



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**MARIA EDUARDA DA SILVA SANTOS
MARIA EDUARDA RODRIGUES DOS SANTOS**

**CONTRARREFORMA NA SAÚDE E CRISE SANITÁRIA: DESAFIOS À ATUAÇÃO
DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER**

RECIFE - PE

2022

MARIA EDUARDA DA SILVA SANTOS
MARIA EDUARDA RODRIGUES DOS SANTOS

**CONTRARREFORMA NA SAÚDE E CRISE SANITÁRIA: DESAFIOS À ATUAÇÃO
DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Pernambuco como
requisito final para obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social, sob orientação da Prof.^a Dra
Raquel Cavalcante Soares

Orientadora: Raquel Cavalcante Soares

RECIFE - PE

2022

MARIA EDUARDA DA SILVA SANTOS
MARIA EDUARDA RODRIGUES DOS SANTOS

**CONTRARREFORMA NA SAÚDE E CRISE SANITÁRIA: DESAFIOS À ATUAÇÃO
DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Pernambuco como requisito final
para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob
orientação da Prof.a Dr.a Raquel Cavalcante Soares

Aprovado em: 08 de novembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Raquel Cavalcante Soares (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

RECIFE - PE

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santos, Maria Eduarda da Silva.

Contrarreforma Na Saúde E Crise Sanitária: Desafios À Atuação De
Assistentes Sociais Na Assistência À Saúde Da Mulher / Maria Eduarda da
Silva Santos, Maria Eduarda Rodrigues dos Santos. - Recife, 2022.

67, tab.

Orientador(a): Raquel Cavalcante Soares

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2022.

1. Política de saúde no Brasil. 2. Política de Saúde da mulher. 3. Desafios e
estratégias do Serviço Social na assistência a saúde da mulher no contexto
pandêmico. I. Santos, Maria Eduarda Rodrigues dos. II. Soares, Raquel
Cavalcante . (Orientação). III. Título.

360 CDD (22.ed.)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, a nossa mãe Maria Santíssima e ao Espírito Santo que sempre me guiaram e estiveram comigo em cada momento e nunca me desampararam. Obrigada por tanta força e coragem para enfrentar os desafios e me acalmar em meio às tempestades.

Agradeço aos meus pais, Ronaldo Batista e Maria José, por todo apoio que sempre me deram, e por lutarem todos os dias pelo nosso futuro, para que tanto eu quanto Giuliana tivéssemos uma boa educação. Eu honrarei cada batalha travada por eles para que eu chegasse até aqui, sem eles, não estaria celebrando este momento. Essa vitória também é de vocês.

Agradeço também a minha irmã, Maria Giuliana, que é o meu maior orgulho. Obrigada por acreditar no meu potencial quando nem eu mesma acreditava. O seu apoio foi essencial para que eu chegasse até aqui. Amo você!

Ao meu namorado, Thulio Matheus, que esteve ao meu lado nessa jornada, caminhando lado a lado, sendo meu ponto de paz em meio a tantas tempestades, sempre acreditando em mim e me apoiando, te amo, muito obrigada.

A minha avó materna, Rita Maria da Silva, que sempre foi meu maior espelho por ser sinônimo de determinação e resiliência, que me deu maior força e vibrou comigo desde o momento que descobri que tinha sido aprovada na Universidade. E a minha avó paterna, Anna Maria dos Santos Silva (in memoriam) que sempre quis ver a nossa felicidade durante o pouco tempo que ficou entre nós, e eu tenho certeza de que onde estiver, está muito feliz com o que vem acontecendo em minha vida e a mulher que venho me tornando. Eternas saudades.

Também quero agradecer a minha dupla, Maria Eduarda Rodrigues, a quem eu conheci desde o 1º dia da faculdade, compartilhei momentos incríveis e dividi os percalços da vida na Universidade Federal. Gratidão pela amizade, cumplicidade e parceria. Como também a nossa orientadora, Raquel Soares, pelo compromisso e dedicação em todo o processo de orientação. E a Delaine, por ter aceito fazer parte da banca examinadora, dedicando seu tempo e atenção ao nosso estudo. (Desde quando ainda estávamos pensando qual seria a temática). Gratidão.

Maria Eduarda da Silva Santos

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pela minha vida e por me permitir a conquista de mais esta etapa. Gratidão por seu amor eterno e proteção, por me amparar e me ter feito ver o caminho, nos momentos em que pensei em desistir.

Agradeço à minha família, meus pais, Joseane Rodrigues e José Luiz, pela vida, educação e apoio incondicional que me foi dado na minha trajetória. Reconheço a história que os trouxeram até aqui e sempre honrarei cada parte dela no meu coração. À minha irmã, Maria Heloiza, pessoa de fundamental importância na minha vida. Sua maneira de lidar com as situações me encoraja a encontrar a forma de ser melhor para mim mesma. Gratidão eterna por todo o suporte, sem vocês jamais celebraria esse momento. Essa conquista é nossa.

Ao meu namorado, Mozart Costa, gratidão por todo apoio, carinho e incessante compreensão nessa trajetória. Seu incentivo, suporte e cuidado foram essenciais. Obrigada.

Agradeço aos familiares e amigos que vibram comigo as conquistas e realizações da minha vida. Em especial minha grande amiga Ana Cláudia, “a minha pessoa”, que sempre esteve lado a lado. Aninha, você é um exemplo e sua amizade também é essencial para a minha trajetória. Gratidão.

Gostaria de expressar minha imensa gratidão à minha dupla, Maria Eduarda da Silva. Uma pessoa incrível que tive a honra de partilhar a vida na Universidade desde o primeiro dia de aula. Duda, sou grata à você pela parceria, apoio e compreensão durante todos os momentos felizes e difíceis que dividimos. Você é incrível e eu desejo as melhores coisas para a sua jornada.

Agradeço a nossa orientadora, Raquel Soares, que demonstrou confiança no nosso trabalho desde o primeiro momento, sempre disposta a nos ajudar com as dúvidas e anseios. Professora, minha imensa gratidão e admiração pelo seu trabalho e dedicação. Obrigada.

Agradeço também à Professora Delaine Melo, por aceitar fazer parte da banca examinadora deste trabalho, dedicando seu tempo para o nosso estudo, bem como por toda atenção dada desde a nossa busca pela temática. Delaine, sou grata pela honra de ter trilhado uma parte da minha vida acadêmica com você. Todo o meu carinho e admiração por sua vida e seu trabalho, a experiência da orientação de estágio ao seu lado ficará para sempre em meu coração. Gratidão.

Maria Eduarda Rodrigues

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

(José de Alencar)

RESUMO

Este trabalho deu visibilidade à importância do profissional do Serviço Social que atua na área da Saúde e os desafios vivenciados em tempos de pandemia do covid-19, buscando compreender a questão do acesso aos direitos sociais das mulheres gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade social usuárias dos serviços de saúde da mulher do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da pandemia do covid-19. Destacando a importância da documentação no cotidiano do trabalho do Assistente Social no serviço hospitalar como possibilidade de sistematização de informações que permitirão a avaliação das ações desenvolvidas e consequente melhora nos serviços prestados às mulheres gestantes e puérperas. O trabalho teve como referencial o método dialético e utilizou-se da abordagem qualitativa. Quanto ao procedimento operativo para coleta de dados da pesquisa, no que diz respeito ao procedimento do levantamento bibliográfico, realizou-se pesquisas para seleção de artigos científicos que correspondem ao tema e ao contexto explorado neste trabalho foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais, como leituras de livros, revistas científicas, artigos, teses e informativos do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Teve como objetivo geral discutir a atuação do profissional do Serviço Social na assistência à saúde da mulher na pandemia. Para tanto, executa a contextualização da política de saúde e os direitos das usuárias do SUS, mais especificamente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, enfatizando as ações direcionadas às mulheres gestantes e puérperas e suas particularidades no contexto da covid-19, além de discutir os desafios bem como as estratégias de atuação profissional do Serviço Social na assistência à saúde das mulheres gestantes e puérperas em contexto de pandemia e contrarreforma.

Palavras-Chave: Serviço Social. Saúde da Mulher. Covid-19.

ABSTRACT

This work gave visibility to the importance of the Social Work professional who works in the area of Health and the challenges experienced in times of the covid-19 pandemic, seeking to understand the issue of access to social rights of pregnant and postpartum women in situations of social vulnerability users of women's health services of the Unified Health System (SUS), in the context of the covid-19 pandemic. Highlighting the importance of documentation in the daily work of the Social Worker in hospital services as a possibility of systematization of information that will allow the evaluation of the actions developed and consequent improvement in the services provided to pregnant and postpartum women. The work was based on the dialectical method and used a qualitative approach. As for the operative procedure for data collection of the research, regarding the bibliographic survey procedure, research was carried out to select scientific articles that corresponded to the theme and context explored in this work. Bibliographic and documental research was carried out, such as the reading of books, scientific journals, articles, theses, and reports from the Federal Council of Social Service (CFESS). The general objective was to discuss the performance of the Social Service professional in the assistance to women's health in the pandemic. To do so, the contextualization of the health policy and the rights of users of SUS was performed, more specifically the National Policy of Integral Attention to Women's Health, emphasizing the actions directed to pregnant and postpartum women and their particularities in the context of covid-19, in addition to discussing the challenges as well as the strategies of professional performance of Social Service in health care for pregnant and postpartum women in the context of pandemic and counter-reform.

Keywords: Social Service. Women's Health. Covid-19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Desafios, demandas e estratégias do Serviço Social perante a pandemia Covid-19 na assistência a mulheres gestantes e puérperas	51
---	----

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- ABESS Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
- ANAS Associação Nacional de Assistentes Sociais
- ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
- CAPs Caixas de Aposentadoria e Pensões
- CF 88 Constituição Federal de 1988
- CFESS Conselho Federal de Serviço Social
- CRESS Conselho Regional de Serviço Social
- DRU Desvinculação de Receitas da União
- DST Doença Sexualmente Transmissíveis
- EC 95 Emenda Constitucional 95
- ECA Estatuto da Criança e do Adolescente
- ESF Estratégia Saúde da Família
- FHC Fernando Henrique Cardoso
- IAPs Institutos de Aposentadoria e Pensões
- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS Instituto Nacional de Previdência Social
- LOAS Lei Orgânica da Assistência Social
- LOS Lei Orgânica da Saúde
- MARE Ministério da Administração e Reforma do Estado
- NOB 96 Norma operacional básica de 1996
- OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

PDRE Plano Diretor da Reforma do Estado

PEC Proposta de Emenda à Constituição

PIB Produto Interno Bruto

PL Partido Liberal

PMDB Partido Movimento Democrático Brasileiro

PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNS Política Nacional de Saúde

PSF Programa Saúde da Família

PSL Partido Social Liberal

PT Partido dos Trabalhadores

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA, AVANÇOS E DESAFIOS.....	15
2.1 A CONQUISTA DO DIREITO À SAÚDE	15
2.2 A CONTRARREFORMA NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	20
2.3 ULTRANEOLIBERALISMO, NEOCONSERVADORISMO, NEOFASCISMO NO BRASIL	26
2.4 PANDEMIA DE COVID-19: DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, VULNERABILIDADE SOCIAL E CRISE SANITÁRIA NO BRASIL	30
3 POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER	34
3.1 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) E AS CONTRADIÇÕES DA POLÍTICA NO PERÍODO PANDÊMICO	35
3.2 MULHERES E AGUDIZAÇÃO DO PAUPERISMO FEMININO NA PANDEMIA DA COVID-19	41
4 DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DO SERVIÇO SOCIAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO PANDÊMICO	45
4.1 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E PARTICULARIDADES NA ASSISTÊNCIA A MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS	46
4.2 DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ASSISTÊNCIA A MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS NO PERÍODO PANDÊMICO	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
6 REFERÊNCIAS	61

1. INTRODUÇÃO

A covid-19 é uma doença respiratória aguda causada pelo vírus (SARS-COV-2), que surgiu na China em dezembro de 2019. No Brasil, o seu primeiro caso foi registrado em fevereiro de 2020 e em 11 de março deste mesmo ano, a covid-19 foi caracterizada pela Organização Mundial da Saúde como uma pandemia. Foi possível compreender a partir da primeira morte registrada em decorrência do covid-19, que em alguns indivíduos, como os idosos e os portadores de comorbidades (pessoas imunodeficientes e/ou com doenças crônicas e graves), a doença se manifesta de maneiras distintas, podendo ter o seu quadro clínico agravado, em alguns casos levando o indivíduo à óbito.

Com o passar do tempo, devido ao risco de morbimortalidade, o Ministério da Saúde também classificou as mulheres gestantes e puérperas, nas duas primeiras semanas após o parto, como grupo de risco para agravamento do quadro da covid-19. (BRASIL, 2020).

Sob esse prisma, optamos por desenvolver a presente monografia na área da saúde por questões de interesse e aproximação pessoal com a temática desde o início da graduação. Sendo este atenuado a partir da realização de projetos de extensão e estágio curricular obrigatório, de uma das autoras, na instituição Hospital das Clínicas de Pernambuco - UFPE. Como também, somado ao fato do interesse mútuo a respeito das questões que perpassam a saúde reprodutiva na pandemia por covid-19, observando como uma pauta de grande relevância para o campo social, profissional e acadêmico.

Nesse sentido, em consideração a isso e diante do contexto pandêmico vivenciado no Brasil, o presente trabalho se dedicou a compreensão e reflexão sobre os principais desafios e as estratégias adotadas pelos profissionais de Serviço Social a fim de garantir a assistência à saúde das mulheres gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade social usuárias dos serviços de saúde da mulher do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto da pandemia do covid-19.

Para tanto, tem como objetivo geral, discutir a atuação do profissional do Serviço Social na assistência à saúde da mulher no âmbito hospitalar, diante do contexto pandêmico do covid-19. Dentre os objetivos específicos, destacam-se a importância de debater a Política de Saúde da Mulher e as ações direcionadas às mulheres gestantes e puérperas e suas particularidades no contexto da covid-19, além de discutir os desafios bem como as estratégias de atuação

profissional do Serviço Social na assistência à saúde das mulheres gestantes e puérperas em contexto de pandemia e contrarreforma.

Diante disso, a presente monografia foi desenvolvida mediante 4 (quatro) capítulos. No 1º capítulo apresentamos uma breve introdução sobre a história da política de saúde no Brasil e o processo de contrarreforma neoliberal, contextualizando com os impactos das contrarreformas na saúde, destacando a Reforma Sanitária e a repercussão das ações dos governos ultraneoliberais de Michel Temer e Jair Bolsonaro em meio à crise sanitária vivenciada pela pandemia de covid-19.

No capítulo seguinte, discutimos as desigualdades de gênero e a política da saúde da mulher refletindo acerca do significado do PAISM para a dinâmica da saúde reprodutiva no Brasil, bem como sobre os limites, possibilidades e entraves enfrentados pelo programa concomitantemente à pandemia

Por fim, seguidamente, conduzimos a discussão para a atuação do Serviço Social inserido como profissional ativo na linha de frente à pandemia, diante dos desafios enfrentados perante a pandemia, como também as estratégias adotadas pelos(as) assistentes sociais na assistência à saúde das mulheres e gestantes puérperas no âmbito hospitalar, diante do contexto pandêmico do covid-19.

Diante do exposto, o estudo teve como referencial o método dialético, pois este método fornece bases para uma interpretação dinâmica e total da realidade. Dessa forma, entende-se que os fatos sociais não podem ser compreendidos de maneira isolada, pois eles são influenciados por questões políticas, econômicas e culturais, que estão imersas na sociedade capitalista (PRODANOV E FREITAS, 2013). Segundo o autor Lukács (1981), esse método permite ir além dos fenômenos aparentes da sociedade capitalista, apreendendo assim a essência dos processos ligados às relações entre indivíduos sociais.

A abordagem utilizada foi a qualitativa, posto que não foca nos dados numéricos, e sim nas experiências do sujeito, evidenciando subjetividades e percepções, de acordo com Minayo (2002, p. 22), trata-se de um:

Universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2002, p.21-22)

Assim, com a finalidade de atingir os objetivos da pesquisa, foi utilizado o levantamento de dados a partir de documentações com a análise de determinantes sociais, crenças, motivos e

valores, uma vez que há preocupação em identificar os fatores que contribuem para a ocorrência do neoconservadorismo, caracterizando esta pesquisa como explicativa.

