelo ideal de inclusão para o segmento das pessoas com deficiência, pois, nela, constrói-se condições de acolhimento para todos, observando as demandas inerentes às diversidades, que envolvem desde a “remoção de barreiras arquitetônicas, a adequação de transporte público, as políticas de ação afirmativa estimulando contratação para o trabalho, as escolas inclusivas” até a “inclusão nos esportes, turismo, lazer, recreação, nas artes, cultura e religião” (LARAIA, 2009, p. 55).

Segundo Rosa (2009), existe uma relação de contraditoriedade em relação ao mundo do trabalho, em especial, no sistema capitalista, cuja força motriz do moinho é a própria alienação do trabalho. Para a autora, numa sociedade em que a identidade social é construída a partir do trabalho, é inegável que haja uma luta pela inclusão por meio dele

(trabalho), e essa luta “também passa a constituir pauta de reivindicações das pessoas em desvantagem social, dentre as quais, as pessoas com transtorno mental” (ROSA, 2009, p. 64).

Além do caráter contraditório do trabalho, Ramirez e Koth (2015) observam que, para a pessoa com deficiência psicossocial, o trabalho pode apresentar dois gumes: o primeiro, entendido, do ponto de vista individual, como terapêutico; e o segundo, na perspectiva coletiva, quando percebido de forma articulada com o mundo moderno e o tempo contemporâneo, logo, relacionado ao acesso à cidadania.

Todavia, a perspectiva a qual se vincula esse trabalho compreende que – sendo a cidadania concebida como um conjunto de direitos que podem ser divididos em direitos civis, direitos políticos e direitos sociais (MARSHALL, 1963) – o trabalho é fator inerente à construção da cidadania, portanto, seja ele parte da reabilitação ou não, considerando o conceito de cidadania, “o trabalho justamente remunerado é uma questão de cidadania nas sociedades que se estruturam dele” (MATOS, 2013, p. 49).

Logo, considera-se que em “uma sociedade capitalista, em que o trabalho é central na vida do ser humano, por produzir identidade e laço social, é fundamental discutir propostas alternativas de organização do trabalho direcionadas à atenção psicossocial das pessoas com transtorno mental” (MARANHÃO; ROSA, 2017, p. 268).

Essas alternativas, que podem ser informais ou formais, precisam ser articuladas com todo o contexto social, político e econômico vigente, envolvendo atores de diferentes instituições, visto que apenas “captar vagas no mercado sem garantir a estabilidade dos sintomas clínicos inviabiliza a adesão” (FRAZÃO, 2007, p. 84). Logo, implica a atuação conjunta entre empresas, instituições e serviços do Estado, equipe profissional e, claro, do principal ator, a pessoa com deficiência psicossocial.

As alternativas informais dividem-se em dois grupos: trabalhadores assalariados, mas que não possuem vínculo empregatício, portanto, desprotegidos; e trabalhadores por conta própria, que estão fora do mercado de trabalho, mas dentro do comércio de serviços e de mercadorias. As alternativas formais, por sua vez, são aquelas em que o empregador estabelece vínculos formais com o trabalhador, acorda um ordenado mensal e realiza a manutenção das garantias constitucionais previstas (NERI; FONTES, 2010).

É consenso entre os teóricos Frazão (2007), Maranhão e Rosa (2017), Oliveira *et al.* (2017) e Rosa e Joazeiro (2017), que para a pessoa com deficiência psicossocial – ou mental como tratam alguns desses

autores – os desafios para a inclusão no mercado de trabalho são mais intensos. Esse fator se justifica pelo típico preconceito e equivocada associação entre deficiência psicossocial e loucura, logo, esse estigma, construído historicamente acerca da pessoa com algum tipo de deficiência mental, interfere negativamente nas possibilidades de inclusão efetiva.

Nesse sentido, infere-se que a inclusão social de forma efetiva perpassa várias dimensões da vida em sociedade. Dessas, elegeu-se o trabalho como a centralidade do presente estudo. Maranhão e Rosa (2017, p. 275), em estudo realizado com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre a percepção destes atores, em relação ao mundo do trabalho, identificaram que “o significado do trabalho é diverso para os diferentes usuários”. Observaram, ainda, que alguns usuários apreendem o trabalho como forma de serem aceitos na sociedade, para além dos serviços de saúde mental, e que, adicionalmente, manifestam o desejo de se inserirem no mercado de trabalho, numa sociedade que associa a identidade da pessoa a seu reconhecimento ocupacional (MARANHÃO; ROSA, 2017, p. 275).

Assim, a percepção das pessoas com deficiência psicossocial sobre o trabalho reforça as correntes teóricas que orientam esta pesquisa, tendo em vista que o trabalho constitui apenas uma dimensão da inclusão, mas que possui, em si, grande potencial de fortalecimento das outras dimensões que conformam o todo da inclusão, pois “amplia as possibilidades de alcance da inserção social e de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida” (LUSSI; MATSUKURA; HAHN, 2010, p. 286).

Todavia, cumpre assinalar que o fato observado por Maranhão e Rosa (2017), em relação à inclusão desse segmento no mercado de trabalho, aponta para a importância da identificação da representação do trabalho para cada usuário, considerando que “são poucos os investimentos nos serviços e nas demais políticas públicas de qualificação/profissionalização, inclusive para atender os aspectos mais subjetivos dos usuários dessas políticas” (MARANHÃO; ROSA, 2017, p. 276-277).

As políticas públicas bem como os instrumentos normativos que conformam a inclusão desse segmento no mercado de trabalho requerem constantes revisões que proporcionem a efetividade das ações de inclusão. Segundo Oliveira et al. (2017, p. 140), “o grande desafio dessa política pública é fazer valer tudo o que já é garantido no ordenamento jurídico, fiscalizando e lutando pela manutenção destes instrumentos normativos”.

Nessa mesma esteira de pensamento, Toldrá et al. (2010) contribuem para a discussão, enfatizando a necessidade de flexibilização das estruturas para o acolhimento das pessoas com deficiência psicossocial ao mercado

de trabalho, ao destacarem a “necessidade de maior flexibilidade das empresas quanto às exigências do ensino formal, para a adaptação à realidade destas pessoas” (TOLDRÁ et al., 2010, p. 163).

Nas análises dos autores supramencionados, é preciso que sejam valorizados outros atributos para o trabalho, deixando de considerar apenas o problema relacionado às habilidades de escrita e leitura, “já que este era considerado como um dos maiores entraves vivenciado pelas pessoas com deficiência intelectual para o ingresso no mercado de trabalho” (TOLDRÁ et al., 2010, p. 163).

Ainda para os autores, uma das estratégias mais eficazes para a flexibilização acerca dos parâmetros para a inclusão da pessoa com deficiência psicossocial no mercado de trabalho é a sensibilização da comunidade empresarial, com foco nas empresas que se enquadram na obrigatoriedade de oferta pela Lei de Cotas (Lei Federal nº 8.213/91), a respeito das potencialidades e possibilidades dos indivíduos com deficiência psicossocial, assistidos pelos serviços de saúde para a prática do trabalho (TOLDRÁ et al., 2010).

Nesse processo, destaca-se “o papel que desempenham as instituições no tecido social na medida em que contribuem com as mudanças do contexto” (OLIVEIRA et al., 2017, p. 138), sendo os serviços ofertados pelo Estado os principais agentes de mobilização, sensibilização e aglutinação de forças na construção de uma política pública mais efetiva, associada à boa aceitabilidade da classe empresarial, em especial, na fiscalização do cumprimento das garantias do ordenamento jurídico, considerado por Oliveira et al. (2017) a grande barreira da política pública de inclusão, como já exposto. É válido ressaltar que apenas a admissão não é suficiente, pois, segundo o estudo de Oliveira et al. (2017), as contratações foram, em geral, feitas pela obrigatoriedade e, por isso, apenas formal, não havendo a adaptação dos espaços de trabalho para o recebimento das pessoas contratadas.

Portanto, diante desse quadro, o Estado, através das políticas públicas, instrumentos públicos e serviços, deve se “fazer mais presente financiando, regulando e fiscalizando as contratações. A sociedade, também, deve se fazer mais presente participando ativamente da implementação dessa política, debatendo ideias e exigindo a inclusão social”, conforme afirmam Oliveira et al. (2017, p. 140).

Para agudizar ainda mais esse cenário da empregabilidade da pessoa com deficiência psicossocial, surge a pandemia do SARS COVID-19, em março de 2020. Numa análise precipitada sobre os impactos da pandemia sobre a inclusão das pessoas com deficiência, entende-se que as novas

condições de trabalho poderiam levar ao entendimento de que, no *home office*, todos são iguais. Mas a pandemia impôs a todos, em certa medida, uma retroação no tocante às questões como a inclusão da pessoa com deficiência psicossocial no mercado de trabalho.

De acordo com dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) de 2020, durante a pandemia, as pessoas com deficiência foram atingidas severamente pelo desemprego. De janeiro a agosto de 2020, foram fechados 849 mil postos de trabalho formais no país, segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED, 2020).

Do total citado, cerca de 20% (171,6 mil) eram ocupadas por pessoas com deficiência. Esse dado evidencia que as empresas desligaram muito mais do que contrataram, demitindo, nesse período, 216 mil profissionais com deficiência, e contratando apenas 40 mil. Inicialmente, essas medidas apontavam um retrocesso, já que a causa aqui defendida tem sido modificar culturas para que a inclusão ocorra de forma mais natural e humana, para que o cumprimento da legislação seja uma consequência e não o objetivo principal. Porém, a avaliação de especialistas em fiscalização da Lei de Cotas mostrou que ainda é preciso reforço da Lei para assegurar vagas, especialmente em empresas que ainda realizam inclusão apenas para cumprir a Lei e não por convicção.

Diante da complexidade dessa política de inclusão, questiona-se: o que fazer para que a inclusão não aconteça exclusivamente por obrigação? Não é possível simplificar essa tarefa, que exige atenção aos detalhes. Inclusão não se faz sem disposição! É preciso acreditar que fortalecer a cultura de inclusão é um processo orgânico e contínuo; o mundo precisa entender de vez que contra o preconceito a melhor vacina será a humanização das relações até elas se igualarem de fato e de direito.

CONCLUSÃO

O estudo retratou a situação de desemprego no Brasil, a partir de dados do IBGE, PNAD, RAIS e CAGED, e buscou fazer uma contextualização de como a pandemia da COVID-19 afetou a empregabilidade da pessoa com deficiência psicossocial, a partir de um estudo de revisão de literatura com análise qualitativa dos dados.

Nesse sentido, o estudo atingiu seu objetivo, uma vez que foi possível configurar a agudização do desemprego para as pessoas com deficiência, em especial, para as pessoas com deficiência mental (psicossocial). Os dados apontaram uma queda de vínculos formais na ordem de 83% no

ano de 2020, em relação a 2019. Pode-se concluir ainda que a pandemia por COVID-19 reduziu drasticamente as possibilidades de inclusão das pessoas com deficiência psicossocial no mercado formal de trabalho em Teresina, *lócus* do presente estudo. Essa redução deu-se muito em razão do fechamento de empresas, decorrente da determinação do poder público quanto ao isolamento e ao distanciamento social, implicando a redução drástica de postos de trabalho em todas as suas dimensões.

Para reverter essa situação é necessário a formulação de políticas públicas de inclusão para essa categoria de trabalhadores, fazendo esclarecimentos, nos diversos setores econômicos, sobre o potencial dessas pessoas, suas capacidades cognitivas e laborativas. É preciso aproximar a sociedade desses trabalhadores e desvelar o “pré-conceito” que os coloca em uma condição de “incapacidade” laboral e de dependentes assistencialistas.

Esses trabalhadores, mais do que assistência integral, cuja importância não se pode desconsiderar, precisam de autonomia e de vivenciar um processo de ressignificação de suas próprias capacidades, que os coloque como protagonistas e em condições iguais de disputa pelas vagas formais do mercado de trabalho. Essa é a verdadeira inclusão prevista no ordenamento jurídico, aquela que garante dignidade à pessoa humana.

As recentes formulações legais do cenário de saúde mental ameaçam a garantia de proteção social às pessoas com transtornos mentais, uma vez que é perceptível que estratégias descentralizadas de ressocialização e cuidado ampliado encontram-se comprometidas, devido à perspectiva hospitalocêntrica que desponta na realidade atual.

A atuação dos atores políticos na formulação e implementação de políticas públicas de saúde mental no Brasil, apesar de corroborar com a reforma psiquiátrica, vem sofrendo alterações mediante o desmonte de tais dispositivos legais. Esse fato ocorre sob a influência de interesses políticos que destinam recursos financeiros para serviços que, de certo modo, apoiam a institucionalização daqueles que possuem alguma desordem mental.

Assim, nota-se um real retrocesso e desajustes na participação dos atores políticos no desenvolvimento prático das RAPS, que em sua concepção valoriza o cuidado integral, o atendimento holístico e o reconhecimento da cidadania, embora os entraves políticos e ideológicos repercutam negativamente para a eficácia desse modelo de atenção.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Janine Placa; SCHMIDT, Andréia. A inclusão de pessoas com necessidades especiais no trabalho: a visão de empresas e de instituições educacionais especiais na cidade de Curitiba. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 12, n. 2, p. 241-254, maio/ago. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/PgxdcCT3qNv3ryQQmKtxMFj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2022.

ACEBAL, J. S. *et al.* O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos. **Saúde Debate**, v.44, n.127, p.1120-33, out./dez., 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n127/1120-1133/pt/>. Acesso em: 12 set. 2022.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt>. Acesso em: 14 set. 2022.

BARBOSA, Antonio F. O mercado de trabalho brasileiro pós-1990: mudanças estruturais e o desafio da inclusão social. **Seminário Internacional: Empleo, desempleo y políticas de empleo en el Mercosur y en la Unión Europea**. Buenos Aires, 2004.

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

BERINGUY, Adriana. **IBGE: grande parte da alta do desemprego se deve à volta ao mercado de trabalho**. Disponível em <https://istoe.com.br/ibge-grande-parte-da-alta-do-desemprego-se-deve-a-volta-ao-mercado-de-trabalho/>. Acesso em 06 de set. 2022.

BRASIL, Cristina. I. **Pandemia ainda provoca impactos no mercado de trabalho**, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.etc.com.br/economia/noticia/2021-06/pandemia-ainda-provoca-impactos-no-mercado-de-trabalho-diz-ipea>. Acesso em 06 de set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS,

e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2004a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 04 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 04 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação nº3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília - DF: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 08 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2003a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 04 set. 2022.

CAGED. **Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED)**. Disponível em: <https://portalfat.mte.gov.br/programas-e-acoos-2/caged-3/> . Acesso em 29 de set. 2022.

CAMARGO, Fernanda S. **Análise estrutural do emprego formal e informal da economia brasileira**. 93f. Dissertação (Mestrado em economia aplicada) - Universidade de São Paulo, Escola Superior da Agricultura 'Luiz de Queiroz' (ESALQ), Piracicaba, 2006. Disponível em: DOI 10.11606/D.11.2006.tde-20092006-161524. Acesso em 06 de set. 2022.

COUCH, Kenneth. A.; FAIRLIE, Robert W.; XU, Huanan. Early Evidence of the Impacts of COVID-19 on Minority Unemployment. **Journal of Public Economics**, v. 192, n. 104287, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104287>

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. Educ. Saúde**, v.17, n.2, e0021241. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2022.

FRAZÃO, Iracema da S. “**Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar. Eu trabalho e não sou doente mental**”. O processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social – Universidade Federal de Pernambuco, 2007.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, ano XXII, nº 44, p.111-138, mai./ago., 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desemprego**. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>>. Acesso em 25 set. de 2022.

LARAIA, Maria I. F. **A pessoa com deficiência e o direito ao trabalho**. Dissertação (Mestrado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC): São Paulo, 2009.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n.3, e290310, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/46y3mHF9kdx7DHQGHwpspdf/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

LUSSI, Isabela A. de O.; MATSUKURA, Thelma S.; HAHN, Michelle S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 2, p. 185-192, 1 abr. 2011.

Disponível em: DOI: 10.15343/0104-7809.20112185192. Acesso em 06 de set. 2022.

MARSHALL, Thomas H. **Cidadania, classe social e status**. Tradução do professor Phillip C. Schmitter. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1963.

MARANHÃO, Laisla S. R.; ROSA, Lúcia C. S. Do processo de segregação da loucura à cidadania e trabalho para a pessoa com transtorno mental: o desejo de trabalhar e o CAPS II Leste como dispositivo potencializador de inserção do usuário. In: PEREIRA, Sofia L.B.; ROSA, Lúcia.C; SILVA, Elayne K. B.; MAIA, Juliana B. D. Org.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017. E-book (522p.). ISBN: 978-85-509-0172-5. Disponível em: https://ufpi.br/arquivos_download/arquivos/EDUFPI/A_POL%C3%8DTICA_DE_SA%C3%9ADE_MENTAL_NO_PIAU%C3%8D_SOB_A_%C3%89GIDE_DA_RAPS.pdf. Acesso em: 06 de out. 2022.

MATOS, Naiara R. V. **Emprego apoiado**: uma análise psicossocial da inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC): São Paulo, 2013.

MATTEI, Lauro; HEINEN, Vicente L. Impactos da crise da Covid-19 no mercado de trabalho brasileiro. **Brazilian Journal of Political Economy**. v. 40, n. 4, out./dez., 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-31572020-3200>. Acesso em 06 de set. 2022.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2022.

NERI, Marcelo C.; FONTES, Adriana. **Informalidade e Trabalho no Brasil**: Causas, Consequências e Caminhos de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: FGV Social, 2010. Disponível em: https://www.cps.fgv.br/cps/bd/papers/ES62Ref_INF_INFORMALIDADE-E-TRABALHO-NO-BRASIL_NeriFontescurto.pdf. Acesso em: 06 de set. 2022.

OLIVEIRA, Ludmilla. C.; CAVALLI, Valquiria. T.; GUIDUGLI, Sidival. T. Política pública de inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho: algumas considerações sobre sua formulação, implementação e avanços de 1991 até 2015. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S. l.], n. 48, 2017. Disponível em: [//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/623](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/623). Acesso em: 7 set. 2022.

OPAS. Transtornos Mentais. **Organização Pan-Americana da Saúde**. [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 15 set. de 2022.

PAIVA, Claudio C.; PAIVA, Suzana C. F. No Brasil, impacto econômico da pandemia será forte e duradouro. **Jornal da UNESP**, 2021. Disponível em: <https://jornal.unesp.br/2021/07/02/no-brasil-impacto-economico-da-pandemia-sera-forte-e-duradouro/>. Acesso em 06 de set. 2022.

PAVÃO, A. L. B. SUS: em construção ou desconstrução? **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.10, n.3, jul.-set. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16982/2/2.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

PLATTO, Sara; WANG, Yanqing.; ZHOU, Jinfeng; CARAFOLI, Ernesto. History of the COVID-19 pandemic: Origin, explosion, worldwide spreading. **Biochemical and Biophysical Research Communications**, v. 538, p. 14-23, 2020. DOI: 10.1016/j.bbrc.2020.10.087

RAMIREZ, Henry D. C.; KOTH, Josiani. As dificuldades de inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. **Rev. UNIEDU**. Governo de Santa Catarina, 2015. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Josi-Koth.pdf>. Acesso em 06 de set. 2022.

ROSA, Lúcia C dos S.; JOAZEIRO, Edna M. G. Rede de atenção psicossocial no Piauí: embalos em tempos incertos. In: PEREIRA, S. L.B et al (Org). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina, EDUFPI, 2017.

ROSA, Lúcia.C; SILVA, Elayne K. B.; MAIA, Juliana B. D. (Org.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017. E-book (522p.). ISBN: 978-85-509-0172-5. Disponível em: https://ufpi.br/arquivos_download/arquivos/EDUFPI/A

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ SOB A ÓRBITA DA RAPS.pdf. Acesso em: 06 de set. 2022.

SANCHES L.R.; VECCHIA, M.D. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. **Interface (Botucatu)**, v.24, e200239, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/89XMg9gRpcyM4s3G9ddrkWk/?lang=pt>. Acesso em 06 set. 2022.

SASSAKI, Romeu K. Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão – Parte 2.

Revista Nacional de Reabilitação, ano X, n. 58, p. 20-30, set./out. 2007.

SHAABAN, Safaa; MONEIM, Yasmine A. The Impact of COVID-19 on the Strategic Belt and Road Initiative in the Light of Cultural Convergences and Divergences between Egypt and China: A Systematic Review. **Open Journal of Social Sciences**, v. 8, n. 9, p. 84-105, set., 2020. DOI: 10.4236/jss.2020.89006

SOARES, L. T. R. **Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil**. CLACSO, 3º ed. cap.8, p.171-185. Buenos Aires: Cortez Editora, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101003020857/9cap08.pdf>. Acesso em 14 set. 2022.

TOLDRÁ, Rosé C.; MARQUE, Cecília B. D.; BRUNELLO, Maria I. B. Desafios para a inclusão no mercado de trabalho de pessoas com deficiência intelectual: experiências em construção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 158-165, 2010. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v21i2p158-165. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14099>. Acesso em: 10 set. 2022.

PROIBICIONISMO E ULTRANEOLIBERALISMO: A POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS EM TEMPOS DE COVID 19

*Indira Aragão
Sofia Laurentino Barbosa Pereira*

INTRODUÇÃO

A concepção de saúde apresentada pela Constituição de 1988, fruto do projeto de Reforma Sanitária e garantida pela Lei nº 8.080/1990, compreende a saúde como direito fundamental de todos (as) os brasileiros (as), e aponta o Estado como responsável pela promoção das condições para sua plenitude, formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos. Também é encarregado de estabelecer circunstâncias que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde e bem-estar coletivo.

Na mesma direção, a Reforma Psiquiátrica trouxe novas formas de pensar e trabalhar no âmbito da saúde mental brasileira, formatando um cuidado garantidor de direitos e autonomia; e, conseqüentemente apresentando novos parâmetros para os cuidados destinados às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas - spa. Neste contexto, a Redução de Danos emergiu como a principal estratégia da atenção voltada a esse público, pautando-se numa perspectiva de promoção de cuidado humanizado, garantidor de direitos e emancipatório.

Em sentido contrário a esse processo, a ascensão conservadora, atualmente em desenvolvimento no país, trouxe consequências para as políticas públicas, em especial para a Política sobre Drogas, que sofreu diversos retrocessos, tanto no que se refere à concepção adotada no trato da questão, como nas ações direcionadas às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Com a pandemia de Covid 19, estiveram mais evidentes no país, além do cenário de desigualdade no acesso à saúde, as repercussões desse caráter conservador adotado pelo atual governo, as quais refletiram diretamente no acesso às políticas públicas. Portanto, busca-se neste trabalho uma análise sobre o atual contexto da Política sobre Drogas no país, em face dos retrocessos orquestrados pelo governo ultraneoliberal de Jair Bolsonaro, bem como sua repercussão no tratamento de questão referentes às drogas.

Realizado por meio de pesquisa bibliográfica e análise de documentos ministeriais, este trabalho é fruto da revisão de literatura, base para a construção de projeto de pesquisa do doutorado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Piauí.

PROIBICIONISMO X REDUÇÃO DE DANOS: o olhar das políticas sobre drogas no Brasil

Desde o início dos tempos, o consumo de substâncias psicoativas esteve presente na realidade dos seres humanos sob as mais diversas circunstâncias. Seja em celebrações ou mesmo rituais, o consumo de drogas é sempre uma questão humana (NERY FILHO, 2012). Entretanto, ao longo da história, esse uso tem encontrado variados conceitos e esbarrado em diferentes formas de abordagem pela sociedade.

O Proibicionismo como uma atitude de interdição, rejeição e estigmatização de algumas substâncias psicoativas ocorreu em diversos países como uma primeira reação à chegada das novas drogas exóticas que estavam se expandindo pela Europa nos séculos XVI e XVII. No Ocidente, por exemplo, as primeiras proibições estiveram voltadas para o tabaco, e no caso do ópio, na China, sua proibição inicial se deu basicamente para garantir o monopólio do comércio (CARNEIRO, 2018).

Entretanto, é a partir dos anos finais do século XIX, já na fase de constituição de um mercado mundial no capitalismo monopolista, que a ideologia do proibicionismo sobre certos psicoativos projeta-se de maneira mais hegemônica no âmbito internacional. Quando o interesse dos Estados Unidos da América – EUA, de projeção internacional, vê

no conflito entre China e países europeus exportadores do ópio uma perspectiva de imposição de sua liderança, este se coloca para a resolução da questão, organizando, a partir daí, Conferências Mundiais para tratar do “problema do ópio” (BRITES, 2017).

O proibicionismo, dirigido contra as drogas qualificadas de ilícitas, se expressa internacionalmente nas três convenções da Organização das Nações Unidas sobre a matéria, vigentes e complementares: a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, que revogou as convenções anteriores e foi revista através de um protocolo de 1972; o Convênio sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971; e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 (Convenção de Viena) (KARAM, 2007, p.182).

Tem-se a partir desse contexto uma materialização do controle sobre as substâncias psicoativas com base em interesses políticos e econômicos de dominação, que seguiram sustentando-se pelo argumento médico, científico e de criminalização de condutas relacionadas. No Brasil, as políticas públicas direcionadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas surgiram no início século XX, influenciadas por estas convenções e direcionamentos.

Com as Organizações das Nações Unidas - ONU, os debates em torno da questão das drogas foram reacquecidos no plano internacional, ocasião em que se convocou uma Sessão Especial da Assembleia Geral (UNGASS) em 1998, para a discussão da política mundial de drogas e estabeleceu a meta de erradicação do cultivo de plantas e vegetais para a produção de drogas ilícitas (ALVES, 2009).

A partir desse contexto, as políticas públicas brasileiras voltadas para o trato da questão foram também organizadas em torno de intervenções com viés repressivo, com a criminalização e exclusão dos usuários de drogas, ações focadas na redução da oferta e da demanda de drogas, criminalização da produção e sem distinção entre uso, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas.

Em suma, o proibicionismo pode ser traduzido então como um posicionamento ideológico de fundo moral, que norteia ações políticas voltadas para a regulação de fenômenos, comportamentos ou produtos vistos como negativos, através de proibições estabelecidas e com a criminalização de condutas através da edição de leis penais, reduzindo o espaço para as escolhas individuais e no âmbito da liberdade, mesmo que não impliquem em um dano ou em um perigo concreto de dano para terceiros (KARAM, 2007).

Em contraponto ao proibicionismo, a partir dos anos 1990, com a epidemia do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil, novas estratégias são acionadas pela área da saúde junto aos usuários de substâncias injetáveis, haja vista que o compartilhamento de seringas permite a propagação do vírus. Neste período, passam a ser adotadas ações com base na Redução de Danos, que como o próprio nome diz, visa minimizar os danos do consumo, acompanhando as possibilidades do (a) usuário (a) de drogas (MOTA, 2020).

Deste modo a Redução de Danos, consiste numa abordagem que não está centrada no produto/substância, mas sim, baseia-se na visão do (a) consumidor (a) como sujeito de direitos, portanto, nos fundamentos dos direitos humanos (MOTA, 2020). Como fundamento e prática no cuidado destinado aos usuários de substâncias psicoativas, a redução de danos teve suas primeiras ações institucionalizadas no Brasil a partir da experiência de Salvador, em 1994.

Neste período, tem-se o primeiro projeto de Redução de Danos, formado a partir de um projeto de extensão do curso de Medicina, na Universidade Federal da Bahia – UFBA. Deste modo, protegida pela universidade, envolta em um ambiente de pesquisa, de extensão, a Redução de Danos conseguiu se desenvolver. O ambiente acadêmico permitiu um pouco mais de ousadia. Pesquisadores e redutores de danos desenvolvem-se neste campo (PETUCO, 2014).

O campo da Redução de Danos não é hegemônico, ele expressa contrassensos internos e possui contradições postas pela totalidade da ordem do capital no âmbito das respostas sociais e de saúde, diante consumo de substâncias psicoativas. Todos os envolvidos nesse processo, sejam profissionais de saúde, pesquisadores (as), redutores (as) de danos, todos possuem concepções e motivações diversas. Mas ainda assim é possível identificar um núcleo ético e político único: o da oposição às práticas conservadoras e proibicionistas (BRITES, 2017).

A redução de danos passa a coexistir no País, a partir dos anos 2000, de maneira tensa, com o paradigma proibicionista até então hegemônico, e que historicamente fundamentou as ações nesse campo, pautando-se na militarização da questão e organizada em torno da Segurança Pública (ARAGÃO; ROSA, 2019).

Observa-se a partir deste ponto uma dualidade de posicionamentos quanto à questão, pois de um lado tem-se a perspectiva da então Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) – com um viés de tolerância zero e criação de uma sociedade sem drogas, fortalecendo a visão repressiva. E de outro, a emergência das primeiras ações no âmbito do Ministério da Saúde,

reconhecendo o consumo problemático de substâncias psicoativas como uma questão de saúde pública e orientando-se já pela redução de danos (ROSA; FIGUEREDO NETO, 2009).

Com o movimento de Reforma Psiquiátrica, e a instituição da Lei 10.216 de 2001, dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, e ainda em 2002, a portaria 336/2002 com o estabelecimento e definição dos CAPS, e dentre estes, o CAPS ad, como o serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, a Desinstitucionalização passa a ser o norte das práticas em saúde mental.

O foco do cuidado destinado às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, amparado pelos novos moldes inaugurados pela Reforma, traz a Redução de Danos como perspectiva central desse cuidado. Essa perspectiva visa a uma abordagem que não está centrada no produto/substância, mas sim, baseia-se na visão do (a) consumidor (a) como sujeito de direitos, portanto, nos fundamentos dos direitos humanos.

Entretanto, é importante considerar que a prática da Redução de Danos (RD), como modelo de atenção, constitui-se em um dispositivo contundente, isto é, requer a apropriação de um discurso e de um fazer clínico que se deparam eventualmente com algumas dificuldades em sua materialização. Dentre tais fatores está o discurso moralizador e violento, presente em diversas instituições sociais e no próprio Estado (DIAS; ALBUQUERQUE; NAPPO, 2018).

Assim dizendo, para além das normativas, as ações de Redução de Danos devem estar presentes no cotidiano das práticas de cuidados, nos valores e ações dos profissionais destinadas aos usuários de spa, e do mesmo modo, na visão de gestão de desenvolvimento das políticas públicas voltadas ao tema. Entretanto, nos últimos anos, em contramão aos ganhos obtidos com a Reforma Psiquiátrica, o Brasil tem vivenciado diversos retrocessos nas ações destinadas aos usuários de spa, especialmente no que se refere ao viés conservador adotado pela gestão federal que tem impacto diretamente no modo como estão sendo gestadas estas políticas.

ASCENSÃO CONSERVADORA E A POLÍTICA SOBRE DROGAS

Ao analisar a atual situação do Brasil, Boschetti e Bering (2021) esclarecem que, desde o golpe parlamentar de 2016, com o impeachment da então presidente Dilma Rousseff, o país avança rumo a uma

exacerbação do neoliberalismo, com o crescimento das contrarreformas e privatizações, intensificadas em 2018 pela eleição de Bolsonaro, com suas características de governo de extrema direita, ultraneoliberal e neofascista.

As autoras apontam que o neofascismo surge como estratégia do capital maduro em crise, o qual lança mão da força e violência a favor das condições de reprodução do capital, ficando assim evidentes os elementos fascistas no governo bolsonarista. Tal programática ultraneoliberal vem sendo celebrada pela maioria dos empresários, e tem culminado na destruição de direitos sociais, e evidenciado discursos e ações de criminalização das lutas sociais, negligenciando direitos humanos e as conquistas no campo da cidadania constitucional (BOSCHETTI; BEHRING, 2021).

Ao explicar como o ultraneoliberalismo vira um novo paradigma em governos autoritários, como o caso vivenciado no Governo Bolsonaro, Castilho e Lemos (2021) destacam que:

Vivencia-se na contemporaneidade uma retirada quase total dos direitos historicamente conquistados e a centralização e fortalecimento do poder nas mãos do executivo, que não tem titubeado em lançar mão de um conjunto de medidas de cariz totalitário sob o pretexto de garantir a proteção de seu governo. Este paradigma transforma uma situação de emergência em regra, dando uma roupagem de legalidade jurídica a um conjunto de práticas não consideradas no regramento constitucional (CASTILHO; LEMOS, 2021, p.272).

É incontestável que o Brasil presidido pela extrema-direita tem experimentado notórios retrocessos não apenas em relação a direitos fundamentais, mas em especial às políticas públicas. Viram-se políticas de privatização do Estado, desmonte, destruição e mercantilização das políticas de seguridade social; terceirizações irrestritas; contrarreformas trabalhista e previdenciária; desemprego em massa; crescimento da informalidade; aumento da violência estatal; degradação e demonização dos serviços e servidores/as públicos e sucateamento sistemático do SUS (CASTILHO; LEMOS, 2021).

Somado a isso, dentre os inúmeros motivos que fazem jus a questionamentos quanto ao futuro dos direitos dos brasileiros aquele, que se mostra mais evidente e assustador, são os recorrentes ataques aos pilares da democracia orquestrados pelo atual presidente, insuflando pedidos de retorno da ditadura.

Em 2020, a pandemia de Covid 19, causada pelo novo Coronavírus, ocasionou diversas repercussões não apenas para saúde, mas também sociais, econômicas e políticas para todo o mundo. Apesar de se alastrar

por toda a população, os efeitos da Covid-19 não são democráticos, pois afetaram os segmentos sociais de formas distintas, evidenciando as desigualdades de classe, gênero e raça-etnia. Especificamente no Brasil, a crise sanitária articulou-se com o grave colapso econômico, político e moral já vivenciado, que tem em sua gênese a estrutura e lógica do próprio capitalismo no país.

No que se refere às ações sanitárias e de garantia de saúde à população, os governos das mais diversas nações adotaram medidas para contenção da transmissão do vírus e, no Brasil, estiveram mais evidentes as baixas condições de saúde da maioria da população, e a exacerbação do conflito político vivenciado atualmente no país.

Para além da deficiência de recursos destinados à saúde pública, a nação brasileira se viu confrontada pelas escolhas do chefe do Estado, que inicialmente preferiu negar a existência do vírus e, em seguida, minimizou a gravidade da situação. O Estado, que deveria mostrar-se fortalecido para garantir todo o suporte necessário à população frente à tamanha dificuldade que seria enfrentada, acabou tornando-se palco das ações mais inescrupulosas.

Viu-se um presidente que desmotivou a população a manter-se protegida, através de discursos negacionistas; um governo que se eximiu da responsabilidade de promover e proteger a saúde da população, ao negar o uso de máscaras e recusar a compra de vacinas em tempo hábil; e estimulou constantemente o descrédito em relação ao poder judiciário, em vista aos direcionamentos determinados pelo Supremo Federal, para que estados e municípios pudessem tomar medidas sanitárias, considerando que o governo federal não as fazia.

Outro fator que requer atenção diz respeito ao desmonte das políticas de seguridade social e dos direitos trabalhistas. O governo ao resistir em assumir sua responsabilidade pública em assegurar os recursos públicos e medidas sanitárias para o enfrentamento da pandemia favoreceu a multiplicação e intensificação das desigualdades estruturais do país. Sendo mais atingida a classe trabalhadora, enfrentando dificuldades de acesso ao SUS, desemprego e medidas federais retardatárias, com poucos recursos de auxílio emergencial (BOSCHETTI; BEHRING, 2021).

A crise progressiva gerada pelas políticas sociais neoliberais e pela recessão econômica mundial, com o desinvestimento das políticas sociais e particularmente no SUS (VASCONCELOS, 2016), não se distancia da Política de Saúde Mental, a qual também já vem enfrentando retrocessos com essa ascensão da extrema direita ultraneoliberal ao poder.

Em janeiro de 2019, foi criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania (SENAPRED/MC), já no contexto das alterações promovidas pelo governo federal. A gestão da política sobre drogas, que anteriormente estava a cargo do Ministério da Justiça, foi repassada ao Ministério da Cidadania, que tornou-se responsável pela formulação e implementação das políticas públicas voltadas à redução da demanda por drogas e adotando claramente um viés proibicionista.

Em fevereiro do mesmo ano, foi publicada pelo Ministério da Saúde, a nota técnica nº 11, intitulada “Nova Saúde Mental”, que apresentou alterações para a Política Nacional de Saúde Mental e para as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Dentre as novidades contidas no documento, chamam atenção o incentivo ao atendimento Ambulatorial para pessoas com transtornos mentais mais comuns e prevalentes, e ainda o financiamento da compra equipamentos eletroconvulsionantes pelo Ministério da Saúde.

No que se refere à questão das drogas, a Nota define a inclusão das comunidades terapêuticas como um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apresenta posição contrária à legalização das drogas; e reforça que as estratégias de tratamento propostas pelo governo terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente e livre das drogas. O documento, além de corroborar com a inserção das comunidades terapêuticas na RAPS, apresenta ainda a criação de um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, visando estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços.

Entretanto, após manifestação crítica de diversos segmentos de profissões, de trabalhadores e de usuários dos dispositivos da RAPS, a referida Nota Técnica foi retirada do site do Ministério da Saúde sem manifestação ou explicação por parte do governo quanto ao real significado dessa “nova” proposta para a saúde mental.

Nesta direção, em junho de 2019, foi instituída a Lei nº 13.840, considerada a “Nova Lei de Drogas”, a qual traz modificações na lei anterior (lei nº 11.343/2006), tratando também sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definindo as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e sobre o financiamento das políticas sobre drogas.

Dentre as alterações, as que mais chamam atenção referem-se novamente à inserção das comunidades terapêuticas como um dispositivo da assistência destinada aos usuários. Reforça ainda a abstinência como

foco a ser buscado na assistência destinada aos usuários atendidos, desconsiderando assim aquilo já preconizado em redução de danos como uma perspectiva de cuidado.

A Nova Lei de Drogas apresenta ainda a possibilidade de internação involuntária de usuários de drogas, que pode ocorrer apenas com a autorização médica e familiar, e na falta deste último, profissional da saúde ou assistência social, sem a necessidade de consentimento do usuário, ou mesmo autorização judicial. Essa possibilidade era colocada anteriormente somente na Lei 10.216/2001, que dispõe acerca da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A Nova Lei de Drogas, ao reforçar essa possibilidade de intervenção direcionada aos consumidores de substâncias psicoativas, gerou grandes discussões e manifestações, especialmente por desconsiderar a autonomia dos indivíduos no processo de tratamento e acima de tudo, o direito à liberdade.

Mais adiante, em 2022, foi emitida nova Nota Técnica, de nº 17/2022, que dispõe sobre os procedimentos e orientações técnicas aplicáveis à Rede de Assistência do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). A nota direciona que a Rede de Assistência às pessoas com dependência química e seus familiares, no âmbito do SISNAD, é composta: Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais-Dia, Serviços de Emergências, Corpo de Bombeiros, Clínicas Especializadas, Casas de Apoio e Convivência, Morádias Assistidas, Grupos de Apoio e Mútua Ajuda (BRASIL, 2022).

Mais uma vez, as Comunidades Terapêuticas são colocadas como integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Estas, mesmo apresentadas enquanto instituições privadas ganham com caráter intersetorial e interdisciplinar na nota técnica. Sendo definidas também como serviços de acolhimento residencial, de caráter transitório, com adesão e permanência voluntárias de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Integram também a RAPS do SUS, atuando, ainda, de forma complementar no SUAS (BRASIL, 2022).

As comunidades terapêuticas são instituições que oferecem um tratamento baseado na abstinência. Funcionam majoritariamente em espaços físicos localizados distante dos centros urbanos e a internação ocorre geralmente por um período de 6 a 12 meses. Parte significativa dessas instituições tem número reduzido ou até inexistente de profissionais de saúde e, em maioria, em infraestrutura de pouca qualidade. Possuem ainda

como principais instrumentos terapêuticos a convivência entre pares, orientação religiosa/espiritual, atividades de laborterapia e a utilização da metodologia dos Doze Passos ¹ (ARAGÃO; PRADO, 2015).

Atualmente, o Ministério da Cidadania financia 16.963 vagas em 684 comunidades terapêuticas em todo o país (BRASIL, 2022). São altos valores em recursos públicos destinados a instituições privadas, em detrimento dos serviços dos SUS que passam por processo de sucateamento e deficiência de recursos.

Esse “novo” desenho ameaça garantias de proteção e de dignidade asseguradas pela legislação brasileira às pessoas com transtorno mental, pois incentiva a manutenção de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, cujo modelo de funcionamento está baseado em propostas higienistas que restringem a vontade e os direitos dos usuários, excluindo-os do convívio com a família, violando frontalmente um conjunto de princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, pela Portaria 3.088/2011, pela Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (2009) e pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015) (GUIMARÃES; DOS SANTOS ROSA, 2019, p. 132).

Vê-se, no campo da Política sobre Drogas, a disputa histórica entre os projetos Privatistas e de Reforma Sanitária, ficando explícita a busca pelos interesses políticos e econômicos presentes nesta forma de governo. Disputa a qual, com avanço da tendência ultraneoliberal, tem impostos limites e contingenciamentos não apenas para o acesso universal ao sistema de saúde mental, mas de maneira geral, para a garantia de um sistema de proteção social integrado.

Behring (2009), ao tratar das características da Política Social no Neoliberalismo, assinala que estas entram, neste cenário, caracterizadas como: paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho, e, de preferência, devem ser acessadas via mercado, transformando-se em serviços privados. Os benefícios, serviços e programas sociais deixam de ser, portanto, direitos sociais, para se tornarem um direito do consumidor. Trazendo tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social por parte do Estado.

Ao tempo em que o Estado traz para si a responsabilidade no estabelecimento tanto de diretrizes, de objetivos, como também no

1 O programa de Doze Passos foi criado nos EUA em 1935. Feito inicialmente para o tratamento do alcoolismo e mais tarde estendido para praticamente todos os tipos de dependência química. É a estratégia central dos grupos de mútua-ajuda em seus tratamentos, sendo os mais conhecidos: Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Tem como base a questão religiosa, pois consideraram Deus como poder superior capaz de promover o tratamento.

custeio do cuidado aos usuários de drogas, abre o precedente para que esse cuidado seja executado por instituições particulares, com interesses particulares e objetivos orientados nem sempre para a cidadania ou o bem público (ARAGÃO; ROSA, 2019).

Como apontam Guimarães e Dos Santos Rosa (2019) os retrocessos orquestrados a partir dos fatos apontados remontam uma remanicomialização do cuidado destinado às pessoas com transtorno mental, como parte de um projeto geral de desmonte da política de saúde pública e universal, seguindo tendências neoliberais baseadas no nefasto trinômio da austeridade, privatização e desregulamentação.

O modelo proibicionista baseado na repressão, reclusão e amedrontamento e que defende uma sociedade livre das drogas, infelizmente, tem recebido grande investimento público, e ao mesmo tempo, tem se mostrado mundialmente, menos eficaz, pois não apresenta resultados quanto à diminuição do consumo de psicoativos (DUARTE, 2015).

Mantendo o viés proibicionista, em junho de 2022, foi publicada pelo Ministério da Cidadania uma Cartilha intitulada “Os riscos do uso da maconha e de sua legalização”. Sob o argumento de que o uso terapêutico da maconha voltou a ser tema de discussão no Brasil, com base em informação científica de baixa qualidade e em interesses financeiros de grupos que visam estabelecer o negócio da maconha no país, e apoio de grupos ideológicos, que têm na legalização das drogas sua irresponsável plataforma política (BRASIL, 2022). Contendo a assinatura de diversos gestores, a cartilha traz a maconha como a “responsável por uma proporção substancial de pessoas que procuram tratamento para transtornos por uso de drogas” (BRASIL, 2022, p.17), destaca ainda os perigos da maconha dita como medicinal e aponta os prejuízos familiares e socioeconômicos que a referida droga pode causar.

A mesma cartilha aponta que “qualquer substância com potencial de causar dependência pode apresentar danos decorrentes do uso crônico” (BRASIL, 2022, p.18). Por que então focar o olhar para a maconha? O discurso conservador encontra sua eloquência e suporte naquilo que historicamente é foco da “guerra às drogas”: as drogas ilícitas.

Para compreender o uso nocivo/problemático de substâncias psicoativas e visualizar os sujeitos inseridos neste contexto, é importante considerar que a dependência de drogas é um processo tridimensional, no qual tem-se a substância psicoativa com suas propriedades farmacológicas específicas; o sujeito, com suas características de personalidade e sua

singularidade biológica; e o contexto sociocultural no qual se realiza esse encontro entre sujeito e droga (SILVEIRA; DOERING-SILVEIRA, 2014).

As substâncias psicoativas são distintas e diversas, e do mesmo modo os padrões de consumo. Para considerar um consumo como prejudicial, é importante a compreensão de que o indivíduo está inserido num contexto determinando, e nesse contexto passa a desenvolver um consumo de spa danoso. É a partir dessa relação indivíduo/droga, o contexto que esse processo deve ser analisado. Portanto, a compreensão do tema está para além da droga em si.

O direcionamento conservador para as políticas públicas destinadas às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas acarreta consequências que vão além das estruturas institucionais. Refletem principalmente no estigma enfrentado pelos usuários, desincentivo das ações com base no reconhecimento de direitos e barreiras no acesso a uma saúde universal e igualitária.

CONCLUSÃO

Foi demonstrado neste texto como o viés proibicionista e a perspectiva de redução de danos estiveram presente ao longo da construção da política sobre drogas no Brasil. A questão das drogas no país esteve historicamente amparada por um duplo movimento de políticas. Uma que foi gestada no âmbito da segurança pública e justiça, outra desenvolvida no seio do SUS, que a compreende como questão de saúde pública. Contudo, a partir dos elementos apresentados, viu-se que nos últimos anos, tal política tem sido orientada prioritariamente em torno do viés proibicionista.

As mudanças presentes nas legislações e políticas direcionadas para a questão das drogas também refletem o teor ultraneoliberal e forte orientação conservadora que o Estado brasileiro tem adotado nos últimos anos. É possível identificar um grande descompasso com os avanços adquiridos com a reforma psiquiátrica, a partir do veto da redução de danos em detrimento de um cuidado humanizado.

No contexto da pandemia da Covid-19, essa trajetória se intensifica e soma-se com agudização do desemprego, miséria e insegurança alimentar, que escancarou a necessidade de intervenção do Estado na garantia da saúde da população. Entretanto, o financiamento de instituições privadas com recursos públicos, a transferência de responsabilidade e a repressão como foco da ação têm sido a postura de desproteção adotada pelo atual governo.

A guerra às drogas demonstra seu fracasso ao longo dos tempos e ocasionam não apenas no aumento da violência para a população já marginalizada e vulnerabilizada, como também a dificuldade no cuidado às pessoas que necessitam de assistência, uma vez que o viés proibicionista volta suas ações para a criminalização e repressão, esquecendo-se de olhar para os indivíduos envolvidos nesse processo.

Portanto, faz-se urgente não somente reafirmar os valores e ideais preconizados no âmbito das reformas sanitária e psiquiátrica, mas principalmente reiterar a importância dos direitos duramente alcançados no processo democrático que se desenhou nos anos 1980 no Brasil, em face do presente e real desmonte das políticas públicas brasileiras.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2309-2319, 2009.

ARAGÃO, I; ROSA, L. C. dos S. Política sobre Drogas e Neoliberalismo: comunidades terapêuticas e debate no serviço social. **Temporalis**, v. 19, n. 37, p. 222-238, 2019.

ARAGÃO, I. A.; PRADO, R. S. Atendimento Psicossocial na Cedrogas: relato de experiência e impressões da prática. In: ROSA, L. C. dos S, [et. al] (orgs). **CRR Articulando a RAPS: a construção de novas práticas e saberes no Piauí**. Brasília (DF): Verbis Editora, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Cidadania. Matéria: **Ministério da Cidadania publica orientações para a Rede de Assistência do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Droga**. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-publica-orientacoes-para-a-rede-de-assistencia-do-sistema-nacional-de-politicas-publicas-sobre-drogas>> Acesso em: 28 jul 2022.

_____. Ministério da Cidadania. **Os riscos do uso da maconha e de sua legalização** [livro eletrônico] / Brasil. Ministério da Cidadania. -- Brasília, DF : Ministério da Cidadania, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-cartilha-sobre-os-riscos-do-uso-e-da-legalizacao-da-maconha/copy2_of__RISCOS_USO_MACONHA_DIGITAL_SENAPRED.pdf> Acesso em: 28 jul 2022.

_____. Ministério da Cidadania. Matéria: **Seminário expõe ações do Governo Federal na prevenção e tratamento à dependência química.** Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/seminario-expoe-acoes-do-governo-federal-na-prevencao-e-tratamento-a-dependencia-quimica>> Acesso em: 28 jul 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília (DF), 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 29 jul 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. In: **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais.** CFESS, Brasília, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021.

Brites, C. **Psicoativos (drogas) e Serviço Social: uma crítica ao proibicionismo.** Cortez Editora, 2017.

CARNEIRO, Henrique. **Drogas: a história do proibicionismo.** Editora Autonomia Literária LTDA-ME, 2018.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**, v. 24, p. 269-279, 2021.

DIAS, G. A.; ALBUQUERQUE, R. C.; NAPPO, S. A. (2018) Redução de danos e políticas públicas para pessoas que usam drogas: um relato de experiência sobre a formação clínico-política-pedagógica na formação profissional. **Psicologia Política**, 18(42), p. 353-363.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Da lógica manicomial à rede de atenção psicossocial: a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. FERNANDEZ, O.F.R.L, ANDRADE, M.M, FILHO, N.A, organizadores. **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador, Brasília: EDUFBA, ABRAMD**, p. 139-53, 2015.

GUIMARÃES, T. de A. A.; DOS SANTOS ROSA, L. C. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019.

KARAM, Maria Lúcia. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. **verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol.**, n. 12, 2007.

MOTA, I.A.A; **A intervenção do (a) assistente social com mulheres consumidoras de substâncias psicoativas: o gênero em questão.** Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas – UFPI, 2020.

NERY FILHO, A. et al. (Ed.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais.** SciELO-EDUFBA, 2012.

PETUCO, D.R.S. Redução de Danos-outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. **Curso de Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 6ª ed. Santa Catarina: Ministério da Justiça, 2014.

ROSA, L.C. dos S.; FIGUEIREDO NETO, M. Configurações das experiências com álcool e drogas no Piauí: interface da dependência em crianças e adolescentes com as Políticas Públicas e os Direitos Humanos. In: NUNES, M. de L. R. L. N., ROSA, L. C. dos S., ANDRADE, F. T. **Configurações institucionais e profissionais das intervenções na área de álcool e outras drogas no Piauí: interface entre políticas públicas e direitos humanos.** Teresina: EDUFPI, 29-49, 2009.

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. IN BRASIL. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias** / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6. ed. – Brasília, SENAD-UFSC, 2014.

TORCATO, C. E. Breve história da proibição das drogas no Brasil: uma revisão. **Revista Inter-Legere**, [S. l.], n. 15, p. 138–162, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/6390>. Acesso em: 15 jun. 2022.

VASCONCELOS, E.M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.

CRIANÇA, COVID-19 E (DES)PROTEÇÃO SOCIAL

*Jovina Moreira Sérvulo Rodrigues
Edna Maria Goulart Joazeiro*

INTRODUÇÃO

O capítulo aborda a configuração da prevenção e do cuidado em saúde e da proteção da política de Assistência Social às crianças de famílias de baixa renda, segmento que subsiste numa realidade permeada por elevados percentuais de desigualdade social, acentuada nessa conjuntura pandêmica. E nessa oportunidade, busca-se refletir sobre as dificuldades de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) numa realidade de múltiplos desafios oriundos da crise do sistema capitalista, associados às medidas da PEC de 2016 e agravados pela crise sanitária da covid-19.

Dentre as dificuldades enfrentadas, destacam-se o acesso à renda, à alimentação e às políticas públicas, principalmente de saúde, cuja oferta vem sendo realizada de forma muito precarizada. Todavia, o panorama contemporâneo vem recrudescendo e impactando ainda mais na precarização ou promovendo a ausência de respostas dessas políticas públicas para as famílias vulneráveis, uma vez que, na medida em que esses sistemas sofrem desfinanciamento, a dimensão da universalidade se fragiliza em detrimento da lógica da focalização que se fortalece e ganha mais expressão na agenda governamental – cite-se o Programa Criança Feliz, implantado com a proposta de proteger crianças. Porém,

apresenta como contributo ações focalizadas que desconfiguram a lógica da garantia de direitos e da obrigação do Estado.

O presente estudo representa um recorte da pesquisa de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, que aborda a proteção social à criança em Teresina, capital do Piauí. Importa destacar que a pesquisa acima referenciada foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), para apreciação, de acordo com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) – cadastramento nº 55179921.3.0000.5214 –, por meio da Plataforma Brasil, em cumprimento ao que versa a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos, aprovado em 25/04/2022.

SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: Do direito à universalidade à prevalência da focalização

A abordagem da proteção social à infância, no panorama contemporâneo, busca situar a dinâmica de atenção da rede de políticas de saúde e de assistência social destinadas às crianças vulneráveis, nesse contexto da pandemia do novo coronavírus, cujas medidas de prevenção e de cuidado vêm exigindo a construção de sociabilidades específicas para o alcance de condições dignas de assistência para esse público. No entanto, observa-se que a atenção dessas políticas vem se distanciando cada vez mais do princípio da universalidade e se aproximando da perspectiva focal, visto que o acompanhamento da rede de referência dos territórios das cidades vem buscando meios de adaptar suas ações às medidas sanitárias de prevenção e enfrentamento à covid-19, haja vista que essa doença continua vitimando muitas pessoas.

A covid-19 consiste numa doença infecciosa, causada pelo vírus SARS-CoV-2, que se adapta a climas diversos e tem como principais fatores determinantes de propagação “[...] as aglomerações de pessoas e a ausência de medidas de prevenção e distanciamento social” (MENDES, 2020, p. 4). Estudos apontam que a pandemia causada por esse vírus “[...] afetou todos os aspectos da vida humana, desorganizando os sistemas de atenção à saúde do mundo inteiro e provocando uma crise econômica e social sem precedentes e de dimensões planetárias” (MENDES, 2020, p. 2).

A crise do sistema capitalista, segundo Castel (1998), é oriunda da própria sociabilidade do modo de produção do capitalismo, que vem impactando nas condições de sobrevivência da grande maioria

dos cidadãos em todo o país, uma vez que a crise do capital produziu alterações principalmente para a estrutura do trabalho que, segundo lamamoto (2001), consiste na realidade perversa do subemprego e do desemprego, produzindo maiores demandas para as políticas públicas de proteção social.

Na realidade, a covid-19 aumentou a situação de riscos e incertezas, predominantes no cotidiano da população vulnerável, na medida em que maximizou a situação de subemprego e de desemprego e ampliou o quadro de necessidades, sobretudo as demandas para o âmbito da saúde, exigindo ainda mais das ações do SUS. Contudo importa destacar que o SUAS também vem sendo desafiado devido à ampliação contínua do quadro de disparidades sociais, elevando o contingente de cidadãos vulneráveis e a consequente ampliação das demandas para a proteção social da assistência social. Ademais, o panorama complexo da pandemia propiciou a visibilidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), embora apenas diante da necessidade de mitigação das mazelas sociais agravadas pela citada pandemia, confirmando, dessa forma, a dimensão da focalização das ações desse sistema (PAPI *et al.*, 2020).

Dentre as dificuldades enfrentadas pelas famílias vulneráveis, as condições de subemprego e de desemprego se destacam como principais efeitos da pandemia, que vem desnudando as condições mais aviltantes de sobrevivência dessas famílias. Em meio às múltiplas expressões de vulnerabilidades apresentadas, percebe-se várias formas de insegurança, principalmente as inseguranças de renda e a alimentar, que impactam no aumento das demandas por programas de transferência de renda, auxílios e benefícios do SUAS, os quais, segundo Boshetti e Behring (2021), dadas as formas focalizadas de resposta desse sistema, “[...] se vislumbra um processo acelerado e ampliado de assistencialização/assistencialismo voltado para o pauperismo absoluto, o que difere imensamente do direito à assistência social” (p. 16).