Quanto ao procedimento operativo para coleta de dados da pesquisa, foi realizado através de pesquisas bibliográficas e documentais, como leituras de livros, revistas científicas, artigos, teses e informativos do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) . Cabe destacar que do ponto de vista metodológico, se entende como pesquisa bibliográfica a que é formada a partir de materiais já publicados, e como pesquisa documental a que se utiliza de materiais elaborados que não receberam tratamento analítico (PRODANOV E FREITAS, 2013).

Dessa forma, a fim de possibilitar a compreensão dos desafios e demandas da atuação profissional do Serviço Social diante da conjuntura pandêmica, inicialmente, no que diz respeito ao procedimento do levantamento bibliográfico, realizou-se pesquisas para seleção de artigos científicos que correspondem ao tema e ao contexto explorado neste trabalho. Para tanto, foi determinada a realização de buscas no Google Acadêmico na plataforma de artigos (SciELO), através do uso de palavras chaves pertinentes ao tema (Serviço Social; Pandemia; Saúde da Mulher e Gestantes) a fim de obter um apanhado geral dos artigos que viessem a contribuir para a construção da reflexão sobre a temática. Em seguida, durante a leitura dos 30 artigos encontrados, foi possível selecionar e definir 4 artigos como corpus bibliográfico que resultou na construção do Quadro 1, apontado no capítulo 4.

Sendo assim, este trabalho foi pautado em uma pesquisa teórico-reflexiva, de natureza exploratória, onde trabalhamos em específico o levantamento bibliográfico e documental, a partir de documentos de domínio público. Apresentando, desta forma, um caráter múltiplo no que se refere a sua natureza, por se tratar de uma pesquisa que abarca diferentes características elencadas em dois principais itens: documental e bibliográfica.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRIA, AVANÇOS E DESAFIOS

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde os seus processos iniciais de formulação e consolidação, vem sofrendo diversos ataques característicos dos desmontes da contrarreforma. (SOARES, 2010). Entretanto, a partir da EC-95/2016 consolidada no governo de Michel Temer, os encaminhamentos para o desfinanciamento da política de saúde pública se evidenciam, sendo esse fato perpetuado no governo de Jair Bolsonaro (2019-2022). Tais desmontes consternam incisivamente na possibilidade de atendimento efetivo e de qualidade nos serviços de nível terciário de atenção à saúde.

Portanto, neste capítulo será abordada sobre a história da Política de Saúde no Brasil e o processo de contrarreforma neoliberal. Contextualizando também os impactos das contrarreformas na saúde, e a repercussão das ações dos governos ultraneoliberais de Michel Temer e Jair Bolsonaro em meio à crise sanitária vivenciada pela pandemia de COVID-19.

2.1 A CONQUISTA DO DIREITO À SAÚDE

Com base nos aspectos históricos vivenciados pelo Brasil, as conquistas no campo do direito à saúde foram concebidas através de muita resistência política, social, cultural e econômica, que inclusive, perduram na contemporaneidade. De acordo com Bravo (2009), a saúde brasileira no século XVIII estava atrelada à assistência médica voltada à filantropia e à prática liberal. Entretanto, no século XIX, devido a transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram em torno da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Porém, nos últimos anos do século, já era perceptível a questão da saúde relacionada a reivindicações no movimento operário.

O processo de industrialização marca o agravamento das expressões da Questão Social¹, com a classe trabalhadora vivendo em situações precárias de higiene, saúde e habitação, o Estado brasileiro se viu obrigado a intensificar sua intervenção em relação à saúde do/a trabalhador/a. Ou seja, a saúde emerge no bojo da economia brasileira como “Questão Social” (BRAGA E PAULA, 1986, p. 41–42) e toma um novo relevo nos discursos do poder, uma vez que no Brasil do século XX a economia capitalista exportadora cafeeira enfatizava o aumento da divisão do trabalho afluindo a emergência do trabalho assalariado.

A partir disso, em 1920, a saúde pública precisou expandir seus serviços de atendimento aos trabalhadores por todo país, através da Reforma Carlos Chagas, que se deu por meio de estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes a partir de 1922. Esses fatos resultaram na transformação do esquema previdenciário brasileiro, com a Lei Elói Chaves, em 1923, considerada o ponto de partida da Previdência Social, que instituiu o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPS), atendendo primeiramente, os trabalhadores ferroviários e, posteriormente, estendida

¹O termo “Questão Social” tem sua origem na Europa, por volta de 1830, por conta do pauperismo na primeira onda do movimento industrial. É apenas com as ideias de Marx que a Questão Social passa a ser entendida como desdobramento da contradição entre proletariado e burguesia. Neste sentido, Yamamoto alerta que não existem várias questões sociais, mas sim diferentes expressões da mesma, por ser fruto da velha e conhecida desigualdade gerada pelo sistema capitalista (IAMAMOTO, 2001).

aos marítimos e estivadores (BRAVO, 2006, p.90). O financiamento desse sistema era fracionado em três grupos, uma parte era custeado pela União, outra pelos empregadores e a terceira pelos empregado, cabe ressaltar ainda que o benefício recebido era de forma proporcional à contribuição e nesse estavam previstos: medidas de assistência médica curativa e fornecimento de medicamento, aposentadoria por tempo de serviço, idade e invalidez, bem como pensão para os dependentes.

Tendo em vista a necessidade de compreender a conjuntura de ascendência e hegemonia do Estado populista, de 1933 a 1938, as CAPS foram unificadas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), criados por Getúlio Vargas ao longo dos 30 anos, organizados por categoria profissionais e com o objetivo de favorecer as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridos indispensáveis para a economia agroexportadora até então dominante. Os IAPs passaram a ser dirigidos por entidades sindicais diretamente indicadas pelo Presidente da República e não mais por empresas como as antigas caixas, dependendo assim, de forma considerável da administração do governo federal.

Ainda na conjuntura dos anos 1930, as questões econômicas e políticas características desse período fomentaram a eclosão de políticas sociais que pudessem responder às questões sociais dos trabalhadores e familiares. Destacando as questões de saúde, já observadas na década de 20, segundo Bravo (2009), “Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional.”

Diante disso, então, formula-se a política de saúde desse período, que tem por suas características a forma de atuação centralizada no objetivo de proporcionar condições sanitárias mínimas para a população trabalhadora urbana, bem como a divisão da atuação organizada em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária. Quanto à saúde pública, Bravo (2009) pontua as principais características adotadas no período de 1930 a 1940, sendo elas:

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

incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAVO, 2009)

Nesta mesma década, como resposta do Estado às expressões da Questão Social, o Serviço Social surge no Brasil, ganhando espaço na saúde e se expandindo a partir do período de 1945, com o aprofundamento do capitalismo brasileiro. O novo conceito de saúde criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou os aspectos biopsicossociais no processo saúde-doença, ampliando as requisições de outros profissionais para atuar no setor (MAZETO, 2017).

A Política Nacional de Saúde (PNS), que se esboçava desde os anos 1930, firmada em 1945, ampliou o gasto com a assistência médica pela previdência e os investimentos na saúde pública foram mais favoráveis, entretanto no que diz respeito à real situação de saúde da população, no período de 1945 a 1964, ainda se apresentava escassa a perspectiva de reduzir as altas taxas de mortalidade causadas pelas complicações de doenças infecciosas e parasitárias. Dessa forma, pode-se compreender que mesmo reconhecendo a determinação social do processo saúde-doença, a PNS ainda desenvolvia uma assistência curativa, de modo focalizado. É importante ressaltar que, neste período, as ações de saúde destinadas à classe trabalhadora eram baseadas em ações curativas e pontuais para garantir a manutenção da força de trabalho (MAZETO, 2017).

No período de 1945 até 1964, o Brasil vivenciou a fase de redemocratização, período esse que ficou marcado pelas eleições diretas para cargos políticos, o pluripartidarismo e a liberdade de imprensa, como também as agremiações políticas e dos sindicatos. Em contrapartida, os movimentos sociais reivindicavam as promessas feitas pelos governantes de melhores condições de vida e de trabalho. A década de 1950 foi marcada por manifestações nacionalistas, que buscavam transformar o país como potência capaz de obter seu próprio desenvolvimento econômico, independente das pressões internacionais e imperialismo norte-americano. É válido ressaltar também que, em 1953, o Ministério da Saúde foi criado com o propósito de proteger e recuperar a saúde da população.

Em 1964, os militares viabilizaram um golpe de Estado com o intuito de combater o avanço do comunismo e da corrupção e garantir a segurança nacional, ocasionando o assassinato e exilamento dos opositores deste regime que não iam de acordo com os pensamentos dos militares. Entre os principais efeitos devido ao golpe militar, o primeiro deles quem sofreu foi sobre o Ministério da Saúde, com a redução de verbas destinadas à

saúde pública, e decaíram cada vez mais até o final da ditadura. Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um “fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico”, o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. E isso alterou profundamente sua linha de atuação. (FILHO, 2002)

Com relação à “questão social”, nesse período de 1964 a 1974, o Estado a manejou utilizando-se do conceito repressão-assistência, ofertando uma política social manipulada para ser capaz de fomentar o poder de regulação perante a sociedade, bem como planejada para suavizar as tensões sociais e conferir legitimidade para o regime. Em 1966, foi a vez dos serviços do sistema previdenciário serem unificados e uniformizados e os IAPs passaram a ser Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). E só em 1970, o INPS se transformou no Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS).

Diante da grande demanda existente em meados de 1970, uma vez que nem todo cidadão vinha tendo acesso ao direito à saúde, o movimento de Reforma Sanitária continha os princípios da efetivação de um serviço de saúde democrático que contemplasse a população de forma geral. O Brasil na década de 1980, ao passo que experimentava o suspiro de superação do regime ditatorial de 1964, também vivia uma crise econômica profunda e prolongada que persiste até os dias atuais. Diante desse processo de transição democrática, a saúde nessa década se apresentava altamente vinculada à democracia, deixando de ser interesse apenas de técnicos, contando agora com a participação de novos sujeitos sociais que se engajaram nas discussões relacionadas às condições de vida da população brasileira.

Segundo Bravo (2009), os sujeitos que se destacam na luta e reivindicação de um acesso à saúde universal de qualidade, bem como o financiamento efetivo da política e a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, são:

Os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (BRAVO, 2009)

O grande marco da discussão da questão de Saúde no Brasil, do Projeto da Reforma Sanitária², ocorreu em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando algumas representações da sociedade civil se organizaram para discutir um novo conceito de saúde, que de fato atendesse as necessidades da realidade da população. A partir dessa Conferência, a saúde passa a ser definida como o “resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nele existentes” (BRASIL, 1986). O fundamento legal e teórico para o surgimento de um Sistema Único de Saúde havia sido implantado, a partir das deliberações da VIII Conferência, visando um sistema de saúde que contemplasse a todos de maneira igualitária.

De acordo com Bravo (2009), no final da década de 1980, havia dúvidas e incertezas no que concerne à implementação do Projeto de Reforma Sanitária. A autora destaca: “a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988. “

É importante frisar que a Constituição Federal de 1988 (CF 88) , em seu texto traz a saúde como um direito constitucional, indicando que 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, p. 86). Entretanto, embora o texto constitucional apresenta significativos avanços referentes às questões de política de Saúde, ocorrem grandes ataques por parte do capital e alianças de grupos dominantes que acabam abalando tal estrutura.

A seguir, nos próximos parágrafos poderemos visualizar o redirecionamento do papel do Estado frente às questões de saúde no Brasil, nos anos 1990, efetivamente influenciado por

²O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: Site Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em < <https://portal.fiocruz.br/pt-br>>.

uma Política de Ajuste Neoliberal, a Reforma do Estado ou Contrarreforma é uma das estratégias de desmonte das propostas da constituição.

2.2 A CONTRARREFORMA NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

A partir dos anos 1970, a crise estrutural do capital contribuiu decisivamente para o desfecho do regime autocrático, bem como a instituição legal de diversas reivindicações dos movimentos sociais na Constituição de 1988 - dentre elas, o SUS (SOARES, 2010). A CF 88 instaurou o sistema de Seguridade Social brasileiro. Assim, por conseguinte à criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/1990, foi regulamentado o Sistema Único de Saúde em 1990. “Antes de 1988, o atendimento dos hospitais públicos estava restrito a 30 milhões de brasileiros. Com a Constituição de 1988, mais de 70 milhões de pessoas passaram a ter direito ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Posto isto, é possível compreender que até então a política de saúde possuía uma logicidade focalizada num atendimento da política básica que assistia exclusivamente à quem contribuísse para a Previdência Social, caracterizando a não universalidade ao acesso à saúde, bem como de caráter curativo e orientada apenas no indivíduo. Entretanto, após incorporação do SUS, a política de saúde passou a se orientar num projeto de saúde mais democrático e de acesso universal à população, tendo agora como sua racionalidade a orientação de suas ações direcionadas para a prevenção e promoção à saúde (SOARES, 2010).

Ou seja, atualmente temos o SUS, como sistema universal, sem discriminação, que antes se configurava centralizado e de responsabilidade federal, hoje se apresenta descentralizado, municipalizado e participativo. É importante pontuar também, o atendimento que anteriormente se pautava na assistência médico-hospitalar e neste tempo se apresenta de forma a abarcar a saúde como promoção, proteção, recuperação e reabilitação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

A partir dos anos 1990, inicia-se o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e os seus impactos primordiais sobre o recém chegado SUS (SOARES R, 2020) É possível asseverar que a contrarreforma do Brasil se debruça a responder às necessidades do capitalismo contemporâneo e vem indicando uma inclinação ofensiva ao conjunto de direitos e políticas sociais. Seus desdobramentos, no que concerne ao âmbito da saúde pública, comunicam que em meio à elaboração e estruturação do SUS o que vem baseando a instrumentalização da política de saúde é um ideal de racionalidade burguesa, ou seja, apresenta-se ações orientadas

para atender os interesses da lucratividade do capital e os fins privados. Nesse sentido, com a necessidade de expansão do capital e supercapitalização, as manifestações sobre as expressões da questão social - ressaltando, entres estas, o processo saúde-doença - “torna-se espaço de lucratividade e hegemonia política do grande capital”. (Soares, 2010, p.42) À vista disso, com o objetivo de ampliação do espaço para o mercado privado, tem-se a inevitabilidade da precarização da política de saúde para, num movimento de contrarreforma, desmontar o referencial de saúde pública alcançado nos anos 1980.

Nesse sentido, é imprescindível rememorar que a década de 1990 no Brasil foi marcada pela ascensão do ideal neoliberal no país. Sendo assim, o neoliberalismo³ foi aplicado como um recurso para enfrentamento da crise do capital nos anos de 1970, implicando de modo direto no processo de contrarreforma do Estado do Brasil.

A contrarreforma dos Estados constitui-se numa resposta mundial do capitalismo que integra o conjunto de mecanismos de enfrentamento à crise estrutural iniciada nos anos 1970. Desde os anos 1990, difundida pelas agências multilaterais, dentre elas o Banco Mundial, a contrarreforma neoliberal atinge o Estado brasileiro, intensificando as suas mais perversas características (SOARES, 2010, p. 15).

O seguimento da contrarreforma do Estado dependerá dos governos a partir da correlação de forças entre as classes sociais em determinados contextos políticos, levando em consideração a conduta da classe social que influencia as decisões na esfera estatal (BEHRING, 2009), ou seja, pode-se afirmar que tanto as políticas sociais quanto o Estado são além de determinados historicamente, influenciados pela pressão de classes na disputa hegemônica (SOARES, 2010). Nesse sentido, “a hegemonia burguesa no interior do Estado reafirma-se contundentemente com o neoliberalismo, cujas políticas engendram uma concepção singular de democracia, que abandona a perspectiva do Estado liberal de direito e de um tecido social mais denso e participativo (...)” (BEHRING, 2009, p. 5). Seguindo esta perspectiva, apreende-se que a contrarreforma finda adquirindo graus de profundidade, que conseqüentemente podem ser evidenciados em determinados tipos de governo.

É evidente que o contexto de contrarreforma no Brasil deve ser analisado dentro do processo de crise do capital e ascensão do neoliberalismo. Porém, também vale salientar um destaque para a influência do contexto histórico de ascensão e crise do regime ditatorial experienciado pelo país. Em consideração a isso, é importante pontuar que o governo do

³ O neoliberalismo defende redução do Estado (do seu tamanho, do seu papel e de suas funções), constituindo o Mercado como o melhor e mais eficiente mecanismo de alocação dos recursos. Assim, nas políticas sociais tende a prevalecer o trinômio do neoliberalismo: a privatização, a focalização e a descentralização (DRAIBE, 1993).

presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992) - primeiro governo eleito pelo voto democrático após o regime autocrático - sob clara inspiração neoliberal, deu início ao ajuste estrutural e à contrarreforma estatal, apesar de seu curto mandato os ideais tiveram prosseguimento no mandato de seu vice-presidente, Itamar Franco (1992-1995), que assumiu a presidência após o processo de impeachment. O período desses mandatos marcou o início da implementação do SUS, que evidentemente sofreu com as investidas relacionadas à contrarreforma. De acordo com Soares (2010), essas investidas de revelam:

(...) pela inviabilização do sistema na forma de seu marco legal constitucional, pela tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, pela redução do volume de recursos para a saúde, pelo adiamento sistemático da 9.a conferência Nacional de Saúde, pela reprodução de políticas racionalizadoras, contencionistas e de ações pontuais no âmbito da saúde pública, com a valorização do mercado privado de saúde (SOARES, 2010, p. 43).

Tais governos fomentaram as bases para o desenvolvimento, a posteriori, do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE). Em decorrência disso, o processo se intensifica no mandato de Fernando Henrique Cardoso - FHC (1995-2002), e, através do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), se consolida em quase sua totalidade a denominada “reforma administrativa do Estado”, presente no PDRE. O instrumento de contrarreforma no âmbito da saúde utilizado nesse governo foi a Reforma Gerencial na Saúde, consubstanciada na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) (SOARES, 2010); Vislumbrando a descentralização do controle e administração dos gastos com a saúde, eclodindo numa dinâmica concorrencial do mercado privado de saúde.

A NOB 96, embora contemplasse declaradamente muitos princípios do SUS, expressa também elementos característicos da contrarreforma na saúde. Segundo a autora Soares (2010), “(...) há um tensionamento entre a menção aos princípios da reforma sanitária e o conteúdo da contrarreforma que é apresentado formando um único corpo, como se fosse uma normatização homogênea.” A autora afirma ainda que, “Esse tensionamento é expressão do embate de projetos e suas respectivas racionalidades na concretização do sistema.”

Com base nisso, e ainda atravessando o governo FHC, à exemplo desses processos de tensionamentos e embates de projetos na política de saúde é importante mencionar a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴, pois evidencia categoricamente as contradições de um projeto de saúde que se apresenta numa perspectiva universalizante, relacionada à participação social, tal

⁴ A ESF teve financiamento do Banco Mundial, constituindo-se numa das consideradas experiências exitosas em saúde pública básica e focalizada na pobreza.

como na Reforma Sanitária. Embora também apresente uma proposta enviesada na concepção restrita de saúde, focalizada na pobreza e diretamente ligada às questões individuais de assistência à saúde.

Nesse sentido, a ESF se apresenta como uma expressiva manifestação desse processo, ao passo que, ainda que se constitua como prioridade da política de saúde pública, e que na gestão de FHC tenha apresentado uma significativa ampliação com rebatimentos positivos nos indicadores de saúde, ela não contempla a universalidade de sua demanda. Assim como caracteriza-se como um programa básico, precarizado e centralizado numa equipe reduzida, sem condições para uma efetiva promoção da saúde, isto devido, principalmente, ao escasso financiamento da política de saúde. (SOARES, 2010)

Diante disso, observa-se que quanto mais limitado o investimento no SUS, ou seja, quanto mais precarizado ele for, maior será o protagonismo do mercado de serviços particulares. Nesse sentido, Bahia (2009) realiza apontamentos a respeito da evolução do componente privado no sistema de saúde brasileiro, a autora afirma que o volume de recursos federais para saúde reduziu-se drasticamente entre 1987-1997 e que “No que se refere às coberturas, registrou-se o aumento absoluto do número de brasileiros vinculados a planos e seguros privados de saúde no período 1998 a 2003 (...). Em consideração a isso, é possível reforçar a afirmativa de uma ampliação considerável desse mercado mencionando a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos anos 2000, esta se torna incubida da regulação e fiscalização dos serviços de saúde privado.

É válido ressaltar que mesmo com o fim desses últimos governos, as expressões da racionalidade da contrarreforma na política saúde no Brasil permaneceram, porém apresentando uma nova roupagem ligada à privatização da saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores (PT) (2003-2016). O mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (2002-2010), representante sindical, de origem popular e de um partido de trabalhadores, trouxe expectativas de mudanças nas configurações do país. No que diz respeito à política de saúde, a expectativa era de reaver o projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS. Entretanto, a política macroeconômica característica do governo FHC se manteve e uma nova etapa da contrarreforma surgiu. (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2021; BRAVO, 2006).

Nesse sentido, Bravo (2006) ressalta que, no que concerne ao projeto privatista, os aspectos retratados no governo de Lula se direcionaram para políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Aponta ainda que, “(...) a política de saúde dos anos 90,

ressalta-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.” (BRAVO, 2006)

À vista disso, a ênfase na focalização tem como exemplo a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) como uma extensão da cobertura para populações carentes e na assistência emergencial. Quanto à precarização e terceirização dos recursos humanos, exemplifica-se na ampliação da contratação de agentes de saúde comunitários e inserção de outras categorias não regulamentadas na equipe de saúde. (BRAVO, 2006)

No sentido da Seguridade Social que impacta diretamente na saúde, outro aspecto relacionado à um caráter regressivo de governo foi a continuação da contrarreforma no sentido da persistência do subfinanciamento da saúde, através da manutenção de desvios de recursos via Desvinculação de Receitas da União (DRU), instituída no governo anterior. Para Bravo (2006), “a questão do desfinanciamento é a mais séria pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, da precarização e da terceirização dos recursos humanos.” (BRAVO, 2006)

Seguidamente, ainda no governo Lula, tem-se a criação do Projeto de Lei Complementar 92/2007, apresentado pelos autores Silva, Santos e Correia (2021) da seguinte forma:

(...) o Projeto de Lei Complementar 92/2007, que trata sobre a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, e o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, foram considerados marcos na contrarreforma na Política de Saúde durante estes governos, também a criação (2011) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), concebida pelo Governo Dilma, para atuar no âmbito dos hospitais universitários federais. Este último Governo, implementou ações na Política de Saúde, principalmente em relação a estas “novas” formas de privatização no âmbito da gestão, direcionando as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Fundações Estatais de Direitos Privados (FEDPs) como a “melhor” alternativa para a gestão da Política de Saúde (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2021, p. 200).

Dando continuidade ao governo do Partido dos Trabalhadores, no mandato de Dilma Rousseff (2010-2016), também manteve-se as investidas neoliberais e intensificação da DRU. No governo Dilma, a situação econômica do país, retrata uma queda no Produto Interno Bruto (PIB) e o número alto de desemprego. Diante da insatisfação com seu mandato, em maio de 2016 a Câmara dos Deputados instaurou um processo de impeachment, justificando a ocorrência de pedaladas fiscais - “atrasar de forma proposital o repasse de dinheiro para bancos

(públicos e também privados) e autarquias, de modo a cumprir as metas parciais de previsão orçamentária.” Esse processo suscitou a ascensão do seu vice, Michel Temer, que estritamente deu prosseguimento a uma série de ataques à saúde, configurando uma conjuntura ultraneoliberal.

Portanto, é incontestável que a contrarreforma sucedida na saúde pública desde a constituição do SUS, sempre conduziu-se por dois movimentos: o subfinanciamento e a privatização (SOARES, 2010). Consequente às ações do governo de Michel Temer (PMDB), aprofunda-se o processo de desfinanciamento da saúde pública, a partir da aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95).

A Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 15 de dezembro de 2016, estabeleceu o Novo Regime Fiscal - NRF no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, o qual vigorará por vinte exercícios financeiros. O NRF fixa limites individualizados para o Poder Executivo, para os órgãos dos Demais Poderes, Ministério Público da União – MPU e Defensoria Pública da União –DPU, para as despesas primárias dos órgãos integrantes daqueles orçamentos e estabelece, nos termos do § 1º do art. 107, o método para sua apuração. (BRASIL, 2022)

Nesse sentido, com a EC 95 foi implementado o novo regime fiscal, contendo um limite de gastos do governo federal que prevalecerá pelos próximos 20 (vinte) anos, valendo, portanto, até 2036. As regras deste novo regime não permitem o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver favorável, sendo possível apenas aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. Desconsiderando, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos vinte anos, o que poderá fomentar no sucateamento das políticas sociais, especialmente na área da saúde, pondo em risco a qualidade de vida da população brasileira. (MARIANO, 2017)

2.3 ULTRANEOLIBERALISMO, NEOCONSERVADORISMO, NEOFASCISMO NO BRASIL

A conjuntura ultraneoliberal⁵ no Brasil começa a ser desenhada a partir da interrupção

⁵ Chama-se ultraneoliberalismo a fase radicalizada dos pressupostos do neoliberalismo, em que se descartam cada vez mais os aparatos da democracia liberal e dos direitos sociais mínimos. Esse movimento ocorre, pois, o “neoliberalismo se tornou um sistema mundial de poder que se alimenta das próprias crises econômicas e sociais que gera, porque as respostas a essas crises reforçam e aprofundam indefinidamente sua lógica, se apropriando de tendências nacionalistas, preconceituosas e autoritárias para impor a lógica do capital sobre a sociedade” (CISLAGHI, 2021. p. 16). Foi nessa fase de aprofundamento da sua lógica, que se nota a legitimação da concepção ultraneoliberal. No Brasil, os marcos políticos dessa virada são o impeachment da presidente Dilma e a

do governo de Dilma Rousseff (PT) em 2016, através de um “golpe de Estado jurídico-parlamentar e midiático” (MOTA, 2017. p. 40), que permitiu a ascensão do seu vice, Michel Temer (PMDB) à presidência da república. É válido lembrar que, desde os anos 1990, o neoliberalismo aponta que seus triunfos ideológicos são superiores aos seus frutos econômicos, embora atualmente sobreviva e avance sendo radicalizado.

Segundo Juliana Cislighi (2021):

Ao assumir sua forma ultra, como adjetivo, o neoliberalismo entra em nova rodada de aprofundamento de seus pressupostos apoiado em formas exponenciais de expropriação de bens comuns, exploração do trabalho e apropriação extraeconômica de trabalho necessário e de criação de capitais fictícios ampliando uma crise sistêmica multifacética que coloca em risco a sobrevivência da humanidade (CISLAGHI, 2021. p.3).

Diante disso, a exemplo dos triunfos ideológicos, pode-se mencionar os prejuízos e perdas dos direitos sociais nos últimos anos, o que aponta uma agudização da condição de Estado mínimo para a sociedade, através da exploração, expropriação do fundo público e na expansão da desigualdade social.

Dessa forma, considerando o contexto de ascensão de Michel Temer, é importante notar “o aprofundamento de um projeto que, mesmo não tendo sido abandonado pelos governos petistas, reafirma a lógica deletéria das perspectivas neoliberais e contrárias à proteção social e às políticas sociais universais no Brasil” (JESUS E LOPES, 2017, P. 2). Tal projeto tem como tendência o aprofundamento do ajuste fiscal de forma a garantir o saqueamento do fundo público para atender o capital e suas crises, projeto esse que está diretamente ligado ao efetivo aumento de desmontes sobre a saúde pública.

O governo de Michel Temer torna indubitável, desde o princípio, a conveniência de atuar visando os interesses da classe dominante, bem como a grande ofensiva aos direitos sociais consolidados na Constituição. Em meio a esse cenário adverso, verifica-se a primeira e mais relevante medida do seu governo, a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, também conhecida como “PEC da morte”, que estabeleceu um teto de gastos orçamentários no país. Segundo o então governo, esse “Novo Regime Fiscal” almeja restituir o crescimento da economia, através da geração de renda e empregos. Entretanto, a partir da sua aprovação manifestou-se novas estratégias de desmonte e ataques ao financiamento, não só à saúde mas também à assistência e educação, sendo uma dessas estratégias o congelamento do teto de gastos por 20 anos, instaurando o processo de desfinanciamento da saúde pública. Antes

consequente ascensão ao poder de Michel Temer e a eleição de Bolsonaro em 2018. Para uma análise mais aprofundada do ultraneoliberalismo, ver Bravo; Matos; Freire, 2020.

mesmo do início da aplicação dos mecanismos da EC 95, recursos do Orçamento da Seguridade Social sofreram uma redução de 1,7% já de 2016 para 2017: 2,8% de redução na Assistência Social, 0,2% na Previdência Social, e 7% de redução no orçamento da saúde, o mais significativo, portanto. Nesse caso, nenhum valor do crescimento da receita da União será destinado para o financiamento do SUS e das demais políticas públicas.

O total do orçamento da saúde, em 2017, representava apenas 19,8% do gasto previsto com juros e amortizações da dívida pública (CISLAGHI, 2021). Na prática, o produto final da aprovação desta Emenda é o deterioramento das condições de saúde da população, pois o desfinanciamento a nível federal do SUS impacta também o financiamento no sentido das atividades desenvolvidas pela rede de saúde federal, estadual e municipal. Por conseguinte, o processo eleitoral de 2018, que será abordado em breve, evidenciou a deterioração e o desfinanciamento das políticas de saúde, possibilitando uma maior abertura para o mercado privado e sucateamento do SUS, das reformas previdenciárias e trabalhistas, bem como o extremismo e o totalitarismo como racionalidade do governo.

Os acontecimentos recentes indicam que estamos diante de um inequívoco recrudescimento do conservadorismo (Editores da Revista Educação & Sociedade, 2017). No Brasil isto se expressa tanto no âmbito das formulações políticas, quanto na esfera das ações sociais. Partindo da compreensão de um momento de aprofundamento do projeto neoliberal que se apresentava no país, é possível apreender que, impulsionado por este contexto, o neoconservadorismo vem se expressando no domínio dos direitos e políticas sociais no Brasil.

Barroco corrobora tal análise ao afirmar que este grupo surgiu a partir da crise mundial do capitalismo dos anos 1970, quando o “conservadorismo se reatualiza, incorporando princípios econômicos do neoliberalismo, sem abrir mão do seu ideário e do seu modo específico de compreender a realidade” (BARROCO, 2015, p. 624). A análise dos conservadores para tal crise era a necessidade de reorganização da forma de gerir a sociedade, uma vez que consideravam o controle social manejado pelo Estado como a maior ameaça para a vida no século XX. Nesse sentido, compreende-se que os aspectos do neoconservadorismo sempre se pautaram sobre a crítica às intervenções estatais na vida das pessoas, dessa forma, esta crítica neoconservadora em relação à intervenção do governo na economia e na política, são atributos que unem e viabilizam uma aliança entre conservadores e neoliberais uma vez que, insuflados pelos ideais do liberalismo clássico, acreditavam que esta interferência engendrava em inflação, endividamento e prejuízos à produtividade do país.

Posto isto, é válido considerar que o crescimento das ideias conservadoras é perceptível desde 2010, a partir de um considerável avanço de vozes abertamente conservadoras no debate público.

[...] é perceptível uma significativa presença de discursos em que a desigualdade é exaltada como corolário da “meritocracia” e em que tentativas de desfazer hierarquias tradicionais são enquadradas como crime de lesa-natureza. Nestes discursos, também ganha uma nova legitimidade a velha ideia dos direitos humanos como uma fórmula que concede proteção indevida a pessoas com comportamento antissocial. (MIGUEL, 2016, p. 592).

Nesta perspectiva, com o decorrer do tempo é crescente o movimento de grupos de direita no Brasil, esses interligados ao ultraneoliberalismo e ao neoconservadorismo. É possível afirmar que a existência de um movimento neoconservador no país está diretamente relacionada aos representantes políticos no Congresso Nacional, dentre estes os que o notório posicionamento se alia às idéias neoconservadoras. (LIMA; HYPOLITO, 2019)

Após as eleições de 2018, com a posse do presidente Jair Messias Bolsonaro (PL), representado na época pelo Partido Social Liberal (PSL), fica notório o desenvolvimento e o alcance dos ideais do neoconservadorismo em todos os contextos sociais, essa conjuntura suscita uma atenção maior para as adversidades que serão enfrentadas e os prováveis retrocessos que rondam o país, sobretudo na política de saúde e seus desdobramentos. Para Felipe Demier (2020. p.97): “o seu governo é o produto da união entre uma burguesia golpista com medo das urnas e um neofascista com excelentes chances nelas”. Esta problemática é reafirmada ao passo que o mundo contemporâneo vivencia a inserção da direita e extrema-direita em funções políticas, seja em cargos parlamentares e governamentais, seja direcionando movimentos sociais e partidos políticos, pois essa inserção tem gestado ideologias que resgatam os ideários conservadores e fascista e se consolidam em novas combinações: o neoconservadorismo e neofascismo.