De acordo com pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), os impactos da pandemia no âmbito da infância vêm repercutindo em efeitos diretos e indiretos. De forma direta, por meio das manifestações clínicas da doença; e indireta, pela abrangência dos determinantes sociais da saúde desse segmento, pois o isolamento ocorrido no ápice da pandemia, embora flexibilizado, mas ainda presente na dinâmica contemporânea, propicia prejuízos ao processo de ensino-aprendizagem e à socialização das crianças, repercutindo na ampliação da fome e de riscos de insegurança alimentar no período referente à suspensão das atividades escolares (FIOCRUZ, 2021).

A Fundação Abrinq destaca também, na última divulgação de pesquisa acerca de nascimentos e óbitos de crianças, que houve queda das taxas de mortalidade infantil de 12,4 para cada 1.000 nascidos vivos, em 2019; assim, com queda de 11,5 para cada 1.000 nascidos vivos em 2020. Já a mortalidade na infância sofreu queda de 14,4, em 2019, para 13,2, em 2020. No entanto, de acordo com essa pesquisa, os índices apresentados não significaram avanço nesse panorama, haja vista que a queda simultânea do número de nascidos vivos é que tem repercutido na diminuição dos óbitos.

Os dados dessa mesma pesquisa revelam ainda que 56,9% dos óbitos de crianças menores de 1 ano seriam evitados caso houvesse avanço no âmbito da atenção à mulher e ao bebê, no período referente à gestação, ao parto e ao pós-parto. Calcula-se que em 4,6% dos casos seria possível reduzir o número de mortes, se houvesse ações de tratamento e diagnóstico precoce, adequados, e, na mesma proporção, se alcançaria redução de óbitos via ações de promoção à saúde. Sendo assim, da forma em que se apresenta o cenário atual, os indicadores estão longe de atingir a meta estabelecida pela Agenda 2030.

Destarte a abordagem sobre a importância de medidas de proteção e prevenção à criança e à gestante, ressalta-se a importância das ações da Rede Cegonha, rede de cuidados destinados a assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como às crianças o direito à atenção do nascer ao crescer e se desenvolver, instituída pela Portaria MS nº 1459, de 06 de junho de 2011, e extinta pela Portaria GM/MS nº 715, de 04 de abril de 2022.

Em substituição à Rede Cegonha, instituiu-se a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI). Segundo nota oficial do Conselho Federal de Enfermagem, a extinção ocorreu de forma unilateral, por parte do Governo Federal, via Ministério da Saúde, já que ignoraram “[...] dispositivos legais, evidências científicas e apelos ao diálogo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e instâncias de controle social, ao instituir unilateralmente a RAMI”. A nova rede destaca a atuação do médico obstetra e exclui o papel do enfermeiro obstetra, contribuindo, assim, com o enfraquecimento da universalidade da atenção (COFEN, 2022) e da interdisciplinaridade repercutindo, respectivamente, na ascensão da focalização e no declínio da intersetorialidade (PEREIRA, 2014).

De acordo com análise da FIOCRUZ, a pandemia vem propiciando o afastamento do convívio da família extensa, assim como de toda a

rede de apoio, composta por amigos e vizinhos; facilitando o surgimento de estresse que, conseqüentemente, tem afetado a saúde mental das crianças, refletindo-se em vários sintomas, dentre os quais a depressão, o aumento da violência e do abuso contra as crianças, devido ao fechamento de creches, colégios e escolas em geral. Registrou-se ainda a obesidade infantil e um declínio geral na procura pelos serviços de saúde, repercutindo principalmente na redução dos níveis de vacinação (FIOCRUZ, 2021).

Ao emitir importante alerta à sociedade, por meio da mensagem, ressaltando que “É urgente proteger crianças e adolescentes contra a violência durante o isolamento social”, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) registra que pandemias e epidemias sempre elevam os índices de desproteção às crianças, haja vista os impactos devastadores que resultam na notificação de violência contra crianças e na prestação de serviços. E, atualmente, cerca de dois terços dos países relataram descontinuidade dos serviços, o que vem afetando, gravemente, a atenção e a proteção.

A crise civilizatória oriunda da covid-19 vem evidenciando não somente a incipiência acerca do trato com a pandemia, uma vez que há ausência de capacidade instalada dos serviços; a insuficiência de recursos humanos e, sobretudo, de materiais, manifestados por meio do colapso dos hospitais e das instituições de tratamento, cuidado e proteção, mas, de modo mais evidente, acerca das condições de “[...] desfinanciamento e desinvestimento em políticas públicas [...]” que configuram o quadro de dificuldades enfrentadas nesse contexto (FERLA *et al.*, 2020, p. 2).

Teoricamente, a proteção social, como direito de cidadania legitimada pela Constituição de 1988 e circunscrita nas ações da Seguridade Social, que tem como princípio basilar a universalidade da cobertura e do atendimento, conforme o art. 194 da citada Carta, deveria ser ofertada de forma universal. No entanto, o que seria uma garantia universal vem se tornando cada vez mais focalizada, especialmente no que se refere aos programas de transferência de renda, que, como medida protetiva, segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2004), deveriam elevar a qualidade de vida da população e não somente representar uma estratégia de enfrentamento às expressões da questão social, principalmente após os agravos propiciados pela crise sanitária da covid-19.

Infere-se que a assistência social, hoje, reconhecida como uma política de seguridade social, por meio da Constituição Federal de 1988, enfrenta o desafio de ser uma política pública afiançadora de direitos na perspectiva universal que, nessa direção, traz à tona a centralidade

na construção da intersectorialidade nas ações internas e externas a essa política. E, dessa forma, o SUAS representa importante mecanismo de desenvolvimento de estratégias dentro de um território, composto por uma multiplicidade de situações complexas que possibilitam acesso às políticas sociais, conforme sua diversidade.

Assim sendo, o aumento do número de casos de covid-19, tanto em nível nacional quanto local, ao tempo em que vem provocando intensas discussões, e por alterar a dinâmica de vida das pessoas, dada a necessidade de novas sociabilidades, Castel (1998) exige respostas mais efetivas do viés intersectorial (PEREIRA, 2014). Enquanto a ação do SUAS, em face de tal situação, tem como principal desafio assegurar direitos diante das demandas conjunturais iminentes nos territórios.

Considerando-se que o campo da saúde é um espaço social que convive diuturnamente com múltiplos e mútuos desafios e, para tanto, demanda a construção de novos conhecimentos à medida que se constitui num espaço que requer do protagonista da atividade de trabalho, - ou seja, de *quem* nele intervém - há o desafio de desvendar a realidade concreta, uma vez que esse espaço é, ao mesmo tempo, um lugar de trabalho e de formação para profissionais que intervém nesse campo de saber (JOAZEIRO, 2018; JOAZEIRO, 2015) específico, o da saúde pública - consiste na instância legítima para atuar no cuidado e na prevenção, portanto, é a porta de entrada para as ações de identificação e de acompanhamento das famílias.

Contudo, é necessário que as famílias sejam potencializadas por meio de orientações e informações, para que possam buscar a proteção social assegurada por um conjunto de políticas, no sentido de promover condições que lhes permitam o acesso ao direito de viver com dignidade e com justiça social, pois essa doença tem afetado as parcelas mais pobres da população brasileira.

Quanto à Política de Assistência Social, por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), espera-se a incorporação, em suas ações, das temáticas demandadas pela problemática instalada. Contudo, tais ações não devem se reduzir tão somente às discussões sobre a pandemia, mas também promover reflexões sobre sua realidade e contribuir com fortalecimento da autonomia e empoderamento dos usuários dessa política, possibilitando proteção e qualidade de vida para a população.

Essa pandemia do coronavírus, na qual se encontra imersa a maior parte da sociedade mundial, em especial as populações dos países

pobres, que subsistem às mais profundas expressões de desigualdade, remete ao que Cobo (2012) chamou de “futuro incerto”, e que se associa às incertezas referentes aos acontecimentos inesperados no cotidiano dos sujeitos, principalmente no que se refere ao processo de adoecimento, à perda da capacidade para o trabalho, à insegurança alimentar e de renda, entre outros aspectos capazes de promover grandes e eventuais mudanças na vida das pessoas.

PROTEÇÃO SOCIAL E VULNERABILIDADE

A proteção às famílias, sobretudo às crianças, representa um dos objetivos das políticas públicas de proteção social inscritas na Constituição de 1988, resultante de conquistas e de fervorosas lutas em favor dos direitos de cidadania para crianças, que se baseia no trecho da Carta Constitucional, a qual versa que sejam assegurados, “com absoluta prioridade”, os direitos desse segmento sob a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado (RIZINNI; PILOTTI, 2011).

De acordo com Di Giovanni (1998), a proteção social se constitui numa estratégia histórica que, tradicionalmente, integrou as sociedades humanas sob alguma forma de solidariedade social e que, com o passar do tempo, foi se desenvolvendo, se aprimorando, se especializando e percorrendo os mais diferentes grupos e espaços societários, das formas mais simples, como a proteção social desenvolvida pela família, às mais complexas, como as formas institucionalizadas pelos sistemas capitalistas europeus.

Com base numa perspectiva residual e focalizada na pobreza, Cobo (2012) menciona que o sistema de proteção social consiste num conjunto de ações destinadas a promover a melhoria das condições de vida dos cidadãos pobres e vulneráveis, em situações de riscos e incertezas, tais quais o desemprego, as doenças, a deficiência, a velhice, entre outros agravos. Ressalta-se, no entanto, que, para os abrangentes sistemas europeus, a proteção social se destina a proteger todos os cidadãos nas mais adversas situações de ameaça e infortúnio que possa acometê-los em todos os seus ciclos e padrões de vida, segurança e desenvolvimento.

Importa destacar que essa pandemia se instalou num país permeado por várias formas de desigualdade social, no qual o estado do Piauí, e, notadamente, a sua capital, que se encontra em intenso processo de urbanização, vêm sendo acometida por esse fenômeno que impacta diretamente no aumento do número de famílias vulneráveis nas periferias

de Teresina e, conseqüentemente, no aumento da demanda por serviços públicos. Mas de acordo com Lima (2013, p. 144):

O aumento da vulnerabilidade social das populações pobres estava associado não apenas às distorções do processo de urbanização e da ineficiência das políticas estatais no equacionamento da questão urbana, mas também ao fraco desempenho da economia do estado, baseada no setor terciário, notadamente no segmento informal.

As condições de desigualdade com as quais conviviam as famílias vulneráveis antes da pandemia do novo coronavírus se acentuaram a partir da pandemia da covid-19. No entanto, não houve alteração no contexto político-econômico capaz de modificar a situação de pobreza da população, seja por oportunidades propiciadas pelo sistema capitalista, seja pelas ações complementares que deveriam ser implementadas junto às políticas de transferência de renda, na área de trabalho e emprego, destinadas ao empoderamento das famílias e à superação da pobreza (SILVA; LIMA, 2014).

No entanto, a situação das famílias não se modificou, uma vez que não houve iniciativa de ações complementares; a política de transferência de renda, que segundo Silva (2016), se trata de uma transferência monetária, não articulou a sua dimensão estruturante no sentido de desenvolver ações e/ou programas que venham a proporcionar a superação das condições de vulnerabilidade das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. E, assim, por meio da focalização, “[...] direciona recursos e programas aos grupos populacionais vulneráveis no conjunto da sociedade” (SILVA; LIMA, 2014, p. 56).

Muito embora seja compreendida como uma categoria articulada à universalização, entende-se que a focalização consiste no reverso da universalização, pois, enquanto a universalidade corresponde ao “[...] processo de extensão de bens e serviços considerados essenciais, principalmente nos campos da educação e da saúde, ao conjunto da população de uma localidade, cidade, Estado ou País [...]”, a focalização representa uma ação de política pública destinada a um determinado segmento ou recorte de população considerado vulnerável, circunscrita pelo sistema capitalista contemporâneo, na sua vertente neoliberal, cujas orientações, fundamentadas no Consenso de Washington, são pautadas em ações de políticas públicas de enfrentamento à pobreza de ordem focal (SILVA *et al.*, 2016, p. 56).

O PBF e o PCF: Proteção social e intersetorialidade

A despeito do processo de redemocratização e respectivas conquistas inscritas na Constituição Federal de 1988, as garantias sociais previstas não deram conta de construir um sistema de Bem-Estar Social com padrão societário baseado nos direitos de cidadania (SILVA, 2016). E com o advento do neoliberalismo no Brasil, constituiu-se um sistema de proteção social baseado na descentralização, privatização e focalização dos programas sociais, orientado pelos Organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (SILVA; YASBEK; DI GIOVANNI, 2004).

De acordo com esses autores, os programas de transferência monetária integrantes do sistema de proteção social brasileiro, desde sua idealização, são benefícios de caráter assistencial, eventual, pontual, localizado e emergencial, voltados para os indivíduos em situação de pobreza, e apresentaram como foco prioritário a proteção às crianças em situação de risco social, dentre todas as formas de desproteção.

Sabe-se que o Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em 2003, portanto, há quase duas décadas. pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, por meio da Portaria nº 132, convertida na Lei nº 10.836, em 2004. Sabe-se também que o PBF, desde sua criação, apresentou inúmeros desafios, principalmente no tocante à migração e à unificação dos programas federais existentes e às questões orçamentárias e de financiamento.

No entanto, representou o marco inaugural da configuração de uma política pública destinada ao enfrentamento da pobreza, por meio da garantia do “[...] acesso a transferência monetária, a indivíduos ou a famílias, de uma renda mínima de subsistência em caráter de complementaridade à renda do trabalho [...]” como garantia constitucional de direitos sociais. Representou também uma inovação no âmbito da política social brasileira, sobretudo pela unificação da gestão e execução das ações de transferência de renda (SILVA, 2016 p. 29).

O PBF, desde sua criação, se fundamentou num “[...] diagnóstico sobre programas sociais em desenvolvimento no Brasil, à época da transição do governo FHC para o governo Lula da Silva, em 2002 [...]”, e teve como objetivo contribuir para a inclusão social de milhões de famílias brasileiras e suas crianças, em situação de pobreza e extrema-pobreza, priorizando o enfrentamento à fome e à miséria no país. Assim também como o incentivo ao desenvolvimento da articulação intersetorial

entre os serviços da assistência social, educação e saúde, a partir das condicionalidades do programa (SILVA, 2016, p. 33).

Há particularidades no PBF sobre as quais Silva (2016), para explicitá-las, se fundamenta nas análises de Amartya Sen (1978, 1988, 1992, 2000), que considera a pobreza, como categoria teórica, base para a concepção dos programas de proteção social dos países da América Latina e do Caribe. A pobreza, na perspectiva de Sen (*apud* SILVA, 2016), consiste num “[...] fenômeno social complexo decorrente da privação de necessidades materiais de bem-estar e de negações de oportunidade de acesso a padrões aceitáveis socialmente [...]”, o que enseja a criação de oportunidades a partir da oferta de serviços de educação, saúde e ações complementares, compreendidos como “benefícios não monetários” (p. 49).

Portanto, a ênfase nas condicionalidades do Programa decorre da perspectiva analítica de Sen, o qual acreditava que, a partir da oferta de serviços via ações complementares, os indivíduos e famílias se habilitariam a romper o círculo vicioso e intergeracional da pobreza, por meio das ações de educação, saúde, nutrição, capacitação profissional e de um conjunto de programas sociais voltados à capacitação das famílias com vistas ao alcance da inclusão e emancipação delas.

Dessa forma, o PBF legitimou-se como um programa de transferência de renda, com condicionalidades que consistem no acompanhamento, na área da saúde, de mulheres em idade fértil, gestantes, nutrizes e de crianças de 0 a 7 anos; e, na área da educação, via conjugação de esforços para o acompanhamento da frequência escolar, cuja operacionalização se caracteriza pela lógica da gestão integrativa e intersetorial, que, por meio da Política de Assistência Social e de sua interface com as políticas de saúde e de educação, promove o acesso às famílias beneficiárias, devendo imprimir atenção prioritária às famílias com crianças (BRASIL, 2018).

Segundo Yazbek (2001), a intersetorialidade consiste num fenômeno recente, considerado como um novo modelo de atuação do Estado no tocante às ações conjuntas, que vem se firmando, no âmbito da política social, como um mecanismo norteador de ações integrativas destinadas ao atendimento da população em rede. Na perspectiva de Pereira (2014), a intersetorialidade é compreendida como uma categoria teórica que reúne múltiplos conceitos e significados, perpassando o universo da interdisciplinaridade, que se constitui numa importante ferramenta para o alcance da articulação intersetorial.

Segundo essa autora, tal fenômeno vem despertando crescente interesse intelectual e político, notadamente no âmbito das políticas sociais públicas, por reconhecer que

[...] a relação concertada entre setores implica em mudanças substanciais na gestão e impactam na ampliação da democracia e da cidadania social. Consiste ainda numa nova lógica de gestão, que transcende a unidade setorial, e numa estratégia de articulação de setores. (YAZBEK, 2001, p. 23).

Com efeito, o reconhecimento das dificuldades existentes no âmbito do acesso aos serviços de saúde, por parte da própria esfera federal, concretiza-se ao implementar as ações de acompanhamento das condicionalidades do PBF na área da saúde, como reforço do acesso a essa política destinada, sobretudo, às famílias que historicamente ficaram à margem do acesso, seja pelas condições de exclusão social; de inadequação na oferta dos serviços ou pela ausência da concepção do acesso pela via dos direitos de cidadania (BRASIL, 2018).

Apesar das orientações dispostas nas normativas do programa, de que as ações de acompanhamento das condicionalidades devem ser realizadas de forma integrada e articulada com os vários segmentos de políticas, entre esses, a saúde, esse fato representa um dos principais desafios para a institucionalidade do PBF, pelo seu formato de execução, por meio da gestão compartilhada das ações, através das três esferas de governo e dos diversos setores de políticas públicas, sobretudo de saúde.

Nessa perspectiva das ações intersetoriais voltadas para a institucionalidade do PBF, ressalta-se que a trajetória do Programa, em Teresina-PI, no âmbito das condicionalidades, foi marcada por expressivos desafios no tocante ao cumprimento das metas instituídas pela esfera federal, uma vez que havia uma cultura disseminada entre os profissionais da atenção básica de que as ações destinadas ao PBF deveriam fazer parte do rol de atribuições da assistência social e não da saúde, muito embora os interlocutores do PBF na saúde, cite-se a gestão da Fundação Municipal de Saúde, tenham sempre manifestado apoio e contribuição, de forma satisfatória, para o desenvolvimento das atividades (RODRIGUES, 2020).

Diante disso, foi necessária a implementação de ações intensivas de cunho educativo e de sensibilização quanto às obrigações do Programa e a lógica integrativa dos segmentos de políticas públicas responsáveis pelas condicionalidades, no sentido de imprimir também a compreensão de que a interseção entre saúde e assistência social é imprescindível, pois

as famílias beneficiárias do PBF se constituem no mesmo público-alvo que demanda ações das UBS e das escolas (RODRIGUES, 2020, p. 14).

Portanto, apesar do avanço das políticas públicas, no âmbito da descentralização, para atender ao propósito de universalização do acesso, evidencia-se a fragilidade na execução das ações, já que o Programa depende, quase integralmente, de ações intersetoriais, além da falta de clareza na definição e deliberação dessas estratégias, tornando, assim, a concretude das ações dependente da iniciativa local, o que não é suficiente para promover o atendimento à demanda necessária (BRASIL, 2014).

Apesar das controvérsias e percepções pouco consensuais em torno das condicionalidades do PBF, dimensão central desse Programa, ressalta-se a relevância do fortalecimento interpolíticas de saúde, educação e assistência social, um importante mecanismo de ação das políticas públicas, que, até meados de 2020, apesar das fragilidades, vinham impulsionando a operacionalização do atendimento de seus beneficiários e propiciando o alcance de índices de acompanhamento satisfatórios para o município (RODRIGUES, 2020). No entanto, após o advento da pandemia da covid-19 e a respectiva descontinuidade de ações e serviços de forma presencial, além da suspensão do cumprimento das condicionalidades, não foi possível dar seguimento ao monitoramento de tais ações.

O Programa Criança Feliz (PCF) consiste numa política pública que vem buscando afirmação no âmbito das ações intersetoriais propostas pelo Governo Federal, trata-se de um Programa instituído pelo Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016, revogado pelo novo Decreto de nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, aprovado sob a retórica de que representa uma importante ferramenta de gestão, que compreende a criança na faixa etária da primeira infância, devendo esta ser atendida em sua integralidade, ou seja, conforme a totalidade de fatores que lhe sejam afetos no âmbito da contextualidade de vivência desta e de sua família.

O PCF apresenta como objetivos a promoção do desenvolvimento infantil integral, o apoio à gestante na preparação para o nascimento de seu filho e nos cuidados perinatais, além da mediação do acesso a serviços públicos para essa população. De acordo com a normativa de criação, tais objetivos deverão ser alcançados através de visitas domiciliares e por meio da integração com as políticas públicas territoriais, principalmente de coordenação e integração dos serviços de saúde, educação, assistência social, meio ambiente, cultura, lazer e ações do sistema de garantia de direitos, com vistas a assegurar as condições satisfatórias para o desenvolvimento da criança (BRASIL, 2016).

De acordo com normativa específica, a intersectorialidade do Programa Criança Feliz deve ser garantida pela articulação e cooperação multidisciplinar nos três níveis de Governo. A partir desse processo, se dá a elaboração e a revisão de estratégias setoriais por meio de construção dialógica e crítico-propositiva, com a devida transparência via participação dos Comitês Intersetoriais da Primeira Infância, dos Conselhos de Formulação e de Controle Social e das Organizações da Sociedade Civil em nível local, com as famílias beneficiadas (BRASIL, 2016).

A interlocução entre os Programas Bolsa Família e Criança Feliz, na perspectiva de buscar a superação da exclusão social, deve ocorrer a partir da intervenção dos referidos programas, com foco nas demandas sociais complexas e multifacetadas, as quais necessitam da tessitura de relações sinérgicas entre os diversos setores e vertentes de saberes para o enfrentamento da situação da criança no país. Dessa forma, diante da complexa situação de vida das famílias que vivem sob os ditames da vulnerabilidade, sobretudo as beneficiárias do Programa Bolsa Família, urge o estabelecimento de uma intervenção articulada *com* e *entre* as políticas públicas a fim de que se possa garantir que as necessidades fundamentais da criança sejam supridas.

Com efeito, apregea-se que o alcance do desenvolvimento integral das crianças acompanhadas pelo Programa Criança Feliz reside na interlocução entre as ações compostas pela orientação dada às famílias nas áreas do desenvolvimento cognitivo, motor, socioafetivo e de vínculos familiares das crianças com as ações integradas que o Programa propõe na área da saúde, educação e cultura no território em que a família se encontra.

A partir do exposto, infere-se que o Programa Criança Feliz se destina a promover a proteção integral às crianças de 0 a 6 anos, através das simples ações de incentivo e orientação às famílias, por meio de visitas técnicas e periódicas, a cuidarem melhor de suas crianças. Segundo normativa, o Programa representa um reforço para o Marco Legal da Primeira Infância e enfatiza a necessidade de esforços das três esferas de governo, da família e da sociedade no sentido de promover e defender os direitos das crianças.

Segundo Arcoverde *et al.* (2019), nessa conjuntura contemporânea de crise, o PCF representa a intensificação dos retrocessos no âmbito da garantia de direitos e das políticas sociais, pois, embora implementado no âmbito do SUAS, segue direção contrária à Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a esse sistema, cujo olhar protetivo voltado à criança, ao tempo em que se configura como uma ação paralela, pois

incorre em ação atribuída ao Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), no âmbito da Proteção Social Básica, representa um processo de desresponsabilização do Estado no tocante à proteção à criança. Sendo assim, o Programa representa a minimização da ação do Estado sobre esse público e a maximização do papel da família na atenção e proteção à infância.

As autoras asseguram ainda que o PCF representa o reordenamento das políticas sociais com a supressão da função protetiva do Estado, relegando o dever de provimento da proteção das crianças à família, ao mercado, ao terceiro setor e à sociedade em geral. Portanto, trata-se de uma nova estratégia para intensificar a desresponsabilização do Estado e o próprio desmonte das políticas sociais, uma vez que institui metodologia de atendimento pautada em princípios da política de saúde e da assistência social, porém, divergindo dos serviços socioassistenciais do SUAS.

Contudo, importa alertar sobre a necessidade de a participação social acompanhar e promover debates pautados nos direitos sociais, como garantia constitucional, e propiciar reflexões sobre limites e possibilidades de avanços do SUS e do SUAS, pautando nas estratégias coletivas de enfrentamento das desigualdades que perpassam todos os contextos de uma ou outra política social, que, após o congelamento dos gastos com as ações, notadamente as de proteção social, via advento da PEC nº 95 de 2016, essas políticas públicas vêm apresentando déficit contínuo e, conseqüentemente, promovendo o aumento da segregação social das camadas pauperizadas, dadas as situações contínuas de riscos, inseguranças e vulnerabilidades produzidas na atual sociabilidade burguesa (CASTILHO, 2021).

Considerando-se as múltiplas disparidades sociais que tem se alastrado pelos territórios do país e das regiões de Teresina, cujo enfrentamento vem se apresentando como um grande desafio na realidade das famílias vulneráveis, e que seu enfrentamento demanda a implementação de ações de políticas públicas, de programas e projetos que garantam direitos sociais e de cidadania plena, embora tais políticas e programas estejam em situação deficitária, há que se compreender que a responsabilidade dessas ações é do Governo Federal, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (SILVA, 2016).

CONCLUSÃO

A situação de riscos e inseguranças enfrentadas pelos segmentos vulneráveis vêm sendo potencializadas com o advento da pandemia

da covid-19, que, como assegura Castilho (2021), a pandemia desvela situações que são estruturais das sociedades capitalistas de produção, cujo *modus operandi* vislumbra tão somente o lucro, sobretudo na atualidade, em que impera a racionalidade do ultraneoliberalismo (BOSHETTI; BEHRING, 2021). Assim, as desigualdades evidenciadas não são situações originárias da crise sanitária. Segundo a autora, são situações evidenciadas e agravadas nessa conjuntura, de tal forma que chega a se comparar com aquilo que estava “[...] embaixo do tapete: o tamanho da desigualdade existente numa sociedade de informais e desempregados/as” (CASTILHO, 2021, p.15).

Diante da situação de vulnerabilidade na qual se encontram as famílias alijadas do mercado de trabalho, assim também como aquelas que faziam parte das fileiras de trabalhadores informais, cuja pandemia lhes tirou essa, já precária, forma de garantir sua sobrevivência, potencializando as malhas do desemprego e, conseqüentemente, da pobreza, restou a essas famílias a busca pela assistência social, cujas ações, serviços e programas, projetos e benefícios foram legitimados constitucionalmente e que, embora fragilizadas e precárias, ainda que a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) lhes conferisse acesso, como um direito de cidadania, a realidade materializada pelo SUAS impõe critérios de inserção de tal forma a promover a troca de universalização para focalização (ARCOVERDE, 2019).

Nesse sentido, importa observar que a lógica do PCF, segundo Sposati (2017, p. 2), além de ser “[...] contrária ao princípio da universalidade assegurado pela Convenção sobre os Direitos da Criança, pela CF/88, pelo ECA e demais normas correlatas, não possui sintonia nem mesmo com o recorte do atendimento às crianças de famílias vulneráveis”. E, ademais, representa um grande retrocesso tanto ao resgatar os padrões higienistas, de atenção e cuidado com a infância, do médico Moncorvo Filho, de meados do século XIX, fundamentados na caridade, quanto ao promover o resgate do primeiro-damismo para o cotidiano cujas ações destinadas à infância se fundamentam nos direitos sociais como garantias constitucionais.

Nesse sentido, busca-se refletir sobre a responsabilidade do Estado de proteger as crianças cujo futuro é incerto, tanto pelas condições de desigualdade em que se encontram inseridas quanto pelas condições de risco no processo de desenvolvimento que o precário ou nulo acesso às ações de políticas públicas poderá acarretar.

Por fim, ressalta-se a importância de se repensar e se construir uma linha de cuidado e desenvolvimento específicos, alinhados às adequações

de crescimento das crianças, ao acompanhamento sanitário preventivo contra os agravos da covid-19, coerente com suas necessidades de atenção e proteção de forma prioritária, a fim de garantir um padrão de desenvolvimento compatível com suas necessidades e peculiaridades, e que proporcione uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R. **Assistência Social na pandemia da Covid-19: proteção para quem?** In **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10836, de 09 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial da República**. <https://bit.ly/3tbBLk5>. Acesso em: 02/10/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 agosto de 2022.

BRASIL. Marco Legal da Primeira Infância, **Lei nº 13.257**, de 08 de março de 2016.
Brasília: Senado Federal, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Portaria nº 956**, de 22 de março de 2018. Dispõe acerca do Programa Criança Feliz. Disponível em: [Portaria nº 956, de 22 de março de 2018 – Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://www.gov.br). Acessado em 19 de jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 715**, de 04 de abril de 2022. Institui a Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 03 agosto de 2022.

CASTEL, R. **As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda. 1998. p.21-35

CASTILHO, D. R. A proteção social não contributiva e o princípio da equidade como paradigma para a gestão dos direitos socioassistenciais no enfrentamento das desigualdades. Coletânea de textos. **Assistentes sociais no esquentando da Conferência** - Reflexões para 12ª Conferência Nacional de Assistência Social (2021). CEFSS, Brasília - DF, 2021. ISBN 978-65-86322-04-0

COBO, B. **Políticas focalizadas de transferência de renda**: contextos e desafios. São Paulo: Cortez, 2012.

COFEN. **Nota oficial contra o desmonte da Rede Cegonha**. Brasília, 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-repudiam-desmonte-da-rede-cegonha_97611.html Acesso em: 04 agosto 2022.

DI GIOVANNI, Sistema de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA M.A. (Org.). **Reforma do Estado e política de emprego**. Campinas-SP: IE/UNICAMP, 1998.

FERLA, A. A., et al. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. *In* Revista **Saúde em Redes**. (ISSN 2446-4813), v. 6, Supl. 2 (2020).

FIOCRUZ. **Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Filgueira**. Covid-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. 2ª ed. 21 set., 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-e-saude-dacrianca-e-do-adolescente-segunda-edicao/>. Acesso em: 02 de junho de 2022.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da infância e da adolescência no Brasil**. São Paulo, 1ª Edição, 2022. Disponível em: <https://fadc.org.br/sites/default/files/2022-03/cenario-da-infancia-e-da-adolescencia-no-brasil-2022.pdf>. Pdf. Acesso em: 02 de junho de 2022.

GRISI, S. J. F. E. et al. Fundamentação teórica do desenvolvimento infantil. In **Desenvolvimento da criança**. GRISI, S. J. F. E., ESCOBAR, A. M. de U. e GOMES, F. M. da S. (Orgs.). 1ª Ed., - Rio de Janeiro: Ateneu, 2018.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis** – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

JOAZEIRO, E. M. G. **Supervisão acadêmica e de campo**: relação entre saberes. Teresina: EDUFPI, 2018.

JOAZEIRO, E. M. G. Social Work and Professional training: tension among Rationalities, Temporalities and Relationships. In: SILVA, A. M. C.; APARICIO, M. T. **International handbook of professional identities**. 1ed.CA, USA: Scientific & Academic Publishing, 2015, v. 1, p. 318-342.

LIMA, A. J. de. Gestão urbana e Habitação de Interesse Social. In: **Sociedade em Debate**, Pelotas, 19(1): p. 136-165, jan.-jun./2013.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível [Internet]. 2020 [citado em 2020 dez 12]. Disponível em: <https://www.resbr.net..br/wp-content/uploads/2020/12/Livro-Terceira-Onda-por-Eugênio-Vilaca-Mendes.pdf>.

PAPI, L. P. et al. A Assistência Social como serviço essencial de combate à crise da COVID-19: uma análise das estratégias municipais de ação e do papel dos trabalhadores de linha de frente. **44º Encontro Anual da ANPOCS GT33** - Políticas Públicas – Dez. 2020.

PEREIRA, P. A. P. A intersetorialidade das políticas sociais no âmbito da dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social. 2014.

RIZZINI, I.; PILLOTTI, F. A infância sem disfarces: uma leitura histórica. **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência social no Brasil. RIZZINI, I.; PILLOTTI, F (Orgs.)3. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RODRIGUES, J. M. S. Condicionais do Programa Bolsa Família em Teresina-PI. **A política de assistência social no contexto teresinense**: gestão de boas práticas. 2020.

BRAGA, I.A. et. al. (Orgs), Teresina: EDUFPI, 2020.

SILVA, M. de O. da S.; LIMA, V. F. S. de A. Avaliando o Bolsa Família: unificação, focalização e impactos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SILVA, M. O. S. e. Focalização e Universalização no Bolsa Família. *In*: SILVA, M. O. S. (Coord.) **O Bolsa Família: verso e reverso**. Campinas - SP: Papel Social, 2016.

SILVA, M. O. S. e; YAZBEK, M. C.; DI GIOVANNI, G. **A Política Brasileira no Século XXI**: a prevalência dos programas de transferência de renda. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, A. Transitoriedade da felicidade da criança brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 526-546, set./dez. 2017.

O FEMINICÍDIO E A COVID-19: UMA DUPLA PANDEMIA

*Ana Vitória de Sousa Silva
Elaine Ferreira do Nascimento*

INTRODUÇÃO

A COVID-19 tem diariamente afetado a rotina das pessoas em todo o mundo, o avanço da doença logo despertou a atenção das autoridades governamentais para serem tomadas as estratégias de contenção à disseminação do vírus, a principal medida tomada foi o isolamento social domiciliar, sendo proibida a aglomeração em qualquer local público e privado. Entretanto, deve ser enfatizado que nem todas as pessoas puderam e podem ficar em casa para se proteger contra o coronavírus, pois além da crise sanitária, a crise econômica também se encontra em estado de alerta e com o desemprego em alta, muita gente não teve escolha a não ser sair de casa para ter a garantia de uma renda.

O atual cenário pandêmico engrandeceu também as tensões contundentes da organização social contemporânea, a desproporcionalidade do padrão epidemiológico de contaminação refletiu diretamente sob as desigualdades estruturais de raça, gênero e classe, tendo em vista a diferença na propagação do coronavírus entre os grupos populacionais, pois o impacto da doença não é democrático, as maiores incidências geralmente estão concentradas entre mulheres e pessoas negras de baixa renda, o que consiste em um resultado de

múltiplos fatores históricos e socioculturais, referentes à marginalização, falta de acesso à saúde, precárias condições de vida e de trabalho, etc.

Desse modo, é possível compreender por meio de uma perspectiva interseccional que o público mais afetado em decorrência dos danos causados pela pandemia, seja de forma econômica ou social, foram as mulheres negras, são estas que majoritariamente residem nas periferias distanciadas de qualquer tipo de assistência e trabalham na informalidade, pois são as responsáveis por chefiar e sustentar famílias. Nesta conjuntura pandêmica, foram elas que estiveram à frente dos cuidados domésticos dentro e fora de casa, expostas ao vírus durante o deslocamento de um lugar para o outro para garantir a sobrevivência em um cenário duro e aterrador, tal situação revela a desproteção social que atravessa estas mulheres, considerando que elas ocupam o mais baixo nível da pirâmide social devido as opressões impostas pelo racismo e pelo machismo, ambos arcabouços que as tornam o alvo constante da violência, logo, os corpos negros são os que mais padecem diante de qualquer desordem, seja econômica, social ou política.

Entretanto, é relevante frisar que a pandemia não foi a causa para muitos dos problemas sociais que o Brasil possui, como as desigualdades estruturais do racismo, do sexismo, da LGBTfobia, da desigualdade social, etc. pois estes impasses apenas ficaram escancarados com o atual contexto. Durante o início da pandemia, por exemplo, foi observado um grande aumento dos casos de feminicídio, 61,8% concentrados entre as mulheres negras e 36,5% entre as mulheres brancas, reitera-se que as tensões provocadas pela proximidade da vítima com o agressor tornaram mais propensas as ocorrências de assassinatos (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021).

Logo, ressalta-se que a grande maioria desta população de mulheres negras que não tiveram direito ao isolamento social, correram o perigo de morrer por contaminação pelo vírus da COVID-19 e as que ficaram reclusas em casa, estiveram em uma situação de grande ameaça pela proximidade com o agressor, correndo o risco de serem mortas por feminicídio. Assim, este artigo teve como objetivo fazer uma discussão dos impactos que a pandemia causou e agravou para as mulheres negras, tendo em vista que tanto a COVID-19, quanto o feminicídio constituem problemas de saúde pública coletiva mundial e ambos são expressões da questão social que se potencializam mutuamente aumentando a letalidade nesta situação pandêmica.

O artigo teve como problema de pesquisa: Quais os impactos do feminicídio na pandemia de COVID-19 para as mulheres negras? E para

a construção e desenvolvimento do texto, a metodologia utilizada foi uma abordagem qualitativa por meio de um estudo do tipo descritivo exploratório em que foram selecionados artigos que fazem uma discussão sobre a situação de violência doméstica e feminicídio na pandemia, a biblioteca virtual utilizada para a busca do material foi o Google Acadêmico, e os descritores foram: violência contra a mulher, feminicídio, interseccionalidade, COVID-19.

O texto foi dividido em dois subtópicos: primeiramente, foram colocadas a partir de uma perspectiva interseccional, algumas reflexões sobre os impactos que a situação pandêmica ocasionou para as mulheres, fazendo uma breve abordagem das consequências econômicas sobre a categoria trabalho e do contexto de violência na pandemia. No segundo tópico, é discutido o problema de saúde pública do feminicídio, que foi intensificado com a grave crise pandêmica causada pelo vírus da COVID-19.

REFLEXÕES ACERCA DAS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA PANDEMIA

A situação de instabilidade atual no Brasil não se apresenta apenas de forma financeira e econômica, mas sim sob a forma de um colapso geral em muitos aspectos da sociedade, o que está diretamente vinculado ao sistema racista patriarcal e neoliberal capitalista que explora e mata pessoas de forma intencional, deliberada e reiterada. A pandemia de COVID-19 não somente acelerou os problemas sociais, principalmente os relacionados à precarização do sistema de saúde pública, como também expôs precisamente todos os elementos estruturais de recessão do país. Obviamente, o neoliberalismo e a sua política de opressão têm mostrado uma limitação profunda e também a impossibilidade de lidar com a magnitude dos enormes desafios que a sociedade enfrenta, especialmente agora com a pandemia. Dentre tudo isso, ainda é presente a crise da reprodução social que afetam as políticas públicas por meio das manifestações de ideologia conservadora, através da forte ascensão do autoritarismo da extrema direita ao redor do mundo. Nesta situação pandêmica, o que pode ser chamado de “crise da reprodução social” são as dificuldades, ou os empecilhos que retiram a possibilidade da classe trabalhadora de manter a sua sobrevivência. De fato, trata-se de uma situação crítica que colocou em questão de alerta o cotidiano da população brasileira (MARQUES *et al*, 2020).

O modo como a pandemia está sendo gerenciada no Brasil (com negacionismos, e ademais com a necropolítica) impactou principalmente a vida das mulheres, tais circunstâncias promoveram e ainda estão fomentando o feminicídio da população negra, feminina, LGBTQIA+ e periférica, através do aumento dos casos de violência doméstica ou do maior risco para a ocorrência de casos de feminicídio, que obviamente possui como alvo as mulheres, isso sem desconsiderar também a população negra e LGBT que se faz presente neste público feminino, principalmente grupos mais jovens, que se encontram mais expostos a situações de violência em razão da cor de pele, gênero e sexualidade. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021, os dados apontam uma redução nas notificações dos casos envolvendo lesões corporais e violência doméstica, a conjuntura social da pandemia ocasionou uma queda nas denúncias, apresentando um percentual de 7,4%, passaram de 229,7 para 212,7 as ocorrências registradas (BUENO *et al*, 2021).

O relatório aponta ainda que em 2020, ano em que surgiu a pandemia, ocorreram no Brasil 3.913 casos de homicídios de mulheres, sendo que dentre estes, 1.350 casos foram registrados como feminicídio, apresentando um percentual de 34,5% do total de mortes que foram cometidas contra a população feminina (BUENO *et al*, 2021).

As expressões da questão social que se acentuaram durante a pandemia, como é o caso da violência doméstica e também do feminicídio (ambas violências misóginas) atingiram especificamente as mulheres pela condição de raça e gênero. Assim, o escopo destas opressões ao gênero feminino esteve direcionado em grande maioria às mulheres negras e periféricas. A conjuntura social pandêmica aumentou assustadoramente estes casos e além do mais, deixou evidente as fragilidades institucionais responsáveis em lidar com esta situação, o que representa um problema, principalmente quando se trata da fundamentação epistemológica e do direcionamento de políticas públicas para mulheres, pois de acordo com Talíria Petrone (2021), em *A Urgência do Feminismo para os 99%*, a “sororidade”, que é tida “como um constructo simbólico de uma solidariedade considerada própria a relações entre mulheres e a processos identitários feministas” (COSTA, 2009, p.14), não dá conta de “enxergar” as mulheres que estão fora do espaço de privilégio, a autora Petrone (2021) afirma ainda que nem todo feminismo emancipa e acolhe, pois, a visão reducionista encontra-se enraizada em muitas teorias, práticas e discursos feministas, o que abre espaço para os seguintes questionamentos: quais mulheres estão sendo protegidas pelo Estado? Sobretudo agora diante

de uma crise de saúde pública? (BARBOSA *et al*, 2020; ONU Mulheres, 2020).

Em *Violência contra a Mulher: vulnerabilidade programática em tempos de SARS- COV- 2/ Covid- 19 em São Paulo*, é colocado que “mulheres negras são as mais afetadas em periferias onde é impossível trabalhar remotamente devido as condições materiais e a natureza dos trabalhos. Na periferia explode o número de infectados e mortos por Covid- 19” (CAMPOS *et al*, 2020, p. 13). O aumento do risco de morte de mulheres, sobretudo mulheres negras, no atual contexto pandêmico ocorre devido à três circunstâncias principais: a urgência de trabalhar mesmo em condições de informalidade, pela reduzida proteção econômica do governo federal às famílias de baixa renda; o grande contingente de pessoas aglomeradas em pequenos cômodos das moradias, situação que é mais visível nas periferias; a tensão no âmbito doméstico que intensifica a postura violenta de agressores, tornando oportuno os assassinatos por misoginia. Logo, é provável que no decorrer do curso da pandemia, a população negra e feminina seja a mais dizimada no Brasil, tanto pelo vírus da COVID-19, como pelo feminicídio.

Tais problemáticas necessitam serem trabalhadas pela interseccionalidade em sua totalidade teórica e política, para que as desigualdades produzidas pelo racismo, patriarcado, sexualidade, diferença de classe, entre outras, possam ser identificadas. Carla Akotirene (2019) coloca que a interseccionalidade, enquanto práxis, possibilita a visibilidade das opressões que estão atravessadas entre as categorias de raça, gênero e classe, “a interseccionalidade nos instrumentaliza a enxergar a matriz colonial moderna contra os grupos tratados como oprimidos” (AKOTIRENE, 2019, p.27).

Acredita-se que este “diagnóstico” feito por meio da práxis interseccional é extremamente importante para que as mulheres em suas diversidades sejam contempladas pelas políticas de defesa de seus direitos, considerando que a associação dos múltiplos sistemas de subordinação estruturam uma condição de desvalor à posição social das sujeitas, considerando os eixos de opressão que recaem sobre os corpos estigmatizados de mulheres, engendrando uma dupla ou uma tripla discriminação, e na atual circunstância, o vírus da COVID-19 está afetando a população de forma desigual em razão das desigualdades sociais, levando em conta que a pandemia é também uma crise de Direitos Humanos, pois o enfrentamento é pelo direito à vida e à saúde das pessoas, principalmente das que se encontram em uma situação de vulnerabilidade social. Tais fatores decorrentes desta crise de saúde

pública contribuíram para o agravamento dos impactos da violência já instalada no cotidiano de muitas mulheres, e embora o fenômeno não escolha agir de acordo com a classe, a cultura e a raça/etnia, pois atinge a todas, é um fato que essa realidade se sobressai entre determinados grupos que foram historicamente minorizados (BARBOSA *et al*, 2020; ESCORSIM, 2014; GONZALEZ, 2020).

Desse modo, não podem ser deixados de lado também as diferentes consequências que a atual realidade pandêmica está direcionando às mulheres na categoria do trabalho, sendo esta uma das bases de organização de uma sociedade, aqui no caso, é destacado o trabalho doméstico, como forma de reiterar a presente colonialidade moderna. O primeiro elemento que pode ser verificado nesta questão, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021), é a segregação racial no mercado de trabalho, 44,7% da população que é preta/parda no Brasil atuam no setor informal, ocupação que está presente sobretudo nas regiões Norte (59,1%) e Nordeste (53,1%), os estados do Maranhão e do Piauí apresentaram os maiores índices de informalidade, (MA) com 64,7% e (PI) com 62,6%, dentre as atividades que possuem rendimento inferior anual, destaca-se o serviço doméstico, uma profissão que é desempenhada majoritariamente por mulheres, com a presença de 65,3% destas trabalhadoras nesta função, estes resultados expressam as desigualdades que foram historicamente construídas, considerando que a divisão racial e sociosexual do trabalho também encontram-se relacionadas ao modo de produção capitalista e ao sistema mundial neoliberal que compõe a organização social contemporânea. “Quando tratamos da divisão sociosexual do trabalho sem racializar as relações sociais estamos fragmentando a análise, homogeneizando as mulheres e colocando-as nas mesmas condições” (NOGUEIRA; PASSOS, 2020, p. 1).

A autora Lélia Gonzalez (2020) possibilita a visibilidade para as especificidades desta conjuntura social das mulheres negras, pois ela aponta que estas foram sociabilizadas para a servidão, assim, a subordinação feminina não converge entre todas as mulheres, de modo que foi retirado da população negra em geral, a humanidade e a cidadania, sendo formado um abismo no acesso aos direitos, às oportunidades, e além disso, aos cuidados com a saúde:

Tanto que no cenário da epidemia do COVID-19, são as mulheres negras aquelas que estão sofrendo mais intensamente seus grandes impactos, seja na contaminação e mortalidade, seja na regressão dos direitos. Em março de 2020, [...] já haviam casos de domésticas que precisavam trabalhar na casa dos patrões contaminados. Portanto, nos cabe indagar:

afinal, de quem é o “privilégio da servidão” no cenário contemporâneo? (NOGUEIRA; PASSOS, 2020, p. 2).

É relevante destacar que no Brasil, a primeira morte registrada por COVID-19 ocorreu no Estado do Rio de Janeiro, a vítima era uma mulher negra, senhora idosa e moradora de periferia, que trabalhava como empregada doméstica, a mesma contraiu a doença da patroa que havia recentemente chegado da Itália e que testou positivo para a doença do novo coronavírus, este caso ganhou repercussão e com isso foi realizado um manifesto composto por filhas e filhos de trabalhadoras domésticas brasileiras, sendo reivindicado às autoridades uma licença remunerada para que estas funcionárias pudessem ter o direito de cumprir o isolamento social e proteger a saúde contra o risco de contaminação pelo vírus. Sabe-se que este primeiro caso é simbólico, no que diz respeito à colonialidade moderna. Esta ocorrência não foi uma situação pontual, ao contrário, desenha um caminho da pandemia no Brasil, pois mesmo com a declaração do governo brasileiro através da sanção da Lei de Quarentena-Lei 13. 979/20, que exigiu um confinamento em razão da emergência de saúde pública para conter a disseminação de COVID-19, que parte da população esteve ausente neste isolamento social, prestando os serviços que não podem parar, estes considerados básicos? (NOGUEIRA; PASSOS, 2020).

Desse modo, é coerente problematizar: quem foram as mulheres que tiveram o direito à reclusão neste período que foi exigido o isolamento social? É Mbembe (2016) quem traz o conceito de necropolítica, afirmando que se trata de uma sistematização que regula através de decisões políticas o direito à vida, ou seja, quais corpos vivem e quais morrem. Deste modo, quem mata? E quem possui o direito à vida? É impossível analisar tal realidade, sem levar em consideração o processo social de um padrão hegemônico de poder colonial que foi estabelecido na América Latina, e que persiste na contemporaneidade por meio do eurocentrismo que cria diariamente as condições que possibilitam o engendramento das desigualdades sociais, estas que precisam ser entendidas interseccionalmente a partir dos eixos de opressão de raça/etnia, gênero e classe social, em que foram construídas as hierarquias (CARNEIRO, 2011; MBEMBE, 2016).

Além disso, a situação de miséria social também se agravou com a pandemia e desse modo, está sendo iniciado um processo de desmistificação da existência de uma “democracia racial” no Brasil, pois o país é extremamente racista, tendo em vista, que a população mais

afetada pela crise sanitária foi a população negra e periférica, que ficou impossibilitada de cumprir as medidas de isolamento social, pois o medo do desemprego em razão da ausência de renda não deixou escolha. “Nesse cenário de disputas entre as medidas a serem adotadas e com uma tímida política pública de apoio financeiro para as populações mais pobres, grande parcela desta população segue sua rotina de trabalho em busca de sustento, sem se beneficiar das medidas protetivas [...]” (MARQUES *et al*, 2020, p. 1). Durante este período de maior crise, para este grupo existiu e ainda existe uma maior vulnerabilidade social, somado a isso, a presença de uma política neoliberal de extrema direita, significou um total atraso para as políticas públicas de proteção (GONZALEZ, 2020; MARQUES *et al*, 2020).

A pandemia expôs como o principal público alvo para as diversas formas de vulnerabilidade social, mulheres negras, periféricas e pobres, muitas destas não puderam ter o privilégio de ficar em isolamento, pois seus corpos continuaram a transitar por ônibus, metrô e ruas e ao realizar um comparativo considerando o mesmo grupo em questão, quando se fala de confinamento, estas mulheres estão situadas na “mira” do feminicídio, ou seja, a proximidade com o algoz facilita a ocorrência do assassinato e, se são obrigadas a sair de casa para trabalhar e garantir o mínimo de renda, correm o risco de se contaminar pelo vírus e morrer, isso significa que em todos os lugares elas estão completamente desprotegidas pelo Estado. Por mais que o isolamento social proposto tenha sido uma tentativa de prevenção à saúde pública da população, denota-se que as mulheres negras sempre tiveram suas vidas aprisionadas pelo encarceramento das senzalas, e desta realidade apenas houve um deslocamento territorial para as moradias precárias, insalubres e marginalizadas das periferias. A antítese do confinamento é a liberdade, uma autonomia que estas mulheres com seus corpos considerados abjetos não costumam vivenciar, nem dentro e nem fora de casa (CAMPOS *et al*, 2020; CARNEIRO, 2011; ONU Mulheres, 2020).

A ONU Mulheres lançou um documento intitulado *Covid- 19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta*, o informativo divulga orientações sobre a situação das mulheres e das meninas na pandemia, de modo que apresenta para as autoridades políticas estratégias para o gerenciamento da crise de saúde em relação a este público específico. No documento estão contidas informações sobre os impactos que a atual conjuntura poderá ocasionar na vida das mulheres, se não forem consideradas as dimensões de gênero nas áreas da assistência social, da economia, das políticas públicas e etc. Além disso, o feminicídio, a

violência doméstica, o desemprego ou a ausência de autonomia financeira são apenas algumas das muitas expressões da questão social que podem ter uma piora no cenário social (ONU MULHERES, 2020).

FEMINICÍDIO DE MULHERES NEGRAS EM TEMPOS DE COVID-19

A violência extrema contra a mulher ou feminicídio é o estágio final das diversas formas de opressão de gênero, sendo contextualizada pela desigualdade que é reproduzida pelo patriarcado. Trata-se de uma situação que envolve misoginia, pois é um ato que relaciona o ódio à mulher em que esta é assassinada por esta condição. O fenômeno é global e é considerado um problema grave de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Muitas mulheres que já vivenciaram uma tentativa de feminicídio desenvolveram transtornos psicológicos, como depressão, ansiedade, pensamentos suicidas, entre outros danos (CAMPOS *et al*, 2020).

É uma violência que possui alta complexidade, o que dificulta o enfrentamento. No Brasil, esta realidade de opressão às mulheres vem, mesmo aos poucos, sendo reconhecida no âmbito da saúde, tendo em vista as consequências que pode ocasionar para o Sistema de Saúde Pública, como a escassez de recursos neste setor, considerando o aumento de gastos públicos para o processo de reabilitação das vítimas, o que compromete também as outras demandas de atendimento à saúde da população (MENDONÇA *et al*, 2020). Fazendo uma crítica em relação a questão do feminicídio nessa área, Carla Akotirene (2019, p.40) destaca que a violência extrema de gênero:

Se manifesta na inoperância das redes de atendimento [...] instalados longe dos territórios vulnerabilizados, em prejuízo às rotas feitas pelas vítimas em busca de apoio e suporte [...]. Tudo isto somado o fato de o sistema de notificação ser denso exaustivo, além de conduzido por profissionais que não conhecem a política de atenção à saúde da população negra, encarando o problema de saúde como sendo de segurança pública. A cor da vítima para ser autodeclarada durante a notificação da violência sofrida atesta um dado mal coletado, em prejuízo da consistência dos relatórios elaborados pelas governanças acerca das assimetrias de raça e gênero e, metodologicamente, tornam defasadas políticas públicas de promoção da igualdade, saúde, assistência, mulheres, por desconhecerem identidades interseccionais passíveis da transversalidade orçamentária e de gestão.

O artigo *Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura*, coloca que a situação de violência contra a mulher, bem como as tentativas de feminicídio desencadeiam sequelas, e geram

desafios, tanto para as mulheres vítimas, como também para o campo da saúde, por mais que essa área tenha o papel de assumir um importante papel de identificação, prevenção e assistência às mulheres em situação de risco:

As consequências se expressam em diferentes âmbitos da vida e das relações humanas e sociais, inclusive no processo saúde-adoecimento. São exemplos de seus impactos os anos potenciais de vida perdidos, a incapacitação temporária ou permanente resultante de traumas, o aumento de gastos públicos com reabilitação, além do medo e dos sofrimentos que deixam marcas nas trajetórias de vida, os quais não podem ser mensurados, mas também tem significativa força no processo de produção e reprodução social (MENDONÇA *et al*, 2020, p. 2248).

A busca por meios de proteção e prevenção à violência de gênero tornou-se fragilizada em razão do vírus da COVID-19. Com a pandemia, a atenção dos serviços de saúde foi priorizada para a assistência aos casos de sintomas respiratórios. Logo, as mudanças impostas pela quarentena através do isolamento social aumentaram a vulnerabilidade das mulheres que já vivenciavam uma situação de risco em relação às tentativas de feminicídio. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020, p.15), lançou uma nota técnica *Violência Doméstica durante a pandemia de Covid-19*, acerca destas ocorrências, no documento estão constados registros sobre os casos, que apontam um crescimento da letalidade procedente das agressões e de lesões corporais, “embora os registros administrativos aparentemente indiquem redução da violência de gênero, os números de feminicídios e homicídios de mulheres apresentam crescimento” Em 2020, houve um aumento de 22,2% dos casos de feminicídio no Brasil, pois foi apresentando um crescimento de 37,6% das ocorrências entre os meses de março e abril, justamente no período em que foram adotadas as medidas de isolamento social (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021).

Países como a China e a Itália realizaram ações estratégicas de amparo às mulheres vítimas de violência, através do acolhimento domiciliar. Por meio de uma parceria com o setor hoteleiro, o objetivo era evitar o contato das mulheres com os alçózes no período de isolamento social, deste modo, foi pensada uma forma de enfrentamento ao feminicídio durante a pandemia. Assim como na Argentina, Canadá, França, Alemanha, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos, foram realizadas parcerias entre as autoridades, ativistas, militantes e sociedade civil, para o aumento da demanda por abrigos de emergência em casos de violência doméstica, uma medida que poderia ter se tornado realidade

no Brasil se o governo estivesse disposto a adotar mecanismos para evitar a violência doméstica e o assassinato de mulheres (ONU BRASIL, 2020).

De fato, no que tange à violência extrema de gênero, “a formação social e histórica de um país ou região em suas relações políticas e econômicas internas e externas produzem as teias relacionais que explicam como uma sociedade se projeta em sua subjetividade, nas formas de consciência social” (ESCORSIM, 2014, p. 237). Neste contexto, para tratar sobre a expressão da questão social que é a violência de gênero, foi lançado por meio do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos no início da pandemia, uma plataforma para a emissão de denúncias, por meio de um aplicativo para celulares denominado “Direitos Humanos Brasil”, o objetivo desta ação política foi direcionado para conter ocorrências de violência e feminicídio, entretanto, esta medida tomada pelo governo brasileiro revela a total ausência de interseccionalidade porque não alcança mulheres negras e pobres que não acessam esse tipo de tecnologia, pois, de acordo com o Relatório da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL, 2019), aproximadamente 3,8 milhões de pessoas não possuem um aparelho celular. Desse modo, o imediatismo desta política só contribuiu para uma piora do quadro misógeno, devido à exclusão por esse mecanismo de ajuda.

Diante deste cenário, faz-se necessária uma ampla articulação na rede de saúde para a mobilização das políticas públicas para a prevenção e proteção das vítimas contra os alarmantes casos de violência doméstica e feminicídio, que produzem efeitos de urgência e emergência nos sistemas de saúde coletiva, pois dentro destes serviços há também a presença de um enorme desafio dos profissionais em realizarem uma abordagem interseccional, que faça uma análise das categorias de raça, gênero e classe social das mulheres que recorrem ao setor da saúde para expor uma situação de violência doméstica. Desse modo, é necessário questionar: De quais mulheres estamos falando? A autora Sueli Carneiro (2011) faz esta pergunta em seu artigo *Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero*, porque a colonialidade moderna que está consolidada no Brasil, construiu uma “coisificação” sobre os corpos de mulheres negras, tornando-as as principais vítimas de todo tipo de violência (CARNEIRO, 2011; ESCORSIM, 2014).

Neste contexto, mais uma vez reitera-se que os estudos acerca da teoria interseccional contribuem para dar voz aos alarmes do feminicídio no Brasil contra específicos grupos de mulheres, assim como também para questionar: como a violência misógina incide entre a diversidade de mulheres? Por que o assassinato se faz mais presente em alguns corpos?

Por que de um certo modo existe uma exclusividade para o feminicídio de mulheres negras? Se há um aumento dos óbitos provocados pela violência extrema contra a mulher, por que o isolamento social durante a pandemia está sendo associado como uma causa direta para as ocorrências e não como uma circunstância do momento atual? (BARBOSA *et al*, 2020; MARQUES *et al*, 2020).

Barbosa *et al* (2020, p. 15), em *Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra as mulheres em tempos de pandemia pela Covid- 19*, coloca que:

É possível refletir sobre a dificuldade que a sociedade tem de acolher as singularidades ou aquelas mulheres que “escapem” dos padrões estabelecidos, pois elas representam um desafio para a manutenção do status quo que está a serviço dos meios de produção. Quando a sociedade não consegue incorporar esses padrões desviantes transformando-os em mercadorias a partir de uma lógica dos sistemas, resolve então deixá-las morrer ou matá-las por meio de mecanismos construídos de formas mais ou menos deliberadas. Como resultado, surgem guerras, violências contra as mulheres, preconceitos raciais/étnicos, dentre outros.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) traz que os efeitos da pandemia devem ser enfrentados com políticas de igualdade de gênero. A pesquisadora do Instituto Marcela Rezende em um discurso realizado na Agenda dos Brics- Bloco Econômico formado pelos países do Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul- defendeu a elaboração de políticas públicas específicas que atendam a uma perspectiva interseccional, em razão das desigualdades raciais e de gênero. Segundo ela, as mulheres negras e pobres foram as sujeitas que mais sentiram os efeitos da pandemia, por estarem na linha de frente dos atendimentos na rede de saúde, pela sobrecarga do trabalho doméstico dentro e fora de casa (para mulheres que exercem a profissão de empregada doméstica), pela violência do agressor, tentativas de feminicídio, etc. A pesquisadora colocou ainda que o enfrentamento à atual crise sanitária e econômica no Brasil não agregou à realidade de vida da população feminina, desse modo, ela reitera a importância de participação das mulheres nos espaços de poder, tendo em vista que estudos revelaram uma maior efetividade das lideranças femininas na promoção às medidas de contenção ao vírus e à vacinação. Como as mulheres não possuem uma expressiva representatividade na política, isso constitui um fator que impossibilita a redução das desigualdades estruturais do racismo, do sexismo, da LGBTfobia entre outras questões sociais que se acentuaram com a pandemia (IPEA, 2021).

CONCLUSÃO

No Brasil, a crise de saúde pública afetou consideravelmente a economia, e com o desemprego em alta, o quadro tem se agravado diariamente. Os níveis de pobreza e miséria social encontram-se alarmantes e mesmo com esta situação, a proteção do governo às famílias é ínfima, o que não deixa escolhas para a população a não ser sair de casa para trabalhar e garantir a renda para o básico da sobrevivência, em um momento em que são tão exigidos o isolamento social através da reclusão domiciliar, muitos não podem usufruir desse direito

Há que se considerar também que durante a pandemia, houve o elevado perigo de morte para além da infecção pelo vírus da COVID-19, pois a própria conjuntura foi favorável para as ocorrências de feminicídio, desse modo, as mulheres que foram obrigadas a sair de casa para trabalhar ficaram expostas à contaminação e as que puderam permanecer em casa, mas já vivenciavam uma situação de violência doméstica, estiveram mais próximas ao agressor, correndo o risco de serem assassinadas.

Consequentemente, em todas estas situações as mulheres seguiram desprotegidas pelo Estado, assim, a COVID-19 trouxe um impacto de risco letal para a saúde da população feminina, a partir do momento em que esta situação pandêmica agravou as práticas de violência doméstica através do feminicídio e expôs este mesmo grupo às aglomerações das ruas, dos ônibus e metrô a caminho do trabalho, pela inviabilidade de cumprir o isolamento social.

Logo, a pandemia de COVID-19 desencadeou uma preocupação global, em razão da letalidade do vírus, mas e quando uma população específica está sujeita a um duplo risco de morte? A população feminina sobretudo negra e periférica, está vivenciando uma dupla pandemia, visto que o atual cenário de grave crise sanitária apresentou sobretudo para a população feminina, uma dupla letalidade: o coronavírus e o feminicídio, duas expressões da questão social da contemporaneidade, que são problemas de saúde pública.

E assim como o vírus da COVID-19, o feminicídio é global. O fenômeno está presente além das fronteiras territoriais, pois encontra-se manifesto em todo o mundo, em todas as culturas, classes sociais, raças/etnias, porém com maiores incidências entre grupos sociais marginalizados e em países periféricos como os da América Latina e Caribe, dentre eles o Brasil.

Desse modo, fazendo uso da pandemia como um período de análise para o feminicídio na sociedade brasileira, a interseccionalidade torna-se

um instrumento de base para a compreensão do atual contexto social, na identificação das mulheres situadas nas intersecções da violência misógina. A interseccionalidade traz uma visão sobre os impactos de discriminação que dois ou mais eixos de opressão, como o racismo, o sexismo e a desigualdade de classes podem ocasionar. E grande parte das vítimas da pandemia que morreram em decorrência do vírus da COVID-19 e dos assassinatos por feminicídio, foram as mulheres negras, pois o risco para esse grupo é duplicado, ou triplicado.

Logo, os impactos da pandemia devem ser enfrentados por meio de políticas públicas que promovam a interseccionalidade na gestão da crise sanitária, agregando uma maior atenção para grupos específicos que estiveram mais vulneráveis ao crítico contexto social atual, como as mulheres, negros e população periférica, considerando que a pandemia escancarou muitas desigualdades estruturais que desencadeiam violências, como já foi destacado através do feminicídio, um problema conjuntural da sociedade patriarcal racista, que apresenta letalidade, bem como o vírus da COVID-19, e que é portanto, um questão de saúde pública global de emergência.

Entretanto, deve ser enfatizado que a violência extrema contra a mulher não é completamente reconhecida como algo relacionado ao âmbito da saúde, levando em conta que acerca da prática da misoginia, o principal desafio para este setor é a identificação das ocorrências de violência entre as vítimas e o acompanhamento das mesmas, tendo em vista que o caso em questão, está para além do entendimento clínico da medicina tradicional que trata das condições fisiológicas, pois o feminicídio é também um fenômeno sociocultural pouco compreendido, sendo associado exclusivamente ainda, ao âmbito conjugal. Algumas mudanças seriam possíveis por meio do processo de compreensão desta violência extrema e misógina como algo social e coletivo que se expressa e interfere na saúde da população feminina, que também é diversa e multirracial, bem como na capacitação de profissionais do setor da saúde para atuar nestes casos, assim como também, na adoção de estratégias que trabalhem a prevenção e a proteção das mulheres no enfrentamento a esta expressão da questão social.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade:** feminismos plurais. 152 p. São Paulo: Pólen, 2019.

ANATEL. **Relatório Analítico 2018**. Brasília, DF: 2019. Disponível em: https://www.anatel.gov.br/publicacoes/pesquisa_relatorio_analitico_2018_final.pdf

BARBOSA, Jeanine. Pacheco Moreira. *et al.* Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela covid-19. **SciELO em Perspectiva**. 2020.

BUENO, Samira. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 15, 2021.

CAMPOS, Brisa.*et al.* Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de Sars- Cov- 2/Covid- 19 em São Paulo. **Dossiê (Revista Psicologia e Sociedade)**. São Paulo, 2020.

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves *et al.* Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**. v.20, n.43, p.98-111/2021.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. 2011. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/enegrecer-o-feminismo-situacao-da-mulher-negra-na-america-latina-partir-de-uma-perspectiva-de-genero/>. Acesso em 24 de jun. de 2021.

COSTA, Suely Gomes. Onda, Rizoma e “Sororidade” como metáforas: representações de mulheres e dos feminismos (Paris, Rio de Janeiro: anos 70/80 do século XX. **INTERthesis**. v.6, n.2, jul./dez. 2009.

ESCORSIM, Silvana Maria. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. **Revista Katálysis**. v. 17, n. 2, p. 235-241, 2014.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Nota técnica**: Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19. 2020. ed. 2. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Acesso em 05 de dez. de 2021.

GONZALEZ, Lélia. **Por um Feminismo Afro Latino Americano**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise brasileira das condições de vida população brasileira**. 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em 27 de junho de 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Efeitos da pandemia devem ser combatidos com políticas de igualdade de gênero**. 2021. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=38343. Acesso em 05 de dez. de 2021.

KYRILLOS, Gabriela M. Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 28, n. 1, e56509, 2020.

MARQUES, Emanuele Souza. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020.

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder soberania estado de exceção política da morte. **Arte & Ensaios**. n. 32, p. 123-151, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/viewFile/8993/7169> . Acesso em: 03 de dez. 2021.

MENDONÇA, Carolina Siqueira. *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(6), 2247-2257. 2020.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei; PASSOS, Rachel Gouveia. A divisão sociosexual e racial do trabalho no cenário de epidemia do covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. **Caderno CRH**. v.33, p.1- 9, 2020.

ONU BRASIL. **Violência contra mulheres e meninas é pandemia das sombras**. 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-violencia-contra-mulheres-e-meninas-e-pandemia-das-sombras/amp/> . Acesso em: 04 de dez. de 2021.

ONU MULHERES. **Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe:** dimensões de gênero na resposta. Nações Unidas. Brasília: DF, 2020. Disponível em: ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf. Acesso em 04 de dez. de 2021.

PETRONE, Talíria. A Urgência do feminismo para os 99%. In: KOLLONTAI, Aleksandra. *et al.* (org.). **Introdução ao Pensamento Feminista Negro:** por um feminismo para os 99%. São Paulo: Boitempo, 2021.

COLONIALIDAD, RAZA Y GÉNERO EN CONTEXTOS DE PANDEMIA COVID-19: discursos públicos de representantes de organizaciones de mujeres indígenas peruanas

*Eliana Lizet Jacobo Mendoza
Maria Dione Carvalho de Morais*

INTRODUCCIÓN

Enmarcado en el contexto de la actual pandemia en este artículo, nos enfocamos en el tema de la relación entre las organizaciones de mujeres indígenas y el Estado peruano, con sus propias complejidades y particularidades, a partir de la interpretación de los pronunciamientos públicos de las presidentas de dos de estas organizaciones: Melania Canales y Lourdes Huanca, respectivamente, representantes de la Federación Nacional de Mujeres Campesinas, Artesanas, Indígenas, Nativas y Asalariadas del Perú (FENMUCARINAP), y la Organización Nacional de Mujeres Indígenas, Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP). Ambas organizaciones agrupan mujeres andinas y amazónicas.

El alcance temporal del artículo abarca los primeros meses de la pandemia, de abril a julio de 2020, y se inserta en un trabajo más amplio de pesquisa sobre mujeres indígenas en espacios intergubernamentales en el Perú (*anonimizado*). El recorte de la investigación en este artículo, parte de la indagación sobre: ¿qué sentidos producen y accionan las representantes de las organizaciones de mujeres indígenas en torno a su

relación con el Estado peruano, en especial acerca del rol del Estado e da la atención a pueblos y mujeres indígenas en el marco del Covid-19?

La aparición del Covid-19 en el contexto peruano, ha expuesto y resaltado las grandes inequidades y problemas estructurales que subyacen a las diferentes relaciones de poder que se tejen en el territorio. En ese sentido, el presente artículo tiene por objetivo comprender e interpretar a través de los sentidos que impregnan los discursos de las mujeres representantes indígenas, las estructuras que sostienen el conjunto de desigualdades sociales, económicas, y políticas, y que han acarreado un impacto significativo sobre todo en la vida y existencia de las mujeres y pueblos indígenas, presentes específicamente en la relación entre las organizaciones nacionales de mujeres indígenas y el Estado peruano.

Así, se impone una reflexión en torno a la necesidad de construir, en todos los procesos que involucren la producción y gestión de políticas públicas, un diálogo intercultural abierto y crítico que busque comprender los sentidos producidos y enunciados desde la diferencia colonial por las mujeres indígenas. Dicha comprensión implica, entenderlos como un tipo de construcción epistémica, como afirma Walsh (2007), que genera una respuesta social, política, y ética “otra”, cuestionando realidades de dominación, explotación y marginalización de trayectorias históricas pasadas y presentes.

Como argumento central sostenemos que se puede identificar en los discursos interpretados huellas de una relación vertical y arraigada en la colonialidad del poder, del saber y del ser, entre el Estado y las mujeres indígenas, que queda expuesta en términos estructurales y simbólicos, en especial, en el contexto de la pandemia por el Covid-19. Esto porque se esperaba que el Estado interviniese a través de acciones adecuadas a realidades y necesidades diferenciadas, pertinentes culturalmente, consultadas, coordinadas, y participativas, incluyendo los enfoques de una interculturalidad crítica, de género y de derechos humanos; en el marco de los derechos colectivos e individuales que les asisten a los pueblos indígenas u originarios.

El marco teórico aquí adoptado, se inspira en corrientes filosóficas, socio-históricas, y antropológicas decoloniales, en especial de género, considerando que este estudio involucra a mujeres indígenas, en las que confluyen múltiples discriminaciones asociadas a las categorías raza, clase y género (LUGONES, 2005; 2008). Tales categorías son fundamentales para reflexionar a partir de las preguntas planteadas, pues se refieren a la reproducción de un conjunto de opresiones atravesadas por un patrón de colonialidad del poder (QUIJANO, 2000; 2007; 2014a; 2014b), do saber

(CASTRO-GÓMEZ, 2000; MIGNOLO, 2007) e do ser (MALDONADO-TORRES, 2007) ser, ancorada no racismo, cuyo origen se encuentra en nuestra experiencia histórica colonial.

Tomar la colonialidad, en sus múltiples dimensiones, como categoría teórica reside en la ampliación de posibilidades de reconocimiento de las cosmovisiones indígenas como formas “otras” de racionalidad, que nos permitan desmontar el paradigma ilustrado, que las encajó en el saco de la premodernidad (CASTRO-GÓMEZ, 2000) a partir de una clasificación universal fundada en el racismo, y que se ha mantenido imperante durante siglos, nos marcos da colonialidade do saber. Precisamente fue sobre esa figura que se establecieron las primeras relaciones entre los Estados-Nación de toda América Latina y sus pueblos indígenas.

Además, la interseccionalidad, aquí tomada en el ámbito de la colonialidad del género, nos permite comprender que tanto la raza como el género son ficciones igual de míticas, poderosas, inseparables y constitutivas, sin que una se superponga a la otra (LUGONES, 2014; BIDASECA; VÁZQUEZ, 2011). A propósito, Bidaseca (2011) se refiere a una triple subalternidad interseccional: subalternas de las subalternas mujeres no indígenas o negras, subalternas de los subalternos indígenas, y subalternas de clase producto de las dos subalternidades anteriores.

Tales lecturas teóricas contribuyen a colocarnos en diálogo con racionalidades y epistemologías “otras”, inclusive, de las mujeres indígenas, en el ámbito de la diferencia colonial, como sujetas fronterizas (MIGNOLO, 2007) cuestionando presupuestos construidos y justificados bajo la mirada de una racionalidad epistémica eurocentrada.

En cuanto al abordaje metodológico, ponemos en práctica enfoques metodológicos híbridos, desde un paradigma de investigación interpretativo, en términos de una hermenéutica pluritópica la cual busca generar/producir intérpretes de sí mismos/as, una semiosis “[...] en medio de conflictos de saberes y estructuras de poder” (MIGNOLO, 2003, p.40). Así converge en la búsqueda de comprender los procesos sociales y políticos a partir de la construcción de sentidos que, como sujetas políticas, las representantes indígenas producen y accionan en el ámbito de su relación con el Estado. Por tanto, nos apoyamos, operacionalmente, en el enfoque del Análisis Crítico del Discurso, y la matriz metodológica decolonial desarrollada por Martins y Benzaquen (2017), sobre la referida perspectiva hermenéutica¹ de Walter Mignolo (2003). Entendemos sus voces como

1 Nuevas perspectivas decoloniales han ido apuntando a una exueutica (Vida, 2018; Nogueira, 2020), cuestionando la propia genealogía epistémica eurocéntrica

instrumento político del sujeto, no sentido atribuido por Bidaseca (2011), alejándonos de la perspectiva cartesiana moderna del “Otros no piensan, luego no son” (MALDONADO-TORRES, 2007).

Esto significa decir que la acción política activada por ambas lideresas desde un locus de enunciación propio, cobra un impacto epistémico significativo, donde el discurso o los discursos “se inscriben y se posicionan políticamente en el marco de los aparatos productores de saber” (SCIORTIO, 2011, p.314), pero en contraposición a una lógica y saber institucional basado en formas universalizantes de gobierno o que reconocen la existencia de una diversidad, pero desde una óptica céntrica de la cultura dominante nacional o interculturalidad no crítica (WALSH, 2002).

Este breve estudio tiene por objeto contribuir con los debates en torno a la colonialidad del poder, saber y del ser, que atraviesan las relaciones e interacciones entre el Estado y las representantes de las organizaciones de mujeres indígenas. Privilegiamos, aquí, la propia visión y percepción de estas actoras políticas, quienes a través de sus posicionamientos en la escena pública y los espacios participativos estatales inciden en la disputa por su reconocimiento como sujetas de derecho, así como en la transformación de un Estado reproductor de discursos hegemónicos multiculturalistas acerca de la identidad y la cultura, por uno que incorpore una interculturalidad extendida que considere las múltiples intersecciones que las atraviesan.

La relevancia social en el campo de las políticas públicas se enfoca en propiciar posibilidades de establecer diálogos críticos donde los sentidos y visiones de las mujeres indígenas sean reconocidos y tratados como conocimientos epistémicos y ontológicos que históricamente fueron desvalorizados y deshumanizados. Inclusive por la propia acción del Estado conforme Segato (2015). De forma que, puedan existir condiciones suficientes para que la toma de decisiones, la creación de instrumentos y su implementación, sean producto no de una participación declarativa, y sí de una restitución y reconocimiento de las mujeres indígenas en todos los ámbitos de poder como sujetas políticas y portadoras de derechos.

desde Hermes (Grecia), y afirmando una genealogía afrocéntrica, desde Exu, más precisamente, como epistemología del terrero.

DISCURSOS DE LAS PRESIDENTAS DE ORGANIZACIONES DE MUJERES INDÍGENAS: VOCES COMO INSTRUMENTO POLÍTICO DE LAS SUJETAS EN LA ARENA PÚBLICA

La relación entre las organizaciones de mujeres indígenas y el Estado peruano a través espacios institucionalizados por el gobierno central comienza a gestarse claramente en el transcurso de las dos últimas décadas. Ello, considerando que, las dos organizaciones auto- declaradas y reconocidas por el Estado como organizaciones de mujeres indígenas de carácter nacional, la (FENMUCARINAP), y (ONAMIAP), se constituyeron formalmente como tales durante los años 2006 y 2009 respectivamente.

A pesar de que, en el Perú esta relación institucional es reciente, el proceso organizativo de las organizaciones de mujeres indígenas tiene sus raíces endógenas y exógenas en las décadas de los 80 y 90. En el caso de las raíces endógenas, estas fueron extendiéndose desde las organizaciones indígenas y campesinas ya constituidas desde los años 70 aproximadamente. Mientras que en el caso de la raíces exógenas estas fueron extendiéndose desde finales de la década de los 80 e inicios de la década de los 90, época en la que se fueron movilizando en el continente varios espacio de reflexión entre las redes y movimientos indígenas en torno del V Centenario de la Conquista de América (1992), y renombrado por los pueblos indígenas como el V Centenario de la Invasión de América. Sin embargo, fue en 1989 en el I Encuentro Latinoamericano de Organizaciones Campesinas e Indígenas realizado en Bogotá, que se formó la primera comisión de mujeres indígenas bajo el nombre “Mujer y autodescubrimiento” (ZEA, 2015).

Por otro lado a nivel de los organismos y agencias internacionales la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena, 1993), y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994). Y a nivel de los movimientos indígenas se realizan las primeras dos Cumbres de Pueblos indígenas, Guatemala en mayor de 1993, y México en octubre de 1993, las cuales promovieron la proclamación del “decenio” por los derechos de los pueblos indígenas, declarada más tarde, en diciembre de 1994, por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ZEA, 2015).

Según Tarcila Rivera Zea (2015), si bien en 1985 la Tercera Conferencia Mundial de Nairobi, incluyó por primera vez consideraciones especiales respecto a la situación de las mujeres indígenas en cuanto a discriminación, exclusión y respeto a sus derechos, no fue sino hasta

Beijing, en 1995, que las demandas de las mujeres indígenas en las plataformas internacionales fueran reconocidas como legítimas. De hecho, en la Cuarta Conferencia se organizó un espacio indígena donde las mujeres participantes, incluyendo a Tarcila, elaboraron y presentaron la *Declaración de Mujeres Indígenas del Mundo en Beijing*.

En este contexto internacional es que se consolida el proceso de constitución de Encuentro Continental de Mujeres Indígenas de las Américas (ECMIA) en 1993, cuando diversas lideresas indígenas decidieron iniciar una articulación entre el norte, centro y sur del continente, a través de un espacio propio desde el punto de vista de las mujeres indígenas. De esta forma, la conformación de la ECMIA nos brinda una mirada al contexto continental previo del movimiento indígena y cómo en él se encontraban las mujeres indígenas en busca de sus propios espacios de diálogo, reflexión, debate y articulación. En cuanto a la relevancia nacional en el Perú de ese proceso, es que este se encuentra fuertemente vinculado a la instalación del Taller Permanente de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú – TPMIAAP, y posteriormente a la ONAMIAP, lo cual se debe en buena parte a la visibilidad ganada y posicionamiento en los espacios intercontinentales y extracontinentales por parte de la lideresas indígenas, que por entonces estaban afiliadas a organizaciones indígenas mixtas.

Así, luego de la constitución formal de ECMIA en 1993, Centro de Culturas Indígenas del Perú - CHIRAPAQ² como organización integrante de esa plataforma organizó entre 1994 y 1995 en la ciudad de Lima, una serie de talleres y seminarios preparatorios para la Conferencia en Beijing. Estos espacios formativos y de reflexión que debido al interés de sus participantes se volvieron recurrentes, se institucionalizaron como un solo espacio formativo bajo el nombre de Taller Permanente de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú – TPMIAAP (CHIRAPAQ, 2015). Proceso formativo que después de 14 años, motivó la conformación de una organización de mujeres indígenas que las representara a nivel nacional, constituyéndose así como ONAMIAP en el año 2009. Se da entonces, como refiere Melania Canales, actual presidenta de ONAMIAP, “*un proceso de transferencia del TPMIAAP a ONAMIAP*” (ONAMIAP, 2021).

2 CHIRAPAQ es una ONG fundada en la segunda mitad de la década de 1980 por activistas y profesionales indígenas cuyo compromiso, en medio de la violencia a causa del conflicto armado interno entre el grupo terrorista Sendero luminoso y las Fuerzas Armadas, era trabajar con poblaciones indígenas vulnerables prioritariamente con mujeres, jóvenes y niños (CHIRAPAQ, 2014).

En la actualidad ONAMIAP tiene presencia a través de sus bases regionales en 10 regiones del país, a través de distintas formas organizativas como federaciones asociaciones, e organizaciones regionales de mujeres adcritas.

A su vez, el proceso de constitución de FENMUCARINAP como proyecto político organizativo nació al interior de la Confederación Campesina del Perú (CCP), el 18 de diciembre de 2006, impulsado por un grupo de lideresas que no se sentían representadas por la dirección nacional de su organización, y tampoco veían sus propuestas y demandas específicas incorporadas en la plataforma reivindicativa nacional de la CCP. Cabe señalar que, si bien la CCP viene incorporando el enfoque de género en su trabajo con las mujeres campesinas y sus organizaciones de base desde la década de 1990 (MEDINA, 2002), así como adoptando acciones afirmativas que establecen porcentajes mínimos de participación de las mujeres en la composición de líderes nacionales (ROUSSEAU, 2018), internamente hubo una fuerte resistencia por parte de los líderes para ampliar la participación de mujeres líderes en la toma de decisiones.

La apertura del CCP a incluir la perspectiva de género en su trabajo tiene relación con los avances del movimiento indígena en la región continental sur andina, específicamente en Ecuador y Bolivia, donde la representación y liderazgo de las mujeres indígenas ganó fuerza y protagonismo (ROUSSEAU, 2018). Es en este contexto que se nutren los liderazgos de quienes serían las fundadoras de FENMUCARINAP. Gracias al intercambio con otras experiencias latinoamericanas, así como a las capacitaciones a las que fueron invitadas por otras organizaciones sindicales, además de instituciones feministas.

En agosto de 2006, con motivo de una reunión convocada por la histórica organización obrera, la Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP), las lideresas de CCP invitadas a este evento decidieron trabajar en forma paralela fuera del horario del evento y casi en secreto para constituir el comité organizador que crearía una organización únicamente de mujeres indígenas y campesinas, la FENMUCARINAP.

En octubre de 2011, luego de cinco años de fortalecimiento organizacional e incidencia política, gracias a su gran capacidad de movilización, la FENMUCARINAP logró reunir en Lima a mil mujeres rurales y campesinas de la costa, los Andes y la Amazonía. Así, el llamado Encuentro de Solidaridad y Esperanza de la Mujer Rural y Urbana en el marco de la celebración del Día de la Mujer Rural, se constituyó como una expresión simbólica del encuentro cultural, social y político de mujeres indígenas de todo el país reunidas en la capital metropolitana de Lima,

y que además significó un hito en la historia de esta organización por el nivel de visibilidad alcanzada a través de esa gran movilización cultural, pero sobre todo, por el grado de incidencia alcanzado.

Actualmente, su incidencia política se caracteriza por: su alcance en los tres niveles de gobierno, nacional, regional y local; su alta capacidad de diálogo con las autoridades; su facultad de convocatoria y circulación con visibilidad en los espacios públicos de la capital y de las regiones.

Por su parte el Estado peruano entre el año 2013 inicio un proceso de registro de los pueblos indígenas del Perú, el cual culminó en el año 2015 con la publicación de una Base de Datos de Pueblos Indígenas (BDPI), en la cual se registró la identificación de 55 pueblos indígenas (4 pueblos de los Andes y 41 pueblos de la Amazonía), con presencia en 22 regiones del Perú. Este proceso a cargo del entonces reciente creado Ministerio de Cultura tuvo serias críticas por parte de las organizaciones indígenas, quienes denunciaban las limitaciones de dicho registro y en consecuencia que el número de pueblos reconocido fuera menor al realmente existente. Es entonces que, en medio de tensiones y formación de espacios de diálogo, la relación entre las organizaciones de pueblos indígenas y el Estado representado a través del Ministerio de Cultura fue volviéndose más próxima, sea que estuvieran de acuerdo o en desacuerdo sobre las medidas estatales en relación s los pueblos indígenas.

Así, en el año 2014, se constituye el Grupo de Trabajo de Políticas Indígenas (GTPI), presidido por el Ministerio de Cultura e integrado por representantes de 7 organizaciones indígenas nacionales (AIDSESP, CONAP, CCP, CNA, ONAMIAP, FENMUCARINAP)³, como un órgano de diálogo y coordinación para el diseño y gestión de políticas públicas vinculadas a pueblos indígenas. A partir de ese espacio sucedieron la creación de otras instancias de coordinación y diálogo en otros sectores del Estado. De forma que actualmente ambas organizaciones, ONAMIAP y FENMUCARINAP, participan junto con las otras cinco antes referidas organizaciones indígenas nacionales, amazónicas y andinas, de espacios de diálogo y coordinación institucionalizados por el Estado peruano, ya sea en formato de Comisión, Grupo o Mesa de Trabajo, dentro de algunos sectores ministeriales como las carteras de educación, ambiente, mujer, y cultura.

3 Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), Confederación Campesina del Perú (CCP), Confederación Nacional Agraria (CNA), Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (CONAP) y Unión de Nacional de Comunidades Aymaras (UNCA).

A mediados de marzo del 2020, a raíz de la declaración mundial de pandemia por Covid-19, el gobierno peruano decretó un estado de emergencia sanitaria nacional, con el que establecía ciertas medidas restrictivas como la cuarentena, el aislamiento, y el distanciamiento social, para frenar la propagación del virus. En este contexto de limitación de encuentros presenciales, las plataformas digitales pasaron a ser los principales recursos comunicativos, donde tuvieron lugar, para nuestro interés, una serie de encuentros virtuales de carácter político-social, en los cuales participaron activamente las presidentas de ONAMIAP y FENMUCARINAP.

Es así que, a partir del acompañamiento realizado, entre abril y julio de 2020, a un conjunto de seminarios, diálogos, debates y conversatorios virtuales donde las lideresas participaron, seleccionamos dos eventos de donde extrajimos el corpus discursivo que es materia de esta interpretación. Los criterios de dicha selección del material tienen relación directa con la pregunta planteada y giran en torno a tres temáticas específicas: alusión a la relación con el Estado, derechos de los pueblos y mujeres indígenas, y estrategias o acciones estatales inmediatas a la pandemia vinculadas a pueblos indígenas.

De cara a responder la pregunta planteada a partir del análisis de los discursos seleccionados, el contenido de los mismos fue desagregado, operacionalmente, en segmentos interpretativos dentro de una matriz de marcadores de colonialidad y decolonialidad (Martins y Benzaquen, 2017) en cruce con tres campos ontológicos: el saber, el poder y el ser en la perspectiva de género; dicha matriz fue construida de forma individual para responder cada pregunta.

En cuanto a las unidades discursivas el Análisis Crítico de Discurso o ACD como perspectiva metodológica fue fundamental para exponer la forma en que es accionado el poder que sustenta estructuras y relaciones sociales opresivas. Siendo posible de esta forma un diálogo con el abordaje decolonial al partir de presupuestos de desigualdad y opresión que se mantienen, reproducen, y contestan en las relaciones sociales, todas las cuales pueden ser expresadas en textos y conversaciones (BRAGATTO, COLARES, 2017, p.952).

En primer evento seleccionado, “Diálogo por la Concertación: Políticas públicas para la atención de la población indígena frente al COVID-19”, fue realizado el 1 de junio de 2020 vía plataforma *Zoom*, y en el participaron la presidenta de ONAMIAP, Melania Canales; la entonces viceministra de Interculturalidad, Ángela Acevedo; el presidente de la Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP),

Lizardo Cauper; y la coordinadora de la MCPLP Ucayali, Silvia Sandoval. El evento fue organizado por la ONG Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza Perú (MCPLP).

La dinámica del diálogo estuvo compuesta por dos rondas de intervenciones por parte de las invitadas e invitado. La primera tuvo como propósito recoger la situación en la que se encontraban las atenciones a población indígena por casos de Covid-19. Mientras que la segunda giró en torno a tres temáticas: 1) identidad y reconocimiento de la deuda histórica con los pueblos indígenas, 2) protección de derechos básicos a la salud y educación, 3) seguridad alimentaria con pertinencia cultural, ambiental y asociada al desarrollo económico.

Cabe resaltar que, como representante del Estado y del sector con competencia en el tema, la viceministra de interculturalidad enfocó su exposición en presentar las medidas adoptadas por el poder ejecutivo como parte de una estrategia de intervención en pueblos indígenas frente al Covid-19, que según declaró, incluía propuestas realizadas al Estado por los pueblos indígenas y aseguraba la participación de sus organizaciones representativas en todos sus ejes. Por ello, esta exposición cobra relevancia para permitirnos comprender el contenido discursivo de las intervenciones que realiza en respuesta la presidenta de ONAMIAP. Asimismo, también es posible tomarla como referencia en diálogo con el contenido discursivo de la otra organización.

Mientras, el segundo evento fue la conferencia de prensa: “La nueva infracción a la consulta previa en el Perú: Consultas previas virtuales de cara a la reactivación económica”, en la conferencia participaron como voceros, la presidenta de la FENMUCARINAP, Lourdes Huanca, junto a los presidentes de las organizaciones indígenas nacionales mixtas: AIDSESP, Confederación Campesina del Perú (CCP), Confederación Nacional Agraria (CNA), Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (CONAP) y Unión de Nacional de Comunidades Aimaras (UNCA). El evento fue realizado el 8 de julio de 2020 vía *Facebook*.

Esta conferencia de prensa fue convocada por las seis organizaciones indígenas nacionales en respuesta a las declaraciones de la entonces ministra de Economía y Finanzas, María Antonieta Alva, sobre conversaciones con los Ministerios de Cultura, y el de Energía y Minas para la implementación de consultas previas virtuales. Conversaciones de las que no fueron parte las organizaciones indígenas.

La conducción de la conferencia estuvo organizada en una ronda de pronunciamientos de cada representante, y en dos rondas de preguntas por parte de la prensa invitada. Durante la primera ronda,

la y los representantes manifestaron el posicionamiento político de cada organización frente a dichas declaraciones. Las otras dos rondas estuvieron compuestas por preguntas en relación a: el panorama de las comunidades con el avance del Covid-19, las acciones a emprender luego del pronunciamiento, las instancias internacionales a las que podrían recurrir, y si es posible que algunas de las etapas del mecanismo sean virtuales. Es en relación a estos puntos sobre los que versa el contenido discursivo de la representante de FENMUCARINAP.

La colonialidad, la raza y el género contextualizados en la pandemia: sentidos de la relación entre mujeres indígenas y el Estado peruano

En relación a los sentidos que construyen las representantes y presidentas de ONAMIAP y FENMUCARINAP, tanto en el caso de Melania Canales, como en el de Lourdes Huanca, encontramos huellas discursivas que refieren a la colonialidad y a la decolonialidad en los ámbitos del poder, del ser y del saber. A continuación, interpretamos cada uno de los discursos, iniciando por la intervención de la presidenta de ONAMIAP, seguida por la presidenta de la FENMUCARINAP.

En los ámbitos del poder y del ser, es posible identificar un marcador de decolonialidad, al inicio de la primera intervención de la presidenta Melania Canales, quien llamó la atención acerca del trato diferenciado que reciben por parte del Estado los pueblos indígenas de los Andes en relación a los de la Amazonía. Al respecto, la lideresa manifestó una seria preocupación, ya que, a partir de su análisis como mujer indígena andina, afirma que es *“como si los derechos de unos fueran más importantes que los de otros”* (MCLCP Perú, 2020, 35m28s).

De ahí que, Melania enfatizó:

Los pueblos indígenas somos invisibilizados, más aún los pueblos andinos, no se quiere hablar de los pueblos indígenas andinos. ¿Por qué no se quiere hablar de los pueblos indígenas andinos? Siempre nos han querido invisibilizar, tantos años nos han querido ocultar, como se dice, a pesar de que somos 55 pueblos indígenas, muchas veces esa es nuestra preocupación. (MCLCP Perú; 2020, 39m14s)

En esa línea, la presidenta de ONAMIAP se refirió a los resultados del último Censo Nacional del 2017, el cual indica que el 25.8% de la población se autoidentifica como indígena (INEI, 2018), para reafirmar la representatividad nacional de los pueblos indígenas u originarios dentro de la población peruana. Esta evocación de la cuestión identitaria indígena

a partir de la autoidentificación va precisamente a contracorriente de los discursos que invisibilizan a las y los indígenas, sobre etiquetas genéricas de mestizos o mestizas.

En ese sentido, un marcador colonial visibiliza la existencia de una resistencia estatal en relación al reconocimiento de pueblos indígenas más allá de las comunidades amazónicas, pues ello tiene que ver no sólo con el interés de ocultarlos o invisibilizarlos para no reconocer sus derechos (en el ámbito del poder) luchados y alcanzados, sino también, tiene que ver con un tipo de proceso que busca imponer una lógica homogeneizadora bajo discursos nacionalistas o reivindicaciones del mestizaje, que niegan la existencia de los/as Otros/as (en el ámbito del ser)⁴. Punto sobre el que volveremos más adelante.

En contraste, se identificó un marcador decolonial en su discurso que tiene que ver con la reivindicación de una memoria histórica colectiva como pueblos indígenas. Memoria que además evoca las múltiples opresiones que se instalaron con el sistema colonial, dentro de las cuales se destaca las que recaen sobre las mujeres indígenas. Opresiones y violencias que han sido naturalizadas e institucionalizadas en la esfera pública y privada producto de la matriz de poder colonial. En esa línea, Melania prosiguió reafirmando su posición como representante indígena, de manera firme y explícita, enfatizando que

Los pueblos indígenas, una vez más digo, los pueblos exigimos derechos, demandamos derechos, y esto no es de ahora, desde la época de la invasión española hemos venido pidiendo esos derechos. Pero, sin embargo, a los pueblos indígenas nos miran que somos bonitos en el museo, que somos bonitos en la foto. Calladitas, nos vemos bien, porque hablando..., ¿hablar?, ¡no!, ¡no!, ¡no! Para el baile estamos bien, para el turismo estamos bien, para las exposiciones estamos bien. No queremos eso, exigimos y demandamos derechos, queremos ser sujetas de derecho y no solamente que se hable en documentos: “-que ya saqué esta norma”, “-que ya hay esta ley”. ¿Dónde está la implementación que no se ve?, ese es el tema. (MCLCP Perú, 2020, 40m12s)

Continuando en estos mismos dos ámbitos, se identifica en el fragmento anterior marcadores decoloniales que hacen referencia al sentido que cobra pertenecer y representar a una organización de mujeres indígenas. Un primer marcador a ser destacado de estos fragmentos discursivos tiene que ver con establecer el inicio de la colonización imperial como punto de quiebre en relación a tornar a los y las sujetas indígenas como seres desposeídos de cualquier derecho anterior.

4 Esta última percepción se ve claramente reflejada en las expresiones de un expresidente que se negaba a reconocer la existencia de pueblos indígenas andinos.

Un segundo marcador, tiene que ver con el lugar y la representación de las mujeres indígenas. Identificamos, por tanto, un cuestionamiento a la imagen construida y los sentidos atribuidos desde la colonialidad del poder y el ser a la imagen y lugar que deberían ocupar las mujeres indígenas en la historia y narrativa nacional. Al respecto, Melania es crítica del enfoque multiculturalista que sólo reduce a las mujeres indígenas y sus pueblos a un sentido folclórico o exótico, y que cuando se trata de reconocer a las mujeres y hombres de los pueblos indígenas como sujetas y sujetos de derecho, no apenas como un acto figurativo en las normas, sino con la implementación de políticas públicas, esto no se efectúa.

En consecuencia, como representante de ONAMIAP, Melania exige y demanda el reconocimiento de sus derechos como sujetas de derecho tanto en lo plano jurídico como en el plano práctico de la acción política, aunque señala: “muchas veces por este rol que tenemos como organización, porque el rol de las organizaciones es demandar y exigir derechos, se nos hostiga, se nos discrimina, no quieren escucharnos” (MCLCP Perú; 2020, 41m03s). Afirmación que nos da indicios a la luz del ámbito del poder del contraste de marcadores decolonial y colonial en este mismo fragmento, ya que, por un lado, tenemos un posicionamiento firme sobre la colectividad de sujetas políticas que representa y el rol que cumple frente al Estado. Mientras que, por otro, da cuenta de un Estado que en respuesta a ese rol ejerce formas de violencia, de silenciamiento, antes que escucharlas.

En síntesis, podemos decir que, el sentido que le atribuye a su representación en nombre de una organización de mujeres indígenas, vemos como la lideresa asume un rol crítico en esta relación producto de una desigualdad de poder jerárquica y racista, en la interseccionalidad de raza y género. Así ella cuestiona los discursos del Estado que hablan de la identidad indígena o de una deuda histórica con sus pueblos, sin una correspondencia concreta con herramientas de gestión pública que involucren a los pueblos indígenas en las tomas de decisión.

En el ámbito del saber, identificamos un marcador colonial más enfático sobre las jerarquías de género, en el discurso inicial de la presidenta de FENMUCARINAP, Lourdes Huanca, cuando señaló que el Estado tiene pleno conocimiento de las desigualdades que atraviesan las mujeres indígenas en el país: “Yo creo que el Poder Ejecutivo tiene conocimiento de la razón en la cual las mujeres llevamos las desventajas” (FENMUCARINAP, 2020, 31m50s). Refiriéndose además de los datos del Censo Nacional del 2017, también a toda la información que producen y manejan las instituciones gubernamentales, la cual da cuenta de las brechas existentes

en acceso de mujeres indígenas a educación escolarizada y en mayor grado a la universitaria, así como de las tasas de analfabetismo, y acceso al uso de tecnologías.

Con todo, remarcó que, a pesar de estas desigualdades para el acceso dichos espacios de conocimiento atravesados por la colonialidad del saber. En la otra cara de la moneda, destaca que gracias a los conocimientos producidos por los pueblos indígenas ha sido y es posible la protección y conservación de las tierras y territorios del país y del mundo. Precisamente, el lugar en donde se producen los alimentos que abastecen a las grandes ciudades, y que sin la existencia de ese cuidado y protección que brindan los pueblos indígenas, la lideresa interpeló: “¿De qué vamos a vivir?” (FENMUCARINAP, 2020, 35m11s).

En esta interpretación, identificamos la presencia de dos marcadores en contraste. Por un lado, el de colonialidad, que denuncia la desigualdad de acceso al conocimiento ofrecido por el sistema educativo nacional, particularmente en las mujeres indígenas, tornando la educación en un privilegio no sólo en términos de clase, sino también en términos étnicos y de género. Mientras que, el de decolonialidad, da cuenta de una reivindicación de los conocimientos producidos por los pueblos indígenas, cuyo valor se caracteriza tanto por su ancestralidad como por su relación de respeto y equilibrio con la naturaleza, Madre Tierra, o Pachamama, denominaciones de las culturas amazónicas y andinas.

Otro punto por destacar en el discurso de Lourdes es la invocación a una la burocracia estatal con una mirada más humana en relación a los pueblos indígenas. Colocación importantísima vinculada al ámbito ontológico del ser y el ámbito del poder, pues citando algunas de las expresiones del expresidente García entre los años 2007 y 2009⁵ usadas para referirse a los pueblos indígenas, exige que se les vea más como ciudadanas portadoras de derechos.

Necesitamos de inmediato, autoridades que verdaderamente tengan la calidad y la calidez humana de mirar a nuestro país, no como nos miran. Como siempre nos han dicho que somos “perro del hortelano”, que “somos personas de la tercera categoría”, como lo dijeron los otros expresidentes (FENMUCARINAP, 2020, 36m03s).

5 Ver el artículo de opinión: “El síndrome del Perro del Hortelano” del entonces presidente del Perú Alan García publicado el 29 de octubre de 2007 por el diario El Comercio. Ver declaraciones del entonces presidente del Perú Alan García Pérez en abril de 2009.

En este sentido, la lideresa evocó las luchas de las organizaciones amazónicas durante el conflicto social conocido como el Baguazo⁶, rememorando cómo los pueblos de la Amazonía peruana se levantaron en protesta por la defensa de sus territorios ante la imposición de normas estatales que atentaban contra sus derechos. Acontecimientos que se encuentran presentes en las memorias históricas recientes de la colectividad indígena, y, por tanto, representan un marcador decolonial importante, pues se trata de un hito en la relación pueblos indígenas y Estado peruano, no sólo por las pérdidas humanas que dejó el conflicto, sino también porque este motivó la promulgación en 2011 de la Ley N°. 29785, Ley de Consulta Previa a los Pueblos Indígenas o Nativos, reconocida por el Convenio 169 de la OIT.

Ello nos permite comprender el llamado público que hace la presidenta de FENMUCARINAP a través de los medios de comunicación para hacer pública la actitud vigilante de las organizaciones indígenas ante cualquier vulneración de sus derechos por parte del Estado. Actitud que es producto de la desconfianza que genera el Estado peruano, y que se torna central en la relación entre ambos actores.

El rol del Estado y el abordaje para la atención a pueblos indígenas en contexto de pandemia covid-19

En lo que respecta a las dos preguntas específicas que buscamos dar respuesta sobre la lectura que tienen ambas lideresas indígenas acerca del rol del Estado y el abordaje del Estado para la atención a pueblos y mujeres indígenas en el contexto específico de la pandemia por el covid-19, tenemos que, encontramos en ambos discursos marcadores relacionados a los ámbitos del poder, y del ser. Siguiendo la disposición del tópico anterior: el discurso de la presidenta de ONAMIAP, seguida por el de la presidenta de FENMUCARINAP.

Acerca del rol del Estado, en el ámbito del poder, Melania Canales identifica al Ministerio de Cultura (MINCUL) como ente rector en materia de pueblos indígenas y al viceministerio de Interculturalidad como el órgano técnico responsable por lineamientos, planes, programas, y coordinación con los otros niveles nacionales y subnacionales del Estado en materia de interculturalidad.

6 El Baguazo o Masacre de Bagua, fue un conflicto social que tuvo lugar en la provincia de Bagua en el año 2009 y en el que se enfrentaron manifestantes indígenas y policías por parte del Estado. Como resultado de la violenta represión murieron 33 personas entre policías y ciudadanos indígenas.

Entre los obstáculos que dificultan un diálogo sostenido con el Estado a través del ente rector en la materia, Melania Canales identificó, por un lado, la inestabilidad política del sector cultural por los constantes cambios de sus autoridades gestoras, y por otro, la elaboración de planes, programas y lineamientos para los pueblos indígenas sin una participación efectiva de las organizaciones que los representan. Es decir, un Estado que instala instancias participativas donde coordina, recoge propuestas y llega a acuerdos con las y los representantes de las organizaciones indígenas y, pero sin alcances concretos y efectivos, ya que estos no son precisamente últimas instancias de decisión política.

Por ello, la demanda reiterativa por “ser escuchadas”, guarda relación con la exigencia de una participación directa y efectiva en espacios con poder de decisión concreta, sin lo que la lideresa denomina “intermediarios o intérpretes” que limitan su participación efectiva, pues ellas tienen voz propia.

Asimismo, con relación a la interpelación que Melania realiza al MINCUL sobre su actuación en relación a la actitud del Ministerio de Energía y Minas acerca de los ingresos por personal de empresas extractivas a los territorios indígenas es posible notar que su planteamiento evidencia el diferencial de poder que ella identifica en dicha relación y en consecuencia la capacidad de incidencia efectiva en la política pública de estos sectores. Algo que, situado bajo el contexto específico del inicio de la pandemia, se tradujo en el consentimiento estatal de constantes vulneraciones a la autonomía y la libre determinación de los pueblos indígenas mediante intrusiones no autorizadas a sus territorios del personal de empresas extractivistas a pesar de que muchos de estos pueblos decidieron cerrar sus territorios como medida de prevención contra contagios.

A partir de lo señalado por la representante de ONAMIAP, identificamos la presencia de un marcador colonial de poder, en tanto tenemos un Estado que impone su autoridad no respetando a las autoridades comunales, ni estableciendo mínimamente un diálogo para reforzar la protección de los territorios indígenas. Asimismo, es posible notar cómo la reproducción de la colonialidad dentro de la propia estructura del Estado, y que se refleja en el peso de poder que existe respecto a la capacidad de acción y gestión entre sectores estatales. Tal como quedó evidenciado en los hallazgos de la investigación de Torrejón (2018) acerca de la implementación de la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas, el Ministerio de Cultura es un sector con una limitada autonomía frente a otros con mayor poder político y económico, lo que la convierte en una institución débil y con una agenda subordinada a las

agendas de los otros sectores del Estado. Y si hablamos del Viceministerio de Interculturalidad (VMI) la limitación cobra un margen mayor.

Aunque no sea nuestra intención, en este artículo, profundizar en las dinámicas internas del Estado, es necesario señalar que, así como no podemos partir de una visión homogeneizante de los pueblos indígenas, tampoco podemos pensar en un Estado homogéneo y unitario, pues se encuentra compuesto por sectores heterogéneos cuyas lógicas, discursos y prácticas políticas pueden ser contradictorias entre sí (TORREJÓN; 2018, p.14). Reconocer ello, no nos impide afirmar en concordancia con los marcadores presentes en los discursos de ambas lideresas, que, a pesar de la heterogeneidad de estas lógicas, discursos y prácticas políticas todas ellas responden y permanecen inscritas dentro de la matriz de la colonialidad del poder, del saber y del ser.

Sobre el abordaje del Estado, en el ámbito del saber el marcador colonial destacado en el discurso de Melania Canales hace referencia al enfoque o mirada urbana, es decir, vinculada al área del conocimiento sobre gestión pública, desde el cual se dictaron las mismas medidas de acción gubernamental tanto para zonas andinas como para zonas amazónicas. Y advirtió desde su análisis que, luego de 70 días de emergencia, ya no era pertinente hablar o referirse a una fase de prevención, pues el virus ya se encontraba presente en las comunidades siendo más indicado pensar y discutir el diseño e implementación de una estrategia de contención.

En cuanto al abordaje en materia económica, Melania advirtió que cuando el Estado planteó la reactivación económica no hizo ninguna referencia a la titulación de los territorios indígenas, por lo que esta fue pensada desde una lógica empresarial, la cual no incluía las actividades económicas de los pueblos indígenas.

El marcador decolonial identificado en este trecho se refiere a que no es posible separar para los pueblos indígenas la esfera económica de la titulación de sus territorios. Entendiendo que, la significancia del territorio constituye el centro de reproducción de sus vidas, tanto por ser el espacio que habitan, como porque es donde tienen lugar las actividades productivas que sustentan sus economías familiares, comunales y locales. Todas estas se desenvuelven bajo una lógica de integralidad, del “Buen Vivir” o “Sumak Kawsay”, basada en un sentido pleno de respeto por la naturaleza y todos los seres comprendidos en dichos espacios.

En ese sentido, señaló que una de las propuestas de ONAMIAP planteadas al Estado y que no fue tomada en cuenta, era la implementación de un bono comunal para las comunidades campesinas y nativas con el objetivo de fortalecer la soberanía alimentaria, tanto para la producción y

consumo local, como para la producción y consumo nacional. Y dentro de la producción local hubiera sido posible acoger y sustentar a la población retornante que debido a las medidas de cuarentena se quedó sin recursos para seguir viviendo en las capitales, y volvió a sus comunidades de origen. Por otro lado, el marcador colonial identificado tiene relación con la primacía de una colonización territorial del subsuelo por parte del Estado, bajo una lógica mercantilista/capitalista.

Por todo lo antes dicho, Melania interpela en su discurso directamente tanto a la viceministra como al presidente de la República de forma directa, para exponer la diferencia de poder que existe con relación al acceso a estos derechos fundamentales por parte de las mujeres indígenas y sus pueblos. En ese sentido, la lideresa manifestó que desde ONAMIAP exigen y demandan como mujeres indígenas organizadas, igualdad y derecho a la salud, a la educación, a la comunicación, a la participación, por mencionar algunos de los derechos fundamentales. Eso, dice ella, es lo que vienen exigiendo como organización, derechos, los cuales se encuentran invisibilizados.

Mención especial de la lideresa fue dedicada a las limitaciones en cuanto al acceso a la educación a distancia, denunciando la negación al derecho a la educación a las y los hijos de las comunidades indígenas, con una visible inacción de las autoridades.

En lo que respecta al ámbito ontológico del ser, Melania Canales interpela directamente tanto a la entonces viceministra de Interculturalidad, como al entonces presidente de la República y a las autoridades en general del Estado a que vivan en las mismas condiciones que cualquier ciudadano o ciudadana indígena. En su interlocución la lideresa emplea esta estrategia comunicativa para llamar nuestra atención sobre lo que significa ser indígena en el Perú.

Esta intervención denuncia que el marcador colonial está centrado en el significado de ser indígena en un país que condiciona las posibilidades de acceso y goce de derechos, tanto en las comunidades como en las ciudades. Esta limitación de condiciones de acceso a una vivienda digna, a recursos hídricos, acceso a la salud, a la educación, a la comunicación, al saneamiento, marca las brechas de desigualdad, que como bien lo explicó Melania, está vinculada a la práctica colonialista, o de colonialidad. La expresión “sentir en carne propia”, durante su intervención, buscó precisamente generar esa conexión no apenas en el ámbito de que esta realidad fuera comprendida desde lo figurativo sino también sobre lo concreto, lo que es y significa material y subjetivamente ser un o una indígena en el Perú.

En el caso de la representante de FENMUCARINAP, encontramos en su discurso algunas referencias implícitas respecto al rol del Estado, mientras que, en relación a la segunda pregunta sobre el abordaje, los marcadores identificados fueron numerosos.

Sobre la colonialidad del poder, Lourdes Huanca denunció una situación de exclusión dentro de las prioridades estatales, la cual se manifestó, por ejemplo, en la no asignación de un presupuesto exclusivo para la atención de los pueblos indígenas durante los primeros meses del Estado de Emergencia por la pandemia, lo que representaría la huella de un marcador colonial.

Fue contundente su rechazo ante cualquier posibilidad de realizar una consulta previa virtual, primero, debido a las brechas existentes de acceso a internet, y segundo, porque ello limitaba el ejercicio de este derecho de la población indígena con el fin de priorizar los intereses de las empresas extractivas. La lideresa interpretó esta intención del Estado como un intento de imposición colonialista de los grandes capitales extractivistas que se mueven en el país, y declaró su absoluta oposición frente a ello, advirtiendo una constante vigilancia y fiscalización desde su organización para que no se vulnere el derecho de los pueblos indígenas a ser consultados.