Autores como Jason Stanley (2019), Umberto Eco (2018) e Robert Paxton (2007) auxiliam no entendimento da conjuntura no Brasil, principalmente o cunho neofascista do governo atual. Eles analisam as características típicas dos regimes fascistas, que são, entre outras: A referência a um passado mítico, valorização em função da família patriarcal e de seus valores; A defesa da lei e da ordem; Ansiedade sexual; Culto à violência e ao militarismo.

Diante disso, é possível ressaltar que o governo Bolsonaro reproduz, além destas características neofascistas apontadas por Stanley, Eco e Paxton, diversos supostos do neoconservadorismo, onde destes pode-se evidenciar: A referência a um passado mítico,

característica do irracionalismo e do fascismo, que é objetivada pelo governo em função da criação do mito de que a ditadura militar não se deu como tal, ou seja, com crueldade e horror. Tal negacionismo tem corroborado para o método de refundação do real, a transformação de *fake news* em verdade. (BARROCO, 2021) Esta afirmativa será melhor sustentada nos próximos capítulos, ao ser discorrido sobre o período de Pandemia de COVID-19 pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) no Brasil, e a relação do governo de Jair Bolsonaro com as *fake news*, em meio a maior tragédia sanitária de nosso tempo, a respeito da situação catastrófica do país.

Quanto à defesa da lei e da ordem, se objetiva neste governo em princípios conservadores, ou seja, tem um caráter moral, projetando ataques moralistas que permeiam todas as ações de Bolsonaro, como exemplo a homofobia, o racismo, a transfobia, as conquistas dos movimentos de mulheres, indígenas, dentre outros; Acerca da ansiedade sexual, pode-se afirmar que esta é claramente evidente nos pronunciamentos do governo, por meio de situações que envolvem questões de gênero⁶ e orientação sexual, acentuando uma moral sexual, machista e homofóbica. No que concerne à última característica citada acima, pode-se compreender que o culto à violência e ao militarismo é um traço intrínseco ao projeto bolsonarista. Soares analisa a liberação do acesso à armas de fogo, a celebração da brutalidade letal e a incitação ao ódio, claramente como uma tentativa de restaurar o passado que foi perdido com o fim da ditadura militar empresarial (SOARES, L. 2020, p. 42).

É evidente o quadro de crise sanitária instaurado no mundo, a situação do coronavírus no Brasil é pesadosa e ao rememorar as características neofascistas citadas acima, é imprescindível ressaltar que o governo de Bolsonaro e o seu negacionismo como racionalidade de governo trouxe afirmativas que causaram e causam consequências desastrosas para a concepção do Brasil, bem como para a saúde da população e para os planos de ação diante da situação pandêmica. O governo defendeu que a doença “não passa de uma gripezinha”, realizou incessantes demissões de Ministros da Saúde, estimulou a não utilização de equipamentos de proteção recomendados pela Organização Mundial de Saúde, estimulou intensamente o uso preventivo de medicações sem comprovação científica, bem como a compra tardia de vacinas, entre outras.

⁶ É uma construção social e relacional e expressa as relações de poder entre os gêneros. (SCOTT, 1990)

2.4 PANDEMIA DE COVID-19: DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, VULNERABILIDADE SOCIAL E CRISE SANITÁRIA NO BRASIL

Diante da sequência de barbárie e ignorância social, gestadas nas características do neoconservadorismo e neofascismo, e como decorrência dela, em 2020 o mundo imerge em uma pandemia de dimensões inéditas, com consequências ainda em aberto. A covid-19, uma doença respiratória aguda causada pelo vírus (SARS-COV-2), que surgiu na China em dezembro de 2019. No entanto, no Brasil, o seu primeiro caso foi registrado em fevereiro de 2020 e em 11 de março deste mesmo ano, a covid-19 foi caracterizada pela Organização Mundial da Saúde como uma pandemia, tendo o estado de calamidade pública no país confirmado através do Decreto Legislativo (nº 6).

Nessa condição, diante da alta transmissibilidade da doença, surgiram diversas medidas de controle do vírus e prevenção à saúde da população aprovadas pelas autoridades sanitárias locais, dentre elas o uso de máscara, a higiene frequente das mãos, o isolamento social, a quarentena, o fechamento dos comércios e indústrias, suspensão das aulas, entre outras. A iminência do vírus trouxe à tona diversos debates importantes nos veículos de mídia, as manchetes e imagens divulgadas pela imprensa expressavam abertamente que o Brasil não estava preparado para combater uma pandemia tão veloz e contagiosa, diante da ausência do desenvolvimento precedente de ações mitigadoras efetivas. Tal velocidade e capacidade rápida de contágio podem ser afirmadas, segundo WHO (2022), ao passo que em até 10 de outubro de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou o total de 618.521.620 casos de contaminações por covid-19, incluindo 6.534.725 mortes.

Diante desse contexto, faz-se necessário apreender que vulnerabilidade e a pobreza são marcadores importantes para intensificar a contaminação por covid-19 e a crise sanitária instaurada no país desde março/2020 (CARVALHO et al., 2021). A doença se depara com o país em situação econômica alarmante, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o baixo crescimento econômico (média de crescimento de 1% nos últimos 3 anos) era um dos fatores sensíveis, bem como as altas taxas de desemprego, que se encontravam em 13,9% em 2020. Tal como, com a situação de extrema vulnerabilidade da população brasileira, diante dos cortes profundos nas políticas sociais e do intenso estreitamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil, especialmente após a aprovação da Emenda Constitucional 95 (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Tendo em vista esse cenário, é possível compreender que a situação pandêmica que perpassa o Brasil e o mundo e as medidas preventivas preconizadas, como o inevitável isolamento social, evidenciam as destrutivas e insustentáveis fragilidades do modo de produção capitalista, o que enfatiza a agravante desigualdade enraizada no país. Ao passo que, o isolamento, medida necessária para conter a disseminação da doença e evitar a superlotação dos hospitais, por exemplo, destacou a fragilidade financeira de muitas pequenas empresas, tendo reduções consideráveis dos fluxos de caixa de entrada e dificuldades de gestão destes (SANTOS; PERREIRA, 2020). Nesse sentido, as consideráveis perdas de renda dos trabalhadores entre autônomos, informais e desempregados, acentuam a afirmativa de que a vulnerabilidade socioeconômica das famílias brasileiras, o que já era ampla, aumentou significativamente na pandemia. (CARVALHO et al., 2021)

Para além disso, a repercussão da pandemia, na vida das pessoas que já se encontram em vulnerabilidade social, se deu de forma avassaladora diante da má condição de moradia e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O contexto de vida dessa população relaciona à confluência dos marcadores sociais que operam distintamente e que entretanto os vulnerabiliza em suas singularidades. Sendo assim, é plausível identificar a inter relação da doença com os campos biológicos e sociais, isto é “(...) os fatores contribuintes para a rápida disseminação do SARS-COV-2 estão atrelados não apenas às características de patogenicidade do vírus, mas também os determinantes sociais” (ESTRELA et al., 2020). Embora o covid-19 não aponte seletividade contagiosa, é importante refletir os impactos de infecção quanto à vulnerabilidade de grupos específicos, estes serão atingidos de maneiras diferentes conforme a raça, classe e gênero, sendo ainda afetados em “diversas outras áreas da sua vida para além da saúde” (ESTRELA et al., 2020). Ou seja, a infecção apresenta-se de igual forma para as pessoas, todavia, há diferenças consideráveis nas condições de executar as medidas de prevenção, com repercussão na possibilidade de agravamento dos sintomas.

O seguinte trecho do artigo “Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe” de (ESTRELA et al, 2020), aponta de forma assertiva esta reflexão:

No Brasil, os primeiros casos foram associados às classes economicamente favorecidas, devido às viagens internacionais, as quais se infectavam e, posteriormente, retornavam ao país. (...) Na periferia, os relatos foram de empregadas domésticas, motoristas de aplicativo, entregadores de alimentos que, em contato com aqueles que viajaram, se infectavam e levavam para suas casas. (...) impactos nas populações de baixa renda que têm pouco acesso aos cuidados de saúde e necessitam escolher entre ficar em casa e passar fome ou correr os riscos do descumprimento. (ESTRELA et al, 2020)

Evidencia-se portanto, que a complexidade e o nível de gravidade da crise sanitária determinada pela pandemia fomentou estudos nas mais diversas áreas do conhecimento, além de debates e discussões sobre sua determinação social, causas e também sobre as formas de enfrentamento e políticas adotadas para isso. Nesse sentido, segundo Vieira e Soares (2021) o projeto de saúde que se estrutura na pandemia aponta que:

As configurações da política de saúde no enfrentamento à pandemia ilustram como os traços neofascistas do primeiro ano de governo, ou mesmo os elementos do seu conservadorismo e irracionalismo, ganharam força e forma. O governo Bolsonaro aproveitou-se da crise sanitária para avançar no desmonte de direitos, na desresponsabilização do Estado sobre a assistência à saúde e à vida da população, em especial dos segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora. (VIEIRA; SOARES, 2021, p.37)

As autoras afirmam ainda que essa conjuntura se configura por intermédio de uma política que desestrutura o enfrentamento à pandemia e diante disso fomenta decisivamente o cenário de morte de milhares de brasileiros, ressaltando que:

Há, assim, um processo ideológico de naturalização das mortes e primazia dos interesses econômicos e lucrativos do capital em detrimento da defesa das vidas, particularmente dos segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora – tendo em vista que já ficou evidenciado pelos dados de mortalidade a determinação social da saúde e doença na pandemia. (VIEIRA; SOARES, 2021, p.38)

Diante dessas considerações, é importante pontuar o recorte da determinação social da saúde e doença na pandemia e analisar as deliberações do governo para a mitigação dos impactos disso. Nesse contexto, compreende-se que as orientações de isolamento social, e seus efeitos socioeconômicos, somado à perda de familiares e amigos pelo covid-19, mudaram profundamente o cotidiano da população. Pois, nessa conjuntura, os brasileiros ainda lidavam com os desafios da manutenção de suas necessidades básicas.

É fato que, o isolamento social causou alterações na situação econômica de diversas famílias brasileiras, diante do fechamento de indústria, comércio e outras áreas consideradas “não essenciais”, revela-se a intensa precarização das relações de trabalho (ZARNEK, 2020). Tal situação coloca em xeque o dilema vivenciado pela população nesse período: o respeito ao isolamento, medida de contenção ao avanço da covid-19, ou a saída em busca da manutenção básica da família, visto que até então não se apresentavam medidas governamentais para suprir as necessidades básicas da população.

Diante disso e da pressão popular, o governo federal em 02 de abril de 2020 sancionou o Projeto de Lei 13.982, com o objetivo de fornecer medidas de proteção social durante o

período de enfrentamento da pandemia de covid-19, este decreto regulamenta o Auxílio Emergencial⁷ (MARINS et al, 2021).

O Auxílio Emergencial é um benefício financeiro destinado a trabalhadores(as) informais, Microempreendedores Individuais (MEI), autônomos(as) e desempregados(as). O valor do benefício é de R \$600 que será pago por três meses, para até duas pessoas da mesma família. Vale ressaltar que para as famílias em que a mulher seja a única responsável pelas despesas da casa, o valor pago mensalmente será de R \$1.200,00. (ZARNEK, 2020)

Entretanto, as problemáticas de execução e de implementação do Auxílio Emergencial no Brasil prejudicaram enormemente os cidadãos em situação de vulnerabilidade. Desde a sua implementação, a mídia noticiava as inúmeras dificuldades de acesso ao auxílio. Como afirma Marins et al. (2021), o que deveria ser uma medida protetiva para evitar contato social acabou produzindo dificuldades de cadastramento (seja pela falta de informação, pelo sistema on-line instável, seja pela dificuldade de acesso à internet), ocasionando filas e aglomerações nas sedes da Receita Federal, Agências da Caixa Econômica, unidades do Centro de Referência de Assistência Social e lotéricas por todo o país.

No capítulo seguinte será abordado um panorama da desigualdade, sobretudo a de gênero, e o cenário de fragilidade imposto às mulheres gestantes e puérperas diante da situação de sobrecarga do sistema de saúde.

3. POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher se incorpora às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, tendo como base atender às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas relacionados às questões materno-infantis traduzem a concepção restrita sobre a mulher, que aborda apenas aspectos biológicos e o papel social de mãe e doméstica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Ou seja, limitando a saúde da mulher à saúde exclusivamente materna, invalidando as questões de gênero e os direitos sexuais.

Nesse sentido, é importante compreender o gênero como uma construção social e histórica, bem como elemento constitutivo das relações sociais e dos padrões de comportamento e normas que definem a masculinidade e feminilidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) Diante disso, e levando em consideração que a desigualdade histórica de poder

⁷ “Auxílio Emergencial” é a nomenclatura adotada pelo governo federal para designar a política pública de transferência de renda, em caráter temporário e emergencial, em decorrência dos efeitos da pandemia de covid-19, conforme estabelece a Lei 13.983/2020. Para designar políticas similares implementadas nos demais países listados neste artigo, utilizamos a nomenclatura adotada por cada país.

entre homens e mulheres fomentava impactos consideráveis na condição de saúde e bem-estar dessas mulheres, as questões de gênero se apresentam como parte relevante na formulação de políticas públicas, sendo consideradas parte dos determinantes da saúde.

Mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Nesse sentido, propôs-se a elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher com base na perspectiva da relação social de gênero. E, assim pautou-se a organização da reivindicação das mulheres, pela compreensão da sua condição de sujeitos de direitos, com necessidades além da gestação e parto, ou seja, ações que contemplassem as melhorias das condições de saúde em todos os ciclos de vida, atendendo as singularidades de cada grupo populacional em que estivessem inseridas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Diante desse contexto, em 1984 surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Anunciado como uma nova abordagem da saúde da mulher, propôs um conceito que implica o rompimento com a visão tradicional acerca da centralização do atendimento às mulheres nas questões que envolvem a reprodução (OSIS, 1998).

Este capítulo se ocupará em refletir acerca do significado do PAISM para a dinâmica da saúde reprodutiva no Brasil, bem como sobre os limites, possibilidades e entraves enfrentados pelo programa concomitantemente à pandemia de covid-19.

3.1 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) E AS CONTRADIÇÕES DA POLÍTICA NO PERÍODO PANDÊMICO

Com a criação do Sistema Único de Saúde, a área da saúde apresentou nova configuração [...] como o conceito ampliado de saúde, a garantia da saúde como direito social, a universalidade na atenção à saúde e a composição multiprofissional e interdisciplinar do atendimento em saúde. A saúde passa a ser vista com um espaço de atenção multidimensional (MELLO; FERNANDES, 2010, p.1378).

Conforme os princípios do SUS de oferecer acesso integral, universal e gratuito a todos os brasileiros e brasileiras, o Ministério de Saúde do Brasil promove políticas para a saúde dos diversos segmentos da população, dentre as principais áreas técnicas estão: Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Saúde do Idoso, Saúde do Homem, Política Nacional

de Saúde Mental, Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, Política Nacional de Saúde do Trabalhador, Política da Saúde do Adolescente e do Jovem e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, dentre outras (CIELO; SCHIMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando principalmente uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Sua implementação encontra forte influência da incidência política do Movimento Feminista brasileiro no processo de construção do SUS e nas características da nova política de saúde. Tal programa trouxe significativas contribuições para a percepção da saúde da mulher sob a perspectiva de gênero, ao passo que, integrou como suas diretrizes e princípios as proposições de descentralização dos serviços, tal como a garantia de integralidade e respeito à mulher em sua individualidade, preservando a sua autonomia e privacidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

De acordo com Osis (1998), a importância destas contribuições para a luta das mulheres:

A sua relevância fica clara ao se evidenciar o seu significado social, destacando-se a sua singularidade enquanto uma proposta de mudança na maneira como até então a saúde das mulheres era tratada, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde. (OSIS, 1998)

À vista disso, o ano de 2004 indica a transição do Programa para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual explora a atenção à saúde das mulheres, tencionando incluir ações educativas, preventivas, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Na perspectiva de proporcionar um sistema de atenção voltado às mulheres, a PNAISM objetiva:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2011, p. 67)

Para tanto, buscando alcançar estes objetivos, a política se norteia a partir de dois princípios: humanização e qualidade da atenção em saúde. A respeito disso, é imprescindível compreender que: “A formulação da Política partiu também do pensamento crítico sobre a forma como as mulheres vinham sendo atendidas nos serviços de saúde, na perspectiva de criar um modelo de atenção que tivesse como princípio o respeito pelos direitos das usuárias” (BRASIL, 2015, s.p). Estes princípios se apresentam como condições essenciais para que a resolutiva oferecida pelas ações de saúde aconteça de forma efetiva, bem como se expresse no fortalecimento das mulheres frente a identificação das suas demandas, no reconhecimento de seus direitos e no seu autocuidado, proporcionando a garantia da saúde integral e bem-estar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Como afirma Osis (1998), as diretrizes da Política presumiam uma qualificação do sistema de saúde para realizar o atendimento das necessidades das mulheres, focalizando as ações direcionadas ao controle das doenças mais recorrentes nessa população, como também à postura de trabalho em face da integralidade do atendimento.