La lideresa posiciona su rol como representante de una organización indígena que demanda el respeto del derecho a la consulta previa presencial y la atención inmediata de las necesidades de los pueblos indígenas en un contexto de pandemia. Refuerza a su vez la posición política del conjunto de organizaciones indígenas con un rotundo: “No vamos a permitir que se nos sigan atropellando nuestros derechos” (HUANCA, L.- Corpus discursivo, segmento 29). Y delante de las posibles amenazas existentes reafirmó también la unidad de los pueblos indígenas, su capacidad de articulación, y la capacidad de estos para manifestar de forma firme su posición de rechazo.

Otro marcador colonial se refiere específicamente a la relación con el Ministerio de Cultura como ente rector en materia de pueblos indígenas, sobre el que recae una crítica aguda respecto al espacio de coordinación entre este sector y las/los representantes de las organizaciones indígenas. Y es que, a pesar de la creación del Grupo de Trabajo de Políticas Indígenas (GTPI) en el 2014, como espacio de coordinación y articulación directo con un sector del gobierno central, este último no tuvo como prioridad la atención de los pueblos indígenas al inicio de la cuarentena, según lo manifestado por la lideresa. Pues, a pesar de los diálogos internos que se dieron en este espacio, e inclusive el anuncio de la creación de una

comisión multisectorial para coordinar a nivel ministerial la atención de la emergencia sanitaria en pueblos indígenas, se continuaron promoviendo por otros sectores del mismo Estado propuestas en contra de los derechos de estos pueblos, indicó.

El marcador colonial denunciado en estos trechos discursivos guarda relación con una expresa desconfianza del Estado, fundada en distintos antecedentes. Por esta razón Lourdes señaló que, si las organizaciones indígenas permitieran la flexibilización de los procesos de consulta previa, en adelante, estarían abriendo una oportunidad para que estos procesos puedan ser desvirtuados, no respetando así la voluntad de los pueblos en relación a alguna medida o acción que pueda afectar directamente sus vidas, creencias, instituciones, bienestar espiritual, y/o a las tierras que ocupan o utilizan, de acuerdo con lo previsto en el artículo 7 inciso 1 del Convenio 169 de la OIT. (PERU-MINCU, 2014, p.87-89).

A su turno, el marcador decolonial se presenta como una actitud de firme resistencia exigiendo que se respete el derecho a la consulta previa de forma regular sin ningún tipo de flexibilización que limite el derecho a la participación de los pueblos indígenas. Experiencia que además es significada por ella como un tipo de conocimiento específico sobre el medio por el cual busca que se garantice el derecho de los pueblos indígenas a ser consultados.

Otro marcador colonial de poder, se vincula a lo señaló que, después de un poco más de tres meses de iniciada la declaración de emergencia sanitaria y la cuarentena, las organizaciones indígenas aún continuaban exigiendo al Estado apoyo económico para que las comunidades de los pueblos indígenas pudieran enfrentar la pandemia, así como también, que cumpliera con la atención a los derechos a la salud y educación, los cuales hasta ese momento no habían sido atendidos de acuerdo a las realidad y condiciones de vida de los pueblos indígenas. Manifestó que en ambos casos hasta entonces no obtuvieron respuestas concretas de parte del Estado.

En esa misma línea mencionó además todas las dificultades que han enfrentado los niños y niñas de las comunidades indígenas para poder acceder a la enseñanza virtual. Siendo que en muchas de las comunidades donde la señal de *Internet* es escasa o inexistente, y en otras donde la onda de frecuencia radial no es lo suficientemente buena, las y los niños se han visto en la necesidad caminar algunos kilómetros para subir a las montañas o zonas más elevadas para poder escuchar sus clases:

El otro punto que queremos notar y poner aquí, [es que] durante todos estos tres meses, ciento dos días y más, si no me equivoco, hemos venido pidiendo el apoyo económico, salud, educación para nuestros hijos, nuestras hijas, en la cual, no nos han brindado... Definitivamente nuestros hijos han tenido que subir al cerro para poder escuchar el tema de la radio, etc., etc., que ustedes mismos lo conocen como periodistas. (FENMUCARINAP, 2020, 32m14s)

Situaciones que ponen en evidencia no sólo la desigualdad existente por la brecha de acceso a un recurso como el *Internet*, sino también la brecha en el propio abordaje que el Estado adoptó para continuar brindando el servicio de educación. Por ello, la lideresa enfatizó que, aquella no era una realidad desconocida para el Estado, pero que no fueron pensadas formas alternativas diversas e interculturales para que las niñas y niños de las comunidades más distantes no vieran afectado su derecho de acceso a la educación.

El elemento de colonialidad denunciado en estas enunciaciones, visibilizan la posición de valoración en la que se encuentra el modelo educativo hegemónico frente al modelo educativo intercultural, donde este último es marginalizado a pesar de significar una alternativa de diálogo y recuperación de los conocimientos subalternizados como los conocimientos propios de los pueblos indígenas. Y si antes de la pandemia la educación intercultural venía intentando ampliar su aún escaso alcance, las brechas de conectividad en esta nueva realidad de educación a distancia terminaron por limitar aún más este derecho.

Asimismo, la representante de FENMUCARINAP se refirió también de forma crítica al abordaje estatal en materia económica. Y concluye que esta responde a una lógica capitalista de mercado centrada en priorizar los grandes capitales antes que, a la población indígena. Esto porque, a pesar de las situaciones antes descritas el Estado no tomó acciones concretas al respecto.

Lourdes sostuvo que para ella quedaba claro cómo la entonces ministra de economía establecía una jerarquía de prioridades en su gestión, la cual pasaba por atender primero a los proyectos mineros y extractivos, para los que existió voluntad política de respaldo a través de un fondo económico. Mientras que las comunidades indígenas atravesaban una serie de dificultades en acceso a servicios y continuaban a la espera de que estos fueran atendidos por el Estado. Denuncia, así, la primacía del modelo extractivista y la lógica de mercado capitalista, aportando el cuestionamiento de las formas de gestión en materia económica que precisamente responden a una jerarquía vinculada a la colonialidad del

poder, donde los pueblos indígenas continúan estando en los lugares menos prioritarios o favorecidos.

De otro lado, identificamos un marcador decolonial en la reafirmación que Lourdes hace sobre el rol fundamental que han cumplido los pueblos indígenas en relación a la producción y abastecimiento de alimentos a todo el país durante toda la cuarentena:

Como lo han mencionado nuestros compañeros, durante toda esta cuarentena, son los pueblos indígenas originarios, son las productoras y productores que hemos abastecido la alimentación a nuestro país peruano. No nos ha faltado la comida, hemos tenido pan llevar en la mesa, la papa, la zanahoria, etc., la carne, porque hay ganadería, hay pesquería. Tenemos que dar la viabilidad al sector agrario, tenemos que dar la viabilidad a los pueblos indígenas que estamos protegiendo nuestros bosques. (FENMUCARINAP, 2020, 34m21s)

Aunque, a su vez señaló que a futuro ello no podría ser sostenible si es que no hay una inversión económica para estos pequeños productores y productoras de los pueblos indígenas. De la misma forma, enfatizó que todas estas actividades son realizadas por las comunidades desde un enfoque que preserva y cuida la vida de los bosques, haciendo un uso responsable y sostenible de los bienes naturales transformados en recursos.

En ese sentido en este marcador decolonial no sólo se destaca la importancia que tiene para la subsistencia nacional la producción indígena, la cual tiene poca a nula visibilidad y valoración, sino, además, demanda al mismo tiempo un compromiso estatal con el sector agrícola, pecuario, y sectores conexos.

Por otro lado, Lourdes puso de manifiesto el alto nivel de afectación que han sufrido las comunidades indígenas debido al desabastecimiento de alimentos complementarios, que no son producidos dentro de las comunidades, así como de medicamentos. Reiterando que el Estado no ha otorgado ningún tipo de bono a las comunidades para poder enfrentar dicha escasez. Indicó además que, mientras las mujeres vienen solicitando préstamos para poder sacar adelante sus actividades económicas o productivas, el Estado ha beneficiado con préstamos de intereses reducidos a grandes empresas cuestionadas incluso por su vinculación con casos de corrupción.

Los marcadores coloniales denunciados en este trecho discursivo nos hablan en primer lugar, de cómo a pesar de la enorme contribución que las comunidades indígenas para garantizar una soberanía alimentaria, estas no reciben formas de apoyo estatal que permitan hacer sostenible dicha labor. Lo que podría significar a futuro no sólo la reducción de la

producción de los pueblos indígenas, sino que se abriría la posibilidad de que esta sea reemplazada por alimentos importados con menor calidad alimenticia. De ahí que, es oportuno tener en cuenta que la política estatal tanto en los sectores productivos como en otros sectores clave de la economía, no sólo responde a las lógicas mercantiles nacionales, sino que se encuentra inserta y responde también a lógicas mercantiles globales, pela colonialidade do poder do sistema-mundo, y en esa dirección apuntan la gran mayoría de medidas económicas estatales.

Mención destacada merece la referencia específica a las actividades económicas o trabajos desempeñados por las mujeres indígenas. Ya que, si bien a lo largo de su discurso Lourdes interpela al Estado en relación a algún tipo de asistencia económica dirigido a la colectividad comunal, el llamado particular hacia la situación económica de las mujeres indígenas permite visibilizar dentro de los pueblos indígenas una tercera desigualdad además de la raza y la clase, el género. Esta mirada interseccional permite entonces, como refiere Lugones (2008) e Bidaseca (2014), desenmascarar las colaboraciones cómplices que ocultan muchas veces dentro de la integralidad comunal la referida opresión múltiple que pesa sobre las mujeres indígenas.

Asimismo, Lourdes Huanca se dirigió al entonces presidente de la república a través de los medios de comunicación, presentes en el evento virtual, para exigir y reiterarle que respete los derechos humanos de los pueblos indígenas. Manifestó también que, como organización indígena la FENMUCARINAP también apoya la reactivación económica, siempre y cuando los pueblos indígenas sean considerados dentro de la reactivación. No sólo como parte de la población en general, sino que esta reactivación tenga un enfoque más humano e intercultural, que considere las distintas visiones de desarrollo alternativo que tienen los 55 pueblos indígenas. Advirtió además que en todo momento la FENMUCARINAP tendrá una actitud vigilante respecto a las respuestas y acciones que tome el poder ejecutivo.

REFLEXIONES FINALES

La interpretación de los discursos de las lideresas y representantes de dos organizaciones de mujeres indígenas de Perú, ONAMIAP y FENMUCARINAP, partiendo de la pregunta inicial, permitirá evidenciar tanto denuncias de la colonialidad, así como en las proposiciones decoloniales de la producción de sentidos acerca de la relación de los pueblos indígenas con el Estado peruano. Encontramos una riqueza

discursiva en cuanto a prácticas y formas de conocimiento en permanente construcción y reflexión que pone en denuncia y cuestión, prácticas y formas de conocimiento estatales vinculados a la colonialidad del poder, del saber, del ser y del sistema moderno/colonial de género.

De lo expresado tanto por Melania Canales, como por Lourdes Huanca, podemos señalar puntos en coincidencia sobre: el tipo de relación que construyen con el Estado, acerca del rol que este debe cumplir y de su abordaje durante la pandemia, siempre afirmando sobre el respeto y aplicación de los derechos colectivos de los pueblos indígenas.

Como lideresas que representan a organizaciones de mujeres indígenas ambas coinciden en asumir una postura crítica en su relación al Estado peruano, cuestionando las desigualdades producto de los procesos de colonización. Las pistas encontradas a través de los marcadores coloniales denunciados y decoloniales identificadas en sus discursos, evidencian la existencia de una estructura de larga data colonial, que se traduce en lo señalado por las dos lideresas, una reiterada actitud de postergación por parte del Estado de los pueblos indígenas, y peor aún en el caso de las mujeres indígenas cuyos discursos la luz de la intersección de los sistemas de colonialidad del poder, do saber e do ser, y el sistema moderno/colonial del género, ratifican la existencia de una triple subalternidad.

En cuanto a las intervenciones de ambas lideresas como sujetas colonizadas/racializadas, encontramos que estas se orientan fundamentalmente bajo una perspectiva y actitud crítica de denuncia y confrontación no sólo hacia las formas colonialistas del Estado-nación moderno, o al capitalismo, sino también, al paradigma moderno/colonial en su conjunto, desde una subjetividad viviente, lo que las identifica como perspectivas y actitudes decoloniales en sí mismas.

En consecuencia, el giro epistémico que proponemos a partir de la interpretación, operacionalizada por las herramientas de la ACD, de los discursos de Melania y Lourdes, a diferencia de tratar de hablar por ellas o traducir sus voces como personas privadas de sus derechos de lo que trata es de destacar la relevancia y aporte al quehacer epistémico y político de esas voces. Sobre todo, profundizando en lo que están diciendo y el sentido que le imprimen no apenas como un conocimiento vivencial, sino como parte de una forma otra de producir conocimiento desde una episteme y ontología otra que has sido por siglos inferiorizadas y deshumanizadas.

En esa misma dirección, las voces de Melania y Lourdes como sujetas políticas y cuyos derechos deben ser reconocidos, quiebran con sus voces la lógica de la colonialidad del saber. Así, la acción política de

ambas lideresas tiene un locus de enunciación propio, y entendemos que ella tiene impacto epistémico significativo, en la contraposición a la lógica institucional basado en formas universalizantes de saber y de gobierno. Por lo tanto, son voces que cobran el reconocimiento de la diversidad no de forma ingenua pero sí em termos de una interculturalidad crítica que tenga em cuenta las complejidades en la superación de las subalternidades y no matriz culturalista o multiculturalista.

Esto significa no rendirse a la lógica de la apropiación y del multiculturalismo que no pone en cuestión la matriz colonial de poder y que ve la diversidad como una riqueza que se incorpora al modelo “nación”. Mientras que, la interculturalidad crítica a la que se refieren tanto Melania, como Lourdes, parten y se posicionan desde un pensamiento crítico fronterizo que irrumpe en la universalidad como respuesta social, política, epistémica y ética, y en ese mismo sentido ambas significan este concepto como proyecto político en sí mismo culturalista o multiculturalista.

Finalmente, al traer las voces, buscamos interpelar a gestores y gestoras públicas en sus formas de relacionamiento como representantes del Estado con las mujeres indígenas, sino que también el ámbito académico hegemónico donde aún prima una relación con los pueblos indígenas y sus integrantes meramente como objetos de estudios y no como fuentes productoras de múltiples conocimientos. Y de la igual forma, dentro de la propia producción académica militante, es necesario construir conocimiento y reflexión conjunta que parta de una comprensión histórica y visibilización de sus luchas como sujetas políticas que nos permita entender y aprender de sus objetivos y estrategias políticas.

REFERENCIAS

BIDASECA, K. Mujeres blancas buscando salvar a las mujeres color café de los hombres color café. O reflexiones sobre desigualdad y colonialismo jurídico desde el feminismo poscolonial. En: BIDASECA, K.; VAZQUEZ L. V. (Org.) **Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina**. 2 ed. Buenos Aires: Ediciones Godot, 2011, p.95-118.

BIDASECA, K. Los peregrinajes de los feminismos de color en el pensamiento de María Lugones. **Estudios Feministas**, Florianópolis, v.3, n.22, p. 953-964, sept./dic. 2014. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/381/38132698014.pdf>

BIDASECA, K.; VAZQUEZ L. V. (2011). Feminismo e indigenismo. Puente, lengua y memoria en las memorias de las mujeres indígenas del sur. En: BIDASECA, K.; VAZQUEZ L. V. (Org.) **Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina**. Buenos Aires: Ediciones Godot, 2011, p. 361-377.

BRAGATTO, F.F., y COLARES, V. (2017). Indícios da descolonialidade na Análise Crítica do Discurso na ADF 186/DF. **Revista Direito GV**, v.13, n.3, p. 949-980. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/sxrsKHRzfc4rZrRKfhnC7BL/?format=pdf&lang=pt>. Acceso en: 2 abr. 2020

FENMUCARINAP – Federación Nacional de Mujeres Campesinas, Artesanas, Nativas, Indígenas, Nativas y Asalariadas del Perú.
Conferencia de prensa “La nueva infracción a la consulta previa en el Perú: Consultas previas virtuales de cara a la reactivación económica”. Lima, 08 jul. 2020. Facebook: @fenmucarinap. Disponible en: <https://www.facebook.com/117276111694704/videos/641832936678787> (LOURDES - Corpus discursivo, Pos. 1)

LUGONES, M. (2005). Multiculturalismo radical y feminismo de las mujeres de color. En: **Revista Internacional de Filosofía Política**, (25), 61-75.

LUGONES, M. Colonialidad y Género: Hacia un feminismo descolonial. En: MIGNOLO, W. (Org.). **Género y Descolonialidad**. 2.ed. Buenos Aires: Del Signo, 2008, p. 13-42.

LUGONES, M. (2014). Rumo a um feminismo descolonial. En: *Estudos Feministas*, 3(22): 320, 935-952.

MALDONADO-TORRES, N. (2007) Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. En: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSFOGUEL, R. (Org.). **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. 21.ed. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central; Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana; Instituto Pensar, 2007, p. 127-168.

MARTINS, P. H., y BENZAQUEN, J. F. (2017). Uma proposta de matriz metodológica para os estudos descoloniais. En: *Cadernos de Ciências Sociais da UFRPE*, 11(2), 10-31.

MIGNOLO, W. (2003). **História locais projetos globais - colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar**. Tradução: Solange Ribeiro, 1.ed.rev. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003

MIGNOLO, W. (2007). El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto. En: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSFOGUEL, R. (Org.). **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. 21.ed. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central; Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana; Instituto Pensar, 2007, p.

MCLPP Perú – Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. (2020, 03 de junio). **Diálogos por la Concertación: Políticas públicas para la atención de la población indígena frente al COVID-19**, 2020, 1 video (2hr. 43 seg.) Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=NUL-55T83wo>. Acceso en: 03 jun. 2020.

PAJUELO, R. Expresiones organizativas de la presencia indígena en América Latina: Una aproximación panorámica. En: CHIRAPAQ. **Expresiones organizativas de la presencia indígena en América Latina**. Lima: 2014, p.19-82.

PERU. MINCU (2014). **Derecho a la Consulta Previa**. Lima: Ministerio de Cultura del Perú. Cooperación Alemana GIZ.

QUIJANO, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Lander, E. (org). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, (pp. 122-152). CLACSO.

QUIJANO, A. (2007). Colonialidad del poder y clasificación social, En: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSFOGUEL, R. (Org.). **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. 21.ed. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central; Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana; Instituto Pensar, 2007, p. 93-126.

QUIJANO, A. (2014a) El “movimiento indígena” y las cuestiones pendientes en América Latina. En: Clímaco D. A. (Comp.). *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Recuperado el 20 de agosto de 2019, de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140424014720/Cuestionesyhorizontes.pdf>.

QUIJANO, A. (2014b). “Raza”, “etnia” y “nación” en Mariátegui: cuestiones abiertas. In: Clímaco D. A. (comp.). *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Recuperado el 20 de agosto de 2019, de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140424014720/Cuestionesyhorizontes.pdf>.

ROUSSEAU, S. (2018). El “caso excepcional” que ya no es tan excepcional. En: Rousseau, S., y Hudon A.M. *Movimientos de mujeres indígenas en Latinoamérica: género y etnicidad en el Perú, México y Bolivia* (pp.181-212). PUCP.

ROUSSEAU, S. (2018). Las mujeres indígenas fortalecen al movimiento indígena. En: Rousseau, S., y Hudon A.M. *Movimientos de mujeres indígenas en Latinoamérica: género y etnicidad en el Perú, México y Bolivia* (pp.213-254). PUCP.

SCIORTINO, M. S. (2011). La cultura como espacio de enunciación y agencia: una lectura de la participación de las mujeres indígenas en los Encuentros Nacionales de Mujeres. En: Bidaseca, K, y Vazquez L. V. (Comps.) *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina*, (pp.309-324). Colección Crítica.

SEGATO, R. (2015). Género y colonialidad: em busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. En: Bidaseca, K, y Vazquez L.V. (Comps.). *Feminismos y poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina*, (pp.17-48). Colección Crítica.

TORREJÓN, S. (2018). ¿Quién es indígena en el Perú? Tensiones y desencuentros en la implementación de la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas. *Cuaderno de Investigación N°3*. Recuperado el 30 noviembre de 2000, de: <https://escuela.pucp.edu.pe/gobierno/wp-content/uploads/2018/06/Torrej%C3%B3n-Salm%C3%B3n-Sandra.pdf>

WALSH, C. (2007). Interculturalidad y colonialidad del Poder: Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial. En: Castro-Gómez, S., y Grosfoguel, R. (Comp.). *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 47 - 77). Siglo del Hombre Editores/Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana/Instituto Pensar

Parte III
SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS:
“Novas” requisições e desafios
profissionais em tempos de Pandemia
da COVID 19

DESAFIOS DA PANDEMIA DE COVID 19: DESIGUALDADE E DESPROTEÇÃO - INCIDÊNCIA NO SERVIÇO SOCIAL

*Vicente de Paula Faleiros
Jocelma Alves Moreira*

INTRODUÇÃO

No Brasil durante a Covid 19 interagiram a crise sanitária, a crise econômica e o negacionismo político com a presença de um governo de tendências conservadora, autoritária e populista com orientação neoliberal e com estratégia clara de desmontar direitos e de privatização selvagem. Trata-se de um hibridismo conservador nos costumes e autoritário na política com o neoliberalismo econômico de redução dos direitos e do Estado.

No contexto da pandemia da Covid-19, desencadeada a partir de fevereiro de 2020, analisamos o conflito entre o risco do vírus e a redução ou o desmonte da proteção social por parte dos governos neoliberais autoritários conservadores com as intercorrências para a atuação do Serviço Social. Essa combinação contraditória de interação dos riscos de contágio, da perda do emprego, do aumento da miséria com a redução de direitos e benefícios sociais estruturantes por parte do Estado e, ao mesmo tempo, concentração da riqueza, embora tenham existido auxílios emergenciais, agrava a desigualdade social e coloca impasses para a ação social.

Esse debate é hoje incontornável, crucial: o desmonte do estado social e dos direitos sociais no momento em que se agrava a miséria, a

pobreza e o desespero das pessoas incrementando-se a perda do emprego e a falta de acesso às políticas públicas. As crises do capitalismo se acentuam na redução da taxa de lucro, mas nem todos os setores são atingidos da forma e nem com a mesma intensidade, levando o estado a um processo de cortes e remanejamento orçamentário conforme a correlação de forças sociais e políticas, conceito analisado por Faleiros (2018). Nesse artigo explicita-se a contradição entre o aumento da desigualdade e da exclusão socioeconômica e o desmonte do estado de proteção construído no pós-guerra, na lógica de se manter a segurança jurídica e econômica da exploração e a insegurança jurídica e econômica dos trabalhadores, com repercussão no trabalho social.

Para esse objetivo foi feito um levantamento de dados disponíveis sobre a desigualdade, desproteção e riscos com uma revisão narrativa de depoimentos de assistentes sociais, retirados da internet, expressando os desafios de se trabalhar nessa contradição.

O DESMONTE DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE PROTEÇÃO SOCIAL E AMBIENTAL

O chamado estado de bem-estar social estruturado no pós-Segunda Guerra Mundial com as políticas keynesianas de estímulo ao consumo, seja por transferência de renda assistencial, previdenciária ou emergencial e implantação de serviços públicos universais, vem sendo desidratado pelo capitalismo financeiro globalizado e demolido pelos governos neoliberais e conservadores, como o de Jair Bolsonaro/Paulo Guedes, iniciado em janeiro de 2019. Outros governos latinoamericanos como o da Colômbia, do Paraguai, do Equador estão promovendo o mesmo desmonte dos direitos sociais, atendendo aos mercados e políticas articuladas aos interesses do capitalismo internacional.

Esses interesses promoveram golpes parlamentares e jurídicos para destituir presidentes democraticamente eleitos como aconteceu no Paraguai, no Brasil com Dilma Rousseff e na Bolívia com Evo Morales. A internet, inclusive por meio de *fake News*, estruturou uma deslegitimação de governos eleitos democraticamente para substituí-los por partidos conservadores e neoliberais comprometidos com a defesa intransigente dos lucros capitalistas e do poder das elites conservadoras, determinados a aniquilar os direitos sociais e arrasar o meio ambiente.

No Brasil, já no governo do vice-presidente de Dilma Rousseff, Michel Temer (31/8/16 a 01/01/19) foi estabelecido um teto de gastos para setores sociais, bem como aprovada uma contrarreforma trabalhista

para possibilitar contratos precários de trabalho e reduzir o poder dos sindicatos.

Jair Bolsonaro, não só aprofundou a contrarreforma trabalhista, como promoveu a destruição do meio ambiente, reduziu direitos sociais e desmontou a participação social nos conselhos de direitos da esfera pública.

A catástrofe da pandemia foi menosprezada por esse governo e seus asseclas ou fanáticos seguidores. Agiu com autoritarismo populista, que combina uma visão de poder pessoal próximo do nazismo, adotando um discurso de aliciamento contra a corrupção e de valorização da violência contra as instituições democráticas. Busca a adesão semelhante à de um chefe de bando. Faleiros (2020) caracteriza esse governo com tendências neofascistas e populistas. Uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado da República instalada em 2021 vem, no entanto, demonstrando fortes indícios de corrupção e de prevaricação na compra de vacinas.

A destruição planejada do meio ambiente favorece ocupações e desmatamento ilegal em terras públicas e indígenas para favorecer garimpeiros e invasores agrícolas. Desta forma, torna-se incontornável a relação entre aumento de riscos e da desigualdade e a desproteção dos direitos sociais. Esta combinação perversa tem como consequência não só o aumento da desigualdade estrutural como a perda da vida de milhares de pessoas. No Brasil, em 11 de julho de 2021, haviam sido registrado mais de meio milhão de óbitos por COVID-19 (533.000) e aproximadamente 20 milhões de casos e em 15 de agosto as mortes chegaram a 682.000 e os casos a 34,2 milhões.

O governo Bolsonaro-Guedes propugnou por tratamentos inócuos como o da cloroquina e outros, negando a gravidade da COVID-19 em nome da atividade econômica lucrativa e concentrada em poucas mãos. Impulsiona contrarreformas que reduzem o papel do estado e aumentam os lucros e o poder do capital. Em apoio a essa política, o discurso dominante das elites é de que seja necessário segurança jurídica para seus negócios, sem levar em conta a consequente insegurança dos trabalhadores que perdem direitos constituídos, o emprego, o trabalho, a convivência. O paradoxo incontornável é de que as contrarreformas constitucionais trazem segurança jurídica para os patrões por meio de mais exploração do trabalho e aniquilamento de direitos dos trabalhadores, tanto do setor privado como do setor público. Está em pauta a contrarreforma administrativa que cria castas no serviço público, privilegiando as que defendem a ordem, a repressão e a fiscalidade. Os

setores do funcionalismo passam a ser executores de ordens de gestores hierarquizados, conforme o projeto dominante. Desta forma, destroem-se todas as garantias de segurança dos trabalhadores com a máxima segurança para os patrões e o capitalismo.

AGRAVAMENTO DOS RISCOS E AUMENTO DA PRECARIIDADE

Dados da Comissão Econômica da América Latina (CEPAL-2021) permitem uma informação elaborada da conjuntura da pandemia, abrangendo os vários países da região, com destaque para as condições de exclusão e de falta de acesso aos serviços básicos, o aumento da pobreza, da desigualdade, do desemprego, com redução dos gastos públicos e sobrecarga das famílias, convivendo com o luto das mortes de seus membros. Aliás, condições estruturantes da exploração capitalista. Assim, houve impacto da pandemia da COVID-19 em todos os âmbitos da vida humana, exacerbando-se a desigualdade estrutural e tornando insuportável os custos da desigualdade para a população. Ao contrário desse agravamento, na conjuntura exige-se, que se fortaleça o estado e as políticas públicas na perspectiva de igualdade e de garantia de direitos e de democracia, com o propugna do Código de Ética do Serviço Social.

As condições de vida da população excluída fazem com que a proliferação, o contágio e as mortes sejam predominantes nas zonas periféricas, tornando a prevalência da doença mais intensa nessas regiões. A estrutura da desigualdade faz agravar a disseminação da pandemia e o número de mortes nas regiões mais pobres. Segundo a CEPAL (2021) também as populações indígenas experimentam carências de acesso a condições de prevenção e cuidado.

Schmidt et al. (2021, p.80) mostram que a saúde mental da população durante a Covid-19 é afetada negativamente, citando uma pesquisa da Fiocruz em que se constatou que 53% dos participantes se sentiram ansiosos/nervosos e 40% se sentiram deprimidos/tristes, muitas vezes ou sempre, durante a pandemia. A enfermidade não somente traz morte e consequências graves para a saúde física, como repercute negativamente na saúde mental, principalmente com sintomas de depressão. Os autores (SCHMIDT et al., 2021) também lembram que em 2020, a população em situação de rua no Brasil chegou a quase 222 mil pessoas, o que representa um aumento de 140% desde setembro de 2012. A elevação mais expressiva se deu nos grandes municípios (i.e., com mais de 100 mil habitantes) o que reflete o crescimento do desemprego e da pobreza.

A desigualdade social estrutural em países da América Latina se acentua na pandemia. Milhares de pessoas sobrevivem em situação de rua e são invisíveis para as políticas públicas e para sociedade onde predomina, principalmente nas classes dominantes, um olhar naturalizante sobre a pobreza, como se fosse “normal”, inevitável, fruto de suposta indolência, fazendo parte do panorama da cidade e do campo. O auxílio emergencial no Brasil alcançou 68 milhões de pessoas que não emergiram da exploração, apenas aliviaram a sobrevivência. É necessário destacar que a população afrodescendente, no contexto racista da exploração, também vem sofrendo com mais intensidade a prevalência da COVID-19. Rafael (2020) conclui que a renda per capita tem forte incidência sobre o contágio da doença na cidade do Rio de Janeiro, mostrando que o maior número de testes tem sido feito nas regiões com mais alta renda. Lima et al. (2021) mostram que no Rio de Janeiro houve uma periferização da doença a medida em que atingia as populações com menos condições de moradia e de cuidado. Isto ocorreu também no Distrito Federal, onde os dados mostram que a maior incidência de casos e de óbitos está nas regiões administrativas de Ceilândia – Pôr do sol – Sol Nascente, onde vivem pessoas em situação de trabalho precário e em condições de habitabilidade e saneamento deficientes. Essa mesma situação se configura em outras cidades do país, como São Paulo (UOL Notícias, 2020).

Segundo dados de 50 UTIs divulgados pela R7 Notícias de 08 de março de 2021, 60,5% dos internados graves são homens, a taxa de letalidade da covid-19 é de 79% entre não brancos e de 56% entre brancos. Quanto maior a exclusão da escolaridade, também maior é chance de morte pelo Corona Vírus e que complicações pulmonares são as causas mais comuns que levam pacientes ao óbito. Esses dados são provenientes da pesquisa “Impacto MR’ do PROADI-SUS” com 3.034 pacientes internados com covid-19 e 341 suspeitos. A média de idade era de 64 anos, sendo 60,5% homens e 39,5% de mulheres.

Em relação à rede de atenção à população em situação de risco e vulnerabilidade no território é necessário salientar que o desmonte da proteção social se aprofunda com o fechamento de unidades de serviços sociais. Destaca-se a dificuldade de presença de agentes sociais e assistentes sociais nos equipamentos presentes na comunidade, como saúde (postos e serviços de agentes de saúde), assistência social (CRAS e CREAS), previdência social (postos de atendimento, conselhos tutelares, órgãos da justiça, bancos, acessibilidade...). Os órgãos governamentais têm difundido certa acessibilidade pela internet, mas

a estrutura da desigualdade não possibilita que as pessoas excluídas tenham computadores, celulares adequados e, principalmente, uma rede de acesso Wi-fi e de informações que são fundamentais (CAMPOS, SGORLON, TORRES, 2020).

Nota-se a existência de uma violência institucional e digital que impede o acesso adequado de pessoas aos seus direitos. Além da redução de direitos não existe um sistema para que as pessoas possam acessá-los. Além disso, existe uma manipulação de softwares governamentais e privados que mudam constantemente para nova configuração que confunde os usuários. Os direitos ficam muitas vezes, retardados ou denegados, na rubrica “em análise” com postergação constante. Isso acontece, por exemplo, na Previdência Social e na concessão de auxílios emergenciais. Há constatação no Brasil do recebimento desse auxílio por pessoas que não tinham credenciais para isso, como soldados do exército.

Houve também uma proliferação do contágio entre aqueles que participaram de aglomerações como em praias, festas, clubes, encontros sem cuidado. Pode-se notar que o aumento da incidência do contágio passou a atingir mais intensamente os mais jovens depois de uma significativa incidência sobre pessoas idosas. No início da pandemia, a maior prevalência de mortes era entre idosos. Segundo dados divulgados na imprensa “entre janeiro e março, o número de óbitos subiu 353% entre pessoas de 30 a 39 anos, e 419% na faixa etária dos 40 a 49 anos, segundo boletim do Observatório COVID-19 da Fiocruz”. E o aumento da mortalidade na população em geral no mesmo período foi de 223%, mas a mortalidade segue superior em idosos, mas a idade média das vítimas do coronavírus baixou de 71 anos em janeiro de 2021 para 66 anos em março (Veja, 2021).

Os agravos para a saúde mental têm sido também observados durante a pandemia, sendo acentuados o medo, a incerteza, a solidão, pois as perdas se tornam mais presentes e intensas. Uma equipe da Fiocruz (NOAL, Debora et al., 2020, p.22) salienta as seguintes perdas decorrentes da pandemia: adoecer e morrer; perder pessoas estimadas; perder os meios de subsistência ou não poder trabalhar durante o isolamento e ser demitido; ser excluído socialmente por estar associado à doença; ser separado de entes queridos e de cuidadores devido ao regime de quarentena; não receber um suporte financeiro; transmitir o vírus a outras pessoas.

Por sua vez, segundo as autoras (NOAL, Debora et al., 2020) as percepções e sensações diante dessas intercorrências podem se traduzir em impotência, irritabilidade, angústia, tristeza. Ainda podem acarretar

as sensações de desamparo, tédio, tristeza, com alterações do sono e do apetite.

Conflitos e violência aumentaram no meio intrafamiliar como mostram os dados da violência contra mulher e da violência contra pessoas idosas. Costolli e Meirelles (2021) informam dados de um aumento de 102% nas ocorrências de violência contra pessoas idosas na Polícia Civil do DF no período de janeiro a agosto de 2020 comparado a janeiro a agosto de 2019. Marcela Duarte e Nathalia Afonso (2021) informam que o número de denúncias à Central de Atendimento à Mulher (número 180) entre março e abril de 2020 foi 27% maior do que no mesmo período de 2019, e ainda que os casos de feminicídio cresceram 22,2% entre março e abril de 2020, se somadas as ocorrências em 12 estados do país, em relação a igual período de 2019. Os dados fazem parte do documento Violência Doméstica durante a Pandemia de Covid-19, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP).

Essas condições de perdas e conflitos exigem dos profissionais de saúde, inclusive do Serviço Social novos protocolos de trabalho que envolvem a rede de proteção, cuidados especiais, novas formas de abordagem. É preciso levar em conta que as instituições foram fechadas ou com serviços precários (como escolas) e o compartilhamento do cuidado foi truncado. Ainda foi necessário considerar o acesso a auxílios numa estrutura de profunda desigualdade, com aumento da vulnerabilidade socioeconômica e das dificuldades de subsistência. A complexidade das situações exige mais trabalho de equipe e da rede, que por sua vez é dificultado pela reestruturação do trabalho, falta de recursos e falta de profissionais, com o ocorre por exemplo, no acesso a benefícios da Previdência Social. Os/as profissionais de saúde precisam se colocar diante de situações e desafios complexos desencadeados de forma tempestiva sem o preparo necessário, sem condições de trabalho, e sem o funcionamento de uma rede de proteção ,

A DESPROTEÇÃO SOCIAL E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Uma questão incontornável no capitalismo neoliberal globalizado e tecnológico é a articulação entre a precarização do trabalho e a desproteção social. O desmonte do estado com o neoliberalismo, reduz direitos e precariza o trabalho. Nega-se, inclusive, o acesso à informação correta e aos direitos que ainda se mantêm na legislação. A negação e o desmonte dos direitos é uma das questões-chave para o Serviço Social,

pois na perspectiva da profissão e de seu Código de Ética é o provimento dos direitos sociais que configura o objetivo profissional.

A precariedade do exercício profissional aumenta. Faleiros, Hedler e Araújo (2019) destacam essa precariedade do exercício profissional já antes da pandemia. Na pandemia ela se exacerba e se intensifica com o fechamento de serviços, falta de condições de trabalho, aumento da desigualdade, empecilhos da acessibilidade, dentre outros.

Conforme entrevista com Kelly Melatti (2020) difundida no site do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social, na área da assistência social, a pandemia escancarou a precariedade: “A pandemia escancarou as insuficiências do Suas - equipes desfalcadas, número de Cras, Creas, Centros Pop deficitários, em face da população a ser atendida, contratos de trabalho precarizados, ausência de política sólida de educação permanente, incapacidade de gestão da assistência social em todos os níveis, desrespeito, por parte do Executivo, às instâncias de controle social, dentre outras”. Continua Kelly Melatty (2020): “A demanda por EPIs é algo que tomou a cena das principais reivindicações por parte dos/as trabalhadores/as do Suas e ainda é muito recorrente em vários espaços. A questão é ampla e merece nossa atenção sobre alguns aspectos. (CFESS, entrevista, 2020).

No âmbito da saúde, uma equipe de assistentes sociais de hospital em Fortaleza assinala a questão da complexidade e do acúmulo de tarefas exercidas pelas assistentes sociais:

“o/a assistente social compõe a equipe multiprofissional da referida unidade, sendo responsável por conhecer e transmitir a realidade socioeconômica e cultural dos/as pacientes/famílias, apontando suas vulnerabilidades sociais e econômicas; formular estratégias de intervenção, tendo como base a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e composição familiar dos/as usuários/as, subsidiando a prática dos/as demais profissionais de saúde; trabalhar questões relativas à humanização na saúde, relações sociais, fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e orientações sociais à população atendida, quanto aos seus direitos sociais e de cidadania” (CFESS, entrevista, 2020).

No âmbito do judiciário Tejedas e Junqueira (2021) pontuam a produtividade do trabalho exigida e remodelada:

“desde que se anunciou o avanço da pandemia, as instituições do sistema de justiça, de modo geral, mantiveram atividades presenciais de urgência e deslocaram as demais para o ambiente remoto. Nesse contexto, situa-se um grande desafio para os(as) assistentes sociais nesse período. interessante observar que o ambiente virtual promovido pela pandemia vem se associando, no decorrer dos meses, a mudanças

que estão sendo introduzidas por essas instituições no âmbito da administração dos processos de trabalho. Movimentos que vinham sendo desenvolvidos nos últimos anos, caracterizados pela visão produtivista, na qual o trabalho técnico é mensurado por prazos e metas, com foco em resultados, pela redução de custos, pela conformação de um(a) profissional polivalente, capaz de atuar concomitantemente em diferentes frentes, foram intensificados nesse momento”.

Esses depoimentos e análises destacam, por um lado a precarização do trabalho e por outro a produtividade e a complexidade e intensificação das tarefas e atividades exercidas pela assistente social.

Como se pode observar, no capitalismo neoliberal, a precariedade do trabalho de assistentes sociais constatada por Faleiros, Hedler e Araújo (2019) nas áreas sócios jurídicas, da assistência e da saúde se intensifica na pandemia não só pelas condições de acessibilidade ao serviço, como pela falta de organização da instituição de equipamentos adequados, falta de formação e, principalmente, pela desigualdade social expressa pela exclusão em que sobrevivem os demandantes de serviços provenientes da periferia. A precarização não só se expressa na falta de condições como na falta de equipamentos de proteção individual e na intensificação do atendimento e também na atividade de home office, o que aumenta o estresse e o *burnout* dos profissionais.

Nesse sentido, o desmonte do estado e falta de proteção aumentam os riscos não só para o devido atendimento e efetivação dos direitos como colocam em riscos também a vida dos profissionais de saúde, dentre os quais as/os assistentes sociais. No site do CFESS, em 06 de maio de 2021, constavam no ícone Memória, os nomes de 91 profissionais mortos pela Covid-19.

Como visto nos depoimentos citados a incidência e a prevalência da pandemia são muito mais significativas nas populações periféricas excluídas como as que vivem em favelas, na rua, em condições precárias com forte impacto entre os afrodescendentes, os mais pobres, indígenas, desempregados.

Para enfrentamento emergencial e descontinuado da pandemia, o governo tomou várias medidas: flexibilização dos contratos de trabalho, permitindo as demissões e redução de salários; auxílios emergenciais para empresas e pessoas; distanciamento social em casa; *lockdowns* e restrições como toque de recolher e recomendações de cuidados de higiene e uso de máscaras; vacinas.

No Brasil, o governo Bolsonaro-Guedes adotou uma atitude negacionista em relação à pandemia, tendo como líder o Presidente

da República para dar o mau exemplo de aglomerações sem uso de máscaras, recomendação de medicamento inócuos como a cloroquina, recusa de comprar e aplicar vacinas e uso de um discurso de minimização da gravidade da pandemia. Dentre suas falas negacionistas, a imprensa tem destacado as seguintes (PODER 360): “é uma gripezinha”; “brasileiro pula em esgoto e não acontece nada”; “eu não sou coveiro”; “e daí, quer que eu faça o que?”; “a gente lamenta todos os mortos, mas é o destino de todo mundo”; “é como uma chuva, vai atingir você”; “país de maricas”; “se tomar vacina e virar jacaré não tenho nada a ver com isso”; “o Brasil está quebrado. eu não consigo fazer nada”; “não está comprovada cientificamente” diz Bolsonaro sobre Coronavac; “falta vacina! Vá comprar na casa da sua mãe”.

A negação da vacina e da existência da própria pandemia tem como pano de fundo, por um lado o negacionismo, e por outro, a questão econômica de favorecimento do mercado e a questão político-eleitoral de manutenção do poder conservador e neoliberal.

O discurso maniqueísta que opõe economia e saúde na política governamental tem o pressuposto equivocado de que exista uma oposição entre o cuidado da saúde e o impulso ao lucro e ao funcionamento econômico. Em se tratando de um governo neoliberal, a prioridade do mercado é a única centralidade da gestão. Para isso, o Presidente Bolsonaro tem tido o apoio de alguns empresários e magnatas que apostaram numa imunidade de rebanho no sentido de que o número de mortos não teria importância caso a economia se mantivesse ativa. É não somente a negação da pandemia, mas a negação da vida, do ser humano, dos direitos humanos, da existência humana. É a explicitação da desumanidade.

Ao mesmo tempo, esse discurso é a negação da ciência, do conhecimento científico sobre a Covid-19 e sua propagação, com laivos de obscurantismo e conservadorismo. Essa visão retrógrada foi difundida por pastores e religiosos que incentivavam seus fiéis para supostas curas milagrosas e muitas vezes cobradas a preço elevado.

A negação da vacinação da população foi deliberada como uma estratégia de necropolítica, inclusive com frases do ministro da economia de que a morte de idosos traria menos ônus para o estado e para a previdência social. Tardiamente, o Brasil adotou um esquema de vacinação lento e gradual, tendo em vista, inclusive, o atraso na demanda das mesmas em nível internacional. Outros países que priorizaram a vida com auxílios, *lockdowns* e vacinas estão com a economia em melhores condições que os negacionistas.

A desproteção social foi ainda intensificada com a dificuldade de mobilização e de protestos que aconteceram em outros países como no Equador, no Peru, no Chile, no Paraguai. O ministro do meio ambiente afirmou numa reunião do ministério em 22 de abril de 2020, que se devia aproveitar a pandemia que ocupava a atenção para “passar a boiada” de uma legislação arrasadora do meio ambiente. Bolsonaro tem aproveitado a ocasião para o desmonte da participação popular, dos direitos sociais, entre os quais os trabalhistas e previdenciários. A contrarreforma da previdência social em 2019 retirou direitos e aumentou a exigibilidade de tempo de contribuição e de idade para o acesso ao benefício da aposentadoria, além de reduzir drasticamente o número de funcionários e de atendimento. A contrarreforma administrativa está em discussão, como foi acima assinalado.

CONCLUSÃO

O texto buscou argumentar pela relação indissociável, no governo Bolsonaro-Guedes, dentro do contexto do capitalismo globalizado e tecnológico, entre a intensificação dos riscos com a pandemia e a desproteção social das pessoas e do meio ambiente, configurando o que se denomina de “tempestade perfeita” para a consolidação do capitalismo.

As condições da chamada segurança jurídica para os capitalistas e da insegurança para os trabalhadores fazem com que se acumule a riqueza nas mãos do grande capital, que se antecipa às crises de perda da lucratividade pela exploração do trabalho. A crise sanitária e econômica tem afetado principalmente os que vivem em piores condições de vida, os pequenos empresários, as classes médias e todos os trabalhadores. O desemprego sem proteção social tem se elevado a índices assustadores. Em todos os países da América Latina aumentou a taxa de desocupação e o desemprego, a CEPAL (2021, p. 22) assinala que “os dados disponíveis mostram que a crise repercutiu de maneira desproporcional nos trabalhadores informais e nas mulheres, pois sua representação em parte dos setores econômicos mais afetados é maior, e a carga de cuidados não remunerados nos domicílios se intensificou devido ao fechamento dos centros educativos, numa região que já apresentava um déficit importante neste âmbito. As pessoas jovens (em particular as mulheres jovens, que se encontram fora do mercado de trabalho e do sistema educativo em maior proporção) constituem um grupo especialmente vulnerável aos efeitos agregados de deterioração do mercado de trabalho”. Dados do

IBGE indicam que a taxa de desemprego no Brasil chega a 14,5% em 2021, situando-se entre as mais elevadas do mundo.

A interação perversa entre risco e desproteção traz repercussões complexas e desafios inéditos para o serviço social. As condições de precariedade se acentuam e as demandas também aumentam. Os profissionais vivem tensões não só para atender a população e efetivar direitos, como para a própria sobrevivência. Há importantes iniciativas de ação coletiva dos profissionais como organizações internas, debates, denúncias, formação de grupos de WhatsApp, discussões online.

Essas ações mostram a importância do processo de correlação de forças (Faleiros, 2013) para articulação da ação profissional com a mobilização social e ações coletivas para fortalecer direitos e protagonismo. Assistentes sociais que trabalham com populações excluídas buscam reinventar as práticas em consonância com os movimentos dos bairros populares e periféricos, num processo de aprendizagem na luta da sobrevivência e pela sobrevivência.

Os desafios para o Serviço Social que defende direitos, o protagonismo das pessoas numa dinâmica de fortalecimento das organizações e de garantia da informação e da acessibilidade aos mesmos se configuram não somente pela conjuntura das pandemia, mas pelo desmonte e destruição do estado democrático de direitos por parte do governo neoliberal e negação da proteção social. Em realidade, esse conservadorismo autoritário e neoliberal configura expressa a negação da própria humanidade e do processo civilizatório de forma perversa e insana.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Soraya de Paula Garcia; SGORLON, Claudiana Torres da Silva; TORRES, Mabel Mascarenhas. In PONTES, R.N. ; CRAVEIRO, A.V.; AMARO, S. (Orgs). Porto Alegre: Nova Práxis, 2020, p.135-160)

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe **Panorama Social da América Latina 2020** (LC/PUB.2021/3-P). Santiago: CEPAL, 2021. Disponível em https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46784/S2000967_pt.pdf

COSTOLLI, Anderson; MEIRELES, Leonardo. **Casos de violência contra idosos aumentam, em um ano, 102% no DF**. Disponível em <https://www.metropoles.com/distrito-federal/casos-de-violencia-contra-idosos-aumentam-em-um-ano-102-no-df>

DUARTE, Marcela Nathalia Afonso; **8M: ONG alerta para imprecisão em dados oficiais de feminicídio; veja estatísticas.** In Folha de São Paulo. 08/03/2021. Disponível em <https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/03/08/ong-alerta-imprecisao-dados-mulher/em>

FALEIROS, Vicente de Paula; HEDLER, Helga Cristina; ARAUJO, Adelina Almeida Moreira de. Precariedade e interdisciplinaridade no trabalho da Assistente Social na esfera pública. **Rev. *Katálisis***, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 383-392, May 2019 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802019000200383&Ing=en&nrm=iso>. access on 05 May 2021. Epub Aug 26,

2019. <https://doi.org/10.1590/1982-02592019v22n2p383>.

FALEIROS, Vicente de Paula. Notes about politics in Brazil today. **Sociology International Journal**. Vol 4, n.4 (2020). Disponível em <https://medcraveonline.com/medcrave.org/index.php/SIJ/issue/view/2752>

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista.** São Paulo: Cortez Editora, 2018, 12ª Edição, 5ª reimpressão.

LIMA, André Luiz da Silva et al.. Covid-19 nas Favelas: cartografia das desigualdades. In: MATTA, Gustavo Corrêa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva; SEGATA, Jean (Organizadores). **Os impactos sociais da covid-19 no brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021, p. 111-121.

MELATTI, Kelly. Entrevistas com assistentes sociais na pandemia em 2020. In CFESS. Disponível em <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1717>

NOAL, Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19 / organizado por Débora da Silva Noal, Maria Fabiana Damasio Passos e Carlos Machado de Freitas. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p.

PODER 360. Disponível em <https://www.poder360.com.br/1-ano-de-covid-no-brasil/251-mil-mortes-por-covid-relembre-as-falas-de-bolsonaro-sobre-a-pandemia/>

R7 NOTÍCIAS 2021. Disponível em <https://noticias.r7.com/saude/perfil-de-mortos-mantem-pobres-e-homens-como-maiores-vitimas-08032021>

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo et al. Efeito da renda sobre a incidência acumulada de COVID-19: um estudo ecológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 28, e3344, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100364&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2021. Epub June 26, 2020. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4475.3344>.

SCHMIDT, Beatriz; NOAL, Débora da Silva; MELO, Bernardo Dolabella; FREITAS, Carlos Machado de; RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; DAMÁSIO, Maria Fabiana. Exclusão Social na Pandemia de Covid-19. In: MATTA, Gustavo Corrêa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva; SEGATA, Jean (Organizadores). **Os impactos sociais da covid-19 no brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021, p. 88-97.

TEJADAS, Silvia da Silva; JUNQUEIRA, Maíz Ramos. Serviço Social e pandemia: desafios e perspectivas para a atuação no sociojurídico. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 101-117, Apr. 2021. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282021000100101&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2021. Epub Feb 22, 2021. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.240.ulacionaisV>

UOL. **Notícias 2020**. Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/06/no-brasil-covid-19-nao-mata-por-idade-mas-por-endereco-sugere-estudo.htm>

VÁRIOS. **Entrevistas com equipe de saúde de hospital em Fortaleza**. In CFESS. Disponível em <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1697>

VEJA. **Atualizado em 30 de abril de 2021**. Disponível em <https://saude.abril.com.br/medicina/afinal-a-covid-19-esta-mesmo-mais-grave-nos-adultos-jovens/>

CONSERVADORISMO, SERVIÇO SOCIAL, ASSISTÊNCIA SOCIAL & PANDEMIA

*Dannylo Cavalcante Alves
Iracilda Alves Braga*

INTRODUÇÃO

O Serviço Social vem afirmando, nos últimos 30 (trinta) anos, o enfrentamento ao conservadorismo decorrente do Movimento de Reconceituação e da construção do Projeto Ético Político. Todavia, esse processo não é ausente de contradições, avanços e retrocessos, rupturas e continuidades. Enquanto categoria profissional, reúne uma diversidade de indivíduos com variadas inserções de gênero, raça/etnia, classe social, geração e territorialidades. Dessa forma, essa diversidade integra o Trabalho e Formação Profissional.

As entidades organizativas do Serviço Social, Conselho Federal de Serviço Social/Conselhos Regionais de Serviço Social, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social e a Executiva Nacional dos/as Estudantes de Serviço Social representam a vanguarda de afirmação e defesa do Projeto Ético Político, através das gestões dessas entidades. Entretanto, seja no meio das próprias entidades ou na categoria de um modo geral, as tensões e os conflitos se dão no campo democrático ou conservador.

A Política de Assistência Social é um dos espaços sócio-ocupacionais em que estão presentes as/os assistentes sociais na operacionalização, na gestão e no controle social. Da mesma maneira, a categoria participou ativamente da inserção da Assistência Social no rol das Políticas de

Seguridade Social através da Constituição Federal de 1988, bem como na regulamentação e estruturação do Sistema Único de Assistência Social, por meio dos decretos, portarias, resoluções e demais instrumentos normativos que se seguiram.

Esse protagonismo não impede que haja tensões entre os Projetos de Assistência¹ Social e o Projeto Ético Político, sem falar das outras direções no Serviço Social do campo progressista ou conservador. Enquanto trabalhador/a, insere-se em uma equipe e é chamado a desempenhar funções relacionadas ao processo de trabalho que não necessariamente estão em consonância com a direção de Assistência Social vinculada ao PEP. Essa contradição decorre da inserção do(a) trabalhador/a assalariado que vende a sua Força de Trabalho no seio da Sociedade Capitalista e que, portanto, está sujeito aos condicionantes do mundo do trabalho, tais como as requisições institucionais.

O presente estudo objetiva analisar a relação entre os Projetos de Assistência Social² e os Projetos em disputa no Serviço Social, bem como o impacto da pandemia no trabalho profissional de assistentes sociais no SUAS, particularmente os reflexos nos direitos da população usuária e as inflexões no Projeto Ético Político, expressões do avanço do conservadorismo.

A primeira seção irá analisar a construção do Projeto Ético Político do Serviço Social, como também o enfrentamento e a recusa ao conservadorismo, por um lado; e por outro, a reatualização ou renovação das bases conservadoras na profissão. A segunda seção irá problematizar sobre a relação da crise pandêmica e o avanço do conservadorismo na sociedade e na profissão. Parte-se do método histórico-dialético para decifrar a realidade do Serviço Social e da Política de Assistência Social. Para tanto, foi feita a revisão de literatura sobre as categorias Serviço Social, Assistência Social, Projeto Ético Político e Pandemia.

Foi realizada, ademais, uma revisão bibliográfica intencional com utilização de autores como Jales (2020), Barroco (2015), Iamamoto (1982, 1995 e 2008), Braz (2017), Behring e Boschetti (2010), Esping Andersen (1991), Netto (2006) e Teixeira (2016, 2020), além da análise de normativas e instrumentos legais, como a Lei de Regulamentação da

1 JALES (2020) em estudo realizado acerca dos Projetos político-ideológicos na Política de Assistência Social brasileira identificou três direções no campo democrático: projeto republicano de Assistência Social, projeto nacional de transferência de renda e o projeto de enfrentamento à fome. No campo autoritário a autora aponta a existência do projeto neoliberal.

2 JALES (2020)

Profissão (1993), o Código de Ética do/a Assistente Social (1993) e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996).

PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: ENFRENTAMENTO E RECUSA AO CONSERVADORISMO.

O Serviço Social brasileiro é uma profissão regulamentada pela Lei nº 8662/93 e, de forma hegemônica, vem reafirmando, nas últimas três décadas, o enfrentamento ao conservadorismo na profissão e a expressão das bases conservadoras do sistema e da sociedade capitalista. Essa hegemonia foi alcançada na década de 1990, tendo o movimento de questionamento ao conservadorismo iniciado com o chamado Movimento de Reconceituação, na década de 1960.

A origem da profissão de Serviço Social foi alicerçada em bases conservadoras, seja na América Latina, América do Norte ou Europa, respeitadas as diferenças entre essas regiões. No Brasil, que sofreu influências do Serviço Social Europeu, o surgimento está vinculado ao recrudescimento das expressões da questão social na cena pública não mais como casos de polícia, mas de política (CERQUEIRA FILHO, 1982).

Nesse sentido, há a implantação das primeiras escolas de Serviço Social em São Paulo (PUCSP/1936) e Rio de Janeiro (PUC RJ e UFRJ/1937), que tinham como objetivo formar mão de obra para intervir junto às expressões da questão social que emergiram decorrentes dos processos de industrialização, urbanização e migração no país (IANNI, 1991). Destaca-se que, na região nordeste, a primeira escola é a Universidade Federal de Pernambuco em 1940, e no PI a implantação ocorreu somente em 1979, com a Universidade Federal do Piauí.

O questionamento das bases conservadoras no Serviço Social acontece com o Movimento de Reconceituação, particularmente com a vertente de Intenção de Ruptura, e ganha forças com o movimento de enfrentamento à ditadura militar, uma vez que a categoria participou ativamente junto com outras forças progressistas da sociedade brasileira, seja por parte de assistentes sociais como também das entidades representativas da profissão (Conselho Federal de Serviço Social), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e Executiva Nacional das/os Estudantes de Serviço Social (ENESSO).

Esse acúmulo de forças do movimento que levou à derrubada da Ditadura Militar, ainda que lenta, gradual e segura, oxigenou internamente a profissão, possibilitando a hegemonia da direção progressista do Projeto Ético Político (NETTO, 2006). Hegemonia essa afirmada pelas

entidades representativas da profissão e no campo da produção em nível de graduação e pós-graduação na área do Serviço Social. Registra-se que hegemonia não significa exclusividade, dado que os projetos conservadores não foram eliminados e o PEP não é o único projeto democrático na profissão. Sendo assim, a disputa pela hegemonia ou direção do Serviço Social é uma constante, variando apenas as correlações de forças que tensionam a profissão.

O Projeto Ético Político do Serviço Social (TEIXEIRA; BRAZ, 2009) está ancorado na Lei que Regulamenta a Profissão (1993), no Código de Ética (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996). Sobre isso, tem-se o perfil profissional almejado para intervir na realidade com base nas competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativo, quais sejam:

1. Apreensão crítica do processo histórico como totalidade;
2. Investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país;
3. Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
4. Apreensão das demandas – consolidadas e emergentes – postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potencializem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado;
5. Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor (ABEPSS, 1996, p. 8).

Esse perfil profissional, inscrito no Projeto de Formação Profissional, coaduna-se com a direção do marxismo na profissão, reflexo do movimento de entender a profissão dentro das relações da sociedade, indo de encontro assim com a endogenia que marcou o Serviço Social nas primeiras décadas de existência. Nessa direção também estão os princípios do Código de Ética Profissional, que demarcam o posicionamento ético político da categoria em consonância com os aportes teórico-metodológico e técnico operativo:

- I - Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II - Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III - Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;

- IV - Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V - Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI - Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII - Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII - Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX - Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X - Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI - Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 1993, p. 23).

Nessa direção destacam-se também as competências profissionais inscritas na n^o Lei 8662/93, que apontam para uma atuação profissional compromissada com o atendimento da população usuária e na direção crítica, quais sejam:

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

- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS, 1993, p. 44).

A hegemonia do Projeto Ético Político passa a ser tensionada a partir dos anos 2000 com o avanço do Neoliberalismo, da Contrarreforma do Estado e do Ajuste Fiscal consequência das medidas de disputa pelo Fundo Público, entendido como “toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia” (SALVADOR, 2010, p. 607). Nesse sentido, as privatizações, as terceirizações, as renúncias fiscais, o ataque ao funcionalismo público, as parcerias público-privadas, a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e mais recentemente a Lei do Teto dos Gastos e as Contrarreformas Trabalhistas e Previdenciária são expressões da captura do fundo público pelo capital.

A disputa pelo fundo perpassa as políticas sociais, uma vez que é pelo orçamento público que são dadas as condições para a operacionalização dessas e, por conseguinte, na atuação das/os trabalhadores/as, entre os/as assistentes sociais. Sendo assim, cabe analisar a relação entre o Projeto Ético Político e a Política de Assistência Social, conforme será apresentado a seguir.

A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS

A categoria das/os assistentes sociais atuam em diversos espaços sócio-ocupacionais, conforme visto anteriormente nas competências profissionais da Lei nº 8662/1993. Sendo assim, a profissão atua em várias políticas sociais, desde a operacionalização, gestão e controle social, como também no setor privado e o chamado “terceiro setor”. Embora, nos primeiros anos, a principal área de atuação fosse a saúde com a Política Nacional de Assistência Social a partir de 2004, tem-se um avanço considerável da participação de assistentes sociais nessa Política Social.

Não por acaso o desenvolvimento da Política de Assistência Social se dá no primeiro governo do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva. Também não é por acaso a relação da categoria com essa área de atuação. Decorre que a Assistência Social levou muitos anos para afirmar-se enquanto direito, haja vista o histórico ranço do assistencialismo, da benesse, da caridade e do voluntarismo. Recordar-se que a Assistência Social surge

ligada a ações de entidades beneficentes e filantrópicas, especialmente da igreja, que assumiam as funções do Estado no cuidado e proteção de setores particulares da sociedade, tais como crianças, adolescentes, órfãos, jovens em conflito com a lei, gestantes, pessoas idosas e pessoas com deficiências. Todavia, essas ações não eram destinadas à totalidade da sociedade em geral, mas àqueles cujas famílias não poderiam prover a proteção.

Considerando que não havia uma direção por parte do Estado para regular essas ações, as iniciativas eram as mais diversas e diferentes, em termos de critérios, tais como público e tempo de atuação, normalmente regidas por condições para o acesso e permanência. Nessa perspectiva, lembravam as ações tipificadas por Titmuss sobre as experiências do chamado Estado de Bem Estar Social, particularmente as experiência liberal e residual, caracterizadas por:

Segundo o modelo RESIDUAL, a política social intervém ex-post, quando os canais “naturais” e “tradicionais” de satisfação das necessidades (família, rede de parentesco, mercado) não estão em condições de resolver determinadas exigências dos indivíduos: a intervenção possui então um caráter temporariamente limitado e deve cessar com a eliminação da situação de emergência. A experiência inglesa da Lei dos Pobres constitui para Titmuss a base deste modelo. Contemporaneamente, residual e seletivo, porque dirigido a grupos particulares de indivíduos, dotados de características específicas, parece ser, para o autor, o “Welfare State” dos EUA.

O modelo MERITOCRÁTICO-PARTICULARISTA ⁽¹³⁾ fundamenta-se, por sua vez, na premissa de que cada um deve estar em condições de resolver suas próprias necessidades, em base a seu trabalho, a seu mérito, à performance profissional, à produtividade. A política social intervém apenas parcialmente, corrigindo as ações do mercado. O sistema de Welfare, por importante que seja, é tão somente complementar às instituições econômicas (DRAIBE, 1993, p. 14).

Ainda que se reconheçam os limites dessas tipologias dentro do tempo e espaços estudados, é permitido analisar características dos modelos apresentados, respeitadas as diferenças. Na mesma direção, podemos fazer a relação da Assistência Social com os modelos residual liberal e o conservador, elaborado por Esping Andersen (1990, p.108-109), caracterizados, respectivamente pela focalização nos mais pobres e pela restrição em determinados extratos ocupacionais.

Assim, embora destacando-se as diferenças entre as realidades dos países das tipologias do Welfare State com a do Brasil, é possível afirmar que a Assistência Social, antes da sua institucionalização, guarda semelhanças com as tipologias de Titmuss e Esping Andersen. Essa Assistência Social,

enquanto não direito, não foi ausente de tensões e disputas para a constituição enquanto direito. O Movimento de Enfrentamento da Ditadura Militar que culminou com a Assembleia Nacional Constituinte e a Constituição Federal de 1988 ou Constituição Cidadã, é o que marca a instauração do Estado Social no Brasil. (BEHRING; BOSCHETTI. 2010).

As forças progressistas que disputaram a construção da CF/88 conseguiram inscrever, não sem contradições, a Seguridade Social brasileira, constituída pelo tripé da Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Essa que pela primeira vez é alçada à condição de direito do cidadão e dever do Estado. A categoria de assistentes sociais que participou ativamente da luta pela derrocada da Ditadura Militar e pela construção da Constituição Federal também disputou a direção da Política de Assistência Social.

Após a inscrição no texto da ordem social da Constituição Federal, a Assistência Social ainda demorou um tempo considerável para a regulamentação, decorrente da Contrarreforma do Estado e das implicações da disputa pelo fundo público. Somente em 1993 é aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social. Em 2004, com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social, teve início o processo de estruturação dessa Política, sobretudo pela densa regulamentação legal e avanço do investimento público, particularmente no Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família, atual Programa Auxílio Brasil (2021). Em 2005 é aprovada a Norma Operacional Básica do SUAS; em 2006 a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS; em 2009 a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais; e em 2011 a Lei do Sistema Única de Assistência Social (SUAS).

Sobre isso, Jales (2020, p. 126) identificou a existência de três projetos que disputaram a direção da Política de Assistência Social no primeiro governo do ex-presidente Lula:

projeto de enfrentamento à fome, conduzido pela proposta do Programa Fome Zero (PFZ) 108, carro-chefe do programa do PT e do presidente, e pelo Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA), que, devido às divergências internas entre fortes lideranças no Ministério e ao próprio desempenho do programa nos municípios, não teve consensos ativos e se enfraqueceu com a criação do MDS; projeto nacional de transferência de renda, dirigido pelo Grupo de Trabalho na Câmara de Política Social e posteriormente pela Secretaria Executiva do Programa Bolsa Família (PBF), vinculada diretamente à Presidência da República, que orientou e encaminhou a unificação dos PTRs em um único, que hoje se conhece como Bolsa Família; e projeto republicano de Assistência Social, defendido pelo Movimento da Assistência Social nos termos de construção de um sistema universal, único, descentralizado e participativo,

o SUAS, que integrasse a Seguridade Social de acordo com a proposta da Constituição de 1988

Ainda segundo Jales (2020), foi o projeto político de transferência de renda que ganhou centralidade no governo Lula, apesar de o projeto republicano ter conquistado importantes conquistas, sobretudo na redação dos textos da PNAS, do SUAS e na atuação em instâncias participativas. Sendo assim, permite-se constatar que mesmo tendo uma direção do Projeto Ético Político, o Serviço Social tem disputas entre as vertentes progressistas. Essas disputas também são relacionadas aos projetos de sociedade (NETTO, 2006). Dessa forma, há uma confluência perversa entre o projeto de transferência de renda e o projeto privatista vivenciado no Brasil, não havendo uma mudança de paradigma nos governos Lula e Dilma, mas sim um pacto de conciliação de classes para atender interesses tanto do Capital quanto do Trabalho.

O projeto de Assistência Social, mais diretamente vinculado ao Projeto Ético Político, está inscrito na Carta de Maceió, aprovada no XXIX Encontro Nacional CFESS-CRESS em 2000, que marcou o posicionamento sobre a concepção de Seguridade Social e as estratégias de lutas:

1. Manter uma posição firme contra a perspectiva da focalização, denunciando publicamente propostas restritivas do acesso aos direitos constituídos;
2. Denunciar o desvio de recursos da seguridade social para a sustentação da política macroeconômica regressiva do governo federal, a exemplo do PROER, do FEF e do pagamento das dívidas interna e externa, que cresceram exponencialmente para subsidiar os especuladores, os grandes beneficiários deste Estado máximo para o capital e mínimo para os trabalhadores, enunciado pelo neoliberalismo;
3. Interferir na definição dos orçamentos, junto aos demais atores da sociedade civil com compromissos democráticos, no sentido de assegurar recursos para a seguridade social e que tais recursos sejam de uso exclusivo da mesma;
4. Superar a fragmentação setorial engendrada à revelia do princípio constitucional da seguridade social, a partir de sua tematização por meio dos eixos da gestão, controle social e financiamento e de propostas no sentido da articulação das três políticas;
5. Apontar para um conceito mais amplo de seguridade social, que incorpore outras políticas sociais, constituindo um verdadeiro padrão de proteção social no Brasil;
6. Manter a inserção nos espaços de controle social, com vistas a assegurar os princípios da universalidade, da cidadania, da democracia e da justiça social, obter informações relevantes para a luta social e promover a articulação política no âmbito da sociedade civil. A intervenção nos Conselhos e Conferências requer a construção dos Fóruns, com o objetivo de definir as propostas e estratégias do campo democrático e popular nessas instâncias;

7. Desenvolver um trabalho profissional que fortaleça junto aos usuários a noção de direito social, e a possibilidade da ação coletiva dos mesmos em sua defesa (CFESS, 2000, p. 2 -3).

Essa concepção ampliada de Seguridade Social vai de encontro ao processo de Assistencialização da Proteção Social (MOTA, 2005), configurada como um superdimensionamento da Política de Assistência Social em detrimento da Política do Trabalho e das demais Políticas Sociais. Esse superpoder está presente nos textos regulamentadores da Assistência Social, bem como nas orientações técnicas do trabalho social com famílias, como por exemplo através da concepção de que as situações de vulnerabilidades e até mesmo as de risco social podem ser enfrentadas através de acompanhamentos familiares pelos/as técnicos/as do PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família) e do PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos), em que estão inseridos/as as/os assistentes sociais, sem considerar as manifestações estruturais em que vivem as famílias e indivíduos.

Desse modo, uma vez que convivem diversos projetos de sociedade, é natural que haja conflitos, diretos ou não, na atuação profissional dos/as assistentes sociais. Destaca-se, primeiramente, a divergência entre o PEP e o Sistema Capitalista. A direção construída no Serviço Social é de enfrentamento à ordem burguesa e construção de uma nova ordem sociedade para além do Capitalismo. Dessa forma, a profissão afirma-se nitidamente contra o projeto hegemônico de sociedade e que vem se consolidando, não sem contradições, haja vista sua capacidade de produção e reprodução por meio de crises.

Contudo, faz-se necessário ressaltar que, enquanto profissão inscrita na sociedade, o Serviço Social tem uma funcionalidade. Em outras palavras, possui uma razão de existir dentro dessa mesma sociedade capitalista. Conforme lamamoto (2008, p. 27), o objeto de trabalho do Serviço Social são as manifestações ou expressões da questão social, entendidas como

um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

Sendo assim, a categoria dos/as assistentes sociais atuam dentro da ordem do Sistema Capitalismo, ainda que na direção de construção de uma outra sociedade. Essa contradição é importante para revelar os limites

e as possibilidades do Trabalho Profissional e não cair em armadilhas que permeiam o surgimento da profissão, mas que são (re)atualizadas. Trata-se do fatalismo e do voluntarismo, a primeira entendida como a percepção de que não é possível fazer nada, pois a profissão encontra-se em desvantagem contra o sistema hegemônico; e a segunda é atuação ingênua e messiânica da profissão sem analisar o cenário de atuação. Da mesma forma, uma vez que a categoria responde a uma funcionalidade e é chamada para atuar nos diversos espaços sócio-ocupacionais, ela não detém os meios de trabalho para atuação nos diversos processos de trabalhos em que atuam. Disso decorre que não possui uma autonomia plena para trabalhar, mas sim de uma relativa autonomia entendida como:

O dilema condensado na inter-relação entre projeto profissional e estatuto assalariado significa, por um lado, a afirmação da relativa autonomia do assistente social na condução de suas ações profissionais, socialmente legitimada pela formação acadêmica de nível universitário e pelo aparato legal e organizativo que regulam o exercício de uma “profissão liberal” na sociedade (expresso na legislação pertinente e nos conselhos profissionais). Aquela autonomia é condicionada pelas lutas hegemônicas presentes na sociedade que alargam ou retraem as bases sociais que sustentam a direção social projetada pelo assistente social ao seu exercício, permeada por interesses de classes e grupos sociais, que incidem nas condições que circunscrevem o trabalho voltado ao atendimento de necessidades de segmentos majoritários das classes trabalhadoras (IAMAMOTO, 1982, p. 415).

Os tensionamentos entre os Projetos de Serviço Social e Assistência Social convivem desde o Movimento pela constituição da Política enquanto direito, mas foram agravadas com o Golpe Parlamentar Midiático e Jurídico (BRAZ, 2017), e a assunção do Governo Temer, que aprovou a Lei do Teto dos Gastos com implicações diretas para o SUAS, bem como pela descaracterização da Política através do retorno ao primeiro damismo, do voluntarismo e da desprofissionalização, sobretudo por meio do Programa Criança Feliz. Sobre isso, cabe apontar o posicionamento contrário do CFESS, pois agrega “o conservadorismo, a filantropia, a pulverização e a residualidade contida no Programa”. O Criança Feliz é exógeno ao SUAS, ao SUS, à educação infantil e ao deslocado de todas as demais políticas públicas e direitos sociais. É um verdadeiro retrocesso!” (CFESS, 2017, p.1)

Além disso, houve uma “ponte para o passado” na Política de Assistência Social, uma vez que o orçamento passou a ser contingenciado e sofrer cortes sucessivos, mas não sem resistências, como exemplo

a criação do Fórum Nacional em Defesa do SUAS e da realização da Conferência Nacional Democrática de Assistência Social, essa convocada pela sociedade civil em razão do cancelamento do instrumento pelo Governo Temer.

Em 2018 foi eleito o presidente Jair Bolsonaro que seguiu e amplificou a agenda destrutiva dos direitos sociais com a aprovação da Contrarreforma Previdenciária e continuidade do contingenciamento orçamentário na Seguridade Social. Em 2020 o país passa a vivenciar a crise sanitária em decorrência da Pandemia da COVID-19. A Política de Assistência Social teve reconhecida sua essencialidade no combate à crise pandêmica, ainda que essa essencialidade não tenha alcançado o conjunto das/os trabalhadoras/as do SUAS em termos de condições de trabalho e valorização, bem como a população usuária na garantia de serviços, benefícios, programas e projetos socioassistenciais universais e com qualidade.

Para exemplificar essa realidade, tem-se a oferta do Auxílio Emergencial, gestado e operacionalizado por fora das instâncias da Política de Assistência Social. Inicialmente a proposta do governo era de R\$ 200 reais e, por conta da pressão de movimentos da sociedade, entre os quais do Congresso Nacional, setores profissionais e de entidades do SUAS, o auxílio foi elevado para R\$ 600 reais de abril a dezembro de 2020. Em abril de 2021, o auxílio emergencial voltou a ser pago com valor menor, R\$ 240 reais e até 4 parcelas. É importante lembrar que o acesso ao benefício se deu através de cadastramento por aplicativo e gerou filas imensas nas Caixas Econômicas Federal, ignorando a estrutura da rede socioassistencial no país.

A pandemia da COVID-19 exponenciou as desigualdades e intensificou a precarização do Trabalho mas não é ela a causa primeira desse processo. A seguir serão discutidos os impactos para a Política de Assistência Social e o Serviço Social, bem como as implicações no avanço do conservadorismo.

SERVIÇO SOCIAL, PANDEMIA & CONSERVADORISMO

Conforme discutido anteriormente, o Serviço Social tem suas bases crivadas no conservadorismo, e por meio do Movimento de Reconceituação via Perspectiva de Intenção de Ruptura, bem como do Projeto Ético Político, em que foram constituídas as bases para o questionamento e o enfrentamento ao conservadorismo no Serviço Social. Ressalta-se que, mesmo com o Movimento de Reconceituação e o Projeto Ético Político,

não aconteceu a eliminação do conservadorismo, mas sim ele deixou de ser hegemônico na profissão. Conforme conceitua Iamamoto (1995), o conservadorismo trata-se de:

uma forma peculiar de pensamento e experiência prática, é fruto de uma situação histórico-social específica: a sociedade de classes em que a burguesia emerge como protagonista do mundo capitalista. É este, segundo Mannheim, o ambiente sociológico do conservadorismo, isto é, do tradicionalismo tornado consciente como um contramovimento, oponente histórico das tendências da ilustração. Reage ao racionalismo, ao pensamento com base no cálculo, necessário à universalização das relações de troca que se impõe quando a mercadoria passa a ser a mediadora por excelência das relações sociais e o lucro, o centro motor da sociedade capitalista (IAMAMOTO, 1995, p. 21-22).

O conservadorismo no Serviço Social se expressa na visão desses autores de duas formas principais e correlatas entre si, pela negação da direção marxista da profissão, que possibilita uma compreensão da totalidade da vida social; e, por outro, pela negação dos princípios inscritos no Código de Ética Profissional. Esse movimento se dá tanto em relação ao Trabalho Profissional quanto na Formação Profissional.

No campo da Formação, tem-se o avanço do ensino a distância e das Instituições de Ensino Superior Privadas, que não se balizam pelo tripé entre ensino-pesquisa e extensão, e também o aligeiramento da formação com vistas a atender as demandas do mercado. Isso implica em precarização do ensino e, por conseguinte, em fragilização do perfil profissional esperado para os/as futuros/as assistentes sociais, conforme explicitado anteriormente.

No que diz respeito ao Trabalho Profissional, o conservadorismo dá-se pela ausência de condições de trabalho que possibilitem aos/às profissionais exercerem a relativa autonomia e a defesa das prerrogativas inscritas na Lei nº 8662 e no Código de Ética do/a Assistente Social. Em contrapartida, tem-se o conservadorismo expresso por meio de ações higienistas, de culpabilização dos/as usuários/as pelas expressões da questão social que vivenciam, como também pela responsabilidade pelo provimento de seus membros, independente das circunstâncias e realidades que vivem. Nesse sentido, Barroco (2015, p. 633) aponta:

Em face dos conflitos e das contradições que permeiam a vida profissional e por várias determinações que não se restringem às escolhas ideológicas dos profissionais, parte da categoria é envolvida em apelos irracionais que apontam para soluções pragmáticas: modelos de ação, técnicas de autoajuda, regras de comportamento que prometem resolver imediatamente “problemas” individualizados, abstraídos da história e de suas determinações objetivas.

Dessa forma, a ausência de trabalho, de educação e saúde, bem como das situações próprias dos estágios da vida (nascimento, morte, velhice, adoecimento, entre outros) recaem no trabalho profissional, seja por conta das demandas dos órgãos, entre os quais o Sistema de Garantia de Direitos e o Sociojurídico, seja por demanda espontânea. Nesse sentido, além das requisições cada mais vez controladoras da vida social, Barroco (2015, p. 654) também destaca que:

Mas, muitas vezes, o comportamento policalesco do assistente social não é demandado pela instituição. Parte dele mesmo em função de sua orientação conservadora, objetivando o controle da vida dos usuários, o cerceamento de suas escolhas, o impedimento dos seus direitos baseado em avaliações moralistas, na adoção de critérios de elegibilidade pautados em preconceitos e discriminações. Isso é bastante comum nos espaços em que o assistente social participa de decisões relativas à família e em situações que expõem comportamentos que fogem aos padrões tradicionais, a exemplo da adoção de crianças por casais homoafetivos.

Sobre esse risco do conservadorismo por parte das/os profissionais apontada por Barroco, depreende-se a relação com o Trabalho Social com Famílias, particularmente no Sistema Único de Assistência Social, em que estão inseridos os/as assistentes sociais. Conforme demonstrado por Teixeira (2016) em estudo sobre a atuação profissional nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) de Teresina, a estudiosa aponta a permanência de requisições que vão na contramão do avanço do conceito de família e que revelam o ranço do conservadorismo nas requisições para as famílias independente dos formatos, dos contextos, da capacidade protetiva e principalmente da capacidade do Estado em protegê-las. Essas requisições enviesadas perpassam as normativas da Política de Assistência Social, mas também se manifestam nas concepções e na atuação profissional das/os trabalhadoras/as do SUAS. Isso revela a manifestação na proteção social brasileira da presença do Familismo ou Neo Familismo, compreendido como:

tendência na política social de contar, manter e fortalecer as expectativas sociais de que a família deva ser o lugar primeiro, insubstituível e efetivo da proteção social sendo a intervenção estatal subsidiária e orientadora da família com objetivos de potencializar suas funções protetivas. E de se constituir em políticas desfamiliarizante, no sentido de antecipar-se aos riscos das famílias, atendendo suas necessidades sociais na perspectiva dos direitos sociais, como oferta de serviços que minimizam aquelas funções familiares oferecendo suporte para as famílias e seus membros (TEIXEIRA, SILVA, 2020, p. 1 -2).

Assim, depreende-se que a pandemia potencializa os processos de empobrecimento, precarização do Trabalho e avanço do conservadorismo nos termos tratados neste estudo, mas não é a crise pandêmica a causa e a origem dessa realidade, mas sim o Modo de Produção Capitalista e seus condicionantes atuais, via disputa pelo Fundo Público.

CONCLUSÃO

A história do Serviço Social confunde-se com a da Política de Assistência Social, apesar de o leque de atuação profissional ser mais amplo. Todavia, é a categoria das/os assistentes sociais a que mais contribuiu na concepção, operacionalização e gestão do Sistema Único de Assistência Social. Essa constatação não se pode confundir com a necessária articulação com demais trabalhadores/as do SUAS, bem como a superação da histórica subalternidade da população usuária.

Os projetos em disputa no Serviço Social e na Política de Assistência Social demonstram a necessidade de estratégia de construção de parcerias na defesa do SUAS, como também da Seguridade Social, tendo como centralidade a Política de Trabalho. Uma realidade cada vez mais desafiadora, haja vista o cenário de ataques de direitos, a desestruturação do Sistema de Proteção Social e o avanço do Conservadorismo.

Garantir a hegemonia da direção do Projeto Ético Político e do Projeto Republicano de Assistência Social se faz com a defesa das competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, e com a organização e a luta coletiva.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social:** com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

BARROCO, Maria Lúcia. “Não Passarão!” ofensiva neoconservadora e Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 124. 2015.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, P. 85-103, jan-abr. 2017.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A “Questão Social” no Brasil:** crítica ao discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. **Lei n. 8.662**, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do/a assistente social.** – 9ª ed. rev. e atual – Brasília. Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Carta de Maceió, Seguridade Social pública:** é possível!.In: ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 26. Anais..., Maceió, 2000.

Nota pública **Por que dizer não ao Programa Criança Feliz**, de 07/03/2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/2017-NotaPublicaCFESS-NaoAoProgramaCriancaFeliz.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, n. 24, 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006. Acesso em: 11 de jul. De 2022.

JALES, PAULA RAQUEL DA SILVA. **Projetos político- ideológicos na Política de Assistência Social brasileira:** os sentidos e as direções da participação em disputa. 2020. 230 f.

IANNI, O. A Questão Social. **Questão Social. São Paulo em Perspectiva**, São Paulo: Fundação SEADE, v. 5, n. 1, p.1-10, jan./ mar. 1991.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil.** Esboço de uma interpretação histórica metodológica. São Paulo: Cortez, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3 Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MOTA, Ana Elizabete. **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 Editora, 1995.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2006. 334 p.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Serviço Social e Saúde. **Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. **A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina**. 2º ed. Teresina: EDUFPI, 2016.

TEIXEIRA, S. M., & SILVA, R. N. L. M. DA. **Política de Assistência Social: entre o familismo e a defamilização (Social assistance policy: between familism and defamilization)**. *Emancipação*, 20, 1-18, 2020.

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19: Subsídios profissionais do conjunto CFESS/CRESS e reflexões para a categoria

*Adriana Lima Barros
Sofia Laurentino Barbosa Pereira*

INTRODUÇÃO

O conjunto CFESS/ CRESS representa as instituições organizativas, fiscalizadoras e de defesa do exercício profissional dos (as) Assistentes Sociais no Brasil. Foram instituídos no país na década de 1950 e ao longo dos seus 70 anos de existência tem fortalecido a categoria nos mais variados campos de atuação.

No contexto da pandemia da Covid-19, em que a categoria demandava por respostas para subsidiar seu exercício e fortalecer os profissionais coletivamente, o papel das entidades representativas do Serviço Social se manteve essencial para dar suporte aos profissionais em meio à tantas incertezas e ao histórico caminho de precarização já vivenciado nas diversas políticas públicas em que atua.

Esse cenário pandêmico trouxe ainda mais desafios para o Serviço Social em todas as áreas de atuação da profissão. O vínculo, que é a base da atuação profissional, precisava ser construídos de outras formas uma vez que o isolamento e as atividades remotas são as principais recomendações para a contenção do avanço da doença.

Destaca-se a atuação na área da saúde, em que os(as) assistentes sociais enfrentaram na linha de frente a emergencialidade dos

atendimentos com a população buscando respostas que ainda seriam produzidas. A incerteza sobre a condução, evolução, tratamento da doença e a impossibilidade de vivenciar as medidas sanitárias necessárias como isolamento social e uso de máscaras fez parte do cotidiano das famílias atendidas por esses profissionais no dia a dia dos serviços de saúde.

Diante desse contexto, o objetivo deste artigo é realizar um levantamento dos documentos produzidos pelo conjunto CFESS/CRESS no cenário da pandemia da Covid-19 no Brasil, como estratégia de suporte, orientação e direcionamento aos (as) Assistentes Sociais no campo da saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter bibliográfico e documental, a partir do levantamento de todos os documentos produzidos entre março de 2020 e dezembro de 2021 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Regional de Serviço Social 22ª região – Piauí (CRESS-PI). A escolha pelo cenário piauiense se deu por ser o Estado onde as pesquisadoras atuam no referido período. Os dados analisados estão disponibilizados nos portais oficiais dos referidos Conselhos. Identificou-se uma variedade de documentos, formatos e linguagens para alcançar as especificidades dos campos de trabalho e profissionais, sobretudo no campo da saúde.

Destaca-se ainda que esse artigo é resultado de estudos no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), para projeto de pesquisa do doutorado.

Espera-se com esse artigo dar visibilidade a atuação e contribuições do conjunto CFESS/CRESS na defesa da categoria, assim como identificar o alinhamento das entidades e o exercício profissional com o Projeto Ético Político dos (as) Assistentes Social, que reafirma o compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para atender a necessidade da população que mais necessita e pelos determinantes sociais é a mais duramente atingida em qualquer contexto, sobretudo um contexto de crise.

A PANDEMIA DA COVID-19 E OS REQUISITOS À ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Em dezembro de 2019 a Organização Mundial de Saúde tinha as primeiras notificações da doença na Província de Hubei na China. Durante os meses de janeiro e fevereiro, a doença se espalhou pelo mundo

e em “20 de março de 2020 a OMS declarou a Covid 19, doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, como uma pandemia” (SANTOS et al., 2020, p. 1003). No Brasil, o Ministério da Saúde decretou emergência em saúde pública pelo Coronavírus em 03 de fevereiro de 2020 e no dia 26 de fevereiro foi confirmado o primeiro caso positivo da doença em São Paulo.

Nos primeiros quatro meses de 2020 ocorreram “2 milhões de casos e 120 mil mortes no mundo” (WERNECK; CARVALHO, 2020, p. 1). Já no Brasil, até maio de 2022, 668 mil mortes por Covid-19 foram registradas, com registro de 31. 611.769 milhões de pessoas infectadas (CORONAVIRUS BRASIL, 2022).

Importante ressaltar o contexto em que ocorre a pandemia no país, que associa a grave crise sanitária à crise política, econômica e social:

A epidemia de COVID-19 encontra a população brasileira em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais. Ao longo dos últimos anos, especialmente após a aprovação da Emenda Constitucional no 95, que impõe radical teto de gastos públicos e com as políticas econômicas implantadas pelo atual governo, há um crescente e intenso estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil (WERNECK; CARVALHO, 2020, p. 3).

Verifica-se, portanto, que a política de saúde, assim como o conjunto das políticas sociais no Brasil, já vinha sofrendo os efeitos das escolhas governamentais diante da crise capitalista contemporânea. São três décadas de ataques ao financiamento gerando um “desfinanciamento” da política (MENDES, CARNUT, 2020), demarcado de maneira mais recente e evidente pela Emenda Constitucional nº 95/2006 que congelou os gastos públicos com as políticas sociais em 20 anos.

As políticas sociais, profundamente atacadas pelas contrarreformas de Estado, vivenciavam uma “expropriação social” pela via da redução de serviços, privatização e a consequente endurecimento dos critérios de acesso (BOSCHETTI, 2018), no cenário de maior necessidade social, falta oferta de serviços com programas focalizados e emergenciais incompatíveis com as situações de exclusão, pobreza e desigualdade já estabelecidas.

Dados da Fundação Getúlio Vargas (FGV, 2021) apontam que cerca de 17,7% da população voltaram a situação de pobreza no Brasil entre agosto de 2020 a fevereiro de 2021. Os dados do IBGE (2021) também apontam que 60% da população brasileira vive, após a pandemia e nela, ainda em curso em insegurança alimentar, ressaltando que as particularidades da realidade brasileira demonstram que existem contingentes mais vulneráveis

à pandemia, considerando recortes de gênero, classe, raça e orientação sexual que montam o retrato do aprofundamento das desigualdades sociais brasileiras e seus aprofundamentos.

No cenário pandêmico, a principal medida social adotada pelo governo federal para suporte às famílias foi Auxílio Emergencial, regulamentado pelo projeto de lei nº 13. 982, auxílio financeiro no valor de R\$ 600,00 reais, foram pagas quatro parcelas desse valor seguidas de mais três parcelas no valor de R\$ 300,00, destinado à pessoas maiores de 18 anos que fossem beneficiários do Programa Bolsa – Família e às famílias cadastradas no Cadastro Único (MARTINS et al., 2021). Ainda com relação à pesquisa da FGV, a redução do Auxílio Emergência puxou a queda da renda média entre os mais pobres, juntamente com a taxa de desemprego que, em abril de 2021, segundo o IBGE (2021), era de 14, 4 milhões de pessoas desocupadas – a maior desde o ano de 2012, quando passou a ser registrada.

Esse profundo desamparo do povo brasileiro descortina o valor e a importância do SUS que, apesar de suas fragilidades históricas, agigantase diante do desafio e, com todo sacrifício, enfrenta a pandemia (COSTA; RIZOTTO, LOBATO, 2020, p. 290).

Assim, verifica-se que não foi a pandemia que criou a crise que se evidenciou a partir dela, pois o Brasil “uma crise de dimensão econômica, fiscal, política e institucional” (PADILHA et al., 2019, p. 1), refém do capital especulativo e do “o caráter destrutivo da sociabilidade capitalista contemporânea” (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021, p. 120). Um cenário complexo que encontra na pandemia o espelhamento de sua histórica face destrutiva, as sociedades modernas são constituídas sobre o alicerce da insegurança (CASTEL, 2005). Santos (2020) chama o Coronavírus de “nosso contemporâneo”, fruto de relações de poder assentadas na desigualdade, na contradição entre ricos e pobres.

A perspectiva neoliberal definida pelo governo brasileiro, sobretudo não priorizou as recomendações internacionais e ignorou e/ou menosprezou os avanços da ciência em relação à compreensão da doença, uma “a inexistência de uma intervenção nacional consolidada” (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021, p. 120).

Gestores estaduais e municipais, bem como a população em geral viviam uma dupla insegurança: a gerada naturalmente pela doença com sintomatologia e tratamento até então desconhecidos; e a insegurança de não poder apoiar-se nas informações e orientações oficiais do governo federal, “os sistemáticos pronunciamentos do presidente da república

negando a gravidade da pandemia, e se colocando contra a prática do isolamento social” (GOMES; BENTOLILA, 2021, p. 353) se colocavam de forma contrária à orientação da ciência e em favor da vida (GUIMARÃES; PINHEIRO, 2021).

Na pandemia da Covid-19, o capital privado, articulado ao Estado neoliberal brasileiro, continuou a estabelecer tentativas de avanço, enquanto o caráter universal e a capilaridade do SUS garantia condições de resposta frente ao avanço da doença (BOUSQUAT et al., 2021), mesmo sofrendo os resultados de décadas de subfinanciamento e atual desfinanciamento após a aprovação da EC 95/2016 (MENDES, CARNOUT, 2020).

É nesse cenário, onde “escancara-se a abissal desigualdade social agora tão escandalosamente exposta quanto antes fora negada (COSTA; ROZOTTO; LOBATO, 2020, p. 289), que o Serviço Social, conhecedor dos meandros das contradições do Estado capitalista e suas crises, agora reforçada pela pandemia da Covid-19, atua.

O artigo 3º do Código de Ética do Serviço Social dispõe da necessidade de atuação do profissional em momentos de calamidade “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (BRASIL, 2012, p. 27).

O Decreto nº 7.257, de 4 de agosto de 2010, expedido para regulamentar o Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC, explicita em seu artigo 2º, incisos III e IV, os conceitos de situação de emergência e estado de calamidade,

III - situação de emergência: situação anormal, provocada por desastres, causando danos e prejuízos que impliquem o comprometimento parcial da capacidade de resposta do poder público do ente atingido;

IV - estado de calamidade pública: situação anormal, provocada por desastres, causando danos e prejuízos que impliquem o comprometimento substancial da capacidade de resposta do poder público do ente atingido;

Art. 7º O reconhecimento da situação de emergência ou do estado de calamidade pública pelo Poder Executivo federal se dará mediante requerimento do Poder Executivo do Estado, do Distrito Federal ou do Município afetado pelo desastre (BRASIL, 2010).

Os trabalhadores da saúde vivenciam diretamente os impactos do sucateamento da política de saúde em seus cotidianos profissionais, o(a) assistente social como parte dessa equipe recebem as demandas do agravamento das expressões da questão social com dificuldades cada vez maiores de oferta de serviços. As medidas de proteção como

distanciamento, uso de álcool em gel e o isolamento social afetaram diretamente os trabalhadores, as famílias vulneráveis que apresentam maiores dificuldades de cumprimento das medidas.

Outro aspecto a ser considerado foi a necessidade de mudanças nos processos de trabalho com a necessidade do distanciamento e isolamento, de forma que o teletrabalho e trabalho remoto passaram a ser a alternativa possível para o desenvolvimento das ações. Assim como as tecnologias digitais de informação e comunicação passaram a ser largamente utilizadas em todo o mundo, não sendo diferente para o Serviço Social.

Todavia, a modalidade de teletrabalho - atendimento on line, por videoconferência etc - não é regulamentada pelo conjunto CFESS/CRESS. A primeira nota publicada no site para a categoria trazia os direcionamentos sobre essa questão. A mesma nota, entretanto, recomendava a análise de cada situação e campo de trabalho resguardadas as condições técnicas e éticas de atuação, em conformidade com a resolução CFESS 493/2006 (CFESS, 2020).

Outro aspecto importante é que a emergencialidade da pandemia levou a contratação de profissionais para atuarem nos hospitais de campanha, além de substituir profissionais afastados por comorbidades, contratações feitas por contratos temporários, precarizados e com baixos salários (PINHEIRO; BARROSO; SANTOS, 2021). Nessas condições frágeis do exercício profissional, o(a) assistente social foi requisitado a submeter-se a realizar ações que não eram de sua competência, comprometendo a representação social da profissão no campo da saúde e fortalecendo visões equivocadas do trabalho profissional.

A pandemia traz situações novas para todas as áreas profissionais e, justamente por isso, os/as assistentes sociais precisam revisitar e reafirmar as balizas da profissão, além de refletir e debater, sobretudo em caso de dúvidas e indefinições. Diante do novo, os profissionais também podem criar estratégias e procedimentos, mas sem perder de vistas as atribuições e competências profissionais (PINHEIRO; BARROSO; SANTOS, 2021, p. 181)

Para fortalecer as diretrizes de atuação da categoria na saúde o CFESS lançou em 2010 o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Nele estão definidas quatro ações desempenhadas pela categoria: atendimento direto ao usuário, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010)

à luz do projeto ético-político da profissão, que no campo da saúde se alinha ao projeto de Reforma Sanitária.

Ademais, a lei nº 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde – estabelece as condições para que a saúde seja desenvolvida com vistas a promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Assim, há uma compreensão de que o trabalho na saúde não se dá apenas pelo critério da existência da doença, mas deve ser pensado levando em consideração as condições e qualidade de vida, a partir dos determinantes sociais de saúde e doença e seu enfrentamento de forma coletiva, interdisciplinar, intersetorial e participativa. Dessa forma:

O trabalho profissional, na perspectiva do projeto ético-político, exige um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais (RAICHELIS, 2011, p. 247).

O campo da saúde exige do(a) assistente social a capacidade de analisar de forma crítica os tensionamentos presentes na política de saúde na luta de forças pela cooptação do direito à saúde pelo capital privado e a iminente perda da dimensão democrática e universal da saúde brasileira. Assim, “o processo técnico do exercício profissional e da formação não pode desconhecer a relação dessa qualificação com as questões fundamentais do SUS” (SILVA; KRUGER, 2018, p. 271), “o trabalho em saúde assume grande complexidade, porque cruza ao mesmo tempo os saberes-fazer de diversos profissionais” (FRANCO, 2006, p. 6).

Para os(as) profissionais de Serviço Social, o enfrentamento da pandemia passa pela dupla dimensão da relação da profissão com o trabalho: a primeira, porque atua voltada para a classe que vive do trabalho e que foi duramente atingida pela pandemia “ainda para quem manteve seus vínculos de trabalho, repentinamente, uma enorme parcela teve suas rotinas alteradas de forma substancial” (RODRIGUES et al., 2020, p. 2), trabalho remoto, uberização do trabalho, informalidade, subemprego desprovidos de proteção social e direitos relativos ao trabalho (ANTUNES, 2021).

Estão em jogo questões éticas relevantes, que colocam em confronto direitos dos(as) profissionais de realizar seu trabalho com segurança e proteção à vida e os direitos dos(as) usuários(as) de terem atendidas suas necessidades no momento em que mais necessitam (RAICHELIS, 2021, p. 147).

A segunda dimensão que se apresenta ao Serviço Social é seu reconhecimento como trabalhador, portanto, protagonista das contradições inerentes à profunda crise estrutural do capital que subjuga e super explora como mecanismo de superação da crise. Isto, pois, a pandemia atinge de formas diferentes a população o “vírus não escolhe classe social, é evidente que nem todos têm as mesmas oportunidades de se prevenir, de ter acesso aos serviços hospitalares, isolamento social e acesso à renda (PINHEIRO; BARROSO; SANTOS, 2021 p. 179).

Desta feita, o Serviço Social, atuando em meio à pandemia da Covid-19, crise sanitária e humanitária (LIMA; BUSS; SOUSA, 2020) requisita a aproximação com seu projeto ético-político, na perspectiva de alinhar as dimensões teórico - metodológica, técnico - operativas e sobretudo ético - política em favor da defesa da saúde pública de qualidade, respeitando princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação social e com alcance a quem não tem sido prioridade no Estado brasileiro neoliberal, a população mais vulnerável,

As mortes por COVID-19, especialmente quando se dão nas favelas, nas periferias, nos municípios isolados, são contabilizadas em grandes números que viram grandes listas e que, do ponto de vista dessa coletividade blasé, perdem seu lastro humano (MENDES; CARNOUT, 2021, p. 46).

Considerando esse cenário, para que o Serviço Social possa pautar a saúde como dimensão de direito e de necessidade humana básica o fortalecimento da categoria é imprescindível e o conjunto CFESS/ CRESS tem contribuído significativamente subsidiando a categoria de informações, direcionamentos e principalmente fortalecendo a perspectiva coletiva, essencial para a construção de alternativas que façam da saúde “um meio para desenvolver as competências, as potencialidades e a autonomia individuais e coletivas” (LAURELL, 2016, p. 6).

SUBSÍDIOS PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM TEMPOS DE PANDEMIA

O Conjunto CFESS / CRESS produziu um conjunto de normativas, orientações e documentos informativos para subsidiar o exercício profissional a partir do ano de 2020, acerca do exercício profissional em tempos de Coronavírus. No site da categoria uma aba foi destinada para as informações sobre a pandemia para facilitar a busca e o acesso dos (as) profissionais.

Pessoa, Berwig e Almeida (2021) escreveram um artigo sobre documentos produzidos pelo CFESS e pela ABEPSS de março a julho de 2020 (PESSOA; BERWIG; ALMEIDA, 2021). Negri, Santos e Kruger (2020) também analisaram vinte e quatro documentos emitidos pelos CRESS e os dois documentos publicados pelo CFESS disponíveis nos portais eletrônicos de cada Conselho na segunda quinzena de março de 2020. Ambos os artigos possibilitaram importantes reflexões e motivações para a continuidade dos estudos nesse sentido. A análise aqui construída considera os documentos produzidos pelo CFESS no período de 2020 e 2021 e faz um recorte do CRESS – PI, região onde são desenvolvidos os estudos do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

Os documentos estabelecem orientações dos mais variados campos profissionais, e procuraram seguir uma dinâmica de captação das principais demandas profissionais e diante de situações que foram se desenhando no cenário nacional. O quadro a seguir apresenta o levantamento dos documentos produzidos pelo Conselho Federal de Serviço Social no contexto da pandemia da Covid-19:

Quadro 1 – Publicações CFESS/CRESS no período da pandemia

Nº	DATA	DOCUMENTO	OBSERVAÇÃO
1	18/03/2020	Informe	Funcionamento remoto do CFESS
2	18/03/2020	Nota	Orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus
3	23/03/2020	Resolução CFESS N° 940, de 23 de março de 2020	Dispõe sobre a suspensão dos prazos processuais do Conselho Federal de Serviço Social/ Cfess e dos Conselhos Regionais de Serviço Social e A suspensão dos atos processuais que envolvam contato presencial
4	23/03/2020	Cofi Responde	8 Dúvidas frequentes no contexto da pandemia do Coronavírus
5	23/03/2020	Cfess Manifesta	Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social
6	30/03/2020	Resolução CFESS nº 942, de 30 de março de 2020.	Autoriza, em caráter excepcional e para o exercício 2020, a extensão de prazos para o pagamento das anuidades de pessoa física e de pessoa jurídica.

7	31/03/2020	Orientação Normativa n. 3/2020	Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais
8	1/04/2020	Cfess Manifesta	Em defesa do SUS e da Seguridade Social
9	2/04/2020	Nota	Sobre Portaria nº 639/2020 do Ministério da Saúde/ Cadastro de profissionais
10	3/04/2020	Informe	Reforço a resolução nº 942/2020
11	3/04/2020	Informe	Reforço sobre portaria nº 639 Ministério da saúde
12	6/04/2020	Informe	Divulgação NOTA ABEPSS sobre suspensão das atividades de estágio
13	15/04/2020	Cfess Entrevista	Coronavírus: quem trabalha no sistema prisional?
14	22/04/2020	Cfess Entrevista	Coronavírus: quem trabalha com pessoa em situação de rua?
15	24/04/2020	Parecer jurídico nº 05/2020-e	Ausência de Equipamentos de Proteção Individual – EPI para assistentes sociais. Medidas jurídicas cabíveis.
16	29/04/2020	Cfess Entrevista	Coronavírus: quem trabalha na saúde?
17	6/05/200	Cfess Entrevista	Coronavírus: quem trabalha em instituições de longa permanência?
18	13/05/2020	Orientação	Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia/ Documento é relativo à Resolução nº 317/2020
19	13/05/2020	Informe	Sobre a orientação de realização de perícias de maneira remota
20	19/05/2020	Informe	Articulação nova gestão do CFESS participa de articulação por ampliação do auxílio-emergencial
21	4/06/2020	Informe Material Áudio Visual E Spot	Material audiovisual valoriza o trabalho de assistentes sociais! Seleção de matéria sobre o trabalho do assistente social na pandemia.
22	18/06/2020	Cfess Entrevista	Coronavirus e quem trabalha na assistência social
23	22/06/2020	Informe	Pesquisa da FGV/NEB revela que a falta de condições de trabalho e de orientações são alguns dos motivos. Parecer Jurídico do CFESS analisa medidas jurídicas possíveis
24	1/07/2020	Resolução CFESS nº 949, de 1º de julho de 2020.	Dispõe sobre medidas regimentais excepcionais em decorrência da pandemia do Novo Coronavírus – COVID-19 no âmbito do Conjunto Cfess/Cress

25	3/07/2020	Cfess entrevista	Coronavírus e quem trabalha com pessoas com deficiência?
26	6/07/2020	Informe	Reforço a Resolução nº 949 Em razão da pandemia, CFESS cancela eventos presenciais, como assembleias e o Encontro Nacional
27	07/2020	Manifestação Técnica Cfess	Sobre as atividades de assistentes sociais nos serviços previdenciários: Serviço Social e Reabilitação Profissional
28	22/07/2020	Informe Material Audio Visual	Material audiovisual reforça o que os conselhos têm realizado em defesa do trabalho profissional
29	27/07/2020	Informe	Reforço a Manifestação Técnica sobre Serviço Social no INSS
30	31/07/2020	Informe	Reforço CFESS divulga nota, com orientações para a categoria sobre o teletrabalho e a teleperícia
31	21/08/2020	Cfess Entrevista	Coronavírus: quem trabalha no INSS?
32	26/08/2020	Informe	Coronavírus: CFESS defende a campanha #auxilioparasaúde Conselho entra na articulação contra o veto ao projeto de lei 1826/20
33	13/01/2021	Nota	CFESS lança nota convidando a categoria se manifestar pela vacinação contra a Covid-19 pelo SUS!
34	2/02/2022	Informe/ entrevista	Vacinação é para todas as pessoas: essa é a defesa do Serviço Social! Em entrevista especial, CFESS debate sobre a realidade do país, a importância da saúde pública e as prioridades na imunização
35	17/03/2021	Informe	Quinta-feira é dia de luta: pelo auxílio de R\$ 600,00 até o fim da pandemia!
36	03/2021	Reflexões e orientações político-normativas	Supervisão de estágio em tempo de pandemia
37	7/04/2021	Informe/ material áudio visual	Dia Mundial da Saúde: vacinação e políticas sociais para toda a população! Vídeo reforça posição de que vacinação deve ser universal. CFESS alerta para o PL do “camarote da vacina”

38	12/04/2021	Nota pública	<p>Vacina é direito universal para toda população, não privilégio privatista ou corporativista</p> <p>Documento enfatiza que busca por ‘lugar de prioridade’ é ilusória e não contribui para defesa da vacinação ampla</p>
----	------------	---------------------	--

Fonte: Elaboração própria baseado em documentos CFESS

Em março de 2020, a primeira nota sobre o exercício profissional em tempos de pandemia demarcava a necessidade dos profissionais atentarem-se para as especificidades de cada região em relação a evolução da doença, “as/os profissionais devem decidir com autonomia (preferencialmente de forma coletiva) sobre a forma de atendimento mais adequada em cada situação, de modo a atender às orientações, conforme acima mencionado, assim como proteger a saúde do/a profissional e do/a usuário/a” (CFESS, 2020).

Presentes também na nota, duas orientações que seriam pautadas durante toda a pandemia, a primeira se refere ao atendimento por videoconferência, não reconhecido nem regulamentado pelo conjunto CFESS/CRESS para a categoria, o documento reforça que essa modalidade de atendimento não atende os preceitos da profissão e se realizado devem ser observadas condições éticas e o sigilo profissional.

A segunda, no que se refere às condições de trabalho (técnicas e éticas), um aspecto importante do período foi o intenso debate da categoria para garantia de equipamentos de proteção individual por vezes negligenciado aos profissionais. Nessa direção, em 24 de abril o CFESS publica o parecer jurídico Nº 05/2020-E, que subsidia e orienta os(as) profissionais a como proceder para buscar as condições adequadas ao seu exercício profissional.

Em 23 de março, foi lançado o “CFESS MANIFESTA – 8 dúvidas frequentes no contexto da pandemia do Coronavírus,” que sistematiza questões do exercício profissional desde condições de trabalho, teleatendimento e necessidade de afastamento do trabalho e questões éticas.

Dia 31 de março de 2020, o CFESS publica a orientação normativa nº 3/2020. A normativa responde ao documento “Manejo de corpos no contexto do novo Coronavírus”, do Ministério da Saúde, de 25 de março de 2020, que recomenda que a comunicação de óbito seja realizada preferencialmente pelas equipes de assistência social. A orientação normativa do conjunto CFESS/CRESS foi fundamental para responder de

forma imediata e embasada a tentativa de desqualificação profissional, tanto em relação a atribuição da demanda pela categoria, como pela própria definição do termo usado para se referir a equipe.

Observando o artigo 2º, alínea “h” do código de ética é direito do profissional a ampla autonomia do seu exercício profissional não sendo obrigatório a realização de atividades incompatíveis com suas atribuições profissionais (BRASIL, 1993). Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde caracterizam ações no campo da saúde que equivocada e insistentemente são atribuídas ao Serviço Social e não devem ser realizadas, a citar: marcação de consultas, exames, solicitação de ambulância, comunicação de óbitos, dentre outras (CFESS, 2010). Nessa direção:

A clareza das competências e atribuições profissionais são imprescindíveis para que os/ as assistentes sociais não aceitem fazer tudo que é solicitado sem fazer uma reflexão das atividades que estão em sua área de domínio (PINHEIRO; BARROSO; SANTOS, 2021 p. 181)

A temática dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) foi explicitada no Parecer Jurídico Nº 05/2020-E, que afirma haver lacunas em relação ao fornecimento desses equipamentos aos profissionais de serviço social. Das vinte e sete regionais do país, 14 relataram situações de violação em relação ao recebimento de EPIs, o que colocava em risco os usuários(as), bem como os(as) profissionais e suas famílias.

Outro destaque das publicações foi a série intitulada “CFESS ENTREVISTA – Coronavírus e quem trabalha...”, que contou com seis entrevistas nas áreas de atuação sistema prisional, pessoa em situação de rua, saúde, institutos de longa permanência, pessoa com deficiência, assistência social, Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) e política de atenção à saúde da mulher. A série entrevista profissionais que atuam com as temáticas nas diversas regiões do país, o que demonstra uma preocupação com as especificidades de atuação e diferenças regionais.

Verifica-se que os informes e notas reforçam bandeiras de luta da categoria, como por exemplo, a saúde pública, a vacinação para todos e todas, como também esclarece questões relacionadas ao teletrabalho, a realização de perícias de maneira remota, questões relacionadas ao estágio e à anuidade e atendimento presencial do CFESS.

Há produção de dois materiais audiovisuais: um vídeo sobre a valorização do trabalho do(a) assistente social na linha de frente, uma ferramenta que diversifica o acesso a informação sobre a categoria e a disponibilização de links com matérias relacionadas ao exercício

profissional. Todos esses recursos são importantes para apreender as dimensões tecnológicas, organizacionais e políticas desse lugar da profissão em tempos pandêmicos, fortalecendo a categoria, bem como a relação da profissão com a sociedade civil.

Importante destacar ainda o Memorial das vítimas da Covid-19 um espaço de reconhecimento e afirmação de que vidas importam diante da banalização das mortes muitas vezes colocada pelo governo federal.

Especificamente no estado do Piauí, o governo publicou o Decreto nº 18.884 em 16 de março de 2020 e dispõe sobre as medidas de emergência de saúde pública do novo Coronavírus como pandemia além de instituir o Comitê de Gestão de Crise no estado. Em 19 de março o governo declara estado de calamidade pública, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, em razão da grave crise de saúde pública decorrente da pandemia da Covid 19. De acordo com o painel Covid – 19 Piauí, foram 371.575 casos positivos no Estado e 7.762 óbitos pela doença (PIAUÍ, 2022).

Destaca-se que, no ano de 2022, registram-se um total de 3.693 assistentes sociais inscritos(as) ativos(as) no Conselho Regional de Serviço Social do Piauí - 22ª região, atuando em diversos espaços sócio-ocupacionais em todo o Estado.