A respeito de diretrizes gerais, no tocante ao planejamento familiar, é possível identificar dois destaques (BRASIL, 1984): primeiramente, destaca-se o desenvolvimento de atividades voltadas à regulação da fecundidade, sobre isso, o Ministério da Saúde consolidava suas motivações para atuação nesta questão baseado “..... nos princípios de equidade - oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população - e de ordem médica, traduzidos no risco gravídico” (MS,1984:16). Em seguida, destaca-se também a desvinculação das atividades do planejamento familiar “...de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-las” (MS, 1984:16). É importante pontuar, ainda no que se refere ao planejamento familiar, a relação constante e integral com o Sistema Único de Saúde (SUS), salientando a significativa desvinculação dessas ações à dissolução dos obstáculos sociais e econômicos do país “... nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde” (MS, 1984:15).

Portanto, no que se refere à atenção à saúde da mulher, Osis (1998) pontua que:

Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à

abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contraceção. (OSIS, 1998)

Segundo Moreira e Souto (2021), a PNAISM trouxe consigo a responsabilidade de superar as políticas que compreendiam a mulher exclusivamente como mãe (reprodutora e cuidadora de filhos), emancipando essa característica reprodutiva para olhar os seus direitos como cidadã. Para isto, faz-se necessário que os Governos Federal, Estadual e Municipal caminhem unidos na implementação e desenvolvimento de políticas voltadas aos direitos das mulheres e que “atendam às mulheres em seus diferentes ciclos de vida, articulando-os, e que não inviabilize determinadas mulheres nem determinadas necessidades de saúde.” (MOREIRA; SOUTO, 2021).

De modo geral, a trajetória do PAISM e PNAISM juntamente a Reforma Sanitária Brasileira e o movimento feminista, trouxe para a sociedade a integralidade na efetividade dos cuidados em relação à saúde da mulher. Além disso, têm um papel fundamental nas políticas públicas até hoje, e reforçam vários traços estruturais dessa ordem, tais como a concentração do poder e a restrita participação nos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país. (MOREIRA; SOUTO, 2021)

A crescente presença das mulheres na esfera pública, nos espaços de debates institucionais e na vida política e social apresentando suas demandas, dando visibilidade a sua condição feminina na sociedade, questionando as desigualdades e reivindicando direitos, é elemento de um processo histórico que ganhou força no cenário mundial e nacional.(MOREIRA; SOUTO, 2021)

Nesse sentido, Moreira e Souto apontam que, ao passo que se expandia as formas de organização e as mobilizações femininas como um movimento social e político, tinha-se o aprofundamento da discussão a respeito do conceito de gênero e todas as implicações que agregam junto a este. É possível aferir, a partir do pensamento das autoras, que as discussões nesta época permeiam o campo da historicidade, bem como das relações sociais e seus impactos, particularmente na saúde das mulheres. À vista disso, compreende-se que nesta conjuntura emergem os questionamentos a respeito do corpo feminino, da desigualdade de gênero, bem como o caráter exclusivamente reprodutivo e maternal imposto à mulher. (MOREIRA; SOUTO, 2021)

Dito isto, é certo que o governo federal atual, negacionista, profascista, conservador e ultraliberal (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021) diante do contexto de maior crise sanitária de dimensão planetária, tem minimizado a pandemia da covid-19 e colocando o lucro acima da vida, não considerando evidências científicas, ocultando dados e naturalizando mortes

a partir do momento em que provoca a flexibilização das medidas recomendadas pela OMS em nome do mercado.

Com isso, se faz necessário ressaltar o caráter histórico e a determinação social da pandemia, tendo em vista a racionalidade e o caráter destrutivo da sociabilidade capitalista contemporânea (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021) e o colapso do sistema de saúde, no qual diversos direitos deixaram de ser efetivados.

Guedes, Silva e Fonseca (2009) evidenciam fatores que produzem a invisibilidade do impacto da violência sobre a saúde das mulheres e que necessitam de atenção para fins de combate à violência de gênero, incluindo a fragmentação da assistência em saúde, pautada por uma formação profissional inflexionada por um modelo disciplinar e biologicista. Além disso, as autoras discorrem sobre a influência do modo como foi construída a identidade de gênero, entranhada por estereótipos que impõem lugares de obediência e submissão às mulheres e consideram público o domínio do seu corpo/saúde, enfatizando que sua voz seja reprimida ou desconsiderada.

A vulnerabilidade feminina existe e não é uma situação isolada, esta se torna ainda mais expressiva quando inserida no contexto de saúde. Todavia, tem ganhado maior relevância nas discussões de gênero. Podemos perceber essa importância no próprio texto introdutório da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da qual afirma “A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos”. (BRASIL, 2004, p. 9)

Durante o período da pandemia, a rede de atenção às mulheres gestantes, tiveram um atendimento pré e pós parto sucateado, fato esse impulsionado pelas dificuldades na realização de exames, superlotação de maternidades devido ao isolamento separados de unidades de saúde, além da ausência de investimentos financeiros que evitaram que houvesse uma qualidade de atendimento, apesar do grande investimento voltado ao setor de saúde durante a pandemia, esse recurso não foi direcionado para a assistência ao parto e nascimento. (ESTRELA et al, 2020)

É evidente que, durante o ciclo gravídico-puerperal a mulher necessita de acompanhamento e suportes, que não podem ser reduzidos a processos mecanizados. Com a pandemia de covid-19, os protocolos de atendimento foram reorganizados, diante disso, é de suma importância que ocorra uma avaliação das ações e medidas perante as condições de saúde e a realidade de cada serviço a fim de garantir segurança para a mulher.

Nesse sentido, uma das mudanças nos protocolos de atendimento, foi a respeito da questão do direito ao acompanhante. A discussão e resistência à presença de acompanhante

para as gestantes já existe há muitos anos. Em 2014, 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, 56,7% tiveram um acompanhamento parcial e apenas 18,8% obtiveram o direito por inteiro, em todo período de hospitalização, de acordo com Leal (2014) na pesquisa *Nascer no Brasil*, coordenada pela Fiocruz.

Tal proibição teve base no discurso da utilização dos protocolos de segurança contra a covid-19, justificando-se na não aglomeração. O Ministério da Saúde, com a nota técnica N° 9/2020 emitiu uma recomendação para salientar que todas as gestantes, mesmo aquelas com suspeita ou confirmação de infecção pelo vírus, têm o direito de um acompanhante de sua escolha, antes, durante e após o parto. O acompanhante, desde que assintomático e fora dos grupos de risco para covid-19, deve ser permitido nas seguintes situações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020):

2.3.1. Mulheres assintomáticas não suspeitas ou testadas negavas para o vírus SARS-CoV-2: neste caso, também o acompanhante deverá ser triado e excluída a possibilidade de infecção pelo SARS CoV-2.; 2.3.2. mulheres positivas para o vírus SARS-CoV-2 ou suspeitas: o acompanhante permitido deverá ser de convívio diário da paciente, considerando que a permanência junto à parturiente não aumentará suas chances de contaminação; assim sendo, se o acompanhante não for de convívio próximo da paciente nos dias anteriores ao parto, este não deve ser permitido; 2.3.3. Em qualquer situação, não deve haver revezamentos (para minimizar a circulação de pessoas no hospital) e os acompanhantes deverão ficar restritos ao local de assistência à parturiente, sem circulação nas demais dependências do hospital; 2.3.4. O surgimento de sintomas pelo acompanhante em qualquer momento do trabalho de parto e parto implicará no seu afastamento com orientação a buscar atendimento em local adequado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

3.2 MULHERES E AGUDIZAÇÃO DO PAUPERISMO FEMININO NA PANDEMIA DA COVID-19

A situação de saúde da população e, em particular, das mulheres está atravessada pelos determinantes sociais; assim, ao falar de pandemia, fala-se também de economia, ciência, política, papel do Estado, medidas de isolamento social, serviços de saúde, escolas e universidades, serviços de assistência social, previdência social, lazer, esporte e cultura, profissões que são consideradas essenciais, trabalho, teletrabalho, desemprego, subemprego, auxílio emergencial, entre outras expressões que se tornaram frequentes no cotidiano e no senso comum. (SOUZA, 2021)

Nesse sentido, compreende-se que tal travessia torna evidente no contexto da pandemia, a grande vulnerabilidade de determinados grupos sociais, isto é, compreende diretamente as questões de classe, raça e gênero.

A imensa desigualdade social produz desiguais condições de adoecimento e de morte, relacionadas às desiguais condições de vida e de trabalho, estruturais para as relações de produção capitalista. As condições de adoecimento e de morte expressam as condições de existência da humanidade, fruto das relações de classe na sociedade capitalista, do racismo estrutural, do machismo e do sexismo. (CORREIA e ALVES, 2020, p. 13)

Pode-se afirmar que, o cenário em que a pandemia do novo Coronavírus chegou, com tantos óbitos evitáveis e consequências sofridas pela humanidade, resultado da forma predatória da relação do homem com a natureza e sustentada na busca pelo lucro produzindo exploração sob o outro, própria do capitalismo, protelaram as mudanças necessárias, gerando complicações tanto na vida política quanto na econômica. Diante disso, a pandemia coloca em evidência os sistemas de saúde mercantis, resultantes do atual modelo econômico e social no mundo. (CORREIA; ALVES, 2020)

No Brasil, algumas pesquisas constataam a maior letalidade da covid-19 nas populações de baixa renda e negra. Góes e Vecina Neto citam algumas razões para as taxas de mortalidade serem maiores nessas populações no Brasil e no mundo: 1) dificuldade de acesso a serviços de saúde; 2) condições de vida da população mais pobre; 3) a falta de acesso a saneamento básico; 4) a fome, ou necessidade de trabalhar para ganhar o dinheiro para a comida do dia; 5) às comorbidades que contribuem para a mortalidade por covid-19 estão mais presentes na população negra e pobre; (GRAGNANI, 2020).

Para Pires, Carvalho e Xavier (2020) são várias as dimensões que tornam as populações de baixa renda mais expostas à contaminação pelo novo coronavírus, tais como o uso de transporte público, o número maior de moradores por domicílio, o não acesso a saneamento básico, o precário acesso a saúde e a dificuldade de manter o isolamento social sem perda excessiva de renda ou do emprego, intensificando e revelando as desigualdades sociais diante da realidade pandêmica.

Diante desses recortes de classe, raça e gênero, é importante pontuar como a pandemia atinge mais as mulheres. Segundo dados do IBGE (2019), o Brasil conta com 38 milhões de pessoas abaixo da linha de pobreza e destas ao menos 27,2 milhões são mulheres. Ainda segundo o Instituto, 41% das mulheres que possuem algum tipo de ocupação estão no setor informal, com relação ao trabalho doméstico, em sua grande maioria executado por mulheres, cerca de 70% destas não possuem vínculo empregatício, carteira assinada. Revelando dessa forma, que as mulheres de encontram em situação de precarização social, sendo ainda a parte da sociedade mais explorada, oprimida e conseqüentemente mais vulnerável.

Diante destes dados, compreendemos que as repercussões da questão da desigualdade de gênero denotam um caráter precursor do modo de produção capitalista, uma vez que o capital se prevalece das diferenças sociais para a produção de lucro no processo de exploração da força de trabalho, bem como para a construção de desigualdades e hierarquias entre os trabalhadores. Como expressa Harvey:

[...] os capitalistas usam o poder das diferenças sociais em seu próprio benefício ao máximo. As questões de gênero, muitas vezes, tornam-se vitais no chão da fábrica, assim como as questões de etnia, religião, raça, e preferência [orientação] sexual. [...] são as mulheres que carregam o peso da exploração capitalista e cujo talento e capacidades são utilizados ao extremo, em condições muitas vezes semelhantes à dominação patriarcal (HARVEY, 2011, p. 89).

Dessa forma, tais desigualdades e hierarquias podem ser compreendidas através do estudo a respeito da divisão social do trabalho⁸. Cabe pontuar aqui o trabalho realizado no âmbito privado por exemplo, pois no que se refere às atividades domésticas, geralmente é um trabalho não remunerado e realizado predominantemente por mulheres. Colette Guillaumin (2014) afirma que a separação das mulheres na sociedade e a naturalização destas no espaço privado é um processo e este se dá através de questões como: mercado de trabalho; confinamento no espaço; demonstração de força; coação sexual e arsenal jurídico. Diante disso, a prevalência das mulheres inseridas nesse cenário de existência nos espaços privados, diz respeito à supervalorização do papel e função da mulher no espaço doméstico como mãe e esposa. (MESQUITA et al., 2020)

Estas questões demonstram a reatualização de “velhas concepções” naturalizadas no processo histórico de sociabilidade capitalista, patriarcal e racista. O qual delinea para as mulheres que o melhor e maior emprego para elas é o casamento, a casa e os/as filhos/as, definindo o espaço doméstico como seu porto seguro, seu lugar naturalmente determinado ao nascer. (MESQUITA et al. 2020)

Nesse sentido, pensar a realidade das mulheres no contexto da pandemia remete à reprodução de diversas questões históricas, uma vez que, nesse período, as mulheres passaram mais tempo em casa, um lugar inseguro para muitas delas e o isolamento social mostrou impactos não só no aumento da exposição das mulheres à violência como também em dificultar

⁸ Afirma Engels (2002, p. 178-179): “a divisão do trabalho é absolutamente espontânea: só existe entre os dois sexos. O homem vai à guerra, incumbe-se da caça e da pesca, procura as matérias primas para a alimentação, produz os instrumentos necessários para a consecução de seus fins. A mulher cuida da casa, prepara a comida e confecciona as roupas: cozinha, fia e cose. Cada um manda em seu domínio: o homem na floresta, a mulher em casa. [...] A economia doméstica é comunista, abrangendo várias e amiúde numerosas famílias. O resto é feito e utilizado em comum, é de propriedade comum: a casa, as canoas, as hortas. É aqui e somente aqui que nós vamos encontrar a propriedade fruto do trabalho pessoal [...]”.

a denúncia e a fragilizar a rede de proteção, já que a grande maioria dos serviços públicos passou a funcionar em escala reduzida.

A compreensão de que a saúde das mulheres é diretamente afetada pela violência de gênero existe no campo da saúde pública no Brasil há, pelo menos, uma década. Através de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, a residência foi a principal local onde as mulheres sofreram algum tipo de violência ou morte por causas externas, em todas as faixas etárias. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública, de 2019, demonstrou que aproximadamente 90% dos feminicídios, entre 2017 e 2018, foram cometidos pelos próprios companheiros ou ex-companheiros das mulheres, e as maiores taxas foram para mulheres em idade reprodutiva e negras. Comprova-se, portanto, que a violência contra mulher é, preponderantemente, doméstica, e estudos feministas e de gênero defendem a necessidade de adotar a perspectiva interseccional tanto na análise desses fenômenos como na formulação de políticas públicas.

Que a pandemia do covid-19 trouxe impactos relevantes na saúde das mulheres é fato, o redirecionamento dos serviços de saúde para lidar com a emergência da pandemia, fez com o que muitas mulheres ficassem sem o apoio necessário para ter o acompanhamento de atenção para manter uma vida saudável. Observa-se, portanto, que as desigualdades de gênero revelam contornos específicos durante o período de pandemia, as quais têm acentuado os efeitos sobre os grupos mais vulneráveis. Em virtude disso, a Organização das Nações Unidas - Mulheres (ONU - Mulheres) publicou um documento com recomendações centrais no enfrentamento da pandemia direcionado à saúde e acolhimento das mulheres em situação de violência, principalmente as que tiveram a prestação de serviços essenciais ameaçados diante do contexto, entre outros. É sabido que a pandemia da covid-19 reflete de forma desigual na vida das pessoas. As mulheres, sobretudo as mulheres pobres, negras e principais usuárias do SUS estão ainda mais expostas a riscos em seus locais de trabalho e, também, a riscos em suas casas. É importante refletir sobre o papel historicamente destinado às mulheres, ou seja, as responsabilidades do espaço doméstico vistas como função natural da essência feminina, uma vez que, este as posiciona na subalternização e, conseqüentemente, à vulnerabilidade.