Seguindo a linha do CFESS, o CRESS-PI disponibilizou matérias, orientações, normativas para fortalecer a categoria e atender as especificidades da demanda dos trabalhadores do Estado. O Conselho criou um ambiente específico para a divulgação das informações sobre Covid-10 chamado de “observatório covid CRESS/PI”, onde estão elencadas notas, informativos e materiais desenvolvidos para a categoria, que foram assim distribuídos:

Quadro 2 – Publicações CRESS- PI no período da pandemia

Nº	TIPO DE DOCUMENTO	QUANT.	OBSERVAÇÕES
1	Nota informativa	1	Nota informativa sobre a nota nº 06/2020 SESAPI/CIEVS
2	Nota técnica	2	1 nota sobre atuação do assistente social na pandemia, 1 nota 03/2020 sobre supervisão de estágio
3	Nota de repúdio	2	Nº01/2020 Nota de repúdio ao atendimento prestado às pessoas em privação de liberdade na Cadeia Pública de Altos- PI e outra referente ao PCCV dos trabalhadores da EMATER aprovado em 11.01.21;

4	Nota pública	1	Nota Pública do CRESS-PI a respeito das declarações da FMS em matéria veiculada na TV Clube em 30/06/20 sobre o diálogo da entidade com a gestão municipal da saúde na defesa dos direitos da categoria no exercício no campo da saúde na capital Teresina.
5	Informe	23	Informes sobre temas variados: Dados importantes para a categoria, divulgação de ações administrativas, textos reflexivos, dentre outros.
6	Informe depoimento	1	Relato de uma vida negra, por Dilma Franclin como forma de valorização das pessoas pretas que sofrem os reversos sociais na pandemia
7	Informe reflexões profissionais	2	Um convite para atuação do Serviço Social Antirracista
8	Informe revista comunica	1	CRESS-PI lança revista digital com as principais ações do primeiro semestre de 2020
9	Termo de orientação	1	CRESS-PI emite termo de orientação ao exercício profissional na política de saúde frente a Pandemia do Novo Coronavírus
10	Material áudio visual	1	CRESS-PI realizou Mesa Redonda virtual com tema: Julho das Pretas – a resistência e o protagonismo da mulher negra no Piauí

Fonte: Elaboração própria baseado em documentos do CRESS-PI

O CRESS-PI publicou cinco (5) notas distribuídas uma informativa com informações condensadas pela Secretaria Estadual de saúde, duas notas técnicas uma sobre supervisão de estágio e outra sobre atuação na pandemia, uma nota de repúdio sobre atendimento realizado às pessoas em privação de liberdade na Cadeia Pública de Altos- PI ressaltando questões técnicas e éticas que atentam contra os direitos humanos dos apenados e suas famílias. Além disso, nas redes sociais do Conselho foram publicadas notas de solidariedade a assistentes sociais e familiares que foram a óbito no período da pandemia no novo coronavírus.

Uma nota pública esclarecendo demandas solicitadas à Fundação Municipal da saúde, órgão administrativo da prefeitura de Teresina responsável pelas condições de trabalho dos profissionais na linha de frente da Covid-19 na capital do Estado. A resposta do CRESS-PI elenca as comunicações já realizadas com o órgão gestor da saúde no âmbito municipal. Através de ofícios, o referido Conselho esclareceu termos de atribuições e competências profissionais, condições técnicas e éticas de exercício profissionais apuradas em processo de fiscalização, solicitação

de informações sobre assistentes sociais infectadas e solicitação de insalubridade para as profissionais. Isso foi uma importante sinalização de comprometimento e participação da entidade no cotidiano dos profissionais da saúde atuantes na capital do Estado, recurso de incentivo para que a categoria consiga se articular e coletivamente construir alternativas de atuação.

Ademais, o CRESS-PI, como forma de melhor conhecer as condições de trabalho nesse período pandêmico, lançou a pesquisa Assistentes sociais do Piauí no contexto da pandemia “tem-se também como objetivo construir de forma coletiva as ações de fiscalização do exercício profissional e aprimorar as atividades do CRESS-PI” (CRESS/PI, 2022). Todavia, até o momento não houve divulgação dos resultados do estudo em decorrência da pouca adesão da categoria em responder o questionário online.

Outro aspecto importante é a visibilidade de datas significativas ao trabalho do Assistente Social nos informes do CRESS/PI a exemplo do dia nacional da pessoa idosa, Dia da luta antimanicomial, dia nacional de enfrentamento ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes dentre outras importante conexão com as diversas realidades que não desaparecem durante a pandemia, ao contrário, se ampliam, mas não conseguem evidência diante da comoção gerada pela pandemia.

Questões administrativas como planos de metas, assembleias, relatórios de fiscalização também são pautadas e socializadas pelos informes da página do CRESS/PI fortalecendo o canal de comunicação com os profissionais. Também nessa direção observa-se um investimento em materiais audiovisuais diversificando as linguagens comunicacionais inclusive por meio das mídias como Instagram e Youtube.

Pelo canal do *Youtube*, o CRESS/PI ofertou o curso de extensão “O trabalho do/a assistente social no SUAS em tempos de pandemia: lutas e resistências” discutindo temas necessários a condução do trabalho e subsidiando os/as trabalhadores do SUAS. Lançou também a revista digital COMUNICA com informações, reflexões e debates conduzidos pelo Conselho no primeiro semestre de 2020.

Muitas vezes, os/as assistentes sociais imersos em seus ambientes de trabalho tendem a se distanciar do debate e da leitura dos instrumentos normativos e acabam enfraquecendo seu potencial de diálogo, criticidade e resistência (PINHEIRO; BARROSO; SANTOS, 2021 p. 181).

Assim, para os(as) Assistentes Sociais sustentar sua dimensão reflexiva e crítica tem se constituído como um dos seus maiores desafios,

principalmente no cenário da pandemia, que avolumou processos que já estavam presentes para a categoria, como precarização do trabalho. Entretanto, é também parte da história da profissão a organização e a luta coletiva e, nesse sentido, há uma significativa contribuição do conjunto CFESS/CRESS.

CONCLUSÃO

A pandemia e o seu conseqüente isolamento social, como forma de proteção à vida, também reforçou a individualização e dificuldade de mobilização coletiva do trabalhador(a), abalando a já frágil consciência de luta. Nesse cenário, é inegável a significativa perda da dimensão coletiva e organização dos trabalhadores enquanto classe, em um cenário marcado pela luta cotidiana pela vida e destruição de direitos.

A invasão do espaço privado acabou por contribuir para a intensificação da jornada de trabalho, sobretudo para as mulheres, entre os 200 mil profissionais assistentes sociais divididos(as) pelas 27 regiões do Brasil. A última pesquisa realizada pela categoria em 2005 apontava que 97% dos profissionais são mulheres que estiveram, portanto, vivenciando a realidade descrita acima.

O Memorial “Nosso Luto Nossa Luta” feito pelo Conselho Federal de Serviço Social homenageia os(as) 115 profissionais que morreram em decorrência da pandemia no Brasil, o que ressalta a atuação da categoria na linha de frente e que perderam suas vidas no combate da doença.

No desafiador contexto do novo Coronavírus, o Serviço Social construiu subsídios teórico, metodológicos, técnicos, operativos, éticos e políticos de enfrentamento das conseqüências da pandemia no cotidiano dos serviços, principalmente de saúde, onde os profissionais atuaram na linha de frente da Covid-19.

Os documentos produzidos pelas instâncias de organização e fiscalização da categoria orientaram aspectos individuais de proteção dos trabalhadores, bem como orientações para a categoria na organização do trabalho, na construção de instrumentos viáveis diante das medidas sanitárias de proteção e reafirmam os compromissos da com a população usuária e com a própria categoria.

“Investigação e intervenção, pesquisa e ação, ciência e técnica não devem ser encaradas como dimensões separadas” (SOUSA, 2008, p. 122), a organização do trabalho é determinada pela direção que a profissão assume historicamente o campo da saúde: os preceitos da Reforma

Sanitária e a consequente defesa do SUS pensado e feito por todas e para todas as pessoas.

Não há prática deslocada de intencionalidade e a dos profissionais de Serviço Social é a favor da vida, dos direitos humanos, das condições materiais de existência atuando no reconhecimento das expressões da questão social na política de saúde e mediando as relações contraditórias de forças ético políticas as expressões da questão social na saúde que “reinventem um novo modo de vida” (ANTUNES, 2021, p. 111).

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. O vilipêndio da COVID-19 e o imperativo de reinventar o mundo. **O Social em Questão** - Ano XXIV - nº 49 - Jan a Abr/2021. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/51114/51114.PDF>. Acesso em: 10 jun. de 2022.

BOUSQUAT, Aylene et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**. São Paulo, n. 128 , p. 13-26, janeiro/fevereiro/março 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>. Acesso em: 18 jun. e 2022.

BOSCHETTI, Ivanete. Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. In: BOSCHETTI, I. (org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018. Disponível em: http://grupodetrabalhoorientacao.com.br/Virginia_Fontes/capitulos-livros/Expropriacao-e-direitos-no-capitalismo.pdf. Acesso em: 18 jun. de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 12 maio de 2022.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº 7.257**, de 4 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/decreto/d7257.htm. Acesso em: 15 jun. de 2022.

BRASIL. **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]. Disponível em:

https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 2 jun. de 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo Coronavírus Covid-19**. Brasília. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5-pdf>. Acesso em: 12 jun. de 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. **UNA-SUS/ 2020**. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca>. Acesso em: 15 jun. de 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. **Painel Covid Brasil**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 jun. de 2022.

CASTEL, Robert. **A insegurança social**: o que é ser protegido? Petrópolis, RJ: Vozes, 2005

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília. 2010.

CFESS. **ORIENTAÇÃO NORMATIVA** n.3/2020. CFESS, conselho federal de serviço social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 28 maio de 2022.

COSTA, Ana Maria; RIZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. SAÚDE DEBATE. Rio de Janeiro, V. 44, N. 125, P. 289-296, ABR-JUN 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PbzsnQF5MdD8fgbhmbVJf9r/?lang=pt#>. Acesso em: 22 jun. de 2022.

FGV. Impactos da Covid. FGV Social. Centro de Políticas Sociais. Disponível em: <https://cps.fgv.br/impactos-do-covid>. Acesso em: 19 jun. de 2022.

FRANCO, Túlio. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: FRANCO, Túlio et al. **“Gestão Em Redes”**, LAPPIS-IMS/ UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.uesc>.

br/atencaoasaude/publicacoes/redes na micropolitica do processo trabalho - tulio franco.pdf. Acesso em: 6 jun. de 2022.

GOMES, José Álvaro Fonseca. BENTOLILA, Silvia. COVID-19 no Brasil: tragédia, desigualdade social, negação da ciência, sofrimento e mortes evitáveis. **Rev. Psicol. Divers.** Saúde, Salvador, 2021 Novembro;10(3):349-359. Disponível em: [file:///C:/Users/Adriana%20Barros/Downloads/3595-Texto%20do%20Artigo-29505-1-10-20211215%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Adriana%20Barros/Downloads/3595-Texto%20do%20Artigo-29505-1-10-20211215%20(3).pdf). Acesso em: 2 fev. de 2022.

GUIMARÃES, Karoline Claudino; PINHEIRO, Silvia Silva Martins. O Desgoverno Bolsonaro e o Novo Coronavírus: uma análise preliminar sobre o impacto social dessa combinação no Brasil. Montes Claros. **Serviço Social em Perspectiva**. v. 5, n. 1, p. 32 - 50, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/3347>. Acesso em: 28 maio de 2022.

LAURELL, Asa Ebba Cristina. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2016;24: e2668. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vhdwq7nmFBddx4mcSpfwqSz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 maio de 2022.

LIMA, Nísia Trindade. BUSS, Paulo Marchiori. SOUSA, Rômulo Paes. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. Espaço temático: covid-19 – contribuições da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(7):e00177020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-07-e00177020.pdf>. Acesso em: 10 jun. de 2022.

MARTINS, Mani Tebet et al. Auxílio Emergencial em tempos de Pandemia. **Revista Sociedade e Estado** – Volume 36, Número 2, Maio/Agosto 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/xj7mwmL7hGx9dPDtthGYM3m/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 jun. de 2022.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro, 06 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID->

19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf. Acesso em: 15 jun. de 2022.

MENDES, Aquila. CARNOUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.4, p.1105-1119, 2018 1107. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NWtCkYjVcjzM5frKfWskvBF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. de 2022.

NEGRI, Fabiana Luiza; SANTOS, Maria Teresa dos; KRUGER, Tânia Regina. **Atuação da/o assistente social em face da pandemia da covid19:** orientações técnicas elaboradas pelo conjunto CFESS/CRESS. Disponível em: https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/08/artigo_atuacaodoas.pdf. Acesso em: 21 jun. de 2022.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/search/r?keys=oms+declara+emergencia+de+saude+publica+de+importancia+internacional+em+relacao+novo+coronavirus+Brasil>. Acesso: 28 maio 2022.

PADILHA, A., *et al.* Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2019, vol. 24, no. 12, pp. 4509-4518, ISSN: 1413-8123 [viewed in 5 December 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T3jpwPg bLb7CtQbN9z9Y7Yh/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jun. de 2022.

PESSOA, Elisângela Maia; BERWING, Solange Emilene; ALMEIDA, Andréia Cristina da Silva. Dimensões profissionais do Serviço Social: sistematização dos documentos do CFESS e da ABEPSS em tempos de pandemia. **Textos & Contextos** Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 1-20, jan.-dez. 2021 | e- 39472. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/39472/27056>. Acesso em: 20 jun. de 2022.

PIAUÍ, Governo do Estado. **Painel Epidemiológico Covid-19 – PIAUÍ.** Disponível em: <https://datastudio.google.com/reporting/a6dc07e9-4161-4b5a-9f2a-6f9be486e8f9/page/2itOB>. Acesso em: 24 jun. de 2022.

PINHEIRO, Hamilda Assunção. BARROSO, Clivia Costa. SANTOS, Gloria Vaz. Crise Sanitária e trabalho do/a Assistente Social na saúde: o Amazonas em foco. **Revista Humanidades e Inovação** v.8, n.39. 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5738#:~:text=No%20Amazonas%2C%20em%20tempos%20de,uma%20rotina%20de%20trabalho%20ain>. Acesso em: 12 jun. de 2022.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/xlZpht8LVT96vSvn7cPNQMR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 jun. de 2022.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUIA, Carola C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/MVGcWc6sHCP9wFM5GHRpwQR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 jun. de 2022.

RODRIGUES, Ana Carolina de Aguiar et al. Trabalhadores na Pandemia: Múltiplas Realidades, Múltiplos Vínculos. In: MORAES, Melissa Machado de. (Org.). **Os impactos da pandemia para o trabalhador e suas relações com o trabalho** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2020. – (Coleção o trabalho e as medidas de contenção da COVID-19: contribuições da Psicologia Organizacional e do Trabalho. Disponível em: <https://www.sbpot.org.br/noticia/covid-19-e-os-impactos-no-mundo-do-trabalho/>. Acesso em: 2 jun. de 2022.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **O coronavírus, nosso contemporâneo**. Sul 21, junho de 2020. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/>. Acesso em: 14 jun. de 2022.

SILVA, Débora Cristina da; KRUGER, Tânia Regina. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 18, n. 35, jan./jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/19578>. Acesso em: 15 jun. de 2022.

SILVA, Clayton M. da et al. A Pandemia de COVID-19: Vivendo no Antropoceno. **Rev. Virtual Quim.** Vol 12. No. 4. 2020 Disponível em: <http://static.sites.s bq.org.br/rvq.s bq.org.br/pdf/v12n4a09.pdf> Acesso em: 08 jun. de 2022.

SOARES, Raquel Cavalcante. CORREIA, Maria Valéria Costa. DOS SANTOS, Viviane Medeiros. Serviço Social na Política de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, nº 140. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 mar. de 2022.

SOUZA, Diego de Oliveira. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.1):2469-2477, 2020. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t5Vg5zLj9q38BzjDRVCxbsL/?lang=pt> . Acesso em: 18 jun. de 2022.

SOUZA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/k7maNx2767S70XHK8137.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2022.

YASBEC, Maria Carmelita. SANT'ANA, Raquel. RAICHELIS, Raquel. Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, nº 138. 2020. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/3k9rXGbpd3TSLjKCrBw9tkC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 15 fev. de 2022.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Editorial. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(5):e00068820. Disponível: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-cri-se-sanitaria-anunciada>. Acesso: 19 jun. 2022.

SERVIÇO SOCIAL, REQUISIÇÕES DA COVID-19 NO ÂMBITO HOSPITALAR E A NOVA DINÂMICA DE TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

*Dalila Pereira Machado
Ludymyla Soares Coelho
Lucia da Silva Vilarinho*

INTRODUÇÃO

O mundo foi pego de surpresa, no ano de 2019 com a descoberta de uma nova variante do Coronavírus (SARS-CoV-2), que surgiu na cidade de Wuhan, na China, passando a ser reconhecida como COVID-19.

No Brasil, mesmo com o avanço da vacinação em 2021, os números de casos e de mortes ainda são uma preocupação de saúde pública, em meio a um conturbado cenário de crise política e econômica tensionado pela disputa de ideias, interpretações e propostas de resposta à pandemia. Em consonância, Souza (2020) aponta entre outros aspectos, que a COVID-19 trouxe impactos na vida dos indivíduos em nível global, chamando a atenção para a velocidade de disseminação do vírus, colocando o mundo em estado de alerta.

A maior crise sanitária enfrentada nos últimos cem anos, evidenciou deficiências que a saúde pública enfrentava e que acabaram por se intensificar, gerando, no início do ano de 2021, o colapso do Sistema

Único de Saúde - SUS, com mais de 90% de ocupação das Unidades de Terapia Intensivas (UTIs)¹.

Essas e outras deficiências seguem agravadas no país devido uma gestão conturbada do governo federal no âmbito da política, da economia e da saúde. Por diversas vezes o presidente da República e o seu governo mostraram-se contrários às medidas sanitárias da OMS, internacionalmente reconhecidas e postas em práticas, minimizando a real gravidade da pandemia, dificultando o controle do vírus por grande parcela da população, tencionando o processo de enfrentamento da crise sanitária nos estados e municípios e gerando disputa de interesses entre autoridades governamentais (MACEDO et al., 2021).

A política de saúde vem sendo uma das mais afetadas durante a pandemia, dado o grau de emergência sanitária. A despeito do SUS ser resultante da atuação conjunta de atores sociais e políticos que convergiram em um projeto para universalizar o acesso e promover a atenção à saúde para todos os brasileiros, ainda se requer maior compromisso dos três níveis de governo para a organização e o funcionamento dessa política pública, conforme previsto em lei.

O Serviço Social é uma profissão que se insere na divisão social e técnica do trabalho para atuar com as mais diversas expressões da questão social, seja na saúde, na assistência social, educação, entre outras políticas, foi caracterizado como profissão da área da saúde em 1997, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 218, de 06 de março de 1997 e Resolução nº 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 1999). No contexto da COVID-19, os profissionais de Serviço Social têm sido requisitados a trabalhar, juntamente com outras profissões, no enfrentamento do adoecimento da população nos serviços da rede SUS, sobretudo nos hospitais.

Na direção proposta para este estudo, foi discutido os elementos da complexidade do trabalho do (a) assistente social na saúde no âmbito hospitalar em tempos adversos da pandemia do novo Coronavírus, abrangendo também as implicações das demandas para o trabalho profissional neste contexto, além dos desafios para o agir profissional em consonância com o Projeto Ético-Político da profissão articulado às

1 _Informação extraída em: FIOCRUZ. Observatório Covid-19 aponta maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil. disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-aponta-maior-colapso-sanitario-e-hospitalar-dahistoria-do-brasil#:~:text=O%20Boletim%20mostra%20que%2C%20no,iguais%20ou%20superiores%20a%2090%25.>> Acesso em : 03 abril de 2022.

orientações dos órgãos de defesa da profissão no território nacional e estadual.

O estudo tem como objetivo geral, analisar as implicações da pandemia da COVID-19 no trabalho do (a) assistente social no âmbito hospitalar ante as requisições das principais expressões da questão social na saúde e a consonância com o Projeto Ético-Político profissional. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, a partir de livros, artigos científicos, notas técnicas e outros documentos, tendo em vista a contribuição de vários autores e suas produções sobre o Serviço Social e a pandemia, os determinantes sociais do adoecer, o SUS, as medidas sanitárias, diretrizes políticas de enfrentamento da COVID-19 e o trabalho do(a) assistente social no espaço sócio-ocupacional hospitalar.

Muito além do que contribuir para análises da temática que envolve o Serviço Social na saúde e a COVID-19, as reflexões provocadas pelo estudo sobre o cotidiano de trabalho do(a) assistente social e o posicionamento da categoria, ante as requisições da pandemia, serão fundamentais para identificar em que medida o exercício profissional no âmbito hospitalar guarda sintonia com o Projeto Ético Político profissional.

SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E A COVID-19: UM PROCESSO DE MÚLTIPLAS DETERMINAÇÕES.

No campo da saúde, o trabalho dos assistentes sociais passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias para o enfrentamento dessas questões (CFESS, 2010). Logo, há o entendimento de que agravos na saúde podem decorrer de processos resultantes não somente de fatores biológicos, mas também das condições de vida, aliado à concepção de que a saúde é um direito social e dever do Estado, em conformidade com pressupostos da Constituição Federal de 1988 em seu art. 196.

Compreende-se que, na política de saúde, “o trabalho do Serviço Social junto a outras profissões torna-se essencial no atendimento integral aos usuários [...] formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213).

Em conformidade com o documento “Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)”, cabe destacar que:

Os diversos estudos sobre os DSS e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Entre estes modelos, a CNDSS resolveu adotar o de Dahlgren e Whitehead (1991) [...] (CNDSS, 2008, p.13).

Nesta direção, autores como Leal e Castro (2021), defendem que a categoria determinação social, confunde-se com determinantes sociais, inclusive no âmbito do serviço social, ao mencionar que os determinantes sociais consideram as relações entre as condições de vida dos sujeitos e a sua situação de saúde há fatores que vão influenciar a saúde dos sujeitos, apontam que este discurso pauta-se numa perspectiva imediatista de leitura da realidade, estando estreitamente ligada às condições relacionadas às políticas sociais e sua ineficiência (LEAL; CASTRO, 2021)..

Já o conceito de determinação social, nas palavras de Barata (2009), aponta que os DSS que determinam a estruturação da sociedade são os mesmos que geram as desigualdades sociais, produzindo assim, perfis epidemiológicos de saúde e doença, em que as desigualdades sociais e saúde não são analisadas como uma questão de experiência individual, igualdade de oportunidades, desenvolvimento de capacidade ou medidas através de indicadores comportamentais (BARATA, 2009 apud LEAL e CASTRO, 2021)

Em outras palavras, em conformidade as contribuições de Wiese (2020):

[...] a determinação social da saúde é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico- social do processo saúde doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais. Propicia explicitar a relação entre o biológico e o social, divergindo da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (WIESE, 2020, p. 149).

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), há consenso sobre a importância dos DSS na situação de saúde, tanto de indivíduos quanto de grupos sociais, construída ao longo da história. Na trilha dos paradigmas que buscaram explicar os problemas de saúde no final do século XIX, ressalta-se a teoria miasmática que buscava estabelecer relações entre as mudanças sociais e as práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização, ocorridos naquele momento histórico e também o paradigma bacteriológico com Koch e Pasteur. Questionava-se que a saúde pública deveria tratar do estudo de doenças específicas, baseando-se, fundamentalmente, na microbiologia e

na teoria dos germes, ou se os estudos deveriam centrar-se na influência das condições sociais, econômicas e ambientais, na saúde dos indivíduos.

Contudo, as discussões acerca do debate evoluíram e atualmente, reconhece-se que o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que variam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade (VIANNA, 2020, p.6).

A compreensão desses fatores, nas palavras de Souza (2020a), é fundamental para o entendimento de que a determinação social da saúde, em linhas gerais, se estabeleceu como a forma de entender a saúde para além da seara biológica, mas apreendendo o caráter dialético que possui, expressando ainda, a sua relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais tais como aspectos relacionados à cultura, política, entre outros, transitando em vários níveis e de diversas formas, ou seja, a saúde é um processo que ultrapassa a mera reunião de respostas fisiopatológicas do corpo individual, estando plasmada no conjunto das relações sociais, com todas as suas contradições, conflitos, tensões e movimentos.

POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL EM DEFESA DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE

Antes deste período, Polignano (2001) destaca que o quadro sanitário no país era caótico devido à ausência de um modelo sanitário que promovesse ações de promoção e prevenção de doenças em um cenário conturbado, marcado por epidemias e doenças pestilenciais resultante das condições precárias de saneamento básico, fluxo de migrações e imigrações, além da formação de aglomerados pauperizados nas cidades brasileiras. Neste cenário que emerge o modelo de saúde assistencial sanitarista/campanhista, considerado o primeiro modelo de atenção no país, cujas ações eram focalizadas e pontuais, voltadas principalmente para grupos específicos, trabalhadores vinculados a setores fundamentais para a manutenção da economia, vinculadas ao setor urbano do complexo exportador.

Em 1977, o INPS, principal gerenciador da gestão do sistema de seguro social, foi substituído por uma nova estrutura administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que vigorou antes da criação do SUS, reproduzindo a predominância das práticas curativas de saúde da assistência previdenciária, extinto em 1993, quando teve suas competências transferidas às instâncias federais, estaduais e municipais gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao final dos anos 1980, a saúde atingiu um novo patamar, porém não foi algo imediato e de iniciativa do Estado, mas sim de uma série de lutas e reivindicações populares pautadas, entre outras requisições, na universalização do acesso, da concepção da saúde como um direito e dever do Estado, entre outras pautas que tiveram importante contribuição para a consolidação do SUS. Sobre este processo, Mito e Nogueira (2009) frisam que a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, pois além do caráter universal, abriram-se espaços para decisões políticas junto com os usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde, expressadas no viés do controle social contando com diferentes sujeitos representativos da coletividade junto ao Estado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, realizada em março de 1986, representou fato marcante e fundamental para a discussão da questão saúde no país, “o temário central versou sobre: I- A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III- Financiamento Setorial” (CORREIA; MAGALHÃES; SILVA, 2013, p.2). Destarte, consagrou-se uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado; princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição Federal de 1988, dando uma nova forma à saúde no Brasil, inserindo-a como parte do tripé da seguridade social.

Com a Constituição Federal brasileira de 1988, o país passa a ter um modelo de proteção social em que a saúde passa a integrar a seguridade social, juntamente com a assistência social e a política de previdência social. A saúde, agora passa a ser pautada em uma política de caráter universalista, constituindo um sistema único e gratuito para a população, sendo ela, 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).

Na sequência, as leis 8.080/1990 (Lei Orgânica de Saúde - LOS) e Lei 8.142/1990, dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo.

Na contramão do movimento de desmonte, o SUS segue sendo regido pelos princípios básicos da universalidade, integralidade e equidade, tendo como diretrizes organizativas a descentralização, a integralidade e a

participação da sociedade, em consonância com o princípio do controle social nas políticas públicas, uma de suas maiores formas de resistência.

Sobre a organização dos serviços de saúde nos territórios, a estratégia de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços tem possibilitado a provisão e distribuição de serviços básicos, de média e alta complexidade, adequando o próprio SUS a todo o território nacional.

Já a média e alta complexidade são compostas por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população em um grau maior de complexidade, por estas razões, exige maior assistência clínica assim como equipamentos tecnológicos para auxiliar no tratamento de agravos na saúde da população usuária. Todo esse resgate histórico da política de saúde traz reflexões sobre o papel do Estado na concretização da política de saúde no Brasil.

Matos (2020), reforça que mais do que reafirmar compromissos éticos e políticos, os (as) assistentes sociais se legitimam por defender a vida, a liberdade e a emancipação humana como valores fundamentais, a partir das respostas profissionais qualificadas que são emitidas em respostas aos usuários das políticas e seus contratantes, não sendo meras ações imediatistas, mas estando em consonância com o atual contexto, articuladas às dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-prática do exercício profissional.

Esta caracterização do(a) assistente social como profissional com atuação na área da saúde contudo, deve ser compreendida no contexto mais geral de institucionalização do Serviço Social da divisão social e técnica do trabalho, como profissão que intervém sobre inúmeras expressões da questão social advindas das contradições resultantes do modo de produção capitalista nas sociedades, conforme assevera Raichelis (2011):

Afirmar que o Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho como uma especialização do trabalho coletivo, e identificar o seu sujeito vivo como trabalhador assalariado, implica problematizar como se dá a relação de compra e venda dessa força de trabalho a empregadores diversos, como o Estado, as organizações privadas empresariais, não governamentais ou patronais. Trata-se de uma interpretação da profissão que pretende desvendar suas particularidades como parte do trabalho coletivo, uma vez que o trabalho não é a ação isolada de um indivíduo, mas é sempre atividade coletiva de caráter eminentemente social (RAICHELIS, 2011, p. 423).

Faz parte ainda deste entendimento, que o (a) assistente social é trabalhador (a) assalariado que depende da venda e compra de sua força

de trabalho para obtenção de seus meios de vida, enquanto o Serviço Social é profissão liberal que ao mesmo tempo reproduz-se como uma especialização do trabalho, socialmente necessário à prestação de serviços por atender as necessidades sociais e participar do processo de produção e/ou redistribuição da riqueza socialmente produzida (IAMAMOTO, 2009).

No plano legal, o (a) assistente social é reconhecido como profissional de saúde pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997 e pela Resolução do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFESS) nº 383, de 29 de março de 1999. A política de saúde configura-se como campo sócio-ocupacional do assistente social de natureza não exclusiva e nela o trabalho profissional dá-se em equipes interdisciplinares sob a égide dos ideários da reforma sanitária em defesa da universalização das políticas sociais aliada à garantia dos direitos sociais. Proposição que de um lado proporciona um novo olhar sobre a saúde, direcionado a fatores intrinsecamente ligados aos determinantes sociais que atravessam as dimensões de vida dos usuários da política e, de outro, articula os projetos profissionais aos projetos societários para a sociedade.

Para Bravo e Matos (2009), o trabalho dos (as) assistentes sociais na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante de incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, sempre articulados com os projetos da reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social. Ademais, como já ressaltado nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), existe uma relação entre os dois projetos, ambos são produzidos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos 1980 e convocam transformações políticas e sociais, além de evidenciarem a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários propostos para o conjunto da sociedade, projetos estes que devem ser concretizados e fortalecidos independente do cenário sanitário do país (BRAVO; MATOS, 2009)

Considerando a saúde como direito social garantido constitucionalmente a todos, traçar a dimensão do trabalho dos assistentes sociais na política de saúde equivale a destacar o papel fundamental da ação cotidiana desses profissionais nas instituições na construção da integralidade em saúde, na concretização dos princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais da população (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003 in; BRAVO & MATOS, 2009, p. 213).

As respostas às velhas e novas demandas reafirmam competências e atribuições profissionais, além de evidenciarem a relevância da profissão que galgou inúmeras conquistas políticas ao longo da história, sempre compromissada com o seu projeto ético-político direcionado à defesa intransigente da democracia, da cidadania e da justiça, para assim poder interferir na dinâmica das relações sociais na sociedade.

Diante do que já foi mencionado, as principais expressões da questão social impactam a vida da população e apresentam-se nas demandas dos usuários da política de saúde, perpassam os determinante sociais na saúde advindo de fatores relacionados tanto a processos particulares de vida como no aspecto totalitário da determinação social em saúde atrelado a desigualdade social, que é estrutural, cuja relação tem por base a impossibilidade de acesso ao meios de realizar sua reprodução social para o atendimento de suas necessidades básicas de condição de vida e também de trabalho, que contribui para ao adoecimento (BARATA apud LEAL; CASTRO, 2021).

Como objeto de intervenção do trabalho profissional do (a) s assistentes sociais, as multifacetadas expressões da questão social, que tiveram origem mediante emergência da sociedade capitalista industrializada, estando estreitamente associada à desigualdade social, principalmente à pobreza, ganham novas configurações na atualidade, e seu enfrentamento, ainda é um desafio para o Serviço Social. Na medida em que o Estado torna-se primordial para a efetivação de políticas públicas, ele cria mecanismos para minimizar gastos, e maximizar os interesses do capital.

Por mais que os assistentes sociais sejam reconhecidos pelo seu trabalho realizado em diversas políticas, a reafirmação do “lugar” do Serviço Social com base em seu Projeto Ético Político sempre será fundamental para lidar com inúmeras situações que são colocadas à profissão, além dos desafios já postos e de conhecimento da categoria, como baixo salário, precariedade das políticas públicas, vínculos empregatícios fragilizados, entre outros.

SERVIÇO SOCIAL E AS REQUISIÇÕES DA COVID-19

O Serviço Social atua em diversas políticas públicas e na saúde atua, cotidianamente, sobre diferentes expressões da questão social que se expressam sob a forma de fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais e outros aspectos pertencentes à totalidade da vida que influenciam a ocorrência de agravos na saúde da população. Atua também nos movimentos sociais em defesa da nova organização do sistema de saúde para a prestação dos serviços com efetivo financiamento do Estado e participação de diferentes segmentos da sociedade em prol de políticas públicas que beneficiem a todos direta ou indiretamente.

O documento sistematizado pelo CFESS, em 2010, em resposta ao pleito histórico da categoria por orientações gerais para o trabalho do (a) assistente social na saúde, intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, define as seguintes ações profissionais: Ações de Atendimento Direto aos Usuários (ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde; ações socioeducativas); Ações de Mobilização, Participação e Controle Social; Ações de Investigação, Planejamento e Gestão; Ações de Assessoria, Qualificação e Formação profissional.

No que se refere ao atendimento direto aos usuários, este se apresenta nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços a partir das Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), nos postos e centros de saúde, ambulatorios, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal. As ações que predominam no atendimento direto aos usuários são as ações socioassistenciais e socioeducativas, além das ações de articulação interdisciplinar com as demais equipes de saúde. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis (CFESS, 2010).

Em relação às ações de Mobilização, Participação e Controle Social o referido documento estabelece que essas envolvem um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa de garantia do

direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde. Uma outra preocupação consiste na democratização da instituição por meio da criação de conselhos gestores de unidades e outros órgãos colegiados, que visem a participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais (CFESS, 2010).

Nas ações de investigação, planejamento e gestão, a perspectiva é de fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizam e potencializam a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional (CFESS, 2010).

Dessa forma, “podem ser realizadas atividades para cada área profissional, como programações que visem a qualificação das equipes de saúde, na perspectiva do trabalho interdisciplinar” (CFESS, 2010, p. 63). Cabe ressaltar que o(a) assistente social pode atuar juntamente com uma instituição de ensino como formulador de ações para o campo de estágio, supervisão de estagiários, bem como a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional. São ainda algumas das competências do(a) assistente social da saúde: contribuir para a efetivação da participação dos funcionários nos serviços, construção que se dar juntamente com outros trabalhadores da saúde; participação em projetos de educação permanente; assessoria técnica e sistematização do trabalho desenvolvido, entre outras (CFESS, 2010).

No contexto brasileiro, a pandemia desvelou de forma exacerbada, contradições da sociedade que tem suas raízes históricas permeadas por desigualdades e desproteção social. As expressões das desigualdades se apresentam para a intervenção do Serviço Social nos serviços sob a forma de demandas, refletem no cotidiano profissional dos (as) assistentes sociais e requerem competente saber e fazer profissional para o seu enfrentamento na perspectiva da proteção social e das políticas públicas. Todavia, se as políticas públicas já contavam com inúmeras tentativas de contrarreformas que incidem na sua fragilização e nas dificuldades de acesso à direitos pela população, as mudanças provocadas pela pandemia impactam as condições de vida de milhares de pessoas que não

conseguem atender às suas necessidades mais básicas, e o processo de trabalho do(a) assistente social.

Todavia, todo o aporte teórico-metodológico e normativo do Serviço Social, expresso no Projeto Ético-Político Profissional (PEP) e nas competências e atribuições dos assistentes sociais está sendo reforçado por orientações das instâncias político-organizativas da profissão representadas pelo conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), e ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social) para o exercício profissional na pandemia.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), autarquia pública federal com sede em Brasília – DF, tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do (a) assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social – CRESS, que são autarquias estaduais, situadas em cada estado da União, com a função de fiscalizar o exercício profissional, e por isso, julga em primeira instância, processos administrativos (CFESS, 2010).

Em função da medida sanitária - distanciamento social - de orientação global por parte da OMS para prevenção, contenção e enfrentamento da COVID-19, os meios tecnológicos foram importantes ferramentas para possibilitar a continuidade das agendas profissionais, a socialização de informações por meio de encontros, reuniões, *lives* e outras atividades pela via remota com a utilização de plataformas digitais. No campo da saúde e de outras áreas de trabalho adotou-se a telemedicina e o teletrabalho, respectivamente. Tais estratégias provocaram mudanças nos modos de vida e trabalho do conjunto dos trabalhadores, atingindo também os (as) assistentes sociais.

A publicação “CFESS Manifesta: os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social”, publicado em março de 2020, traz orientações para o exercício profissional do Assistente Social na saúde, que em consenso com suas chefias seja negociado revezamento das escalas de trabalho com a finalidade de reduzir a presença física nos serviços, assim como a conscientização do uso dos EPIs e da higienização das mãos. Ademais, destaca-se pontos do posicionamento da categoria em detrimento da pandemia, da requisição por melhores condições de trabalho.

Ao discutir sobre a realização do trabalho remoto, o documento manifestou-se considerando que neste período de excepcionalidade, algumas atividades podem ser realizadas nas modalidades teletrabalho, videoconferência e *on-line*, para que as atividades não sofram

descontinuidade, porém, a avaliação social para concessão de benefícios sociais, bem como estudo social e parecer social, não devem entrar no rol dos procedimentos que podem ser executados à distância, o que deu segmento a elaboração e publicação da nota sobre “Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia”, que dispõe sobre orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia, principalmente nos aspectos que tangem o teletrabalho.

Outra publicação intitulada: “CFESS Manifesta - Dia Mundial da Saúde: em defesa do SUS e da Seguridade Social”, publicada dia 7 de abril de 2020 no site do CFESS, reafirma a luta contra a privatização da saúde, as contrarreformas e o distanciamento que historicamente impediram a concretização de um sistema de proteção social, e reforçamos proposições que caminham para o fortalecimento do sistema público de saúde e da seguridade social e, conseqüentemente, da sua capacidade de enfrentamento ao novo Coronavírus. Viver não pode ser um privilégio (CFESS, 2020 b).

Logo, a publicação do Parecer Jurídico nº 05/2020 que trata da ausência de Equipamentos de Proteção Individual-EPI para assistentes sociais em exercício profissional nas atividades essenciais durante a pandemia, também foi um importante posicionamento, pois, mesmo como profissionais atuantes na linha de frente de enfrentamento da pandemia profissionais registraram insuficiência desses equipamentos para garantia de segurança no ambiente de trabalho, não só na saúde, mas em demais espaços sócio-ocupacionais da profissão.

OTRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR E OS DESAFIOS DO CONTEXTO PANDÊMICO.

De acordo com Martinelli (2011), no trabalho do (a) assistente social o alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. Afirma a autora que “é na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação” (Martinelli, 2011, p. 503).

Para a intervenção profissional qualificada e efetiva identificação das demandas, o (a) assistente social realiza análise apurada da realidade social dos usuários a partir de uma concepção ampliada sobre suas condições sociais e históricas. Neste processo de intervenção investigativa e para o atendimento direto aos usuários, priorizam-se alguns

instrumentos/procedimentos, como: o acolhimento, a escuta qualificada e o diálogo, realizados não apenas com o usuário, mas também com familiares, acompanhantes e/ou visitantes, que auxiliarão na viabilização de acesso aos direitos sociais dos usuários no âmbito hospitalar e também na democratização de informações que contribuem para uma educação emancipatória. Por conseguinte, analisar a profissão e os desafios do projeto profissional na esfera estatal em tempos de pandemia supõe apreendê-los na dinâmica sócio histórica, que configura o campo em que se desenvolve o exercício profissional.

Para Araújo e Carvalho (2021) o surgimento da pandemia desencadeou uma série de questionamentos acerca da cultura política democrática brasileira, principalmente sobre a posição do Estado e da própria sociedade. Ao beber da fonte de autores como Chauí (2019), aponta-se para denominar o neoliberalismo como novo totalitarismo, ou seja, se por um lado o autoritarismo expressa-se pela soberania do Estado que molda as esferas sociais, na atualidade, a sociedade se torna o espelho para o Estado e passa a definir todas as esferas sociais e políticas, não apenas como organizações, mas, tendo como referência central o mercado, criando ainda, a ideologia de que as formas de expressões do pensamento crítico preconizam uma espécie de divisão da sociedade que apoia e aqueles que o contestam.

Em meio à maior crise sanitária do século, os serviços de saúde da rede pública passaram a ofertar leitos exclusivos para pacientes com COVID-19, além de outras adaptações e mudanças requisitadas para o enfrentamento da pandemia. Algumas unidades hospitalares, Unidades Básicas de Saúde e de Pronto Atendimento foram designadas para atender exclusivamente os usuários com sintomas e confirmação da doença na pandemia.

Outras mudanças impuseram aos serviços de saúde reestruturações como a suspensão de cirurgias eletivas nos ambulatórios especializados e hospitalares; “transformação” de leitos direcionados para os agravos decorrentes da COVID-19; suspensão de consultas ambulatoriais de rotina para evitar aglomerações, entre outras. Nessa reestruturação, cada serviço de saúde estabeleceu suas prioridades e precisou criar uma forma de comunicação com a população usuária. Nos serviços, em geral, se montou na recepção um espaço para informar sobre esses reordenamentos, além do recurso aos meios de comunicação, notadamente às redes sociais (MATOS, 2020).

Tais mudanças, na sua totalidade, não foram positivas para a população usuária, pois a realocação de serviços faz com que os usuários

se desloquem para unidades fora de seu território, e esta dificuldade muitas vezes impede os mesmos de ir às consultas. Por conseguinte, se antes, a burocratização para acessá-las formavam uma fila no sistema de regulamentação de consultas do SUS, o afastamento significativo de inúmeros profissionais de diferentes especialidades desencadeou a remarcação de consultas, suspensão de cirurgias eletivas, o que infelizmente gera um impacto negativo para aqueles que necessitam dos serviços.

Nesta mesma direção, Barros (2020) registra outras dificuldades impostas ao processo de trabalho do (a) assistente social no hospital: com a necessidade de paramentação e uso de EPIs os/as profissionais se tornaram iguais a todos/as os demais, o que dificulta a identidade. Ao enfatizar que o Serviço Social é uma profissão de vínculo, de proximidade, de toque, de calor humano, a necessidade de distanciamento social inviabiliza o contato próximo entre usuário e profissional e prejudica o vínculo de responsabilização e confiança. Ademais, não há mais quebra da sisudez e a impessoalidade prevalece no ambiente hospitalar (BARROS, 2020).

O cenário pandêmico trouxe medo, incertezas, mudanças e inúmeros desafios que repercutiram inicialmente no afastamento de profissionais com comorbidades, além de outras medidas preventivas realizadas com a finalidade de proteger os trabalhadores da linha de frente de combate à pandemia e usuários dos serviços de saúde. No tocante à condição de trabalhador da saúde, as contratações em caráter excepcional expressam cada vez mais a precarização e a profunda privatização da política de saúde, pois no momento da pandemia houve um aprofundamento da platonização da organização do trabalho profissional (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021).

Em relação às novas demandas, registra-se que um conjunto de requisições direcionadas ao serviço Social, na sua maioria como demandas institucionais e/ou de outros profissionais, não constituem competências e/ou atribuições do (a) assistente social. Não obstante, essas medidas provocaram a exigência de um esforço diário e contínuo de reafirmação do trabalho, quanto às atribuições indevidas ao serviço social.

Uma dessas proposições diz respeito à informação do óbito nos serviços de saúde que foi atribuída ao assistente social. Todavia, quando se fala em óbito, de imediato questionam se os motivos ou razões que provocaram a interrupção da vida de uma pessoa. O assistente social, por mais que atue na saúde, não possui conhecimentos clínicos como

um médico, ou enfermeiro, por exemplo, por isso a importância de um atendimento multiprofissional.

A comunicação de óbito de imediato causou impugnação na categoria, posição reiterada pela “Orientação Normativa nº 3/2020 do CFESS”, como posicionamento legal contra práticas inapropriadas que não se configuram atribuição ou competência profissional do/a assistente social e que podem ocasionar sérias rupturas dos preceitos éticos do agir profissional (BARROCO; TERRA, 2012).

Assim como, não cabe ao profissional do Serviço Social, informar ao usuário e sua família, acerca de condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos (CFESS, 2020). Outro desafio no contexto de desmonte das políticas sociais, além do agravamento das desigualdades sociais, a determinação social do processo saúde e doença, estão relacionados a estes fatores que influenciam tanto as condições de enfrentamento quanto os óbitos relacionados à covid-19 (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021). Se as condições de saúde da população foram colocadas em risco, além de grande parcela de a população encontrar-se em um estado de vulnerabilidade social antes mesmo da emergência da pandemia, ela foi devastadora para essa população, mesmo que alguns fatores pudessem ser minimizados pela ação do Estado, não houve uma intervenção significativa capaz de reverter a morte de milhares de brasileiros, por ser um processo irreversível.

Para enfrentamento dos desafios postos, o exercício da profissão exige um sujeito profissional que tenha competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer 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, 2009). Requer também, como sinaliza Matos (2020), constante reapropriação, na prática do acúmulo ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão.

CONCLUSÃO

O presente artigo estudou sobre o trabalho do (a) assistente social na saúde, no âmbito hospitalar, em tempos de pandemia, Evidenciando o compromisso dos assistentes sociais com diretrizes e princípios do projeto ético-político da profissão, reiterando o exercício profissional na direção, que preconizam o código de ética e a lei de regulamentação a profissão,

considerando-se as mudanças requisitadas pela COVID-19, nos processos de trabalho e nos serviços onde atuam.

A literatura pesquisada atesta que as demandas instaladas em decorrência da COVID-19 à profissão, acabaram por exigir aos assistentes sociais novos aprendizados e respostas, tudo em tempo real e em função da emergência sanitária. Apesar da atribuição profissional de “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública”, consta no código de ética do assistente social, componente este que não é usualmente desenvolvido e teve que ser apreendido na dinâmica de trabalho daqueles profissionais que se encontram atuando na linha de frente de combate ao novo coronavírus, visando responder a nova demanda.

Neste sentido, e para responder aos impactos da pandemia no exercício profissional, os (as) assistentes sociais seguiram orientações gerais dos órgãos representativos da categoria:

ABEPSS, CFESS/CRESS a partir de documentos organizados e publicizados pelos mesmos, sob a forma de Resoluções, Orientações Normativas e Notas Técnicas. Foram vastas as orientações sobre a necessidade de negociação de escalas de trabalho, revezamento, suspensão ou manutenção de atividades, formas de atendimento, medidas de proteção do trabalhador, uso de EPIs, teletrabalho / teleatendimento, novas formas de abordagem aos usuários, uso do telefone e Internet como estratégia de trabalho, acesso dos usuários às tecnologias remotas. Essas e outras sobre adaptações e mudanças nos processos de trabalho bem como sobre dificuldades das/os assistentes sociais em seguirem as orientações sanitárias sem infringir seu Código de Ética e deixar de cumprir os objetivos institucionais.

Considerando a questão de estudo deste trabalho sobre “o trabalho do (a) assistente social no âmbito hospitalar e os desafios do contexto pandêmico”, tem-se que novos processos de trabalho foram (re) construídos para atender às necessidades dos usuários, dos profissionais e das instituições no contexto da pandemia e seus desdobramentos na realidade, o que implicou em readaptação e/ou ressignificação do exercício profissional para o enfrentamento da COVID-19; mudanças nas condições de trabalho e/ou requalificação dos instrumentos de trabalho, sem contudo, contrariar as competências e atribuições da profissão.

Desse modo, o trabalho do (a) assistente social está sendo requisitado a fim de assegurar o direito da população de acessar os serviços de saúde com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade e respeitando os protocolos de segurança para

evitar a disseminação do novo coronavírus. Portanto, faz-se necessário reforçar proposições relacionadas à defesa dos direitos trabalhistas e previdenciários; auxílios e serviços socioassistenciais, para que parcela significativa da população fortemente impactada pela COVID-19 possa usufruir de condições objetivas e subjetivas de enfrentamento.

Destarte, a pandemia da COVID-19 afeta de diferentes formas a população, em especial, aqueles segmentos expostos a maior probabilidade de vulnerabilidade social. Por conseguinte, a medida de distanciamento social, pouco impacta aqueles que podem realizar o seu trabalho na modalidade home office, esses seguem informações de prevenção do contágio e estratégias dos planos de contingência, enquanto aqueles, se sobrevivem, seguem desprotegidos.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Trabalho Remoto em Tempos de Pandemia:** em defesa da Graduação e Pós-graduação em Serviço Social. Nota ABEPSS. 2020. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/noticias/abepss-suspensao-calendario2020-pos-370>. Acesso em: 23 de abril de 2022.

BARROCO, Maria Luvia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética Comentado.** São Paulo: Cortez, 2012.

BARROS, Adriana Lima. **O Trabalho do/a Assistente Social no Contexto Hospitalar em**

Tempos de Pandemia: um relato de experiência do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde de Parnaíba. In: PEREIRA; S. L. B.; CRONEMBERGER, I. H. G. M. (Orgs). Serviço social em tempos de pandemia: provocações ao debate. Teresina-PI: EDUFPI, 2020. 472 p. Disponível em: https://ufpi.br/arquivos_download/arquivos/Servi%C3%A7o_Social_em_tempos_de_pandemia__provoca%C3%A7%C3%B5es_ao_debate_120200923104616.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento Sistema Nacional de SNS. **Informações sobre Saneamento: 24º Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos.** 2018. Disponível em: <http://www.snis.gov.br/diagnostico-anual-agua-eesgotos/diagnostico-dos-servicos-de-agua-e-esgotos-2018>. Acesso em: 21 de março de 2022.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em 15 março de 2022. BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília, 1988.

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

BRASIL. **Lei 8.080 de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 21 de out de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 02 de nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**: Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 mai. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e a Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO; MATOS. **O Projeto Ético-Político Do Serviço Social**. In MOTA et al.], (orgs).

Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4 ed., Cortez: São Paulo, 2009.

BRAVO, M. I. S. **A Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA [et al.], (orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4 ed., Cortez: São Paulo, 2009.

CFESS. **Resolução nº 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)**.

Caracteriza o/a assistente social como profissional da saúde. Brasília, Diário da União, 1999.

CFESS. **Parâmetro para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** 2010.

CFESS. **Lei 8.662/1993:** Lei de Regulamentação da Profissão. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 02 nov. 2021.

CFESS. CFESS Manifesta. **Os impactos do Coronavírus no Trabalho do/a assistente social.** 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 09 de nov. 2021.

CFESS. **CFESS Manifesta. Dia Mundial da Saúde:** em defesa do SUS e da Seguridade Social. 2020 b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020-CfessManifestaDiaMundialSaudeCoronavirus.pdf>. Acesso em: 31 de março de 2022.

CFESS. **Orientação Normativa n. 3/2020 de 31 de março de 2020.** Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. 2020c. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

CFESS. **Teletrabalho e Teleperícia:** orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia. 2020d. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalhotelepericiacfess.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2022.

CNDSS. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil.** Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Abril, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 16 de abril de 2022.

IAMAMOTO. Marilda Villela. **O Serviço Social na cena contemporânea.** In CFESS. Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. 2009. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o->

[servico-social-na-cena-contemporanea201608060403123057450.pdf](#). Acesso em: 21 de abril 2022.

IAMAMOTO, M.V. **O Trabalho Profissional Na Contemporaneidade**. In MOTA, A. E. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Maria Vilela. **“Questão social” no Brasil: relações sociais e desigualdades**. ConCienciaSocial. Revista digital de Trabalho Social. Vol. 2. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/21586-Texto%20del%20art%C3%ADculo-62085-1-1020181019.pdf>. Acesso em: 05 de março de 2022.

LANZA, L.M.B. **Exercício profissional do (a) assistente social: problematizações dos impactos da pandemia covid-19**. In: *Temporalis*, Brasília (DF). ano 21, n. 41, p. 119-135, 2021.

LEAL; CASTRO. **Determinação da Saúde e Expressões da Questão Social no Brasil: impactos para os sujeitos sociais**. in OLIVEIRA; DUARTE; CASTRO. Serviço Social, Políticas e Sujeitos Sociais. UFRJ, Juiz De Fora, 2021. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2021/12/SERVI%C3%87OSOCIAL-2.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2022.

LEVIEN, Sandra; ROSSKOPF, Davi Henrique. **COVID-19 no Brasil: um olhar social sobre a pandemia**. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/1811-Texto%20do%20Artigo-11626-1-10-20210615.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. 2011. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, jul./set, 2011. Disponível em: www.scielo.br/j/sssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 abr. 2022.

MASSUDA, Adriano. **Nem o pior ministro da Saúde fez o que o exército está fazendo, desmontando a engrenagem do SUS**. In: MARREIRO, Flávia. EL País. São Paulo, jun. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-25/nem-o-pior-ministro-dasaude-fez-o-que->

exercito-esta-fazendo-desmontando-a-engrenagem-do-sus.html. Acesso em 28 nov. 2021.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%AAdrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso dia 14 out. 2021.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. Trad. Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo, Editora da UNICAMP/BOITEMPO Editorial, maio de 2002.

MINAYO, M. C. S; COSTA, A. P. **Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa**. Revista Lusófona de Educação, v. 40, n. 40, p. 139-153. 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em 15 nov. 2021.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

MOTA, A.E. et al., (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4 ed., Cortez: São Paulo, 2009.

OPAS/OMS. **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 20 de out. 2021.

PIRES, Roberto Rocha C. **Os efeitos sobre Grupos Sociais e Territórios Vulnerabilizados das Medidas de Enfrentamento à Crise Sanitária da COVID-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública**. Boletim de Análise Político Institucional. n. 22, abr. 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10092/1/BAPI_N22_COVID%2019_Artigo%204.pdf. Acesso em: 09 de novembro de 2021.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Cadernos do Internato Rural. Faculdade de Medicina/UFMG. Belo Horizonte, MG. 2001. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em: 20 de março de 2022.

RAICHELLIS, R. **O Assistente Social Como Trabalhador Assalariado**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/xjZpht8LVT96vSvn7cPNQMR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 de maio de 2022.

RAMOS e PAULA. In OLIVEIRA et. al (orgs.). **Serviço social, políticas e sujeitos sociais**. – Juiz de Fora, MG: Editora UFJF, 2021.

SILVA, Welison Matheus Fontes. **Serviço Social e COVID-19 reflexões críticas**. Serviço Social Em Perspectiva, v. 5, n.1, 87-103. 2021 Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/3418>. Acesso em: 19 out. 2021.

SOARES, R.C. CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 118133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 out. 2021.

SOUZA, Diego de Oliveira. **O caráter ontológico da determinação social da saúde**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 137, p. 174-191, jan./abr. 2020 a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/sgbDYT48WL6CBnmVVcTRvpR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença**. Disponível em: WIESE, Michelly Laurita. Serviço social e a interlocução com a determinação social na saúde em tempos de pandemia. Sociedade em Debate. (Pelotas), v.26, n. 3, p. 146- 159, set./dez. 2020. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2779/1728>. Acesso em: 19 out. 2021.

YAZBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão**. In CFESS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/3D6F81pn1Nsm7lhGdgh1.pdf>. Acesso em 01 de maio de 2022.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19: INTERVIR SEM MUDAR A DIREÇÃO PROFISSIONAL

*Márcia Helena Ferreira da Silva
Iracilda Alves Braga*

INTRODUÇÃO

O presente artigo versa sobre o trabalho do assistente social no âmbito hospitalar com foco no período pandêmico advindo da propagação da COVID-19, estando dividido em dois tópicos principais: o primeiro apresenta uma reflexão acerca do Serviço Social como profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho; o segundo traz considerações sobre o trabalho do assistente social na Saúde e discute o processo de trabalho no âmbito hospitalar com as alterações que a pandemia da COVID-19 ocasionou.

Autores, como Bravo e Matos (2022), Iamamoto (2009, 2010), Matos (2017, 2020), Mota (2021), Vasconcelos *et al.* (2022) são as referências principais que embasam esta reflexão, além de documentos emitidos pelo conjunto CFESS/CRESS, como a própria Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993), o Código de Ética Profissional (CFESS, 1993), os parâmetros para a atuação do assistente social na Saúde (CFESS, 2010) e as Resoluções 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 1997) e 383/1999 do CFESS, que qualificam o assistente social como profissional da Saúde (CFESS, 1999).

Por meio de pesquisa bibliográfica, analisa-se o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais no âmbito hospitalar, a partir das mudanças nas instituições hospitalares e no próprio processo de trabalho profissional, em virtude da pandemia da COVID-19. Na Saúde, o Serviço Social, no âmbito das instituições e dentre os diversos profissionais que compõem as equipes de trabalho, é a profissão que lida com as diversas expressões da questão social que interferem no processo de saúde-doença dos usuários.

O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

O Serviço Social, ainda nos primórdios da profissão, não surgiu como um trabalho. A história da profissão é marcada pelo forte vínculo com a caridade por meio da intervenção da Igreja Católica. Nesse sentido, a compreensão da profissão como trabalho, na contemporaneidade, perpassa, inclusive, pela apreensão desse contexto histórico e pela inserção da profissão na sociedade como necessária e com valor de uso.

Nesse contexto, à luz do pensamento de Iamamoto (2009), a profissionalização da atividade pressupõe a expansão de produção e de relações sociais capitalistas. A luta dos trabalhadores por seus direitos invade a cena política que, a partir disso, exigem do Estado seu reconhecimento público.

Iamamoto (2010) defende, desde a década de 1980, que o Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho. Dessa forma, o assistente social, trabalhador assalariado, assim como qualquer outro profissional, vende sua força de trabalho no mercado.

O assistente social, ao ingressar no mercado de trabalho – condição para que possa exercer a sua profissão como trabalhador assalariado – vende sua força de trabalho: uma mercadoria que tem um valor de uso, porque responde a uma necessidade social e um valor de troca expresso no salário (IAMAMOTO, 2010, p. 217).

É a partir dessa perspectiva que se apreende que, no âmbito do trabalho profissional, ainda que o assistente social seja considerado um profissional liberal, é por meio da venda de sua força de trabalho, seja para o Estado, seja para qualquer outro empregador, que o profissional é inserido no cenário mercantilista e na condição de trabalhador assalariado.

Nesse contexto, no âmbito das instituições, em muitas situações, o trabalho do assistente social é tensionado por uma contradição que ora

está voltada para os interesses dos empregadores, ora para os interesses da população usuária dos serviços.

Sob a ótica de lamamoto (2010), as exigências impostas pelos diferentes empregadores:

- materializam requisições;
- estabelecem funções e atribuições;
- impõem regulamentações específicas ao trabalho a ser empreendido no âmbito do labor coletivo;
- além de impor normas de contrato, condicionam o conteúdo do trabalho realizado e estabelecem limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais.

lamamoto (2010) pontua também que as necessidades sociais dos sujeitos, condicionadas pelas lutas sociais e pelas relações de poder, se transformam em demandas profissionais e, dessa maneira, o protagonismo profissional se situa em um terreno denso de tensões e contradições sociais.

Ora, esse terreno tenso e contraditório é visualizado em diversos espaços nos quais o profissional atua. As relações de poder que entrelaçam a atuação profissional se, por um lado, podem ser visualizadas nas contratações de trabalho - com valores salariais, jornadas de trabalho, requisições ao profissional - por outro lado, também podem ser referenciadas na própria dinâmica do processo de trabalho do profissional de Serviço Social junto à população usuária quando os empregadores tentam interferir na forma como o assistente social imprime sua atuação em busca de viabilizar os direitos sociais.

Nesse sentido, é fundamental que os regulamentos legais da profissão funcionem como um norte para o direcionamento da atuação do assistente social. Segundo o Código de Ética Profissional de 1993 (CFESS, 1993), o trabalho do assistente social apresenta, como princípios: a liberdade como valor ético central e as demandas políticas a ela inerentes: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania; defesa do aprofundamento da democracia; posicionamento em favor da equidade e da justiça social; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; pluralismo; opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos

princípios do Código de Ética do assistente social; compromisso com a qualidade dos serviços prestados; e exercício do Serviço Social sem ser discriminado e nem discriminar.

É de acordo com esses princípios que o trabalho do assistente social deve ser efetivado. Ainda que, no âmbito das instituições, os empregadores busquem estratégias para intervir no trabalho profissional, tais princípios não podem ser desconsiderados. Na verdade, esse terreno complexo de contradições da relação do assistente social com as instituições empregadoras está diretamente ligado às relações de poder advindas de um contexto político.

Os princípios estabelecidos no Código de Ética do Serviço Social representam conquistas da profissão em relação à direção política e ética que ela adquiriu ao longo do tempo. Vasconcelos *et al.* (2022) fazem uma reflexão acerca da relação ética nos serviços de Saúde e pontuam que cada categoria profissional poderá, baseada no seu Código de Ética, utilizá-lo como um instrumento fundamental no estabelecimento de normas que procurem garantir um suporte à prática profissional. O Código de Ética é, assim, um instrumento que pode respaldar o profissional na expressão de sua identidade ético-política e teórico-metodológica, diante da sociedade e não somente como ferramenta de caráter punitivo.

Para Vasconcelos *et al.* (2022), acerca do Código de Ética do assistente social, a diferenciação, em relação aos demais códigos profissionais, está relacionada ao compromisso de contribuir para a viabilização de participação efetiva da população usuária nas decisões, em consonância com um dos dois grandes avanços da Constituição Federal: a universalização dos direitos sociais e a possibilidade de controle social através dos Conselhos.

Sendo o assistente social o profissional que lida com diversas expressões da questão social, em um cenário de desigualdades sociais e discriminação social, os estatutos legais constituem ferramentas de direção do trabalho profissional.

É importante enfatizar que:

O assistente social lida, no seu trabalho cotidiano, com situações singulares vividas por indivíduos e suas famílias, grupos e segmentos populacionais, que são atravessados por determinações de classe. O profissional é desafiado a desenrascar da vida dos sujeitos singulares que atendem as dimensões universais e particulares que aí se concretizam, como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada para a luta por direitos na cena pública, potenciando-a em fóruns e espaços coletivos (IAMAMOTO, 2010, p. 220).

No que tange ao trabalho profissional na política pública de Saúde, as tensões nas relações com as instituições empregadoras também podem ser observadas, pois são diversas as situações do cotidiano dos usuários que instigam a necessidade de um trabalho profissional que contemple o acesso aos direitos dos usuários e, para isto, o profissional precisa ter competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, inclusive para negociar com as instituições seus direitos na qualidade de profissional, bem como os direitos dos usuários dos serviços.

Segundo Vasconcelos *et al.* (2022), ainda que o Serviço Social não seja uma profissão exclusivamente da Saúde, o Código de Ética, ao se posicionar em favor da equidade e da justiça social que assegurem universalidade de acesso aos bens e serviços, relacionados aos programas e políticas públicas, assim como sua gestão democrática, referenda os ganhos constitucionais na Seguridade Social. Portanto, acerca do Código de Ética do assistente social:

Podemos falar que este código encontra-se em sintonia com as garantias constitucionais, na defesa de princípios e valores de ordem humanística, libertária, democrática e igualitária. O referendo às garantias constitucionais e o acesso às políticas sociais como direito do cidadão e dever do Estado coloca-o em destaque (VASCONCELOS *et al.*, 2022, p. 58).

3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

O assistente social é profissional da Saúde. A Resolução 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, justifica a relevância de diversas categorias profissionais na área da Saúde considerando que:

A 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social; Considerando que a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos; Considerando que a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e Considerando que o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e a à integralidade da atenção (BRASIL, 1997).

Observam-se com esse documento, além da primazia da responsabilidade do Estado na condução da política pública de Saúde, aspectos que justificam a necessidade de outras categorias profissionais serem incluídas no rol dos trabalhadores do SUS. Nesse contexto, entende-se que a saúde de uma pessoa compreende também aspectos da vida e do trabalho. Em outras palavras, evidencia-se que, quando o assunto é a saúde de um indivíduo, existem alguns determinantes que colaboram para a qualidade de vida, ou não, de uma pessoa. Dessa maneira, treze profissionais de nível superior foram considerados profissionais da Saúde, a saber: biólogos, profissionais da Educação Física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dentre outras providências, apresenta como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

É sob essa perspectiva que se infere que a saúde de uma pessoa depende de um conjunto de direitos que devem ser ofertados para a população mediante a efetivação de políticas públicas. É evidente que as condições de trabalho de uma pessoa certamente impactam na sua condição de saúde. É notório também que uma população com um nível de escolaridade frágil, com educação precarizada, tem mais dificuldades de acessar os serviços existentes, tanto na esfera municipal como estadual ou federal. Quando os direitos de uma população são violados e quando o Estado é parco em suas funções diante de seu povo, evidentemente é a população que sofre as consequências, inclusive interferindo no processo de saúde-doença.

Bravo e Matos (2022) lembram que o “novo” conceito de Saúde, construído pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1948, no qual pontuava os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, dentre eles o assistente social.

O Conselho Federal de Serviço Social também caracteriza o assistente social como profissional de Saúde por meio da Resolução n.º 383, de 29 de março de 1999 (CFESS, 1999). Historicamente, a área da Saúde é a que mais emprega assistentes sociais. Integrante do Sistema de Seguridade Social Brasileiro, juntamente com a Previdência Social e

a Assistência Social, a Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, constitui-se como um direito do/a usuário/a, independentemente de contribuição prévia, e caracteriza o Estado como principal responsável pela organização dos serviços por meio do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para Vasconcelos *et al.* (2022), o SUS, ainda que não tenha sido implantado em sua plenitude, conforme garante a Constituição Federal de 1988, guarda ganhos para a classe trabalhadora brasileira. Descentralizado, constitui-se, no âmbito do Sistema de Seguridade Brasileira, como a única política pública universal, com a manutenção dos Conselhos de Saúde funcionando nas três esferas de governo, destacam os autores.

No que diz respeito ao trabalho do/a assistente social nessa política pública, Matos (2017) caracteriza como clássica contradição o fato de a Saúde ser a área de maior empregabilidade da categoria profissional e, ainda assim, o assistente social no âmbito institucional ser questionado acerca de suas atribuições.

Ora, se a Saúde é a que mais emprega o profissional de Serviço Social e, nesse contexto, os profissionais ainda são questionados sobre sua atuação, percebe-se uma discrepância nessa relação entre área de atuação, com um número significativo de profissionais, e o modo de ser da profissão. Na Saúde, os parâmetros para atuação do assistente social (CFESS, 2010) direcionam o trabalho para quatro grandes eixos, inclusive esse documento pode ser uma referência teórico-metodológica para os questionamentos sobre a atuação do profissional nessa área específica.

Os quatro grandes eixos são:

I - Atendimento direto aos usuários: acontece nos diversos espaços de atuação profissional; compreende desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade. As principais ações nessa modalidade de atendimento são as socioassistenciais, as de articulação interdisciplinar e as socioeducativas. Importante entender que “essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (CFESS, 2010, p. 40).

Neste sentido, as ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais, no âmbito das **ações socioassistenciais**, se caracterizam como: democratização das informações por meio de orientações individuais e também coletivas e/ou o encaminhamento quanto aos direitos sociais da população usuária; construção do perfil socioeconômico dos usuários com ênfase para os determinantes e condicionantes da Saúde, com o

intuito de possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio de análise socioeconômica e familiar dos usuários, assim como subsidiar a prática dos demais profissionais de Saúde; criação de mecanismos e rotinas de ação que possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia do direito na esfera da Seguridade Social; conhecimento da realidade do usuário com a realização de visitas domiciliares, quando necessário, sem a intenção de invadir sua privacidade; mobilização da rede de serviço por meio da realização de visitas institucionais, quando houver necessidade; fortalecimento de vínculos familiares com o intuito de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; organização, normatização e sistematização do cotidiano profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotina de ação; formulação de estratégias de intervenção profissional a fim de subsidiar a equipe de Saúde quanto às informações sociais dos usuários através de registro em prontuário único, ressalvadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social, dentre outras ações (CFESS, 2010).

No que diz respeito às ações de articulação com a equipe de Saúde, destacam-se: o esclarecimento das competências e atribuições do assistente social para os demais profissionais da equipe de Saúde; construção e implementação, junto com a equipe de Saúde, de propostas, treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo com o objetivo de qualificar as ações que têm interface com o atendimento direto ao usuário; realização de atendimento à família e/ou responsáveis em situações de óbito, juntamente com outros profissionais, geralmente psicólogos e médicos (CFESS, 2010).

Constitui atribuição do assistente social, nessas situações (CFESS, 2010): esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre – DPVAT), bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades).

Outras ações se referem a atitudes socioeducativas, em parceria com outros membros da equipe, acerca de saúde da família, saúde mental, saúde da mulher, da criança, do idoso, da pessoa com deficiência, do trabalhador, planejamento familiar, tuberculose, hanseníase, dentre outras temáticas e outras situações de articulação com a equipe de

Saúde. Para as **ações socioeducativas**, os parâmetros para atuação do assistente social na Saúde enfatizam as atividades de sensibilização dos usuários sobre os direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas das instituições, assim como promoção da saúde e prevenção de doenças; realização de debates e oficinas na área de abrangência das instituições; socialização de informações em sala de espera, dentre outras atividades (CFESS, 2010);

II - Mobilização, participação e controle social: um dos objetivos, neste item, é contribuir para a organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, a fim de que consigam inscrever suas reivindicações na agenda pública de saúde.

As principais ações a serem desenvolvidas são: o estímulo à participação dos usuários e familiares por melhores condições de vida, de trabalho e acesso aos serviços de Saúde; mobilização dos usuários e dos familiares, trabalhadores da Saúde e movimentos sociais para participação em fóruns, conselhos e conferências de Saúde; defesa da participação dos usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de Saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de Saúde; articulação permanente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de Saúde, nas unidades e nos demais espaços coletivos; participação na ouvidoria das instituições com o intuito de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários; estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da criação de conselhos gestores de unidades e outras modalidades do controle democrático; participação na organização, coordenação e realização de pré-conferências e/ou conferências de Saúde, em nível local, municipal, estadual ou nacional; identificação e articulação das instâncias de controle social e movimentos sociais nas proximidades das instituições dos Serviços de Saúde, dentre outras (CFESS, 2010).;

III - Investigação, planejamento e gestão: neste quesito, as principais ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais são: elaboração de planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação de assistentes sociais da equipe; envolvimento na elaboração do planejamento estratégico das unidades das instituições de Saúde procurando garantir a participação dos usuários e dos demais trabalhadores da Saúde; identificação das manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistemas de registros; participação na gestão das unidades

de Saúde de forma horizontal; elaboração do perfil e das demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação; participação nas comissões e comitês temáticos existentes na instituição; realização de estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da Saúde; estudo das políticas de Saúde local, regional, estadual e nacional, dentre outras ações que integram a investigação, planejamento e gestão (CFESS, 2010).;

IV - Assessoria, qualificação e formação profissional: no que diz respeito a este tópico, algumas ações são destacadas, como: o fortalecimento do controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de Saúde, em todos os níveis; formulação de estratégias coletivas para a política de Saúde da instituição; criação de campos de estágio, bem como a supervisão direta de estagiários de Serviço Social; participação em cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas; criação de fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, dentre outras ações (CFESS, 2010)..

Para Bravo e Matos (2022), uma atuação competente do Serviço Social, na área da Saúde, se refere a estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e usuários do SUS. É facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de Saúde institucional e, nesse sentido, não submeter o trabalho profissional aos rearranjos recomendados pelos governos que tentam descaracterizar a proposta original do SUS. Também é tentar construir e/ou efetivar, em conjunto com outros profissionais, espaços nos serviços de Saúde que garantam a participação popular nas decisões, dentre outras possibilidades.

É evidente que, no atual contexto de desordem e diante de um Estado mercantilista, a efetivação dos princípios do SUS ainda é um desafio. Diariamente, os profissionais que operacionalizam a política pública de Saúde enfrentam dificuldades na oferta dos serviços, por vários fatores. Existe a tentativa de menosprezar o serviço público e enaltecer o mercado; na Saúde, isso é muito claro. Para os assistentes sociais que lidam direta e cotidianamente com as expressões da questão social, fica, dentre várias funções, a tarefa de publicizar os serviços, de oportunizar que a Saúde alcance os usuários da zona urbana, mas também os da zona rural, os indígenas, os grupos historicamente discriminados.

Durante a pandemia da COVID - 19, em muitas instituições de Saúde, o Serviço Social se constituiu como a principal porta aberta para a acolhida dos familiares de usuários com suspeitas ou com diagnóstico confirmado da doença. Trabalhar nos hospitais de referência para a

COVID-19 foi mais um desafio para os trabalhadores de Saúde e, para o assistente social, a situação não foi diferente.

SERVIÇOS SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

O cotidiano dos brasileiros e de todo o mundo foi altamente afetado pela pandemia da COVID -19. Os modos de vida das pessoas, as relações no ambiente familiar e no trabalho também foram alterados em virtude da pandemia. De repente, os estabelecimentos de ensino suspenderam as aulas, o espaço do domicílio se confundiu com o ambiente de trabalho, muitas pessoas que contavam com a renda de atividades do mercado informal, para o sustento de suas famílias, se encontraram sem renda nenhuma. Em resumo, assistiu-se, e ainda não findou toda essa situação, a um verdadeiro caos no mundo de uma forma geral e, no Brasil, a situação ficou ainda mais grave em virtude de todo o contexto político e econômico existente antes mesmo da chegada da pandemia da COVID-19.

Com essa pandemia e, concomitantemente, com a lotação dos serviços de Saúde, a instituição hospitalar ganhou um duplo sentido. Para as pessoas que buscavam o isolamento social como forma de prevenir a doença, por sua vez, altamente contagiosa, o ambiente hospitalar tornou-se um espaço pelo qual o público não queria nem passar perto. Quando era necessária uma aproximação com a instituição, faziam isso usando as diversas formas de equipamentos de proteção individual.

A letalidade da doença assustava a população. No caso do Brasil, o que assustou também a população e foi alvo de grande preocupação nacional e de críticas foi a negligência do governo federal diante de uma pandemia que ceifava a vida dos brasileiros de forma avassaladora.

Em relação à instituição hospitalar, existiam dois públicos para os quais a aproximação com o ambiente do hospital era necessária: as pessoas com confirmação de diagnóstico de COVID-19 e/ou aquelas com sintomas da doença (dependendo do tipo de sintoma, a orientação médica era isolamento domiciliar ou procurar algum serviço de Saúde de referência) e aquelas cujo sustento era advindo da atividade realizada no ambiente hospitalar, ou seja, os profissionais de Saúde.

Nesse período, houve algumas alterações em relação aos quadros de profissionais aptos para desempenhar suas funções no ambiente que se tornava ainda mais insalubre. Instituiu-se o trabalho remoto, por exemplo, para as pessoas que eram consideradas grupos de risco para a doença. Todavia, se alguns dos profissionais conseguiram se distanciar

do ambiente insalubre do hospital, os que ficavam nos serviços de Saúde tiveram que procurar estratégias para conseguir desempenhar seu trabalho, tão necessário no momento da pandemia, e, ao mesmo tempo, proteger suas vidas e de suas famílias. Os/as assistentes sociais também vivenciaram essa realidade.

As transformações advindas da pandemia, na vida das pessoas, no âmbito dos hospitais, além de provocar mudanças em relação ao quadro de recursos humanos, também repercutiram na própria organização/estrutura dos espaços dos hospitais, como alas/setores específicos para internação de pacientes com sintoma ou diagnóstico da doença. As mudanças no âmbito dos serviços de Saúde, em decorrência da pandemia da COVID 19, ocorreram como:

suspensão de cirurgias eletivas nos ambulatórios especializados e hospitais; “transformação” de leitos direcionados para os agravos decorrentes do COVID-19; suspensão de consultas ambulatoriais de rotina para evitar aglomerações etc. Nessa reestruturação cada serviço de saúde estabeleceu suas prioridades de atendimento (MATOS, 2020, p. 02).

É a partir desse contexto que se busca uma reflexão acerca do trabalho do assistente social nesse período cheio de desafios para todos os trabalhadores, especificamente para os trabalhadores da Saúde, entre eles, o assistente social.

Sendo assim, o cenário pandêmico da COVID - 19 afetou transversalmente o trabalho de assistentes sociais, seja com exigências extras de segurança, em relação aos profissionais que continuaram desenvolvendo suas atividades presencialmente, com destaque para a área da Saúde e Assistência Social, seja em relação ao trabalho remoto, em ampla expansão, além de incidir na formação acadêmico-profissional, em disciplinas curriculares, estágios e sua supervisão (IAMAMOTO, 2021).

Mota (2021) também discorre sobre as implicações da pandemia da COVID-19 no trabalho do assistente social. Segundo a autora, a improvisação e o desacerto na condução das medidas de enfrentamento à COVID -19 afetaram sobremaneira a atuação do profissional de Serviço Social, marcado pelo pragmatismo das medidas emergenciais, crescimento do voluntarismo religioso, empresarial e associativo e ainda pela dependência dos humores do mercado, num ambiente com características regressivas e conservadoras (MOTA, 2021).

O cenário pandêmico interferiu de maneira contundente no processo de trabalho do assistente social no âmbito das instituições que materializam as políticas públicas. Para Mota (2021, p. 57):

No que se refere às demandas originárias da catástrofe pandêmica e do abandono humano-social, presencia-se, no interior do Serviço Social brasileiro, a reaparição de experiências que considerávamos superadas, particularmente no atendimento das necessidades materiais e imediatas da população, como a fome e a falta de rendimentos que chegam às unidades de saúde, de assistência social e às agências sociojurídicas como situações inusitadas, urgentes, de solução inadiável, diretamente vinculadas à escassez de meios de vida, à falta de moradia e ao retrocesso nos patamares de segurança alimentar, com o recrudescimento da fome, além das violências de toda ordem e das situações relacionadas à doença.

É nesse contexto de desordem que os processos de trabalho são alterados. No que tange ao trabalho do assistente social, as instituições solicitaram aos profissionais participação na elaboração de fluxos, tendo em vista as alterações sofridas institucionalmente e a necessidade de continuar ofertando os serviços para a população.

Dessa forma, corrobora-se a reflexão que Matos (2020) apresenta sobre o trabalho profissional no período da pandemia da COVID-19. A situação de pandemia que o Brasil vive atualmente certamente convoca os profissionais de Serviço Social, porém os assistentes sociais devem desenvolver um trabalho voltado para o campo de suas competências profissionais e de suas atribuições privativas (MATOS, 2020).

Nesse sentido, ainda que no âmbito das instituições, em que a pandemia interfere nas relações de trabalho, na própria dinâmica dos processos de trabalho das equipes e no trabalho do assistente social, o Serviço Social não pode ser visualizado como a profissão que faz de tudo. Para Matos (2020), ainda que certas atividades sejam importantes no meio institucional, não são quaisquer tarefas que o profissional deve desenvolver.

Conforme a Lei de Regulamentação da profissão, Lei 8.662, de 1993, as competências profissionais do assistente social estão relacionadas à elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas públicas; a orientações sociais, a indivíduos, grupos e famílias; a assessoria e apoio aos movimentos sociais, dentre outras competências e também atribuições privativas (CFESS, 1993).

Segundo Matos (2020), mesmo em uma situação de calamidade, como a pandemia da COVID-19, não se pode defender o discurso segundo o qual todos/as devem fazer tudo. É necessário que, mesmo em tempos de dificuldades, o assistente social se atenha para o que lhe compete enquanto profissional.

Para não se desvincular de suas competências profissionais, é fundamental que o profissional tenha o embasamento teórico-

metodológico de sua profissão, caso contrário, será muito fácil para as instituições que contratam os seus trabalhos ditarem as atividades a serem desenvolvidas.

Na Saúde, existem algumas questões, historicamente, que são debatidas entre as equipes de trabalho e tidas como demandas do Serviço Social, como a alta a pedido e informações de notícias difíceis aos usuários, dentre outras. Em relação a esses assuntos, os parâmetros para a atuação do assistente social direcionam para a forma como deve ocorrer a atuação profissional (CFESS, 2010).

Durante a pandemia da COVID-19, a questão dos repasses de boletins para os familiares foi uma das principais atividades desenvolvidas nas instituições, tendo em vista que nem sempre o paciente em isolamento tinha direito a acompanhante e coube ao Serviço Social um posicionamento técnico diante de demandas que não são competências dos assistentes sociais, como no caso de repasse de informações clínicas de usuários.

À luz do pensamento de Matos (2020), o/a assistente social precisa estar atento/a para algumas estratégias que podem contribuir no trabalho profissional, como, por exemplo, a reapropriação constante do acúmulo ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão. Em consonância com Matos (2020), entende-se que o aprimoramento profissional é fundamental para um profissional que pretende, no seu cotidiano de trabalho, ir além do imediatismo e, de fato, buscar trabalhar na perspectiva dos direitos dos usuários.

Matos (2020) também chama a atenção para a necessidade do trabalho em equipe, mesmo em período pandêmico. Do mesmo modo, o autor sinaliza para a importância do trabalho em rede, para a necessidade da democratização de informações acerca da dinâmica das rotinas das instituições. São várias as estratégias que o profissional de Serviço Social deve buscar durante seu processo de trabalho sem se desvincular de suas competências e atribuições profissionais, mesmo em tempos difíceis.

CONCLUSÃO

O assistente social é profissional da Saúde e sua inserção no trabalho coletivo dessa área, a cada dia, é mais significativa no âmbito das instituições. Os aspectos que compreendem a saúde de uma pessoa justificam a necessidade de um olhar ampliado para as questões que nela interferem. Essa visão ampliada é desenvolvida por profissionais como o assistente social que, no seu cotidiano de trabalho, lida com as expressões

da questão social e com a perspectiva do direito. No âmbito dos serviços hospitalares, o profissional de Serviço Social tem sido chamado a intervir em diversos setores, como o de regulação, na assistência direta aos usuários, no planejamento em nível de gestão, em setores como a Saúde do trabalhador, dentre outros.

No período da pandemia da COVID-19, os assistentes sociais tiveram a oportunidade de apresentar para a sociedade e para os gestores o quanto a profissão é necessária na dinâmica dos processos de trabalho. Porém o profissional de Serviço Social também foi desafiado a atuar em um período de pandemia em meio à necessidade de desenvolver suas atividades laborativas, cuidar de sua vida e de seus familiares e, nesse processo, não se desvincular de suas competências profissionais e de suas atribuições privativas.

É importante destacar que, seja qual for a política pública que o/a assistente social desenvolva, seu trabalho será sempre necessário. Além disso, ele deve demonstrar competência para decifrar não só as expressões da questão social que se apresentam naquele espaço, mas também que, enquanto trabalhador inserido na dinâmica das equipes no espaço institucional, saiba defender seu campo de atuação, assim como se posicionar frente às requisições postas pelos empregadores, sabendo identificar quais dessas requisições fazem parte de suas competências e atribuições específicas. Cabe lembrar também que, nas situações em que os empregadores tentam direcionar o trabalho de profissionais, o assistente social deve recorrer às instâncias legais que fiscalizam as irregularidades no exercício do trabalho profissional, como os Conselhos Regionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 13 de maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Acesso em 13 de maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: 12 maio 2021.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: VASCONCELOS, A.M.; GAMA, A.S.G.; MONNERAT, G.L.; BRAVO, M.I.S. (orgs.) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez Editora, 2022. *E-book*. ISBN 978-65-5555-269-0.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente Social**. Lei de Regulamentação nº 8.662. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Acesso em 13 de maio 2021.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 14 maio 2021.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 14 de maio 2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2009. p. 15-50.

IAMAMOTO. M.V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os desafios da profissão de Serviço Social no atual contexto de retrocessos das conquistas da classe trabalhadora. In: CFESS. **Diálogos do Cotidiano**. Reflexões sobre o trabalho profissional. v. 1, Brasília, 2021. p. 16. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/12021Cfess-DialogosDoCotidianoVol1-Site.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2022.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MATOS, Maurílio Castro. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. 2020. Disponível em: <http://cress-ms.org.br/sh-admin/editor/ckfinder/userfiles/files/Artigo-A-pandemia-do-coronavirus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude-2.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2022.

MOTA, Ana Elizabete. Crise sanitária, políticas públicas e sociabilidade: desafios ao Serviço Social brasileiro1. *In*: CFESS. **Diálogos do Cotidiano**. Reflexões sobre o trabalho profissional. v. 1. Brasília, 2021. p. 49. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/12021Cfess-DialogosDoCotidianoVol1-Site.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

VASCONCELOS, A.M.; GAMA, A.S.G.; MONNERAT, G.L.; BRAVO, M.I.S. (orgs.) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez Editora, 2022. *E-book*. ISBN 978-65-5555-269-0.

SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19: contexto profissional num Programa de Residência de Saúde da Família

*Nayrana Kelly de Sousa Araújo
Marianne dos Santos Pereira
Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger
Sâmia Luiza Coêlho da Silva*

INTRODUÇÃO

Em tempos de Covid-19, o presente capítulo analisa e reflete sobre a educação em saúde suscitando sua importância no âmbito da Política Pública de Assistência Social a partir de experiências profissionais da categoria de Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), na esfera do Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, denominado Centro Social Padre Arrupe. O CSPA situa-se no município de Teresina – Piauí e está vinculado à Política de Assistência Social (PNAS), graças ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para pessoas idosas.

Para tanto, *a priori*, a construção teórico-metodológica da pesquisa sinaliza estudo bibliográfico e documental, o qual inclui análise de Leis, notas técnicas, portarias, decretos e demais formas de informação, além de literatura científica alusiva aos eixos específicos inerentes à categoria de Serviço Social. Isto significa que tal arcabouço metodológico e construção são essenciais para analisar as experiências profissionais do

dia a dia dos Assistentes Sociais envolvidos tanto com o PRMSFC quanto com a realidade do CSPA, em tempos obscuros de pandemia.

Se os primeiros coronavírus humanos foram isolados em 1937, em meio a quase infinitas controvérsias, acredita-se que a Covid-19 foi detectada ainda no dia 1º de dezembro de 2019, em Wuhan, sétima cidade da China e número 42 do mundo, localizada no centro do país, em meio a um grupo de indivíduos com pneumonia de causa desconhecida, a maioria deles, vendedores ambulantes do Mercado de Frutos do Mar. Para Le Chang e Ying Yan e Wang (2020), o novo agente do coronavírus (CID10) é assim denominado por conta de seu perfil microscópico sob o formato de coroa. Com o surto da pneumonia até então desconhecida, o novo coronavírus, a Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) despertou a atenção do mundo. O atual surto de infecções por SARS-CoV-2 é denominado, então, *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19).

Sob esta percepção, a justificativa das reflexões ora relatada respalda-se no marco nefasto que o coronavírus impôs ao mundo e aos profissionais de qualquer formação, em especial, dos/das Assistentes Sociais, sobretudo, a partir de 2020, acentuando, em seu bojo, a inovação de tecnologias condizentes com a urgência de os indivíduos aprenderem a se reinventar como forma de sobrevivência em pleno século 20.

Tudo isto conduz a uma abordagem fundamentada na etnometodologia. Consiste em estudo de caráter sociológico ou psicossociológico, impregnado de modelos racionais e alusivos a métodos e categorias de conhecimento de que os indivíduos lançam mão para tornar inteligíveis as atividades que se apresentam diuturnamente e que demandam unir senso comum e ciência e tecnologia (C&T). Isto é, a etnometodologia diz respeito ao movimento por meio do qual os indivíduos agem no mundo, conformando-se à cultura que os influencia e também interfere na realidade em que atuam.

Diante do coronavírus e de sua expansão vertiginosa, coube aos seres humanos interiorizarem, ao longo de posicionamentos necessários e urgentes a serem tomados, a noção de conceito de *habitus*, adotado por teóricos precedentes e apregoado por Bourdieu (1994) como sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando as vivências passadas, funciona como matriz de percepções, apreciações e ações, e, então, viabiliza a realização de tarefas infinitamente diferenciadas graças às transferências analógicas de esquemas (TARGINO, 2020).

Assim sendo, após tal contextualização, apresenta-se conceito e distinção da educação em saúde, ressaltando sua importância na

consolidação da autonomia e da emancipação dos indivíduos no cuidado em saúde. Posteriormente, analisa-se a adoção dessa ferramenta educativa pela categoria de Serviço Social em propostas de atividades com pessoas idosas no referido Centro Social à luz reflexiva da Política Pública de Assistência Social, inclusive descrevendo ações experienciais.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: APONTAMENTOS PARA DEBATE

De acordo com Schall e Struchiner (1999), o conceito de educação em saúde envolve tanto os indícios básicos alusivos à aprendizagem sobre as enfermidades (viróticas ou não), abrangendo o conhecimento e a assimilação de sintomas mais frequentes ou raros; incidência de doentes assintomáticos; formas mais comuns de transmissão; medidas de prevenção quanto às debilidades e às dificuldades no convívio familiar ou na convivência social. Tal conceito está interligado com o de promoção da saúde, que compreende os fatores sociais intervenientes na saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar são construídos socialmente. Ambas as concepções tratam de processos que envolvem a participação da população como um todo no contexto de vida cotidiana e não apenas dos indivíduos com maior propensão de adoecer.

Na visão de Morosini e Fonseca e Pereira (2009), a educação em saúde é concebida como formas de permitir ao ser humano reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições concretas, com o intuito de alcançar a saúde como direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos políticos e sociais. Sob tal ótica, com base no “Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde”, produzido pelo Ministério da Saúde (MS) é pertinente definir educação em saúde como:

1- Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 - Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Notas: i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre políticas e serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde [...] (BRASIL, 2013, p. 22).

O processo educativo de construção de saberes abarca três grupos de atores prioritários: (1) os profissionais de saúde que zelam pela prevenção e promoção da saúde; (2) os gestores de apoio a esses profissionais; (3) a população que carece de produzir conhecimentos demandados e ampliar sua autonomia nos cuidados, individualmente e coletivamente. Porém, segundo Falkenberg *et al.* (2014), apesar dos elementos definidos pelo MS (BRASIL, 2006) apontarem, com nitidez, a interação entre os três grupos em meio às estratégias utilizadas para o avanço do processo, ainda perdura grande distância entre discurso e ação.

As ações de educação em saúde desempenham importante papel como tática integradora de saber coletivo que possibilite ao indivíduo o despertar de sua autonomia e sua emancipação, como descrito por Machado *et al.* (2007). Assim, a educação em saúde como medida política-pedagógica requer pensamento crítico e reflexivo de caráter permanente, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, na condição de sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, da família e da coletividade. Decerto, essas ações não podem ser fundamentadas em mera transmissão de conhecimentos. Se assim acontecer, acabam relegando questionamentos importantes, como ora transcritos:

Que parcelas do amplo conhecimento científico acumulado interessam aos setores populares que estão sendo acometidos por determinado problema de saúde? Não seria necessário saber como esses setores constroem seu conhecimento para se chegar a uma seleção dos conhecimentos com os quais se vai trabalhar? Não seria necessário aprender com eles como acontece em detalhes a sua convivência cotidiana com estes problemas para então se perceber que dimensões do conhecimento técnico podem ser úteis? Diante da insuficiência do conhecimento científico para entender a complexidade da vida e propor soluções, não seria necessário valorizar o conhecimento e o saber presentes na cultura popular construída ao longo do processo histórico da humanidade? Diante da diversidade de situações de relacionamento entre os técnicos e a população, que momentos e circunstâncias são propícios ao aprendizado e de que forma os vários conhecimentos são apropriados? O conhecimento da realidade da população é útil apenas na medida em que possibilita encontrar estratégias facilitadoras da transmissão? A questão é simplificar e facilitar a mensagem, ou é buscar a construção de um outro conhecimento que duas partes? (VALLA, 1993, p. 93).

As indagações apresentadas em torno da educação em saúde refletem a demanda de uma prática questionadora e fundamentada não apenas no repasse de informações, mas, sobretudo, na construção coletiva de saberes levando em conta a sabedoria popular. A educação em

saúde precisa partir da análise da realidade social em diferentes instâncias, buscando descortinar características e relações que as condicionam e as determinam para estabelecer como meta central a construção de sujeitos e projetos societários transformadores.

Ainda para Morosini e Fonseca e Pereira (2009), historicamente, o trabalho desenvolvido no âmbito da saúde tem como prioridade a matriz da biomedicina. É quando o saber médico assume a centralidade, caracterizando-se pela hierarquização, reproduzindo a divisão intelectual e social do trabalho e do saber em saúde. Logo, a educação em saúde produzida nos serviços de saúde, por determinado espaço de tempo, esteve subordinada a esse modelo, de tal forma que as práticas de educação sanitária dirigidas à sociedade em geral e às suas instituições reproduziram, em larga escala, o poder biomédico, funcionando, portanto, com frequência, como braços do controle estatal sobre indivíduos e relações sociais.

Stotz (1993) observa que as distintas abordagens no campo da educação e da saúde destacam a prevalência histórica do padrão médico na forma de entender e organizar as atividades conhecidas como educação sanitária. Ao final dos anos 60 (século 20), com a crise do sistema capitalista, tal padrão, denominado de modelo biomédico, tornou-se alvo de intensas críticas, que denunciavam a incapacidade desse padrão em responder aos imperativos de melhores condições de saúde da população; à medicalização dos problemas de caráter socioeconômico no que diz respeito ao olhar biomédico para tais problemas; à iatrogenia; e ao caráter corporativo da atuação dos profissionais.

Diante da crise do modelo ora enunciado, novas concepções de saúde emergiram, como a ideia de promoção da saúde a partir da capilarização de dimensões da vida individual (cuidados com o corpo, adoção de hábitos saudáveis, etc.) e da vida social, como família, escola, Igreja e comunidade. Assim, a discussão sobre as dimensões individuais e coletivas do binômio saúde / doença torna-se importante. Enfatiza-se, porém, que o modelo da promoção,

[...] no qual a educação em saúde se apresenta como um dos seus eixos de sustentação, vê-se diante do desafio de não reproduzir, a partir da incorporação instrumental da categoria de risco e da ênfase na mudança de comportamento, a mesma redução operada pelo higienismo, que ao responsabilizar o indivíduo pela reversão de sua dinâmica de adoecimento, acabou por culpabilizá-lo, esvaziando a compreensão da dimensão social do processo saúde / doença (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA 2009, p. 4)

Para os autores supracitados, é urgente arquitetar a educação em saúde como processo emancipatório na interface com movimentos sociais, tendo na categoria de práxis social a transmutação da realidade. Tal concepção relega ideias conservadoras e valoriza os diferentes saberes populares, tornando o sujeito protagonista no processo saúde / doença. No início dos anos 80 (século 20), a educação em saúde, aos poucos, na visão de Carvalho (2007) foi transmutando seu objetivo de transmissão de informação para o compartilhamento de saberes. A prática educativa propõe a consolidação da autonomia visando à ausência de doença, mas, também, à compreensão da situação de saúde.

Em outras palavras, a educação em saúde provoca a busca de conhecimentos e de alternativas que minimizem riscos e agravos, sendo de grande relevância pensar e colocar em prática ações que contemplem a integralidade, orientando e conduzindo comportamentos de forma a ponderar o conhecimento do sujeito, sua realidade, seu entendimento e sua cultura. Para Starfield (2002), a integralidade da atenção constitui mecanismo vital porque assegura que os serviços sejam ajustados às demandas de saúde. Logo, diante da magnitude que a educação em saúde representa, é premente disseminar essa prática não apenas no âmbito da política de saúde, mas, também, em outros espaços.

Sob esta perspectiva, o Serviço Social, como profissão de natureza pedagógica e educativa, convoca o/a profissional da área para se apropriar dessas tendências, aplicando-as nos mais diversos campos, dentre eles, na Política de Assistência Social conforme nuances reflexivas da educação em saúde suplantada em vivência com grupos de pessoas idosas inseridos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (BRASIL, 2022). Indo além, reforça-se que o SCFV faz parte da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), regulamentado pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, mediante Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) n. 109 / 2009. Ademais, o SCFV é ofertado, de forma complementar, ao trabalho social com famílias e realizado via Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e do PAEFI, ou seja, Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (BRASIL, 2009a, 2009b).

Portanto, os Centros de Convivência, à semelhança do CSPA, são unidades que asseguram proteção e atendimento integral e especializado às famílias mediante atendimentos em grupo, atividades artísticas, culturais, de lazer e esportivas, dentre outras, de acordo com a faixa etária dos usuários.

SERVIÇO SOCIAL EM TEMPOS DE COVID-19

Eis o momento de discutir sobre o Serviço Social em tempos de Covid-19, analisando, exatamente, a atuação de expertises de educação em saúde com grupo de pessoas idosas. Afinal, o Serviço Social impõe-se como profissão que atua no âmbito da produção e da reprodução social, vinculada historicamente a políticas e programas sociais com vistas a diferentes segmentos sociais e econômicos. Em consonância com o pensamento de Santos e Senna (2017), o cerne do trabalho dos Assistentes Sociais é fortalecer a emancipação dos sujeitos mediante a conquista da cidadania, a partir da viabilização de informações essenciais à garantia de seus direitos e deveres.

Ao longo do tempo, o Serviço Social vem se firmando, mais e mais, no campo da saúde, como um de seus principais nichos de atuação. Na opinião de Santos (2016), dentre as ações promovidas pelo/a profissional Assistente Social, destaca-se a educação em saúde. Mesmo não sendo atribuição privativa da área é a mais requisitada para esse ator social, principalmente no que tange ao âmbito da Atenção Básica em Saúde. Diante disso, a educação em saúde assume fundamental importância ao longo do processo, compreendida como um dos principais instrumentos do trabalho do/a Assistente Social no domínio da saúde, incorporando dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas que moldam os procedimentos de seu trabalho cotidiano, como antes discutido.

Na visão de Vasconcelos (2006), a atuação socioeducativa do/a Assistente Social no campo da saúde politiza as demandas; reforça a participação social dos usuários; promove o conhecimento de forma crítica da realidade; e impulsiona a autonomia dos cidadãos. Na Atenção Básica, o/a Assistente Social consegue se apropriar dos saberes e das práticas vivenciadas no dia a dia da coletividade, onde esses saberes, quando desvelados num parâmetro de reflexão, colaboram para a efetivação do paradigma de intervenção mais ampla no que tange à educação em saúde.

Portanto, é em tal cenário que o Assistente Social, em conjunto com as demais categorias profissionais, procura conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos que vão para além da dimensão biomédica. Compõe-se, assim, uma prática de integralidade, apoiada na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, facultando uma inserção diferenciada do Assistente Social na área da saúde, de forma a superar o estatuto tradicional de profissão paramédica, típico do modelo biomédico (BRASIL, 2009b, p. 102).

Na esfera do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para pessoas idosas, a educação em saúde figura como uma das ações centrais que corroboram com a promoção do envelhecimento saudável e ativo. Envelhecer de forma atuante conduz à prevenção e à contenção de doenças, impulsionando a atividade cognitiva e social, além da participação social sistemática mediante comportamentos saudáveis. Dessa forma, a educação em saúde tem como foco promover hábitos de vida saudáveis ao priorizar saberes técnicos e populares e articular recursos individuais e coletivos.

Nos Centros de Convivência, o convívio social é a possibilidade de os idosos diminuírem seu isolamento, e, com isso, desenvolver novos laços de amizade, onde nesta perspectiva restitui o seu sentido de pertencer. A vida de cada ser humano ganha mais significado quando compartilhado com outro, e esta é uma das condições indispensáveis para o envelhecimento bem sucedido. Para a população idosa, a relação com o grupo ainda possibilita experimentar a individualidade com outras pessoas, identificando, assim, objetivos comuns (MARTINS, 2011, p. 23).

Para se promover saúde a partir de intervenções educativas, é imprescindível levar em conta a forma de pensar e de viver dos envolvidos. Afinal, constantemente, a educação em saúde é confundida com ações de transferência de informação em saúde, o que desconsidera o intercâmbio de conhecimentos pelo saber popular, ainda que sejam eles oriundos do contexto no qual os participantes estão inseridos. Face ao contexto de inserção das pessoas idosas, é forçoso perceber o processo de envelhecimento a que eles estão acometidos, com vistas a desenvolver suas potencialidades e a incentivar mudanças que favoreçam o envelhecimento saudável.

Martínez-Maldonado e Correa-Muñoz e Mendoza-Núñez (2007) reiteram a afirmação do parágrafo anterior, em seu estudo, quando reforçam a possibilidade de habilitar as pessoas idosas por meio de programas educacionais propícios a ambientes de mudança social e emocional, e promover permutas de diferentes naturezas entre eles. É a comprovação de quanto a pessoa idosa pode se capacitar quando possui a seu alcance meios necessários para desenvolver estratégias de mudanças de comportamento.

Conforme o documento “Perguntas frequentes do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos” (BRASIL, 2022), os objetivos do SCFV para pessoas idosas é contribuir com o envelhecimento ativo, saudável e autônomo; assegurar nos encontros com a pessoa idosa espaços intergeracionais de construção, de modo a promover sua

convivência familiar e comunitária; detectar demandas e motivações, além de desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida; propiciar vivências que valorizem suas experiências; e, por fim, encorajar a capacidade de escolha e do poder de decisão.

Ainda com base no documento referido e na congruência com a Política de Assistência Social, para que a materialização do SCFV aconteça, algumas especificidades precisam ser respeitadas. Por conseguinte, no que se refere a pessoa idosa, as atividades devem estar pautadas nas características, nos interesses e nas necessidades da respectiva faixa etária. Além do mais, é essencial levar em conta a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer, além das vivências anteriores, haja vista que tudo isto constitui formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa, na afirmação de direitos e no investimento de capacidades e potencialidades dos usuários, com vistas a alcançar alternativas emancipatórias para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais. Daí, deve ser ofertado de modo a garantir segurança de acolhida, de convívio familiar e comunitário, além de exercitar a liberdade ou independência moral e/ou intelectual dos usuários. Em relação à segurança de acolhida, Sposati *et al.* (2007, p. 453) afirmam que:

No caso, a segurança de acolhida supõe construir a possibilidade de cobertura a várias vulnerabilidades, como por exemplo: pela invalidez, pela deficiência, pela velhice, pela maternidade, pela morte, por um acidente, por ser criança, pela violência, pela doença, pela ausência de referências ou parentesco, entre outras situações.

A segurança de acolhida deve promover o amparo para além do imediatismo. Os sujeitos devem ser compreendidos de forma integral, o que exige medidas que extrapolem ações pontuais e residuais. Dizendo de outra forma, serviços de recuperação e de reabilitação são indispensáveis para que os usuários sejam acolhidos dignamente e a eles lhes sejam oferecidas condições dignas de vida e de cidadania, como Sposati *et al.* (2007) lembram.

Convivência e formação de vínculos integram a condição humana e social. Ao considerar sua importância nas relações sociais e após a exigência de diversos setores sociais, o Estado, por fim, disponibilizou determinada atenção para a segurança de convívio, presente tanto no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a) quanto no Estatuto

do Idoso (BRASIL, 2003), demonstrando seu valor intergeracional, uma vez que a convivência é essencial em todas as fases da vida. Por isso, ações interventivas que permitam aos indivíduos interagirem com os demais e estabelecerem vínculos saudáveis para melhor qualidade de vida constituem em condições *sine qua non* para uma vida mais saudável e profícua.

No tocante à segurança de convívio social, a interação com a sociedade é instigada por meio de Centros de Convivência, espaços nos quais estão presentes sujeitos que apresentam situações de compatibilidade uns com os outros, ou mesmo, vivências distintas, que reverberam na criação de laços, na troca de práticas e em possíveis soluções diante das variadas situações enfrentadas. Ainda na visão de Sposati *et al.* (2007), a segurança é sempre fundamental, pois autoriza a realização de iniciativas que fomentem socialização, câmbio de conhecimentos e reflexão das demandas individuais e sociais, prevenindo a exclusão social e propiciando a reinserção dos que vivem situações de isolamento.

A segurança de convivência é primordial para o tipo de sociedade moderna. De acordo com Oliveira (2008), a sociedade é marcada pelo individualismo. Neste caso, as pessoas evitam a formação de vínculos, embora o cenário do mundo capitalista, contemporaneamente, aponte formas diversificadas de comunicação propiciadas pela globalização, as quais, contraditoriamente, prosseguem restritas a determinados segmentos sociais em detrimento das excluídas socialmente, economicamente e/ou educacionalmente.

Ainda segundo a autora supra, a indiferença é uma das expressões do individualismo, porquanto há quem prossiga sem demonstrar apego e empatia pelo próximo. Eis um estilo de sociabilidade, no qual os vínculos sociais se mantêm enfraquecidos, o que causa danos à inserção social, à coletividade, e assim, à universalidade. Portanto, é vital que a Assistência Social mantenha serviços e programas sistemáticos e contínuos que previnam o rompimento de vínculos sociais e favoreçam seu fortalecimento.

Diante do exposto, exponencia-se que o Serviço Social com suas múltiplas potencialidades consiste em forma de intervenção social e, por conseguinte, deve ser capaz de incitar e orientar indivíduos na construção e na reconstrução de suas histórias de vida individuais e coletivas, na família e no território. Planejamento é fundamental para instaurar intervenção social com qualidade e que incremente o sentimento de pertencimento e de identidade, como também para incentivar a socialização, a convivência

familiar e comunitária, e, ainda, a promoção de potencialidades, a partir das atividades em grupo (BRASIL, 2022).

Levando em conta que, num momento de tanto padecimento e dores advindas da Covid-19, nenhum organismo mundial, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a nação, o sistema de saúde, o médico, o economista, a equipe de medicina legal, o agente funerário, o empresário, o cidadão, enfim, ninguém estava preparado para lidar com as consequências da pandemia. Como decorrência e como Targino (2020) reforça, as ações do SCFV passaram a ser adotadas e implantadas, quase sempre, de forma remota. A adoção de tal formato exigiu amparo e respaldo de documentos normativos e orientadores, à semelhança de portarias em nível federal, estadual e municipal, decretos municipais, notas técnicas, etc., com o intuito de assegurar a continuidade dos serviços e, então, contribuir para a prevenção de situações de risco, além de complementar o trabalho social com famílias, pois a oferta do SCFV integra o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), como antevisto.

Mais adiante, a partir do segundo semestre de 2021, com a introdução e a expansão da imunização contra o vírus da Covid-19, inicia-se o processo de flexibilização e de reabertura das atividades do comércio, da indústria e de serviços públicos. E, então, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) retoma a oferta de atividades em prol da população, como é o caso do Centro Social Padre Arrupe.

Contudo, apesar das reaberturas, aqui e ali, a pandemia prossegue, o que requer medidas para redescobrir formas de convivência com o outro, incluindo, além da quarentena, se necessária; o isolamento e o distanciamento social, ou seja, medidas para reduzir a interação entre as pessoas. São recomendações advindas de organismos internacionais de saúde, como a OMS, e de instituições nacionais e locais de saúde, no caso, ênfase para a condução das ações da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas do Estado do Piauí.

A SEMCASPI (PIAUI, 2021), como órgão do Poder Executivo Municipal, é responsável legalmente pelo planejamento, pela coordenação e pela execução da Política de Assistência Social. Para tanto, fundamenta-se, *a priori*, na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) / Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social (BRASIL, 1993). A seguir, mais alguns parâmetros legislativos: Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004); Norma Operacional Básica (NOB) do SUAS (BRASIL, 2012); e na Tipificação Nacional de Serviços

Socioassistenciais através do teor prescrito na Resolução do CNAS n. 109 (BRASIL, 2009a).

Nesse cenário, ainda que sucinto, a categoria de Serviço Social do PRMSFC deu início ao treinamento de suas expertises e à implantação de ações socioeducativas no âmago da realidade do CSPA. As ações empreendidas com o público de pessoas idosas do Centro Social Padre Arrupe configuram-se como desdobramento do Estágio de Campo (EC) do PRMSFC na linha do quadrilátero de formação, cujo intuito é propiciar aos residentes de cada categoria profissional da saúde – Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Educação Física, Enfermagem, Psicologia e Odontologia – perspectivas diferenciadas de aprendizagem e o domínio de novas habilidades e competências por meio da experiência profissional com o público de cada espaço destinado aos procedimentos do Estágio.

Quanto à vivência do EC pela categoria de Serviço Social no Centro Social Padre Arrupe, dentre as medidas socioeducativas, com ênfase, na Educação em Saúde, destacam-se oficinas educativas. Cada Encontro trata de temáticas diferenciadas nos eixos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, a saber: “Eu comigo”; “Eu com os outros”; e “Eu com a cidade”, sempre desenvolvidos de forma educativa lúdica, com a utilização de recursos com respaldo em metodologias ativas, capazes de atrair as pessoas idosas de forma efetiva.

De início, efetivou-se pesquisa exploratória com as pessoas idosas, por meio da atividade “Tempestade de ideias”, a fim de que se sentissem motivados a se envolver em todas as etapas, desde a escolha das temáticas a serem trabalhadas no decorrer do semestre. Os partícipes opinaram e selecionaram os temas de seu agrado, o que propiciou a valorização do saber popular e a prática cidadã e social, elementos centrais na educação em saúde.

Dentre os *workshops*, merece menção especial a oficina sobre os principais direitos relacionados à saúde, enaltecendo-se a importância em (re)conhecer tais prerrogativas. Houve momentos em que pessoas idosas foram despertados e solicitados a que tentassem descobrir a temática do Encontro. Para tanto, utilizou-se a montagem de um quebra-cabeça com mais de 15 peças. Quando reunidas, a metodologia permitiu a adivinhação da temática dos próximos momentos do Encontro “Direito à saúde do idoso”. Em seguida, alguns deles foram convidados a selecionar peças do quebra-cabeça e olhar a imagem do verso. Dentre elas, coladas no verso das peças do jogo, havia uma série de elementos: medicamentos; defensoria pública; fraldas geriátricas; atendimento domiciliar; órteses;

próteses; cadeiras de rodas; passe livre; direito a acompanhante; atendimento preferencial; maior flexibilidade de visitas, etc.

No momento seguinte, após a observação das imagens, as residentes discutiram com as pessoas idosas a qual direito a imagem escolhida fazia referência; como poderia ele ser acessado; e se já havia sido acessado ou não. Em suma, cada direito foi discutido por meio das imagens e dos exemplos cotidianos, com ênfase na importância da garantia desses direitos. Após diálogo e envolvimento dos participantes, eles avaliaram a prática educacional, afirmando ou negando seu nível de aprendizagem, reforçando sobre qual direito havia aprendido e apreendido para a vida cotidiana, requerendo-se, sempre, justificativas para as respostas. Invariavelmente, todas as oficinas foram finalizadas com música. Cumpre assinalar que os partícipes são sempre integrantes de um mesmo grupo, com dia e horário fixo para o Encontro.

As atividades de educação em saúde propostas pela categoria de Serviço Social incorporam a compreensão de saúde trazida pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, 19 de setembro de 1990, especificamente no Artigo 3º:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990b, p. 2).

Ao adotar essa compreensão de saúde, a referida categoria profissional entende que a saúde de um indivíduo não é a ausência de doenças, mas, sim, a ligação a um emaranhado de condicionantes e determinantes que influenciam diretamente o processo saúde / doença. Partindo deste pressuposto, outras atividades também foram realizadas, a exemplo da oficina com a temática “Construindo uma boa convivência”, que abordou a convivência como fator determinante para a manutenção da saúde mental. Nesse momento, os moderadores trouxeram à tona os valores essenciais para uma convivência saudável no grupo de pessoas idosas, bem como nos demais espaços sociais.

Ademais, foi proposta a construção de acordos para convivência com bases sólidas. Como analogia, utilizou-se o que se faz essencial para a edificação de uma casa, a partir do alicerce, telhado, tijolos, etc. Cada um das pessoas idosas foi convidado a escrever e/ou desenhar num tijolo figurativo (imagem) um valor que o mesmo considera fundamental para uma boa convivência social. Na ocasião, elencaram valores, tais

como: respeito, amizade, saber ouvir, paciência, atenção, cuidado, afeto, gentileza, dentre outros.