Esta reflexão pode ser fomentada a partir do que afirma Mesquita et al. (2020, p. 29):

Por um lado, a modernidade trouxe muitos avanços nas conquistas e garantias dos direitos das mulheres, contudo, as formas de dominação, exploração e opressão feminina foram reatualizadas. Assim, as mulheres adentram em diversos espaços públicos (mundo do trabalho produtivo), mas continuam com as responsabilidades do espaço doméstico, privado. Os homens continuam intactos em suas funções restritas

ao espaço público, sem compartilhar/dividir as atividades de casa e dos/as filhos/as com as mulheres. (MESQUITA et al, 2020, p. 29)

Nesse sentido, compreende-se que apesar da conquista dos direitos, especialmente o de acesso ao mundo do trabalho produtivo, as mulheres permanecem com os serviços de espaço doméstico, dentro e fora de casa, tanto em sua privacidade como mãe e esposa, bem como na condição de cuidadora e trabalhadora.

De modo a ilustrar como a pandemia no Brasil é transpassada pelo debate sobre a questão de gênero, é pertinente lembrar a maneira como o início da pandemia ficou marcado. A primeira vítima fatal no Brasil foi uma mulher de 63 anos que trabalhava como empregada doméstica no Rio de Janeiro. Segundo Mesquita et al. (2020, p. 30), esse falecimento carrega em si o caráter patriarcal e racista do país. “Os padrões tinham testado positivo para o novo coronavírus e solicitaram seu retorno ao trabalho em casa, sem lhe informar que estavam infectados e sem nenhuma preocupação em infectá-la” (MESQUITA et al, 2020, p. 30). Tal situação expressa uma certa fragilidade da maneira que a pandemia decorre, bem como expressa também o caráter classista, racista e patriarcal da sociedade, (MESQUITA et al, 2020, p. 30)

4. DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DO SERVIÇO SOCIAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO PANDÊMICO

Diante da evidente complexidade que o contexto de maior crise sanitária dos últimos 100 anos vivenciada pelo mundo apresenta, bem como da política genocida que o governo adota perante a pandemia, torna-se imprescindível realizar a reflexão a respeito dos principais elementos da política de saúde no governo Bolsonaro e suas inflexões para o Serviço Social na linha de frente ao enfrentamento da covid-19.

Nesse sentido, pode-se compreender, como afirmam Soares et al. (2021), que no Brasil, “além da crise sanitária de extrema complexidade e gravidade, associada à crise capitalista, temos que enfrentar uma política de saúde sob a gestão de um governo negacionista, profascista, conservador e ultraliberal.” (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021). Tal afirmativa reforça as condutas de governo recém abordadas nos capítulos anteriores, dentre tais: o desprezo pelas evidências científicas e flexibilização das medidas preventivas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Sob esse contexto de inúmeros impasses que contornam a política de saúde, as intervenções realizadas para o controle da covid-19 pelos profissionais da saúde, são resultado de um trabalho multidisciplinar. Segundo Melo et al. (2020):

São esses processos que dão vida ao entendimento sobre a percepção de saúde em um olhar mais amplo, entendendo os determinantes sociais da saúde como fenômeno indispensável para se pensar a realização de intervenções voltadas a essa política, abrangendo visões sobre as desigualdades sociais que rodeiam a sociedade brasileira, detectando que tal crise terá seus rebatimentos e condicionantes de maneiras verticalizadas aos setores e camadas da sociedade. (MELO et al, 2020, p. 49)

A despeito disso e das profundas contradições da pandemia, o Serviço Social brasileiro entra em cena convocado a atuar, integrando equipes multidisciplinares, na linha de frente à pandemia. Sendo uma profissão imprescindível nesse cenário, por compreender as dimensões macro estruturais e as subjetividades dos usuários do serviço de saúde pública, sobretudo, em meio a pandemia e por corresponder como uma profissão capaz de promover (dentro da instituição) a execução e viabilização das políticas aos seus usuários. (MELO et al, 2020, p. 49)

4.1 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E PARTICULARIDADES NA ASSISTÊNCIA A MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS

O surgimento do Serviço Social no Brasil na década de 1930 foi inicialmente caracterizado como uma profissão ligada à igreja, pelas suas particularidades voltadas a ações de caridade para a população pobre e seu projeto profissional de caráter conservador. Entretanto, a profissão de Serviço Social tem como objeto de estudo, a intervenção sobre as múltiplas expressões da Questão Social, que são produzidas e reproduzidas pelo modo de produção capitalista. Com isso, ao trabalharem com as variadas expressões da Questão Social, possuem os desafios de estabelecer um olhar para o enfrentamento crítico da realidade e de articular estratégias de respostas para as demandas, ou seja, a intervenção profissional necessita de uma base forte de conhecimentos aliada a uma direção política que permita desvendar as relações sociais vigentes (IAMAMOTO, 1998).

O desenvolvimento do Serviço Social durante os anos de 1930 a 1964, bem como a ação profissional na área da saúde, mostram algumas ações que foram significativas para a profissão. Segundo Bravo e Matos (2009), diante de um novo conceito de saúde que surgiu no ano de 1948, foi percebido a necessidade da participação do assistente social e diversos profissionais,

visto que este conceito enfoca os aspectos biopsicossociais. Esta concepção surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população e teve diversos desdobramentos, como a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar que permitiu suprir a falta de profissionais com o uso de pessoal auxiliar em diversos níveis.

Diante disso, passou a ser essencial a ampliação da abordagem em Saúde, colocando conteúdos de prevenção e educativos e também criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. Isto posto, pode-se afirmar que a atuação do/a assistente colabora para a ampliação do olhar sobre a saúde, baseando-se nas determinações sociais e contribuindo para a construção de redes de suporte social (MARTINI E DAL PRÁ, 2018).

Segundo Serra (2000), as demandas do Serviço Social devem ser analisadas levando-se em conta o que está além da aparência, do que está posto; há que se ter um duplo movimento de análise em relação ao conhecimento das demandas.

Primeiramente é imprescindível identificar as necessidades do capital e do Estado, em especial, em face das alterações estruturais de hoje, para que se possa, em decorrência, identificar as imposições e demandas que um e outro estão colocando à profissão, em particular. Por outro lado, a exigência é romper com os véus da aparência das necessidades sociais, determinadas por estas alterações econômico-políticas, identificando-se as reais necessidades do outro polo da intervenção profissional – a classe trabalhadora, público-alvo da atuação da profissão. (SERRA, 2000, p.162)

Frente às mudanças sócio históricas que influenciaram e continuam influenciando o fazer profissional do Serviço Social na saúde, diante da conjuntura que o Brasil vivenciava a partir de 1945, especialmente ligada às mudanças impostas pelo capitalismo no contexto pós segunda guerra mundial, tem-se uma agudização das expressões da questão social. (INOCENTES; SILVA, 2020)

Tais expressões impulsionaram o Estado a realizar maiores intervenções no âmbito da sociedade, viabilizando uma expansão da profissão. Todavia, é importante ressaltar que além da agudização das expressões da questão social, o novo conceito de saúde elaborado pela OMS em 1948 e a consolidação da política nacional de saúde no Brasil, se apresentam como dois fatores primordiais para a expansão do Serviço Social na saúde.

Dando continuidade aos dizeres de Bravo e Matos (2009), na década de 1950, apesar do surgimento de propostas racionalizadoras, que visavam a “medicina integral”, a “medicina preventiva” e seus desdobramentos a partir de 1960, como a “medicina comunitária”, no trabalho dos profissionais do Serviço Social na saúde não sofreram influência. Isto porque, os

centros de saúde utilizavam, para o desenvolvimento de suas atividades, os médicos, enfermeiras e visitadoras. Os assistentes sociais de fato só foram inseridos neste espaço muito mais tarde, em 1975.

Diante disso, é importante refletir que, o retardamento para que estes profissionais adentrassem na área, permitiu que muitas vezes os familiares e acompanhantes realizassem os trabalhos que possivelmente cabia a competência do assistente social, na busca pela defesa dos direitos humanos e na garantia e efetivação dos direitos civis, sociais e políticos da minoria, neste caso, os usuários dos serviços de saúde.

É válido ressaltar que o movimento sanitário que vinha sendo estruturado desde meados dos anos 1970, colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade, avançando na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo de privilégio do produtor privado. Realizando uma análise da relação do Serviço Social com a Reforma Sanitária, pode-se apreender que nesse período, a profissão passou por um processo de negação do Serviço Social tradicional delineando novos caminhos para sua atuação. (CASTRO, 2014)

Sob esse prisma, considera-se que a profissão traça uma nova direção para a forma de atuação a partir de 1980, com o movimento de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais, sendo esta substanciada pela teoria social marxista, ou seja, o materialismo histórico-dialético que promove uma nova visão de mundo pautada na compreensão da totalidade, integrando fatores sociais, econômicos e políticos tal como as contradições do modo de produção capitalista. “Este referencial, a partir dos anos 80 e avançando nos anos 90, vai imprimir direção ao pensamento e à ação do Serviço Social no país. Vai permear as ações voltadas à formação de assistentes sociais na sociedade brasileira.” (YAZBEK, 2009, p.12)

Através do planejamento do trabalho do Assistente social, pode-se afirmar que o profissional leva em conta:

A demanda institucional, mas sem deixar de lado a demanda do usuário; procura intervir de forma a transformar determinadas situações que estão ao seu alcance, desenvolvendo suas ações com base no Código de Ética e seu compromisso profissional; trabalha com conhecimento da legislação profissional, das atribuições e competências da sua profissão, bem como dos limites que a instituição impõe. O trabalho desenvolvido é um trabalho político, pois não é neutro, tem uma intencionalidade, um compromisso que, segundo seu Código de Ética, remete a uma visão de homem e de mundo que possibilita a realização de ações transformadoras. (CUNHA, 2010, p. 19)

Assim, a partir dos anos 1980 o Serviço Social vai desempenhando uma atuação teórico-metodológica na saúde mais analítica, com atribuições e competências pertinentes com o conceito de saúde ampliado, que considera os determinantes sociais como agentes do processo de saúde-doença dos sujeitos e sociedade. À vista disso, a profissão ganha ascendência sendo atualmente considerada como profissão de saúde, de acordo com a Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e qualificado como profissional da saúde através da Resolução nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social. (CUNHA, 2010)

Tal ascendência também é pautada a partir da compreensão do parecer do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Associação Nacional de Assistentes Sociais (ANAS) e Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS). Pois diz o parecer:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria-fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira (CRESS, 2005, p. 9-10)

Diante disso, neste momento, por ser considerada uma profissão da área da saúde, o Serviço Social adentra na compreensão das expressões de vulnerabilidades e frutos de desigualdades sociais, como consequências diretas sobre a saúde da população, sobretudo, no que concerne a pauta deste trabalho, à saúde mulher em todas as fases: gestação, parto e puerpério. Sendo assim, o/a assistente social é imprescindível na atuação no campo da saúde da mulher em idade reprodutiva, neste caso especificamente na maternidade, pois estas mulheres muitas vezes apresentam questões sociais e de saúde que necessitam de maior atenção da equipe multidisciplinar, identificando as situações que demandam intervenções sociais e as repassando para serem mediadas pelo profissional de Serviço Social.

Sendo assim, os(as) assistentes sociais, possuem preparo intelectual para lidar com as manifestações mais contundentes da questão social que se expressam nos indivíduos e grupos sociais pertencentes às classes subalternas (IAMAMOTO, 2009, p.19).

Por ser uma profissão inserida na divisão social do trabalho, interpretado como parte das relações que fundamenta a sociabilidade capitalista, estruturada em classes sociais, como afirma Iamamoto e Carvalho (1983).

O Serviço Social tem como mediação fundamental da ação profissional as políticas sociais. Diante do contexto regressivo de direitos, os desafios que se colocam à profissão direcionam de forma decisiva à reafirmação dos preceitos constantes no Projeto Ético-Político profissional. Os desafios que se colocam ao Serviço Social são realizáveis à luz dos princípios fundamentais defendidos pela profissão: defesa de direitos, liberdade, democratização das relações e das políticas públicas, além de contraposição aos preconceitos e todas as formas de opressão e discriminações sociais. (MONTENEGRO, 2020, p. 513)

Nesse sentido, vale salientar que a participação do(a) assistente social torna-se fundamental dentro desse contexto de pandemia, no que tange a assistência às gestantes e puérperas usuárias do sistema de saúde, e ocorre através de orientação no que diz respeito aos direitos fundamentais inerentes ao ciclo reprodutivo, bem como se estrutura para contribuir para a consolidação desses direitos.

Para isto, é necessário compreender que a saúde reprodutiva, neonatal e familiar se deteriora a partir de condições de vida precárias como desemprego, baixa escolaridade, situações de violência e moradias insuficientes. Portanto, tais vulnerabilidades vêm à tona no momento dos atendimentos e tem impacto direto no processo de trabalho do(a) assistente social nas maternidades, especialmente quando se descreve a realidade social destas mulheres e seus filhos.

Dessa forma, como afirmam Bentes e Honorato (2022, p. 742), "os parâmetros que regem a atuação do serviço social na saúde nasceram a partir do estudo da realidade e dos usuários aos quais serão atribuídas as políticas de saúde." Tal documento serve de base para o assistente social, sendo, assim, uma ferramenta usada para compreensão dos determinantes sociais de cada caso e usuário, e em seguida decidir qual estratégia usar em suas intervenções profissionais. (BENTES; HONORATO, 2022)

4.2 DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ASSISTÊNCIA A MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS NO PERÍODO PANDÊMICO

Conforme já discutido, diante do contexto da pandemia de covid-19, o mundo enfrenta novos desafios em diversas esferas do cotidiano, sobretudo, a incidência destes na classe trabalhadora. "Com a chegada do novo coronavírus ao Brasil, houve a necessidade de traçar novas estratégias para lidar com a assistência à saúde e as políticas públicas, considerando uma realidade adversa que se iniciou em março de 2020." (MORETHE et al, 2021, p. 192)

Durante esse período de incertezas, os serviços de saúde passaram por grandes mudanças pertinentes ao atendimento das usuárias. Diante dessa realidade, como forma de compreender os desafios, demandas e as estratégias do trabalho profissional do Serviço Social na assistência à saúde das mulheres e gestantes puérperas no âmbito hospitalar, diante do contexto pandêmico do covid-19, foi realizada pesquisa bibliográfica no Google Acadêmico na plataforma de artigos (SciELO), através do uso de palavras chaves pertinentes ao tema (Serviço Social; Pandemia; Saúde da Mulher e Gestantes) a fim de obter um apanhado geral dos artigos que viessem a contribuir para a construção da reflexão sobre a temática. Perante o exposto, do total de 20 trabalhos encontrados, 16 foram descartados pois não debateram em totalidade a temática do objeto do trabalho, e 04 foram analisados conforme descritos no quadro abaixo:

Quadro 1- Desafios, demandas e estratégias do Serviço Social perante a pandemia covid-19 na assistência a mulheres gestantes e puérperas

Desafios	Demandas	Estratégias
“Os desafios trazidos pela pandemia trouxeram mudanças na estrutura e na cultura organizacional das unidades de saúde, a exemplo da limitação de visitas e do acompanhamento dos familiares aos pacientes com suspeita e/ou casos confirmados da covid-19. “BANDEIRA et al, 2020, p. 81	“Ao Serviço Social inicialmente eram demandadas intervenções relacionadas à comunicação de óbitos e de repasse de boletins clínicos dos pacientes, guarda de pertences, além de ser um dos espaços para o atendimento a familiares e o local para recebimento de queixas.” (BANDEIRA et al, 2020, p. 8)1	“Partindo dessas problematizações, faz-se necessária, de forma contínua e sistemática, a construção do planejamento das ações do Serviço Social, em especial nesse período em que se instalou o imediatismo de respostas às demandas como rotina.” BANDEIRA et al, 2020, p. 82
“Assim, os/as assistentes sociais, que sempre promoveram o acolhimento ao público-alvo das políticas sociais de forma presencial, passaram a priorizar os teleatendimentos para estabelecer articulações tanto com as famílias dos/as usuários/as internados/as quanto com a rede de serviços. (RICARDO et al, 2020, p. 99)	“Entre as demandas requisitadas aos/as assistentes sociais vistas como prioridade, elenca-se o acolhimento às famílias dos/as usuários/as acometidos/as pela covid-19. Ao internar o/a usuário/a para iniciar seu processo de cuidado e tratamento, havia a requisição da imediata separação da sua família, ficando então sozinho/a sob a responsabilidade da equipe, o	O Serviço Social exerce forte papel de vinculação entre os familiares, usuários/as internados/as e serviços de saúde. No contato com a família, havia também a necessidade do estabelecimento de uma referência, a qual era indicada pela própria família, para futuras orientações, informações e repasse pela equipe médica do Boletim Médico. (RICARDO et al,

	que exigiu uma maior comunicação entre todos/as envolvidos/as neste processo” (RICARDO et al, 2020, p. 103)	2020, p. 104). Para isto, Ricardo et al. (2020) afirma “a importância do planejamento social como instrumento para superar as emergências e os atendimentos pontuais que se apresentavam no cotidiano.” ((RICARDO et al, 2020, p. 98)
“[...] havia a angústia por não estar presente no acompanhamento integral à mulher e pela ausência de um fluxo de comunicação que permitisse a garantia do direito a informações clínicas; por outro lado, havia um entendimento do momento histórico, que pedia cautela e medidas de proteção para minimizar a possibilidade de infecção de um público considerado vulnerável. (MORETHE et al, 2021, p. 193)	“As principais demandas apresentadas ao Serviço Social pelos usuários referiam-se à restrição do direito ao acompanhante e à dificuldade de acesso às informações clínicas sobre as mulheres internadas. “ (MORETHE et al, 2021, p. 194)	“Cotidianamente, o Serviço Social mantinha a realização de ações socioeducativas nas enfermarias com vistas a orientar e esclarecer as mulheres sobre a condição particular que a pandemia impunha e buscar reforçar os direitos já consolidados, tais como os direitos trabalhistas, o acesso a programas sociais, a política de planejamento familiar, a emissão de Certidão de Nascimento gratuita e o fluxo interno da maternidade. “ (MORETHE et al, 2021, p. 193)
“Como reflexo dos desmontes perpetrados ao SUS desde sua implantação, no primeiro momento da pandemia, grande parte dos assistentes sociais teve que lidar com dois importantes obstáculos: acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI) e a demarcação de suas atribuições e competências profissionais, algo recorrente na história da profissão” (SILVA; PEREIRA, 2021)	“[...] a defesa dos direitos, incluindo o direito à informação e sua democratização; garantia da identificação das usuárias e sua realidade social, visibilizando as expressões da questão social no âmbito da saúde; orientações sobre direitos e benefícios; promoção de articulação com a rede socioassistencial, objetivando também a intersetorialidade das políticas durante a pandemia; e articulação de ações socioeducativas que possibilitem a reflexão acerca do discurso negacionista sobre a pandemia.” (SILVA; PEREIRA, 2021)	“Os atendimentos da equipe multiprofissional que pudessem ser realizados de maneira remota foram assim realizados. Durante o plantão, o Serviço Social realizava teleatendimentos às usuárias internadas no isolamento e aos seus familiares.” Esta foi uma iniciativa da equipe, “[...] visando ampliar a cobertura de atendimento do Serviço Social. Os demais atendimentos às enfermarias de puerpério, de alto risco e ao centro obstétrico continuaram de maneira presencial. “ (SILVA; PEREIRA, 2021)

Fonte: De autoria própria

A partir do exposto no quadro acima, é possível observar que, frente a conjuntura trazida pela pandemia, em que intensificam as desigualdades sociais, torna-se fundamental, que os(as) assistente sociais ante os desafios e demandas advindos da pandemia, promovam estratégias que busquem abranger os direitos sociais da população em vulnerabilidade, por meio de programas, políticas e possíveis encaminhamentos.

Sobre a atuação do assistente social no serviço hospitalar, pode-se afirmar que os profissionais atravessam intensos embates entre “[...] as exigências postas pelas diversidades das demandas cotidianas dos usuários e da instituição e pela idealização dos profissionais sobre suas ações, alicerçadas no seu projeto ético-político.” (CUNHA, 2020, p.49)

A partir da análise do ponto de vista dos autores citados no quadro acima e dos demais referenciados no decorrer deste texto, infere-se que, inicialmente, como grandes desafios, pode-se compreender a dificuldade de acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI), bem como a necessidade da demarcação das atribuições e competências profissionais.

Os autores concordam ainda que, a mudança na estrutura dos atendimentos, a exemplo da limitação de atendimento e visitas presenciais, foi um fator que afligiu substancialmente os profissionais. Entretanto, como afirma Morethe (2021), havia a compreensão da complexidade do momento histórico, que pedia cuidado e medidas de prevenção para minimizar a possibilidade de infecção do público já vulnerável.

Ademais, é importante considerar as ponderações de Soares et al, (2021) para além desses desafios aqui pontuados, ao analisar as dificuldades no que diz respeito às condições de trabalho dos (as) assistentes sociais.

É sabido que, diante da complexa realidade evidenciada com a pandemia, o Serviço Social, junto aos(às) demais trabalhadores(as) da saúde, foram convocados a atuar na linha de frente no enfrentamento da covid-19. (SOARES et al, 2021) Entretanto, as condições de trabalho eram precarizadas, as autoras pontuam que:

Em meio a condições de trabalho precárias e, muitas vezes, como trabalhador(a) precarizado(a), com vínculos temporários, assistentes sociais em todo o país tiveram que lidar, inclusive, com demandas não condizentes com suas atribuições profissionais. Todavia, contraditoriamente, exercitaram sua relativa autonomia profissional com capacidade propositiva, a partir dos fundamentos do projeto ético-político profissional, na resistência em defesa da vida e dos direitos de todos(as). (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021)

Nesse sentido, no tocante à condição do assistente social como trabalhador da saúde, as autoras discorrem sobre:

As contratações de assistentes sociais expressam cada vez mais a precarização e a profunda privatização da política de saúde. No bojo das estratégias de enfrentamento da covid-19, a maior parte da expansão dos serviços de saúde se deu via terceirização da gestão em saúde, conforme já discutimos, e, portanto, com contratos precários, inseguros e temporários de trabalho, além da histórica tendência de baixas remunerações. (SOARES et al. 2021)

Diante dessa conjuntura, as autoras indicam um aprofundamento da "platonização da organização do trabalho profissional - inclusive utilizada como estratégia de menor exposição e risco do(a) trabalhador(a)." (SOARES et al, 2021) Entretanto, paralelamente, tal estratégia fomentou a possibilidade de exposição a riscos e agravos de saúde, diante das exaustivas jornadas de plantões com duração de 24h de trabalho, bem como na qualidade do atendimento prestado.

Nesse contexto, para compreender melhor os desafios do Serviço Social, é importante rememorar os entraves da profissão causados pela relação contraditória capital-trabalho, uma vez que os assistentes sociais lidam com as manifestações mais contundentes da questão social que se expressam nos indivíduos e grupos sociais pertencentes às classes subalternas (IAMAMOTO, 2009, p.19) Nesse sentido, diante da conjuntura de regressão de direitos, pode-se compreender estes desafios impostos à profissão como uma validação das resoluções do Projeto Ético Político.

À vista disso, de acordo com o que aponta Montenegro (2020), esses desafios:

Se colocam ao Serviço Social são realizáveis à luz dos princípios fundamentais defendidos pela profissão: defesa de direitos, liberdade, democratização das relações e das políticas públicas, além de contraposição aos preconceitos e todas as formas de opressão e discriminações sociais. (MONTENEGRO, 2020, p. 522)

Desse modo, fica evidente a necessidade do profissional de Serviço Social de repensar as ferramentas de trabalho, seu objeto, mas primordialmente, repensar o próprio trabalho do/a assistente social como potência, constituinte – um trabalho que trará à tona manifestações da questão social que se conectam na sua dimensão micro e macropolítica na rotina de atuação desse profissional (IAMAMOTO, 2009).

Na sequência, como sintetizado no Quadro 1, quanto às demandas apresentadas aos profissionais, as informações colhidas dos autores entram em consonância. Visto que, elencam como prioritárias, inicialmente, aquelas demandas relacionadas às repercussões da ausência de acompanhantes e a dificuldade do repasse de informações clínicas sobre as usuárias, mulheres gestantes e puérperas internadas (MORETHE et al, 2021, p. 194), bem como a necessidade de

lidar com demandas não condizentes com as suas atribuições profissionais. (BANDEIRA et al, 2020)

Sob essa segunda questão, como pontua Bandeira et al. (2020), as demandas iniciais postas aos assistentes sociais, integravam a execução da comunicação de óbito a familiares e responsáveis, emissão de boletins clínicos, dentre outras práticas. Nesse sentido, Soares et al. (2021) afirma que:

Essas requisições não são novas. Reiteram velhas práticas em saúde que concebem as ações da equipe multiprofissional de saúde não médica como mero subsídio ao “ato médico” ou por ele instrumentalizadas. Além disso, também se vinculam às práticas do Serviço Social tradicional ou conservador. Assim, em meio às contradições da política de saúde, com intensa precarização, desfinanciamento, privatização e fragmentação, sem articulação e coordenação de enfrentamento em nível federal, com expressões de uma política genocida ao mesmo tempo que extremamente privatista e ultraliberal, o Serviço Social é requisitado a reproduzir o perfil profissional tecnicista, voluntarista e conservador. (SOARES et al. 2021)

Segundo Silva e Pereira (2021), as demandas apresentadas ao Serviço Social na assistência às mulheres gestantes, usuárias do SUS, incidiam-se sobre a pauta da defesa do direito à informação e sua democratização, a partir das orientações sobre os benefícios e direitos, bem como sobre a identificação das usuárias e da sua realidade social, a fim de garantir a visibilização das expressões da questão social e possibilitar as articulações com a rede socioassistencial, para promoção da intersectorialidade das políticas para essas mulheres durante a pandemia. (SILVA; PEREIRA, 2021)

Em razão disso, é importante refletir que, segundo os Parâmetros Para Atuação Do/a Assistente Social Na Política de Saúde, cabe ao Serviço Social “fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (CFESS, 2010, p. 45).

Dessa forma, diante da possibilidade do exercício da relativa autonomia profissional com capacidade propositiva, o Serviço Social, comprometido com o seu projeto ético-político e teórico-metodológico, integra a equipe multiprofissional para o enfrentamento da doença e, com isso, precisa ter uma visão ampla para buscar mecanismos além da capacitação cotidiana profissional para responder às demandas trazidas pelas mulheres gestantes e puérperas usuárias do SUS e seus familiares.

Conforme as orientações do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, por meio dos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2014), atribui-se uma gama de ações para o Serviço Social no que se refere a Política de Saúde assim como:

[...] 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 à saúde [...] (CFESS, 2014, p. 27)

Diante disso, partindo para o terceiro e último item do Quadro 1, no que se refere às estratégias dos (das) profissionais frente às demandas aqui expostas, Montenegro (2020) pontua: “As demandas e requisições da profissão na atualidade exigem capacitação, competência e posicionamento político, crítico e reflexivo diante das necessidades dos sujeitos atendidos(as) pelos(as) assistentes sociais.” (MONTENEGRO, 2020)

Portanto, os desafios que atravessam o contexto pandêmico se colocam premente ao trabalho desenvolvido, a fim de mediar os reflexos das condições precárias de vida, habitação e saúde dessas mulheres.

Cabe reforçar que as limitações das políticas sociais impactam diretamente o trabalho dos/as assistentes sociais, além das condições de distanciamento impostas pela pandemia que exigem criatividade na realização de tarefas educativas e de organização dos sujeitos sociais na perspectiva de cidadania. (MONTENEGRO, 2020, p. 523)

Sendo assim, diante dessa conjuntura os profissionais tiveram que criar estratégias para que o serviço de saúde e o atendimento sejam o mais adequado.

No que diz respeito às estratégias adotadas pelo Serviço Social na assistência às mulheres no período de pandemia, Ricardo et al. (2020) e Bandeira et al. (2020) supõem o planejamento como a principal estratégia de atuação profissional. Ricardo et al. (2020) destaca a “importância do planejamento social como instrumento para superar as emergências e os atendimentos pontuais que se apresentavam no cotidiano.” Complementando esse raciocínio, Barbosa (1991) afirma que:

[...] a dimensão política decorre do fato de ser o planejamento um processo contínuo de tomada de decisões, na busca de caminhos, sobre o que fazer, por que é para que fazer, onde fazer e quando fazer, que pela área governamental, quer pela área privada. (BARBOSA, 1991, p.49).

Diante disso, com o planejamento sendo um dos instrumentos técnicos do trabalho profissional do Serviço Social como atribuição e competência no exercício da profissão, conforme a Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993 que regulamenta a profissão no Art. 4º as competências do Assistente Social, destaca-se a relação com o ato de planejar:

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;

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;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social. (BRASIL, 1993).

Bem como evidenciado no Art. 5º desta mesma legislação, em que são apresentadas as atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social. (BRASIL, 1993).

Sendo assim, pode-se pontuar a extrema importância do planejamento e dos parâmetros de atuação da profissão, pois elevam a qualidade dos serviços, viabilizam atendimentos em urgências e emergências, diante da imprevisibilidade e impossibilidade aglomeração. Em razão disso, foi necessário buscar caminhos que pudessem construir um plano de trabalho que envolvesse as competências e as atribuições do(a) assistente social na divisão do trabalho, em consonância ao projeto ético-político profissional. (RICARDO et al, 2021, p. 99)

Sob esse prisma, conforme exposto no Quadro 1, Morethe et al. (2021), descreve as estratégias adotadas no cotidiano profissional do Serviço Social atuante na assistência às mulheres gestantes e puérperas. A autora relata a realização de ações socioeducativas nas enfermarias, no sentido de orientar as mulheres sobre a condição imposta pela pandemia, bem como sobre os seus direitos já consolidados, dentre os quais se destacam “[...] o acesso a programas sociais, a política de planejamento familiar, a emissão de Certidão de Nascimento gratuita e o fluxo interno da maternidade. “ (MORETHE et al, 2021, p. 193)

Silva e Pereira (2021) contribuem com a discussão ao sinalizar a realização de atendimentos de maneira remota como uma estratégia da equipe para ampliar a cobertura do atendimento do Serviço Social. “Durante o plantão, o Serviço Social realizava teleatendimentos às usuárias internadas no isolamento e aos seus familiares.” (SILVA E PEREIRA, 2021) Os autores afirmam ainda que, “Os demais atendimentos às enfermarias de puerpério, de alto risco

e ao centro obstétrico continuaram de maneira presencial.” (SILVA E PEREIRA, 2021)

Por fim, é imprescindível retornar a trazer as contribuições de Soares et al. (2021), agora, no que diz respeito às estratégias de atuação do serviço social na assistência à mulher gestante e puérpera. As autoras destacam um exercício de atuação profissional que inclui e ultrapassa as relações de trabalho e subordinação, “[...] avançando em direção à consciência individual e à coletiva, apropriando-se do conhecimento aprofundado sobre a realidade - a partir dos fundamentos da razão dialética -, do conhecimento sobre os projetos em disputa, o arcabouço político-legislativo-institucional e os processos a eles relacionados.” (SOARES et al. 2021)

Segundo as autoras, os (as) assistentes sociais contribuíram para a atuação da profissão na assistência à saúde frente à pandemia de covid-19, neste caso sobretudo das mulheres gestantes e puérperas, através de capacidade propositiva e estratégias coerentes com suas atribuições e competências profissionais, “[...] dando uma grande contribuição na defesa da vida, na perspectiva de uma concepção ampliada de saúde vinculada à determinação social, ao projeto de reforma sanitária e a uma sociabilidade emancipada.” (SOARES et al. 2021)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trajeto da Política de Saúde no Brasil foi transpassado por entraves, lutas e resistências, conduzidas por trabalhadores da saúde, partidos políticos e movimentos sociais, em defesa da saúde como direito social. A partir do SUS, determina-se o acesso à saúde integralizado, isto é, o atendimento para todos sem distinções, em um sentido de universalidade. Todavia, os ataques à política de saúde, diante dos desmontes políticos e socioeconômicos, permanecem. A precarização das condições de trabalho dos profissionais da saúde é um reflexo desses ataques, que, conseqüentemente, repercute no estabelecimento de limites e desafios ao que concerne a atuação profissional e os impactos no acesso da população a uma política de saúde de qualidade.