Para finalizar, os participantes foram convidados a visualizar e refletir sobre o mural agora construído. Nesse momento, pontuou-se a importância da convivência social e comunitária em clima de tolerância, empatia e condescendência. Acredita-se que a oficina alcançou seu objetivo, tendo em vista que além da participação, os maiores de idade construíram efetivamente cada passo do mural, expuseram satisfações e queixas, o que significa afirmar que levaram consigo e para seus espaços familiares e comunitários novos saberes construtivos e efetivos para sua saúde mental.

Assim ocorrendo, a concepção de saúde mental deixa de ser focada no processo sintomático da doença para ser introduzida no campo do social, que favorece confluências com as ações que objetivam a construção da cidadania. Tudo isto suscita o protagonismo social com ações voltadas à cultura, à educação, ao esporte e ao lazer, como León-Cedeño e Ortolan e Sei (2017) reiteram. Portanto, é importante construir espaços dialógicos, nos quais o ser humano, em qualquer faixa etária, possa perceber os valores sendo consolidados de forma diferente e como essas mudanças repercutem no âmbito familiar.

A este respeito, Teixeira (2016, p. 33) acrescenta que a família é uma instituição contraditória e conflituosa *per se*. É ela heterogênea e nem sempre harmoniosa, porque expressa e reproduz relações assimétricas entre gêneros e gerações, em termos de poder, recursos e capacidade de negociação. Logo, consiste em ambiente de conflitos diversificados. Porém, essas contradições reafirmam que “[...] a família não é o espaço *a priori* da felicidade, e que nem sempre é um refúgio seguro, podendo colocar em risco a segurança física e emocional de seus membros”. Ainda segundo a mesma autora, apesar de oferecer riscos à segurança dos membros, a família também possui extremos e numerosos aspectos positivos, como núcleo afetivo de cuidado e apoio, cooperação, solidariedade, geração de vínculos, segurança e sentimento de pertença.

Sob a perspectiva em foco, entende-se que a família é um importante elemento no processo de saúde / doença, uma vez que pode contribuir negativamente ou positivamente para o bem-estar de seus integrantes. A este respeito, com o objetivo de compreender a dinâmica e as relações sociais no âmbito familiar das pessoas idosas do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, uma das práticas ofertadas na esfera do Centro Social Padre Arrupe alude à realização de construção da “Árvore das Famílias”.

Aqui, para a consecução da oficina, os participantes lançaram mão de imagens que simbolizam distintos arranjos familiares da contemporaneidade: família unipessoal; monoparental; multiespécie; nuclear burguesa; homoafetiva; dentre outros. As pessoas idosas foram motivados a escolher a imagem mais representativa de sua família. Posteriormente, deveriam desenhar a fim de complementar o que, em sua opinião, faltava no desenho escolhido, como mote para descrever à vontade sua dinâmica familiar. Ao observarem a variedade de arranjos familiares ora existentes, os participantes deduziram que não existe modelo ideal de família. Todos os modelos são válidos. O fundamental não é a composição ou o tipo de composição ou o gênero do agrupamento, mas, essencialmente, as formas como a convivência acontece, baseada na confiança e na participação, na atenção e no intercâmbio de afetos, no cuidado e no amor, e, sobretudo, no respeito às diferenças individuais.

Medidas como estas reforçam o objeto da educação em saúde no sentido de provocar a participação proativa de pessoas com faixa etária mais elevada na discussão de temáticas pertinentes para independência e autonomia, estimulando o convívio social através de rodas de diálogo como ferramenta fundamental para a promoção da saúde:

As ações de educação em saúde para idosos necessitam de metodologias que atentem para a complexidade do processo de envelhecimento e relacionem os fatores que cercam o indivíduo, como as crenças, valores, normas e modos de vida. Assim, deve-se implementar novas ações, baseadas nos princípios da educação em saúde e mais condizentes com as necessidades dos idosos, pois somente levando em consideração os conhecimentos, a cultura e o meio em que os idosos é que se obterão os resultados almejados com tal prática (MALLMANN *et al.*, 2015, p. 67).

Existem várias maneiras para abordar intervenções educativas. Dentre elas, uma modalidade é a descrição de atividades grupais, como nos dois exemplos relatados. Ambos promovem a interação social entre os implicados, sempre com vistas a estreitar vínculos; melhorar a qualidade de vida, se possível; e abordar temas de acordo com a demanda do público participante.

CONCLUSÃO

Parece evidente que, na esteira de expectativas promissoras e conjugadas, o trabalho da categoria de Serviço Social relatado visa, sobretudo, promover a universalização dos direitos e deveres dos cidadãos, a emancipação social e o protagonismo dos sujeitos no processo de

promoção da saúde. Isto pressupõe a utilização da educação em saúde como ferramenta de compartilhamento de saberes e construção coletiva, em tempos de Covid-19 (ou não), incluindo tempos mais amenos ou até mesmo mais cruéis.

É notório que o cenário pandêmico afetou a execução dos serviços de modo geral, exigindo adequações de forma abrupta. Contudo, a vacina contra a Covid-19 trouxe esperança a um cenário de caos e medo do desconhecido, possibilitando a reabertura e a flexibilização das atividades sociais, culturais, econômicas e políticas.

É a partir desse contexto de flexibilização que a categoria de Serviço Social inicia suas atividades socioeducativas e de educação em saúde no Centro Social Padre Arrupe, localizado, como visto, na capital do Piauí, com estreita e legítima vinculação com a Política de Assistência Social, graças ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para pessoas idosas. No decorrer dos meses, no CSPA, diversas atividades de empoderamento e autonomia no cuidado em saúde aconteceram, sempre, como natural, a partir de prévia consulta ao público participante, recorrendo-se, como antes mencionado, à “Tempestade de ideias” em busca de maior proximidade com os anseios, a formação, a escolaridade e os interesses genuínos das pessoas idosas.

Sob esta ótica, a categoria de Serviço Social, diante da premência de amenizar o enfrentamento da educação em saúde na pandemia Covid-19, levou em consideração, sempre, a relevância da construção coletiva preconizada no ensino-aprendizagem. À medida que os usuários se sentem envolvidos no processo de planejamento e na escolha dos itens a serem debatidos, salvo raríssimas exceções, as atividades tornam-se mais participativas e intercambiáveis, rompendo métodos ultrapassados que concebem a educação em saúde como mero repasse de informações formais, enfadonhas e distantes da realidade dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. El campo científico. **Redes: Revista de Estudios Sociales de la Ciencia**, Quilmes, v. 1, n. 2, p. 129-160, 1994.

BRASIL. **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccil/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 4 ago. 2022.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) / **Lei n. 8.742**, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília – DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 4 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Assistência Social. Estatuto Nacional do Idoso. **Lei n. 10.741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília – DF, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 5 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) n. 109**, 11 novembro 2009a. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/suas/resolucao-cn-as-nº109-2009-tipificacaonacional-de-servicos-socioassistenciais>. Acesso em: 2 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Diretrizes do NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família]. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília – DF, 2009b. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 01 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília – DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. 2. reimpr. Brasília – DF, 2013. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) Rede SUAS. **Perguntas frequentes do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília – DF, 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução CNAS n. 33**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS). Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social** (PNAS). Brasília – DF, 2004.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE / CEAP, 2007.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília – DF, v. 19, n. 3, mar. 2014.

LE CHANG; YING YAN; WANG, L. Coronavirus disease 2019: coronaviruses and blood safety. **Transfusion Medicine Reviews**, [S. l.], v. 34, n. 2, p. 75-80, Apr. 2020.

LEÓN-CEDEÑO, Alejandra Astrid; ORTOLAN, Maria Lúcia Mantovanelli; SEI, Maíra Bonafé. A convivência como promotora de saúde mental: aproximações entre a Associação Ciranda da Cultura e os serviços de Centros de Convivência Saúde & Transformação Social. **Health & Social Change**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 129- 137, 2017.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília – DF, v. 12, n. 2, abr. 2007.

MALLMANN, Danielli Gavião *et al.* Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília – DF, v. 20, n. 6, jun. 2015.

MARTÍNEZ-MALDONADO, María de La Luz; CORREA-MUÑOZ, Elsa; MENDOZA-NÚÑEZ, Víctor Manuel. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. **BMC Public Health**, México, D. F, v. 7, n. 276, p. 1-9, Oct.2007.

MARTINS, Luciana de Oliveira. A contribuição do trabalho do Assistente Social em centro de convivência para idosos: limites e possibilidades. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, v. 4, n. 8, set. / dez. 2011.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em Saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio C. França (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.

OLIVEIRA, Carmem Sousa de. Os devires da cidade-pandemônio. *In*: GUARESCHI, N. (org.). **Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 131-142.

PIAÚÍ. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI). **Nota técnica n. 02 / 2021 GPSB/SCFV**, de 1 de julho de 2021. Teresina, 2021.

SANTOS, Marta Alves. Educação em saúde, Atenção Primária e a relevância da intervenção do Serviço Social. *In*: CONGRESSO DE ASSISTENTES SOCIAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2., 11 a 13 de maio de 2016, Rio de Janeiro. [Anais...] Rio de Janeiro: [s.n.], 2016. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/041.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2022.

SANTOS, Marta Alves; SENNA, Mônica de Castro Maia. Educação em saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 439-447, set. / dez. 2017.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, Supl. 2, 1999.

SPOSATI, Aldaíza *et al.* **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília – DF: UNESCO / MS, 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. *In*: VALLA, Victor Vicent; STOTZ, Eduardo Navarro (*org.*). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.11-22.

TARGINO, M. das G. Processos formativos e novos letramentos em tempos da Covid-19. *In*: HARDAGH, C. C.; FOFONCA, E.; CAMAS, N. P. V. **Processos formativos, tecnologias imersivas e novos letramentos**: convergências e desdobramentos. Curitiba: Ed. Collaborativa, 2020. 250 p. p. 80-95.

TEIXEIRA, Solange Maria. **A família na Política de Assistência Social**: concepções e tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina. Teresina: EDUFPI, 2016.

VALLA, Victor Vincent. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. *In*: VALLA, Victor Vicent; STOTZ, Eduardo Navarro (*org.*). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 87-100.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Serviço Social** e práticas democráticas na saúde. *In*: VASCONCELOS, A. M. **Serviço e saúde. Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: OLHARES A PARTIR DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO PIAUÍ

*Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos
Sofia Laurentino Barbosa Pereira*

INTRODUÇÃO

Nos fins de 2019, o vírus SARS-COV-2 era encontrado em humanos em Wuhan, na China. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já chamava atenção para a nova doença que surgia e se espalhava rapidamente: a Covid-19. Em março do mesmo ano, a OMS declara a situação de pandemia. Até 24 de julho de 2022, o Painel de Controle Covid acumulava 33.591.356 casos confirmados e 676.964 óbitos decorrentes da doença. Ao longo desse período, houve um aumento exponencial não só de enfermidades relacionadas a questões físicas resultantes das infecções pelo vírus SARS-COV-2, como também o agravamento de transtornos mentais na população mundial.

Diversos estudos revelam o agravamento de questões relacionadas à saúde mental em decorrência do cenário pandêmico. O resumo científico da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgado em 2 de março de 2022, mostra que no primeiro ano de pandemia, ocorreu um aumento de 25% da prevalência em nível global de transtornos de ansiedade e depressão. Segundo o Canal Saúde da FIOCRUZ, em pesquisa online realizada pelo Ministério da Saúde, de 23 de abril a 15 de maio de 2020, com amostra

de 17.491 indivíduos, sobre a evolução dos transtornos dos participantes, foi verificada: “elevada proporção de ansiedade (86,5%); uma moderada presença de transtorno de estresse pós-traumático (45,5%); e uma baixa proporção de depressão (16%) em sua forma mais grave” (FIOCRUZ, 2020). Barros *et al* (2020), utilizando os dados da pesquisa “ConVid – Pesquisa de Comportamentos”, de 24 de abril a 24 maio de 2020, aborda que aproximadamente 40% dos brasileiros respondentes relataram se sentir tristes ou deprimidos muitas vezes durante aquele período, e cerca de 50% disseram sentir-se nervosos ou ansiosos com frequência.

Compreendendo esse contexto, o presente artigo tem como objetivo discutir sobre a política de saúde mental no contexto piauiense no período da pandemia de COVID-19, a partir do olhar de assistentes sociais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Piauí. É um estudo fruto dos resultados parciais da investigação de mestrado¹ em andamento no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se desenvolveu por meio de estudo campo, nos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí, tendo como participantes as (os) assistentes sociais que trabalham nesses serviços. O estudo foi desenvolvido em conformidade com as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que tratam das pesquisas com seres humanos, sendo autorizado pelo Comitê de Ética da UFPI, com CAAE: 53053321.1.0000.5214, e os sujeitos foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados se deu através de aplicação de questionário e entrevista semiestruturada, no período de 02 de dezembro de 2021 a 30 de abril de 2022. Foram entrevistadas 10 assistentes sociais e o questionário online, aplicado através do *Google Forms*, contou com 31 respondentes de 16 municípios de todo o Piauí.

Esse artigo divide-se em dois tópicos. Inicialmente aborda o Piauí e a política de saúde mental no estado e, em segundo momento, enfatiza sobre as transformações ocasionadas pela pandemia da Covid-19 na atenção psicossocial, a partir do olhar das (os) profissionais do Serviço Social que atuam nos serviços de saúde mental nos diferentes municípios piauienses.

1 Trata-se do estudo de mestrado intitulado os “Os processos de trabalho das (os) assistentes sociais na política de saúde mental: uma análise nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado Do Piauí”.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL CENÁRIO NO PIAUIENSE

O Piauí possui uma área territorial de 251.755,485 km², com uma população estimada de 3.281.480 habitantes (IBGE, 2020), sendo o terceiro maior Estado do Nordeste brasileiro em relação dimensões territoriais correspondendo a 2,9% do território nacional. É composto por 224 municípios, dividindo em 4 macrorregiões (Litoral, Meio Norte, Semiárido e Cerrados) e 12 territórios de desenvolvimento².

A trajetória da assistência à saúde mental no Piauí se assemelhou ao cenário nacional, marcada historicamente pelo modelo manicomial. De acordo com Moura (2017), o marco do surgimento da assistência psiquiátrica no estado foi a criação do Asilo de Alienado Areolino de Abreu em 1907, em resposta as pressões sociais da época, visto a grande quantidade de migrantes que perambulava pelas ruas da capital, sendo presente em seu interior práticas prisionais, violentas e correcionais. Em 1941, o asilo passou a se chamar de Hospital Areolino de Abreu (HAA). No ano de 1954 foi inaugurado o Sanatório Meduna, pelo médico psiquiatra Clidenor Freitas. Essas duas instituições – HAA (público) e Meduna (privado), foram os grandes responsáveis durante muito tempo por oferecer serviços psiquiátricos no estado.

Em 1968 é criado o primeiro Hospital-Dia em Teresina como uma alternativa às internações nos hospitais psiquiátricos, que se encontravam superlotados (ROSA, 2008). Anos depois da experiência da capital, são criados mais dois hospitais-dia, um em 1997 em Picos, na região do semiárido, e outro em 1998 em Parnaíba, no litoral (LIMA,2004). O Hospital-Dia, além de evitar o internamento, exigia a participação direta da família no tratamento, de forma a incentivar o convívio social do paciente. Dessa maneira, de forma lenta e gradual, a assistência psiquiátrica começa a ultrapassar as alas e pavilhões de internações para consultas ambulatoriais; e a descentralizar os serviços da capital para o interior. Esse processo seguia a tendência nacional, que buscava a ênfase na ambulatorização da atenção psiquiátrica.

2 A Secretaria do Planejamento do Estado do Piauí (SEPLAN) dividiu o Piauí em territórios de desenvolvimento para melhorar a gestão e planejamento das ações do estado. Com isso, foi criada a Lei complementar nº 87 de 22 de agosto de 2007, modificada pela Lei nº 6.967, de 03 de abril de 2017, que estabelece os 12 territórios: Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Rio Itaim, Vale do Rio Guaribas, Vale do Canindé, Serra da Capivara, Vale dos Rio Piauí e Itaueira, Tabuleiros do Alto Parnaíba e Chapada das Mangabeiras

Segundo Lima (2004) em 1980 surge a Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí (ACSM), responsável pela “I Jornada de Saúde Mental Comunitária” no ano de 1982 o que contribuiu para que em 1983 fosse implementado o Programa de Saúde Mental Comunitária (PSMC-PI). Guimarães (2020) afirma que, o PSMC-PI tinha principalmente dois objetivos descentralizar a assistência psiquiátrica para as demais regiões do interior do estado e transformar administrativa, assistencial e fisicamente o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu.

Nesse período, no Brasil, já emergia o Movimento de Reforma Psiquiátrica, que denunciava as violações de direitos humanos sofridas no interior dos manicômios e passou a lutar pelo cuidado em liberdade e pela cidadania das pessoas com transtornos mentais:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.06).

Na esfera das conquistas da Reforma Psiquiátrica, tem-se, a promulgação da Lei nº 10.216 em 06 de abril, de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Resultante desse processo, tem-se, em 19 de fevereiro de 2002, a aprovação da Portaria de nº 336, do Ministério da Saúde, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, considerados “carro chefe” da reforma no país. São instituições destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais, objetivando oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Destaca-se que a reforma psiquiátrica aconteceu de forma diversificada em cada país e região, e no Piauí não foi diferente. Sobre isso, Rosa (2008) aponta que os serviços alternativos em substituição aos hospitais psiquiátricos, por muitas vezes, se deram por investidas do Ministério Público a gestores, principalmente da capital piauiense.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial habilitado no Piauí foi o CAPSad de Teresina, em 25 de maio de 2004. No ano de 2005, são criados mais dois CAPS, um na zona norte e outro na zona leste da capital, sob exigência de um termo de ajustamento de conduta determinado pelo Ministério Público. Portanto, no Piauí, a expansão dos CAPS e de outros serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, somente acontecem após 2004, o que revela um atraso em relação a outros Estados brasileiros. Assim, Rosa e Guimarães (2017), abordam que o processo de institucionalização dos princípios da reforma no Piauí se deu de forma lenta, com um desenvolvimento acelerado a partir de 2005 com a criação de CAPS, e ampliação da rede através de serviços residenciais terapêuticos e implantação de leitos em hospitais gerais.

Mesmo com suas particularidades, o Piauí está sintonizado com os avanços da política de saúde mental no cenário nacional, e vem estruturando uma Rede de Atenção Psicossocial, nos moldes da Portaria nº 3.088/2011.

Quadro 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí em 2022

EIXOS	DISPOSITIVOS
Atenção Básica	- 1.071 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde distribuídas nos 224 municípios (com maior concentração em Teresina, com 95 unidades).
Atenção Psicossocial Especializada	- 67 Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades: 44 do tipo CAPS I; 10 do tipo CAPS II; 9 do tipo CAPS AD; 3 do tipo CAPS i e; 1 do tipo CAPS III. - 10 Unidades integradas de saúde com ambulatório de psiquiatria em Teresina;
Atenção de Urgência e Emergência	- 01 Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu (HAA); 85 bases destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): SAMU Estadual.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	- 01 Unidade de Acolhimento Adulto em Floriano de gestão municipal. - 30 Comunidades Terapêuticas de Acolhimento/Tratamento

Atenção Hospitalar	- 31 Leitos de Atenção Psicossocial em Hospital geral: 10 leitos no Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas – Hospital do Mocambinho, em Teresina; 08 leitos de saúde mental na Maternidade Dona Evangelina Rosa, em Teresina; 09 leitos de saúde mental na Casa de Saúde e Maternidade São José, em São Raimundo Nonato e; 04 leitos de saúde mental no Hospital Regional Mariana Pires, em Paulistana.
Estratégias de Desinstitucionalização	- 06 Serviços Residenciais Terapêuticos: 05 em Teresina, 04 de gestão estadual e 01 de gestão municipal; 01 em União de gestão municipal.

Fonte: Sistematização da autora com base em dados do DATASUS, SESAPI E CENDROGAS.

O quadro acima demonstra a existência de uma rede de assistência à saúde mental construída no Piauí, no entanto, é necessário apontar o que esses dados não revelam: a fragilidade na articulação desses serviços; o baixo número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; a concentração dos atendimentos de urgência e emergência psiquiátrica no HAA; a burocratização e ambulatorialização dos CAPS; a falta de medicações nos serviços de saúde; a fragilidade do controle social; o desinvestimento no SUS, dentre outros desafios que a política de saúde mental piauiense enfrenta.

Esses são dificuldades enfrentadas já antes da pandemia da Covid-19 e que, no cenário pandêmico, são agudizadas e se articulam com novas problemáticas. É sobre esses aspectos que o próximo tópico vai se aprofundar.

IMPACTOS DA PANDEMIA NO TRABALHO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPS DO PIAUÍ

A pandemia de COVID-19 trouxe uma crise sanitária nunca vista na história. No Brasil, o primeiro caso da doença foi notificado no dia 26 de fevereiro, e no Piauí no dia 19 de março, de 2020. Até o dia 24 de julho de 2022, o Painel de Controle Covid acumulava 33.591.356 casos confirmados e 676.964 óbitos decorrentes da doença. Na mesma data, o Piauí registrava 383.777 casos confirmados e 7.856 óbitos. Com isso, houve um aumento exponencial não só de enfermidades relacionadas a questões físicas resultantes das infecções pelo vírus SARS-COV-2, como também, o adoecimento mental da população mundial, o que levou a

organizações como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS a alertar os governos dos países sobre a necessidade de se ampliar ações de saúde mental.

Compreendendo esse contexto, este tópico versa sobre as mudanças na política de saúde mental no cenário piauiense no período da pandemia, a partir do olhar de assistentes sociais que trabalham em CAPS no estado, onde foram entrevistadas 10 profissionais e aplicados 31 questionários.

O momento atual e histórico de adoecimento em escala mundial de Covid-19, trouxe transformações na vida da população mundial como um todo, foi repensadas novas formas de trabalho, de convívio e interação social, de proteção e saúde dentre outras. Sobre os impactos e efeitos da pandemia para as (os) participantes da pesquisa, tanto nas entrevistas, quanto nos questionários, foi unânime a resposta de que a pandemia transformou a sua forma de viver e trabalhar, pode ser observado em alguns trechos a seguir:

“Sim, impactou bastante. Porque a gente vê essa questão hoje do trabalho online, né. A SESAPI até nos orientou de fazer as atividades em grupo, mas aí como é que vai fazer as atividades em grupo? É através de via plataforma online. Como é que eu vou fazer se a maioria dos usuários não tem acesso à internet? Não tem acesso ao celular, não tem nenhuma fonte de rede, não tem internet, às vezes não tem nem moradia. Então isso foi uma dificuldade que a gente nem conseguiu executar. E aí tava só as oficinas, atividades em grupos, atividades coletivas, as assembleias tudo estava proibido. Então a gente estava só naquele trabalho ambulatorial e de orientação.” **Assistente Social 02.**

“Ela impactou nossa vida em modo geral, o medo de adoecer [...] o medo de tá perto do outro [...] nós tivemos que lidar com a crise, né, na pandemia. Os grupos diminuíram, a gente suspender os grupos, as visitas continuou [...] depois da vacinação as coisas, eu acho assim, que nós se sentindo muito mais seguros, [...] o temor causou ansiedade, e outra coisa, o CAPS não parou. Mas muitas pessoas adoeceram, eu observei que pessoas que só tinham transtornos leves, essas pessoas adoeceram. [...] Então, assim, a população adoeceu mais mentalmente, o CAPS ficou lotado dessas pessoas com ansiedade, [...] os ambulatórios fecharam, então, isso dificultou. Essa demanda do ambulatório, ela foi para o CAPS [...]” **Assistente Social 04.**

“[...] não tinha grupos, não tinha o mínimo de aglomeração possível, de reuniões possíveis, as visitas domiciliares ficaram restritas do trabalho mesmo [...] a pandemia levou ao desleixo mesmo com serviço, a gente primeiro muito acomodado de não ter né que trabalhar com aquele público diariamente, depois [...] a questão do lanche né, alimentação dentro do CAPS [...] não tinha mais comida para o CAPS não [...] tinha paciente que chegava lá e estava com fome, não é certo a paciente ir só para se alimentar, mas e quando ele pedir e a gente não tinha nada.” **Assistente Social 08.**

“Bem no início da pandemia, eu por alguns problemas de saúde, tive que tá afastada. [...] E assim, a dificuldade é de muitas mudanças, muitas mudanças por conta de tudo ter que ser resolvido de forma mais remota, usando internet, usando o telefone e no serviço não ter.” **Assistente Social 10.**

Sabe-se que as medidas de prevenção e contenção da Covid-19 evidenciam a necessidade de reforçar os hábitos de higiene, mas também em evitar o contato físico e social entre as pessoas. Esses aspectos apontaram para necessidade de transformação nas relações entre as pessoas e, portanto, nas formas de trabalhos. Sobre isso, nos depoimentos, um dos aspectos ressaltados diz respeito a redução dos contatos que pudessem vir a gerar contaminação do novo coronavírus nos Centros de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, houve recomendações do Ministério da Saúde, da SESAPI e da Fundação Municipal de Saúde para suspensão dos grupos e outras atividades que pudessem gerar aglomeração, e a buscar estratégias para sua substituição, como a utilização de tecnologias digitais de comunicação e informação para manter o contato e fazer atendimento com usuários e familiares dos CAPS. No entanto, sabe-se que muitos desses sujeitos são de baixa renda, não tendo acesso a internet e/ou celular, ou não sabem manusear as tecnologias digitais.

Sobre isso, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD) de 2019, realizada pelo IBGE, sobre “Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal”, verifica-se que os domicílios que tinham microcomputadores correspondiam 40,6%, e tablet 11,3%, sendo o meio mais utilizado telefone móvel celular com 94%. Já a internet era utilizada em 82,7% dos domicílios brasileiros, tendo prevalência nas áreas urbanas e grandes do país, utilizada predominantemente por celulares e com banda larga móvel. Desse percentual, a parcela que não tinha acesso à internet as justificativas mais recorrentes eram pela falta de interesse, pelo serviço ser caro e por não saber utilizar essa tecnologia. Esses dados levam a refletir sobre a exclusão digital e os seus efeitos, sobretudo após o advento da pandemia, em que houve um crescimento significativo do uso da internet e das tecnologias.

O trabalho passou a ser cada vez mais permeado por plataformas digitais e outras formas de modernização que aumentam a exploração da força de trabalho e diminui os direitos dos trabalhadores. Exemplo disso são aparelhos celulares que antes eram vistos apenas como dispositivos privados de cunho pessoal, e atualmente são cada vez mais introduzidos no processo de trabalho. Hoje os smartphones são instrumentos quase ou até mesmo essenciais no desenvolvimento do processo de trabalho.

Além da suspensão das atividades em grupo, houve a restrição das visitas domiciliares, de forma que o trabalho nos CAPS se restringiu aos atendimentos individuais, concessão de medicamentos e, sobretudo, atendimento a pessoas em situação de crise. Isso levou a uma tendência grave de ambulatorização desses serviços.

É necessário evidenciar que diversos serviços públicos e privados suspenderam suas atividades no início da pandemia, com exceção dos considerados essenciais, como é o caso dos serviços de saúde. Apesar disso, nos questionários aplicados, 16% das (os) respondes afirmaram que os Centros de Atenção Psicossocial em que trabalham fechou ou suspendeu o atendimento ao público durante a pandemia. Esse é um dado preocupante, sobretudo, pois os próprios relatos afirmam que houve aumento de demandas nesse contexto.

Outro ponto destacado nos depoimentos diz respeito a suspensão dos serviços de alimentação nos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí com a pandemia, fato que se torna mais problemático ao se compreender a ampliação de pessoas em situação de insegurança alimentar no Brasil nos últimos anos.

De acordo com o novo “Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil”, a fome no país já atinge cerca de 33,1 milhões de pessoas, sendo as regiões mais afetadas o Norte e Nordeste intensificando as desigualdades sociais e regionais. Em média 15,5% dos domicílios estão vivendo a situação em que as pessoas não têm o que comer. O Brasil volta ao mapa da fome, a pandemia desvelou e ampliou o processo de perda de direitos da população pela ofensiva neoliberal, principalmente a parcela mais carente que vive a margem do mercado.

Os relatos dos(as) assistentes sociais também evidenciaram os adoecimentos, medo do vírus, se contaminar e/ou contaminar suas famílias, assim como a precarização do trabalho nos CAPS. Diversos estudos apontam que essa foi uma realidade observada pelos profissionais que atuaram nos serviços da saúde na pandemia de forma geral, como evidenciado a seguir:

Diante desse cenário da pandemia e alta disseminação e mortalidade, os profissionais da saúde que ficaram diretamente ligados aos pacientes infectados e envolvidos tanto no diagnóstico, tratamento e no atendimento em geral, mostrou-se com altos índices de sofrimento psíquico como medo, ansiedade, depressão, angústia, sono prejudicado e outros sentimentos relacionados ao risco à exposição do vírus. (PRADO *et al*, 2020, p. 6).

Por conseguinte, Prado *et al* ainda abordam que a saúde mental dos profissionais que atuam nos serviços de saúde estava sendo atingida também pelas longas e intensas jornadas de trabalho – nem sempre remuneradas de acordo com as horas e insalubridade – falta de descanso, a preocupação com a falta de Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs), falta de medicamentos, o medo da contaminação consigo e entes queridos, somado a isso, a ampla cobertura da imprensa sobre a pandemia.

Ainda vale destacar o aumento da fragilidade na rede de serviços, somada a falta de recursos humanos e materiais suficientes, falta até mesmo de EPIs no início da pandemia para algumas categorias profissionais, como foi elencado em um dos 31 questionários:

“Suporte da rede de apoio frágil, número de profissionais da equipe multidisciplinar insuficiente, ausência de EPIs para assistentes sociais no início da pandemia de COVID-19.” **Questionário 25.**

Observa-se que essa dificuldade está relacionada ao processo de precarização do trabalho, cujo profissional não possui os meios materiais e humanos suficientes e adequados para o desenrolar da sua atuação nos serviços.

Nessa direção, cabe destacar os dados da pesquisa “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19”, realizada pela Fiocruz apontando que a pandemia alterou a vida profissional de 95% desses trabalhadores. 50% desses profissionais admitiram excesso de trabalho com carga horária superior a 40 horas semanais. 43,2% dos respondentes ainda relatam que não se sentem protegidos sendo o que 23% abordaram como principal motivo à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs tendo até mesmo que improvisar equipamentos. 18% disseram ter medo de se contaminar no trabalho, 15% responderam que os locais de trabalho não tinha estrutura adequada para realização da atividade. Isso corrobora com a fala das (os) assistentes sociais piauienses, elencando que essa situação de precarização do trabalho foi a nível nacional.

Outra dificuldade elencada foi sobre o planejamento durante o período da pandemia, por decorrência do aumento da demanda nos serviços.

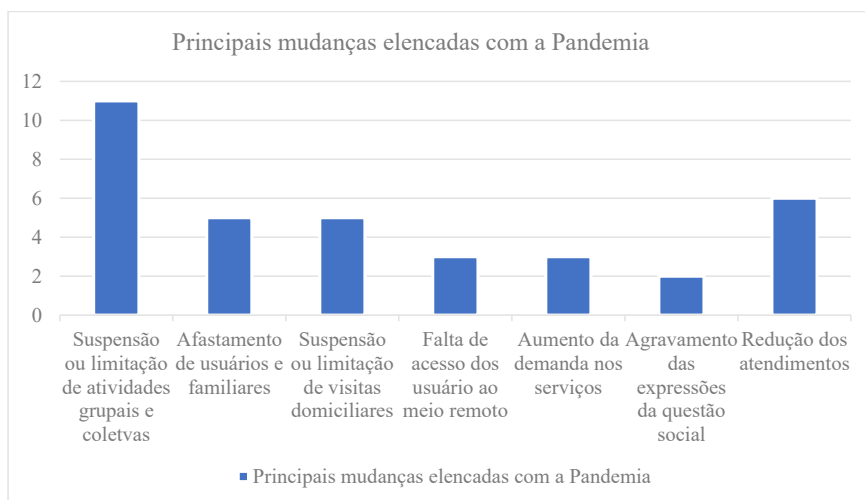
“A gente até que antes da pandemia, a gente planejava melhor a questão do trabalho. Agora durante a pandemia a gente planeja, mas nem sempre sai como o planejamento da gente por conta da demanda expressiva, da demanda que aumentou e, muitas vezes, surgem as demandas espontâneas

que a gente deixa de seguir um planejamento para ir fazer, atender aquela demanda espontânea.” **Assistente Social 03.**

A (o) assistente social 03 em sua fala aborda a questão da dificuldade de seguir o planejamento durante o período da pandemia, por decorrência do aumento da demanda nos serviços. Mas desenvolve seu trabalho com base em um planejamento das ações, mesmo que nem sempre este planejamento seja seguido por completo, já que o CAPS é um serviço dinâmico onde se chegam diversas demandas e muitas delas de forma espontânea, com isso, “o excesso de demandas postas no dia a dia para o Serviço Social, que exigem respostas imediatas, atrapalha, ou mesmo, impede uma reflexão e um planejamento do seu processo de trabalho.” (PEREIRA, 2015, p. 125). Precisa-se ter cuidado ao não executar o planejado, pois o trabalho sem o planejamento perde sua intencionalidade e passa a se configurar como ações imediatistas e rotineiras.

Em síntese, o gráfico a seguir apresenta as principais mudanças nos processos de trabalhos nos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí em decorrência da pandemia, conforme elencado pelas (os) assistentes sociais no questionário:

Gráfico 1 – Transformações no trabalho dos CAPS do Piauí com a pandemia da Covid-19



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos questionários.

Assim, grande parte das (os) respondentes afirmou que houve suspensão ou limitação das atividades grupais ou coletivas nos CAPS com a pandemia; aliado a isso, há o afastamento de usuários e familiares dos serviços, o que é preocupante em um cenário de ampliação das demandas, redução de visitas domiciliares e dos atendimentos, conforme informado pelas (os) próprias (os) profissionais.

Logo, pandemia impactou as formas de trabalho, foi-se repensado o meio de atendimento, na forma reduzida e remota. Os serviços de atendimento psiquiátrico foram e são afetados por processos precarização do trabalho e dos serviços, situação agravada pela pandemia de COVID-19. Esse momento sanitário também elevou as demandas decorrentes de sofrimento/transtorno mental tanto em trabalhadores da saúde como nas demais parcelas da população.

CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe transformações para a vida das pessoas em vários sentidos. Não foi apenas mais uma doença que entrou para o CID, foi uma virose que pressionou a mudança e reorganização nas relações interpessoais. Abarcou a questão do adoecimento, do medo e aumento dos sofrimentos psíquicos; o isolamento e a individualização das pessoas, reorganizou o mercado de trabalho ampliando o *home office* e a digitalização; modificou o cenário educacional dentre outros fatores que influenciaram as várias áreas que perpassam as sociedades.

Nesse sentido, a pandemia modificou não só os processos de trabalho de assistentes sociais que trabalham em CAPS no Piauí, mas a política de saúde mental como um todo. Houve a redução dos atendimentos e a suspensão de atividades em grupo, aumento da procura de pessoas por serviços de cuidado psicossocial e tudo isso sem, muitas vezes, a garantia de EPIs e condições sanitárias suficientes para o exercício profissional seguro.

Com isso, uma das alternativas encontrada por muitos dispositivos para a execução dos serviços na pandemia foi o trabalho digital, mas em um cenário de exclusão digital, sobretudo, para os usuários dos CAPS. As demandas nos serviços aumentaram e as dificuldades também. o medo a exposição ao vírus era constante, usuários e familiares se afastaram dos serviços prejudicando o tratamento e aumentado a possibilidade de crise, o suporte para a utilização do meio remoto nem sempre era oferecido nos dispositivos de saúde.

Logo, a política de saúde mental, representada nesse artigo pelos CAPS em suas várias modalidades no estado do Piauí, no período da pandemia de COVID-19 foi impactada diretamente, onde se observou o aumento principalmente das dificuldades diante da nova forma de ser viver imposta pela crise sanitária, o medo do adoecimento e da morte são constantes. A falta de meios e instrumentos, de estrutura adequada que já eram problemas existentes foram ampliados.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. B. de A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n4/e2020427/pt/>>. Acesso em 20 de julho. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: < <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 02 de junho. 2022.

_____. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 02 de junho. 2022.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama>>. Acesso em 30 de junho de 2022.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Continua (PNAD) de 2019 - Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal**. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101794_informativo.pdf>. Acesso em 27 de julho de 2022.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 20 junho de 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS)**. Brasília, setembro de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf>. Acesso em 11 de maio de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em 13 de maio de 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 15 de junho de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. UNA-SUS. **Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença**. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca>>. Acesso em 20 de julho de 2022.

_____. UNA-SUS. **Governo Federal lança estratégias para cuidar da saúde mental dos brasileiros**. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/governo-federal-lanca-estrategias-para-cuidar-da-saude-mental-dos-brasileiros>>. Acesso em 20 de julho de 2022.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2006, p. 1-24,

CABRAL, S. B., DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). **Anais**

do III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social.

Repositório Institucional da UFSC, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202550/Darosci_Cabral_A%20trajet%c3%b3ria%20das%20pol%c3%adticas%20de%20sa%c3%bade%20mental%20no%20Brasil.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 15 de junho de 2022.

CARDOSO, F. M. C. **Regionalização da Política de Saúde Mental no Piauí: desafios na atenção psicossocial.** Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí. Teresina, p. 174, 2016.

FIOCRUZ. Canal Saúde. **Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>>. Acesso em 27 de julho de 2022.

_____. Canal Saúde. **Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia.** Disponível em: <<https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/ministerio-da-saude-divulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-na-pandemia01102020>>. Acesso em 20 de julho de 2022.

FREITAS, M. C. V. de. Transformações, comunicações e interações digitais no contexto da pandemia COVID-19. **Boletim do Arquivo da Universidade de Coimbra**, n. extra 1, p. 131-150, 2022. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/100064/1/11031-Texto_do_Artigo-47181-1-10-20220228.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2022.

GUIMARÃES, S. S. M. L.; DAOU, S. Z. Divisão sexual trabalho, trabalho reprodutivo e as assimetrias de gênero na pandemia da Covid-19. **Revista Direito e Sexualidade**, v. 2, n. 1, 2021, p. 110-133. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/view/42979/24774>>. Acesso em 13 de junho de 2022.

GUIMARÃES, T. de A. A. **A participação social na política de álcool e outras drogas no contexto piauiense no período de 2005 a 2019: relação de forças, consensos e tensionamentos.** Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí. Teresina, p. 309, 2020.

LIMA, M. J. G. **A prática do assistente social na área da saúde Mental:** uma análise centrada na cidadania dos usuários. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí. Teresina, p. 239, 2004.

MOURA, J. A. **A Implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina:** desvelando atores e processos. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Piauí. Teresina, p. 138, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: **Scientific brief**. 2022. Disponível em: < https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1>. Acesso em 20 de julho de 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo**. Disponível em: < [OXFAM BRASIL. **Fome avança no Brasil em 2022 e atinge 33,1 milhões de pessoas**. Disponível em: < <https://www.oxfam.org.br/noticias/fome-avanca-no-brasil-em-2022-e-atinge-331-milhoes-de-pessoas/>>. Acesso em 27 de julho de 2022.](https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).> . Acesso em 22 de julho de 2022.</p></div><div data-bbox=)

PEREIRA, S. L. B. **O Processo de trabalho do assistente social na saúde mental:** um estudo nos CAPSs do município de Teresina-Piauí. 2015. 248 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.

PIAUI. **Lei Complementar nº 87 de 22 de agosto de 2007**. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Disponível em: < <http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/ato/13144>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

_____. **Lei nº 6.967 de 03 de abril de 2017**. Altera a lei complementar de 22 de agosto de 2007, que estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do estado do Piauí e dá outras Providências Disponível em: < http://www.seplan.pi.gov.br/download/201905/SEP03_8d4698d08e.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

_____. Portal da Saúde. **Projeto Minutos pela Vida leva atendimento psicológico de qualidade à população**. Disponível em: < <http://www.saude.pi.gov.br/minutos-pela-vida>>. Acesso em 22 de julho de 2022.

_____. Portal da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em:< <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/rede-psicossocial>>. Acesso em 13 mai. 2022.

PRADO, A. D. *et al*. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, 2020. Disponível em: < <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4128>>. Acesso em 20 de julho de 2022.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

ROSA, L. C. S. Perfil e desafios dos assistentes sociais que atuam na assistência psiquiátrica no Piauí. In: ROSA, L. C. S. (Org.) *et al*. **Saúde mental e assistência social: tecendo a rede de experiência no Piauí**. Teresina: Edufpi, 2008b, p. 13-32.

_____.; GUIMARÃES, T. A. A. Política Estadual sobre drogas no Piauí. In: GUIMARÃES, T. A. A. *et al* (org.). **Redução de vulnerabilidades associadas ao consumo de spa: ferramentas para compreensão e ação**. Teresina: Edufpi, 2017, p.16-28.

SOBRE AS AUTORAS E AUTORES

Adriana Lima Barros:

Assistente Social, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas (UFPI). E-mail: adrianalima.barros@gmail.com

Alba Maria Pinho de Carvalho:

Possui Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA(1973), Mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC(1982) e Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC(1999). Desenvolveu o Pós-doutorado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra CES/UA Portugal. Atualmente é professora Associada I da Universidade Federal do Ceará, atuando principalmente nos seguintes temas: Mundialização do Capital em Tempos de Ajuste; Transformações na América Latina; Emancipação Social no Século XXI; Brasil Contemporâneo; Estado e Políticas Públicas; Democracia; Política de Assistência Social; Avaliação de Políticas Públicas; Epistemologia e Metodologia das Ciências Sociais.

Albany Mendonça Silva:

Professora da graduação e pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Graduada em Serviço Social e mestre em Educação pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e pós-doutora pela UFS. Vice- Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa Trabalho, Formação Profissional e Serviço Social, certificado pelo CNPq; albanyms@gmail.com

Ana Benedita Meneses de Carvalho Coelho:

Mestrando em Políticas Públicas (UFPI). Possui graduação em Licenciatura Plena em Pedagogia e Bacharelado em Direito pelo Instituto Camilo Filho. E-mail : anacoelho12306@hotmail.com

Ana Vitória de Sousa Silva:

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Políticas públicas pela Universidade Federal do Piauí (PPGPP/UFPI). Graduada em Serviço Social pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA) Email: anavi300@outlook.com

Andréa Alice Rodrigues Silva:

Professora da graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Graduada em Serviço Social. Mestre e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Vice-presidente Regional da ABEPSS 2022-2024. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa Trabalho, Formação Profissional e Serviço Social, certificado pelo CNPq; andreaalice@ufrb.edu.br

Annova Míriam Ferreira Carneiro:

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão (1996), mestrado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (2003), doutorado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (2010), pós-doutorado em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará - UFC (2020) . É pesquisadora do Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza (GAEPP - (1997). É professora associada do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Maranhão (2011). Desenvolve estudos principalmente sobre as seguintes temáticas: pobreza, política de assistência social, SUAS, município, direitos, políticas públicas.

Dalila Pereira Machado:

Discente do curso de graduação no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí- UFPI. E-mail: dalilamachado4@gmail.com

Dannylo Cavalcante Alves:

Mestrando em Políticas Públicas (UFPI). Especialista em Família e Políticas Públicas (UNIFSA). Bacharel em Serviço Social (UFPI). Assistente

Social da Prefeitura de Teresina (PMT). Integrante do Grupo de Estudos em Políticas de Seguridade Social e Serviço Social (GEPSS). e-mail: cavalcantedannylo@gmail.com / dannylocavalcante@ufpi.edu.br

Dhania Vitória de Carvalho Silva:

Universidade Federal do Piauí – UFPI; Discente do Curso de Serviço Social.

Edna Maria Goulart Joazeiro:

Professora Adjunta, docente e pesquisadora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, UFPI. Pós-doutorado em Serviço Social pela PUC-SP. Doutora e mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. E-mail: emgoulart@uol.com.br.

Elaine Ferreira do Nascimento:

Coordenadora adjunta da Fiocruz do Piauí e Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Políticas públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutora em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ Email: negraelaine@gmail.com

Eliana Lizet Jacobo Mendoza:

Mestranda em Políticas Públicas (UFPI). Mestranda em Gênero e Desenvolvimento (UNMSM). Historiadora pela UNMSM. Email: elianalizetjm@gmail.com

Elis Rejane Silva Oliveira:

Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Técnica em Assuntos Educacionais na Universidade Federal do Piauí. e-mail: elisrejane@ufpi.edu.br, telefone: (86) 99977-9243.

Felipe Cardoso Rodrigues Vieira:

Farmacêutico e graduando em Direito, Analista Judiciário do TJ-PI, Mestrando em Políticas Públicas do PPGPP – UFPI, membro do Grupo de Estudos em Políticas de Seguridade Social e Serviço Social – GEPSS/UFPI. E-mail: felipecrv@hotmail.com

Guiomar de Oliveira Passos:

Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília e professora na Universidade Federal do Piauí, no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e no Departamento de Serviço Social. e-mail: guiomar@ufpi.edu.br. Telefone: (86) 99977-2879.

Indira Aragão:

Assistente social e discente em nível de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Iracilda Alves Braga:

Professora Adjunta do Curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI. Doutora em Serviço Social (UFPE). Mestre em Políticas Públicas (UFPI). Bacharel em Serviço Social (UFPI). Líder do Grupo de Estudos em Políticas de Seguridade Social e Serviço Social – GEPSS/UFPI e do Núcleo de Estudos da Família – NEF/UNIFESP. E-mail: iracildabraga@ufpi.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2533-4205>

Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger:

Doutora em Políticas Públicas (UFPI), Mestre em Políticas Públicas (UFPI), Especialista em Administração em Recursos Humanos (UFPI). Assistente Social. Experiência profissional - execução, gestão e avaliação de serviços, programas e políticas públicas. Docente em cursos de graduação e pós-graduação (latu e stricto sensu). Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade - UESPI. Email: izabel_herika@hotmail.com

Jocelma Alves Moreira:

Pós-Graduada em Docência do Ensino Superior pela Faculdade SENAC-DF (2018). Possui MBA em Gestão Estratégica de Pessoas pela FGV (2015). Graduada em Serviço Social pela Universidade Católica de Brasília UCB (2011).

Jovina Moreira Sérvulo Rodrigues:

Assistente social especialista em saúde pública pela Universidade de Ribeirão Preto, mestra e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: jovinamsr@gmail.com

Laisla Shirley Rodrigues Maranhão:

Doutoranda em Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí - UFPI (2014). Mestre em Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí - UFPI (2018). Estuda principalmente os seguintes temas: Transtorno Mental. Reforma Psiquiátrica. Cuidado Humanizado em Saúde. Saúde Coletiva. Saúde Mental. Trabalho. CAPS. Serviço Social. Estado. Sociedade e Políticas Públicas.

Lucélia de Oliveira Silva:

Mestre em Políticas Públicas (UFPI). Especialista em Família e Políticas Públicas (UNIFSA). Especialista em Gestão Pública Municipal (UFMA). Bacharel em Serviço Social (UFPI). Assistente Social da Prefeitura Municipal de Teresina (PMT). Integrante do Grupo de Estudos em Políticas de Seguridade Social e Serviço Social (GEPSS). e-mail: lucelia_silva23@hotmail.com

Lúcia Cristina dos Santos Rosa:

Graduada pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba (1985). Especialista em Educação - área de concentração Ensino pela Universidade Federal do Piauí (1989). Especialista em Saúde Mental pela UFRJ (2005). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (1994). Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2001). Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001). De 2011 a 2012 foi vice- presidente da Regional Norte da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Membro suplente da Diretoria do Conselho Regional de Serviço Social 22ª Região. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, reforma psiquiátrica, família, políticas públicas e assistência psiquiátrica. Pós doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp (2012). Líder do diretório CNPq Saúde Mental. Bolsista Produtividade CNPq PQ2. e.mail. luciacrosa@ufpi.edu.br

Lúcia da Silva Vilarinho:

Doutora docente do departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí- UFPI. E-mail: luvilarinho@uol.com.br

Lúcia Maria Aquino de Queiroz:

Professora da graduação e mestrado em Serviço Social da UFRB. Graduada em Economia. Mestre em Administração pela UFBA, Doutora em Planejamento Regional e Desenvolvimento Territorial pela Universidade de Barcelona e Pós-doutora em Economia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa Trabalho, Formação Profissional e Serviço Social, certificado pelo CNPq; luciamaqueiroz@ufrb.edu.br

Ludymyla Soares Coelho:

Discente do curso de graduação no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí- UFPI. E-mail: ludymylasc18@gmail.com

Márcia Helena Ferreira da Silva:

Mestranda em Políticas Públicas (UFPI). Especialista em Saúde para preceptores do SUS. Membro da equipe de cuidados paliativos do HUUFPI. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Assistência em Cuidados Intensivos do HUUFPI. Assistente Social do Hospital Universitário (PI). Email: marciahelenathe@hotmail.com

Maria de Fátima de Moura Porto dos Santos:

Assistente Social, funcionária pública do SUAS. Formada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) no período de 2015 a 2018, na qual participou do Programa de Educação para o Trabalho do Ministério da Saúde - PET-SAÚDE GRADUASUS UFPI/FMS THE - onde neste, os cenários de prática na área de Serviço Social, eram um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II e um Hospital da rede pública do município de Teresina, como também foi estagiária no Hospital de Urgência de Teresina Profº Zenon Rocha ? HUT. Ainda participou do Programa de Educação Tutorial ? PET INTEGRAÇÃO UFPI, desenvolvendo atividades na área de gênero (violência contra mulher); e do Programa Terceira Idade em Ação - PTIA UFPI, no campo do idoso e do envelhecimento. Fez Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas na UFPI (2020-2022) e participa do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Políticas Públicas e Saúde Mental (PPSAM/UFPI/CNPq).

Maria Dione Carvalho de Moraes:

Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais da UFPI. Docente nos programas de pós-graduação de mestrado e doutorado em Políticas Públicas e Sociologia (Mestrado). Email: mardiocm@gmail.com

Maria do Socorro Sousa de Araújo:

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão (1993), Mestrado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (2001), Doutorado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (2007) e Pós-doutorado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (2021). Atualmente é professora da Universidade Federal do Maranhão, lotada no Departamento de Serviço Social, integrante do quadro de professores permanentes do Programa de Pós-Graduação em Políticas/ UFMA; e do curso de Graduação em Serviço Social/UFMA. Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas PPGPP/UFMA no período 2022/2024. Coordenadora da Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas (2015-2017). Coordenadora Geral de duas edições da Jornada Internacional de Políticas Públicas (2015 e 2017). Coordenadora Científica de duas edições da Jornada Internacional de Políticas Públicas (2017 e 2019). É organizadora dos seguintes livros: POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEBATE: EDUFMA, 2021 (Ebook); e POLÍTICAS PÚBLICAS: temas e questões afins: EDUFMA, 2018; autora do livro FOME DE PÃO E DE BELEZA: pobreza, filantropia e direitos sociais: EDUFMA, 2009; e de capítulo dos seguintes livros: POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEBATE; O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS) NO NORTE E NORDESTE realidade e especificidades. Cortez (2019); POLÍTICAS PÚBLICAS: temas e questões afins, 2018; CADERNOS DO PATRIMÔNIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA: instituições, trajetórias e valores: Museu de Astronomia e ciências afins, 2017; POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL e temas correlatos: Papel Social, 2016; A GESTÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL EM DEBATE (Ebook): CCTA, 2016, e de vários outros, assim como de vários artigos publicados em Periódicos Nacionais. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: pobreza, velhice, serviço social, representações sociais, juventude(s), estado multicultural e políticas públicas e Política de Assistência Social.

Marianne dos Santos Pereira:

Assistente Social, Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) - UESPI. E-mail: marianne.dossantosp@gmail.com

Mauricéia Ligia Neves da Costa Carneiro:

Universidade Federal do Piauí – UFPI; Profa. Dra. do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas

da UFPI. Membro do GEPSS/UFPI e NEF/UNIFESP; ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1074-9048>. E-mail: mnevesdacosta@ufpi.edu.br.

Nayara de Holanda Vieira:

Assistente Social e Doutoranda no Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Membro e pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Seguridade Social e Serviço Social (GEPSS). E-mail: nayahol@gmail.com.

Nayrana Kelly de Sousa Araújo:

Assistente Social Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Possui especialização em Família e Políticas Públicas pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA). E-mail: nayranaaraujo@gmail.com

Sâmia Luiza Coêlho da Silva:

Assistente Social - UFPI, Especialista em Gestão Social- FAR, Mestre e Doutora em Políticas Públicas - UFPI, Preceptora de Serviço Social no Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade - UESPI. E-mail: samialuiza@hotmail.com

Scarlet Barros Batista Soares:

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial (2010) e pós-graduação em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Tecnologia Internacional - FATEC (2010). Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí - UFPI. Atualmente é enfermeira do Hospital Regional do Gama - DF.

Sofia Laurentino Barbosa Pereira:

Assistente social. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Docente Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e do Departamento de Serviço Social da UFPI.

Tatiana Maria Almeida Saiki:

Mestra em Políticas Públicas (UFPI). Especialista em Finanças Públicas (UFPI). Especialista em Direito Tributário (UECE). Bacharel em Ciências Contábeis (UFPI). Auditora de Controle Externo do Tribunal de Contas do Estado do Piauí (TCE-PI). Membro do Observatório do Fundo Público na UFDPAr. e-mail: tatiana.interage@gmail.com

Teresa Cristina Moura Costa:

Possui Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2017), Mestrado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (2012), Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (2000). Atualmente é Professora Adjunta A da Universidade Federal do Piauí, vinculada ao Departamento de Serviço Social e ao Programa de Pós - Graduação em Políticas Públicas e coordena o Projeto Direito e Cidadania no âmbito do Programa de Extensão Universitária para Pessoas Idosas - PTIA/UFPI. Atuou como assistente social nas funções de execução, assessoramento e gestão na Política de Assistência Social no município de Teresina (PI), no Sistema Penitenciário do Estado do Piauí e na docência do ensino superior em instituições privadas do município. Tem experiência em políticas públicas e na docência, atuando principalmente nos seguintes temas: Estado, Política Social, Proteção Social, Política de Assistência Social, Gestão e Avaliação de Políticas Públicas. E-mail: tcmcosta@ufpi.edu.br

Vicente de Paula Faleiros:

Possui graduação em Direito pela Faculdade de Direito de Franca - SP(1966), graduação em Serviço Social pela Universidade de Ribeirão Preto (1966), especialização em planejamento pela UnB e pelo IRFED-Institut de Recherches en Développement (Paris), doutorado (PhD) pela Université de Montreal (1984) e pós-doutorados pela EHESS - Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais- Paris (1991) e Université de Montréal (1996). Especialista em Gerontologia pela SBGG- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. É professor titular aposentado e professor emérito da Universidade de Brasília e ex-professor das seguintes universidades: Católica de Valparaíso-Chile, Laval (Québec), Federal de João Pessoa e Católica de Brasília.Conferencista e palestrante. Tem pesquisas e publicações nas áreas de políticas sociais, serviço social, cidadania, criança e adolescente, saúde pública, saúde mental, violência, velhice/gerontologia, representações sociais. Pesquisador 1-A do CNPq e da FAP-DF.



Esta obra assume uma relevância incontestável ao reconhecer a importância primordial da proteção social e das políticas públicas na construção de uma sociedade justa e igualitária. Ao compreender que tais elementos representam pilares fundamentais, ela se propõe a analisar de maneira aprofundada e crítica os impactos da pandemia no contexto brasileiro. Seu objetivo é contribuir para uma reflexão mais ampla sobre a importância dessas questões, assegurando que todos os cidadãos tenham acesso aos direitos e às condições necessárias para uma vida digna.

Ana Rojas