Diante do contexto de retrocesso nas políticas públicas vivenciado desde antes da Pandemia de covid-19, a exemplo do desfinanciamento na área da saúde e o aumento da privatização de hospitais, é possível perceber o grande reflexo nas respostas do governo às expressões da questão social atenuadas pelo coronavírus. A pandemia descortina as vulnerabilidades sociais e maximiza as relações de desigualdade nas esferas da vida social, uma

vez que torna evidente os diferentes impactos da doença quanto aos marcadores sociais de raça, gênero e orientação sexual, perpassando a possibilidade de acesso à prevenção adequada contra a doença.

Nesse sentido, compreendemos como importante, reforçar o papel do assistente social no enfrentamento a tais situações, destacando as possibilidades de atuação concretas. O Serviço Social se apresentou como fundamental no contexto da pandemia da covid-19, sobretudo pelas estratégias de atuação na assistência à saúde reprodutiva da mulher, bem como pelo caráter de defesa dos direitos dos trabalhadores e de toda a população afetada pela atual crise sanitária. É neste presente, que torna-se expressiva a necessidade e relevância da defesa do SUS e do projeto de reforma sanitária na vida da população.

Quanto ao exercício profissional do (a) assistente social na garantia de acesso aos direitos à saúde, neste trabalho especificamente das mulheres, aponta-se o objetivo de contribuir com a superação da histórica e complexa desigualdade entre gêneros, bem como a ampliação da concepção de saúde das mulheres, através da integralização da política de atenção à saúde da mulher nessa perspectiva.

Este trabalho busca ressaltar a atuação profissional do Serviço Social na assistência às mulheres gestantes e puérperas no âmbito hospitalar, em meio a conjuntura pandêmica. Pontuando que, a partir do cotidiano dos (as) assistentes sociais, respaldado nos aportes teóricos que legitimam a profissão, foi possível a atuação crítica destes profissionais na pandemia e o fortalecimento de ações mitigatórias para as demandas que atravessavam essas mulheres nessa conjuntura.

O Serviço Social teve grande destaque no bojo das contradições advindas da pandemia, com seu projeto ético-político-profissional, preconizou respostas mais qualificadas às demandas complexas desta crise sanitária e das expressões da questão social potencializadas por ela, que rebatem diretamente na qualidade da assistência à saúde reprodutiva das mulheres. Ao rejeitar as demandas impostas pela pandemia, que fogem às atribuições e competências do Serviço Social, e que imprimem à profissão um caráter amplamente tecnicista, e conservador, os (as) assistentes sociais continuaram contribuindo na defesa dos direitos das usuárias do SUS.

Diante disso, pontuamos também que a articulação e manifestação do conjunto CFESS/CRESS foi de extrema importância em vários momentos de fortalecimento destes profissionais, a partir da elaboração de notas técnicas e normativas que defendem o trabalho

profissional dos (as) assistentes sociais que atuam nas equipes multiprofissionais dos hospitais de assistência à saúde reprodutiva das mulheres, respaldado ,

Portanto, as reflexões trazidas neste trabalho buscam evidenciar a grande importância da atuação desses profissionais, mediante a desproteção social que impactam no crescente aumento das demandas decorrentes do processo de desmonte e contradições da política de assistência social, sobretudo no que concerne o direito à políticas públicas de saúde para mulheres gestantes e puérperas na pandemia de covid-19. Nesse sentido, apontamos o Serviço Social como expressão do embate pela democracia e acesso aos direitos, neste cenário de crise sanitária em meio a ataques ultra neoliberais no país.

Embora, no processo de pesquisa e investigação para construção dos argumentos que evidenciasse tais problemáticas, nos deparamos com diversos entraves decorrentes da escassez de trabalhos sobre as demandas, desafios e estratégias do Serviço Social na assistência à saúde das mulheres gestantes e puérperas no contexto pandêmico, considerando o pouco tempo para o acúmulo de produções. Possivelmente por ainda nos encontrarmos inseridos no bojo das repercussões advindas do período pandêmico, com consequências ainda em aberto.

Sendo assim, com base na literatura disponível, pudemos refletir sobre as políticas e atuação dos profissionais do Serviço Social no âmbito hospitalar, a fim de garantir a assistência à saúde da mulher em sua integralidade, pois, somente assim, teremos o princípio de longitudinalidade da saúde reprodutiva assegurado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA, Ligia. **O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada.** 2009 Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L7Nsq8y9bgDqtV7PjK7WNbQ/?lang=pt> Acesso em: 27 set. 2022

BANDEIRA, K. M. et al. **Serviço Social no contexto hospitalar ante a Covid-19: Contribuições e desafios.** In: SOARES, R. C.; MELO, D. C. S.; VIEIRA, A. C. S.; (Orgs.).

Serviço Social no enfrentamento à Covid-19. Recife. Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE. Ed. UFPE. 2021. p. 75-92.

BARBOSA, Mário da Costa. **Planejamento e serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no contexto da crise capitalista**. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009, p. 301-321.

BRAGA, José Carlos de Souza.; PAULA, Sérgio Goes de. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL, Constituição Federal de 1988. Brasília.

_____. Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) - Limite dos gastos públicos. Disponível em: <https://www.tre-pr.jus.br/transparencia-e-prestacao-de-contas/gestao-orcamentaria-financeira-e-fiscal/emenda-constitucional-no-95-ec-95-limite-dos-gastos-publicos>. Acesso em 12 out. 2022.

_____. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, 356. Temporalis, Brasília (DF), ano 16, n. 31, jan/jun. 2016. Poder Executivo, Brasília-DF, 8 jun. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 21 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica Nº9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. 2020. Disponível em https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf. Acesso em 22 out. 2022

_____, VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.

BARROCO, Maria Lucia S. **Não passarão: ofensiva neoconservadora e Serviço Social**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 124: Conservadorismo, lutas sociais e Serviço Social, 2015

_____. **Direitos humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil Contemporâneo.** 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.268>. Acesso em: 10 out. 2022.

BENTES, S. M.; HONORATO, L. G. **Serviço Social na saúde: os parâmetros atribuídos aos assistentes sociais, uma referência a sua intervenção profissional.** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - REASE. São Paulo, v.8.n.06. (p. 735-746) jun. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In MOTA, Ana Elisabete et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo. Acesso em: 04 ago. 2022.

_____. e MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate. In BRAVO, Maria Inês Souza (org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

_____.; **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** São Paulo: Cortez, 2009.

CARVALHO, A. R. et al. **Vulnerabilidade social e crise sanitária no Brasil.** 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071721>. Acesso em 10 out. 2022.

CASTRO, E. L. **Reforma Sanitária e Renovação do Serviço Social: Duas faces de um mesmo processo societário.** In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENEPSS), 2018. Vitória - ES. Em tempos de radicalização do capital, lutas, resistências e Serviço Social, 2018.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais.** Revista Humanidades e Inovação.v.8, n.35, 2021.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2014.

CFESS. **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: 21 out. 2022.

CRESS. CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). 12a Região. **A atuação do serviço social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.** Florianópolis: CRESS, 2005. (Caderno de Texto; nº 7).

CORREIA, M. V. C.; ALVES, P. K. L. **Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde e doença: quem são os mais atingidos?** In: CORREIA M. V. C; LIMA, A. S. (orgs.). *Pandemia, determinações da Saúde e enfrentamento da Covid-19: o lucro acima da vida.* Maceió: Edufal, 2020.

CUNHA, Carmen Lucia Nunes. **Serviço Social na Saúde: Os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários.** Orientadora: Patrícia Krieger Grossi. 2010. 83 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

DEMIER, Felipe. **Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil.** Rio de Janeiro: Mauad X, 2017. Disponível: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3127/07%20ROMULO.pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.

ECO, Umberto. **Contra o fascismo** [S. l]: Lumen, 2018. E-book.

Editores da Revista Educação & Sociedade. **Neoconservadorismo, Educação e Privação de Direitos.** 2017. Revista Educação & Sociedade. Campinas. v. 38. p. 865-872.

ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado.** Tradução Leandro Konder. – 16. ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

ESTRELA et al. **Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe.** 2020. Disponível em: 10.1590/1413-81232020259.14052020. Acesso em 12 out. 2022

FILHO, Cláudio Bertolli. **Da colonização à República: a raiz histórica da doença.** In: *História da saúde pública no Brasil.* 4. ed. São Paulo: Ática, 2002.

GUEDES, R.; SILVA, A. T.; FONSECA, R. M. **A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 625-631, 2009. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024](http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024). Acesso em: 06 out. 2022

GRAGNANI, Juliana. **Porque o Coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo.** 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-nobrasil/#Link1>. Acesso em: 05 out. 2022

HARVEY, David. **O enigma do capital e as crises do capitalismo.** São Paulo: Boitempo, 2011.

IAMAMOTO, Marilda. **A questão social no capitalismo**. Temporalis, Brasília, Abepss, n.3, 2001.

IAMAMOTO, Marilda.; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22. ed. São Paulo: Cortez; 2012.

_____. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 341-375.

INOCENTES, P. G. dos.; SILVA, M. M. **A Contrarreforma do Estado e o processo de desmontes dos direitos sociais: A emenda constitucional 95/2016 e os impactos na política de saúde no Brasil**. 2020. IX Conasss, 2020, Ribeirão Preto. Anais. Disponível em: https://www.conasss.com.br/docs/20210304anais_completo-final.pdf. Acesso em: 27 out. 2022.

JESUS, Júlio César Lopes de.; LOPES, Flávia Augusta Santos de Melo. **As ações do governo Temer e suas implicações para as políticas de previdência e assistência social: o que está por vir?** VIII Jornada internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. Agosto de 2017

LEAL, Maria C. (Org.) **Pesquisa Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022

LIMA, Iana Gomes.; HYPOLITO, Álvaro Moreira. **A expansão do neoconservadorismo na educação brasileira**. 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1678-463420194519091>. Acesso em: 17 out. 2022

LUKÁCKS, Georg. **O marxismo ortodoxo**. In: Netto, José Paulo. (org). Lukács. São Paulo: Ática, 1981. p. 59-76.

MARIANO, Cynara Monteiro. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre**. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>. Acesso em 12 out. 2022

MARINS, Mani. Tebet. et al. **Auxílio emergencial em tempos de pandemia**. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020013>. Acesso em 19 out. 2022

MARTINI, Débora.; DAL PRÁ, Keli Regina. **A inserção do assistente social na atenção primária à saúde**. Argumentum, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan./abr. 2018. Disponível em: . Acesso em: 16 out. 2022.

MAZETO, Yuri Emmanuelle. **Política de saúde face aos avanços neoliberais e a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (ebserh)**. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social, Goiânia, 2017

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo. FERNANDES, Idília (orientadora). **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar em Porto Alegre: Uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe**. V Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2012. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10923/5120> Acesso em 29 set. 2022

MELO, A. F. et al. **O Serviço Social na linha de frente contra à Covid-19**. IX Conasss, 2020, Ribeirão Preto. Anais. Disponível em: www.conasss.com.br. Acesso em: 19 out. 2022.

MESQUITA, A. P. et al. In: CORREIA M. V. C; LIMA, A. S. (orgs.). **Pandemia, determinações da Saúde e enfrentamento da Covid-19: o lucro acima da vida**. Maceió: Edufal, 2020.

MIGUEL, Luis Felipe. **Da “doutrinação marxista” à “ideologia de gênero”**: Escola sem Partido e as leis da mordaca no parlamento brasileiro. *Direito & Práxis*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 15, p. 590-621, 2016.

MINAYO, M. C. S. **Ciência Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social**. 21ª ed. Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes e Maria de Souza Minayo(org.). Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em 15 set. 2022.

_____. **Centro cultural do Ministério da Saúde**. 2016. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/antes-depois.php#> Acesso em 12 out. 2022

_____. **Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005**. Brasília. 2005

MONTENEGRO, R. C. F. **A proteção social no Brasil e a pandemia da Covid-19: Importância do SUS e os desafios para o Serviço Social**. IX Conasss, 2020, Ribeirão Preto. Anais. Disponível em: https://www.conasss.com.br/docs/20210304anais_completo-final.pdf. Acesso em: 19 out. 2022.

MOREIRA, Marcelo Rasga. SOUTO, Kátia. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>. Acesso em 13 out. 2022

MORETHE, A. R. et al. In: SOARES, R. C.; MELO, D. C. S.; VIEIRA, A. C. S.; (Orgs.). **Serviço Social no enfrentamento à Covid-19**. Recife. Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE. Ed. UFPE. 2021. p. 181-198.

MOTA, Ana Elizabete. **80 anos do Serviço Social brasileiro: conquistas históricas e desafios na atual conjuntura**. In: *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 128, p 39-53. jan/abr. 2017

Revista Educação & Sociedade. **Neoconservadorismo, educação e privação de direitos**. Campinas. v. 38, nº. 141, p.865-872, out.-dez., 2017. Disponível em: [10.1590/ES0101-73302017v38n141ED](https://doi.org/10.1590/ES0101-73302017v38n141ED). Acesso em 22 out. 2022.

OSIS, M. J. M. D. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. 1998. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>. Acesso em 11 out. 2022

- PAXTON, Robert O. **A anatomia do fascismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
- PIRES, Luiza. CARVALHO, Laura. XAVIER, Laura. **COVID-19 e Desigualdade no Brasil. 2020**. Divulgado: <http://cebes.org.br/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-nobrasil/>. Acesso em: 05 out. 2022.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2013. p. 120-141.
- RICARDO, K. S. et al. In: SOARES, R. C.; MELO, D. C. S.; VIEIRA, A. C. S.; (Orgs.). **Serviço Social no enfrentamento à Covid-19**. Recife. Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE. Ed. UFPE. 2021. p. 94-115.
- SANTOS, Eric Ferreiras dos. PERREIRA, Agnaldo. **Evidências dos Efeitos da Covid-19 nos Fluxos de Caixa de Pequenas e Médias Empresas**. 2020. Disponível em: <https://congressosp.fipecafi.org/anais/20UspInternational/ArtigosDownload/2836.pdf> Acesso em: 10 out. 2022.
- SERRA, Rose Mary Souza. **Crise de materialidade no serviço social: repercussões no mercado profissional**. São Paulo, Cortez, 2000.
- SILVA, J. J. L.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. **Política de Saúde e Desmonte do SUS no Governo Temer**. SER Social, [S. l.], v. 23, n. 48, p. 191–210, 2021. DOI: 10.26512/sersocial.v23i48.29324. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/29324. Acesso em: 11 out. 2022.
- SILVA, J. R. N. O; PEREIRA, B. C. S. **O Trabalho do/a assistente social em uma maternidade de alta complexidade durante a pandemia da Covid-19: relato de experiência a partir da Residência Multiprofissional em Saúde**. In: X Jornada Internacional Políticas Públicas. 2021. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_616_616611955b6658c5.pdf Acesso em 21 out. 2022
- SOARES, Luís Eduardo. **Dentro da noite feroz: o fascismo no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2020
- SOARES, Raquel C. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social**. Recife: Ed. UFPE, 2020.
- _____. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social**. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499> Acesso em 10 out. 2022
- SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>. Acesso em 13 out. 2022
- SOUZA, Edvânia A. **A Pandemia da Covid-19: Negacionismo, sofrimento social e o Serviço Social na área da saúde**. In: SOARES, R. C.; MELO, D. C. S.; VIEIRA, A. C. S.; (Orgs.). **Serviço Social no enfrentamento à Covid-19**. Recife. Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE. Ed. UFPE. 2021. p. 330-359

STANLEY, Jason. **Como funciona o fascismo: a política do “nós” e “eles”**. Porto Alegre: L&PM, 2019.

TERRES, B. M. **A gravidez de alto risco e a contribuição do serviço social na perspectiva dos direitos reprodutivos e da consolidação da cidadania**. 2005. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

VIEIRA, A. C.; SOARES, R. In: SOARES, R. C.; MELO, D. C. S.; VIEIRA, A. C. S.; (Orgs.). **Serviço Social no enfrentamento à Covid-19**. Recife. Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE. Ed. UFPE. 2021. p. 25-44.

WERNECK, Guilherme Loureiro. CARVALHO, Marília Sá. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada**. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Acesso em: 10 out. 2022.

YAZBEK, M. C. **Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf> Acesso em 01 out. 2022.

ZARNEK, A. F. **Vulnerabilidade social e (in)segurança alimentar diante da pandemia de SARS-COVI-2: Um recorte do parque Novo Mundo, São Paulo-SP**. IX Conasss, 2020, Ribeirão Preto. Anais. Disponível em: https://www.conasss.com.br/docs/20210304anais_completo-final.pdf. Acesso em: 16 out. 2022.