



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE SÃO LUÍS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

EMANUELLY RIOS ABREU RODRIGUES

**(RE)CONFIGURAÇÕES DAS DEMANDAS E REQUISIÇÕES DO TRABALHO
DAS/DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA
COVID- 19**

SÃO LUÍS - MA
2025



EMANUELLY RIOS ABREU RODRIGUES

**(RE)CONFIGURAÇÕES DAS DEMANDAS E REQUISIÇÕES DO TRABALHO
DAS/DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA
COVID- 19**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Serviço Social da Universidade Federal do
Maranhão, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Cristiana Costa
Lima

SÃO LUÍS - MA
2025

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

Rios Abreu Rodrigues, Emanuelly.

RECONFIGURAÇÕES DAS DEMANDAS E REQUISIÇÕES DO TRABALHO
DAS/DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA
COVID- 19 / Emanuelly Rios Abreu Rodrigues. - 2025.
58 f.

Orientador(a): Cristiana Costa Lima.
Curso de Serviço Social, Universidade Federal do
Maranhão, São Luís - Ma, 2025.

1. Saúde. 2. Pandemia. 3. Serviço Social. 4.
Trabalho Profissional. 5. Direitos Sociais. I. Costa
Lima, Cristiana. II. Título.

EMANUELLY RIOS ABREU RODRIGUES

**(RE)CONFIGURAÇÕES DAS DEMANDAS E REQUISIÇÕES DO TRABALHO
DAS/DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA
COVID- 19**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Serviço Social da Universidade Federal do
Maranhão Campus São Luís, como
requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Profª Drª Cristiana Costa Lima/UFMA
Orientadora

Profª Drª Mariana Cavalcanti Braz Berger

Profª Drª Zaira Sabry Azar

Dedico este trabalho ao meu pai Manoel e minha mãe Cristiane que mesmo na passagem forçada da vida adulta decidiram me criar com tanto amor e dedicação e ainda me deram meu irmão Gabriel como companheiro de vida. Ao meu avô Raimundo Nonato e a minha tia Izabel Cristina que foram e são os grandes amores da minha vida, que mesmo não estando presente fisicamente aqui na terra torcem e antecedem pelo meu futuro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado até aqui, trazendo paz nos dias difíceis e transformando minhas dificuldades em força para seguir em frente.

Aos meus pais, Manoel e Cristiane, que abriram mão de suas vidas para que eu e meu irmão pudéssemos viver nossas vidas da melhor forma possível. Obrigada por todo amor, apoio e dedicação à minha educação, e pelas palavras de conforto nos momentos difíceis. Tudo o que sou como ser humano, devo a vocês.

Ao meu irmão, Gabriel, que, desde os meus dois anos de idade, sempre esteve ao meu lado, embarcando comigo na aventura constante de ser criança. Obrigada por me proteger nos momentos cruéis da adolescência, mesmo sendo mais novo que eu. E agora seguimos juntos e firmes na caminhada da vida adulta.

Aos meus avós, Raimundo, Tereza Maria, Uacy e Francisca, que, mesmo sem terem tido a oportunidade de estudar, sempre incentivaram minha educação e me deram a alegria de ter raízes.

Ao meu grande amor, Lucas Felipe, a pessoa mais inteligente do mundo, em quem me inspiro todos os dias. Obrigada por estar comigo durante todo esse processo, por me incentivar, me alegrar e por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu mesma não acreditava. Obrigada por me enxergar da forma como sempre sonhei em me ver. Te amo de todo o meu coração, hoje e para sempre.

Às minhas amigas Beatriz, Maria Fernanda, Geovana, Maria Eduarda e Maria Clara (LAFOC), cada pequeno gesto de vocês é um verdadeiro tesouro para mim. São as amigas que sempre pedi a Deus. Obrigada por serem incríveis e por estarem ao meu lado nessa caminhada.

À minha amiga de longa data, Ana Luiza, que compartilho minha vida há quase 15 anos. Obrigada por contribuir para a pessoa que me tornei, e por toda preocupação, cuidado e incentivo na minha trajetória acadêmica. Sem a sua ajuda, eu literalmente não estaria aqui hoje.

À minha amiga Maria Yasmin, por estar comigo desde o primeiro dia de aula. Obrigada por permanecer ao meu lado nos momentos bons e, principalmente, nos momentos difíceis da graduação (e foram muitos!). Seu companheirismo foi essencial.

À minha professora e orientadora, Cristiana Lima, minha imensa gratidão por todo suporte nessa jornada. Obrigada por ser essa profissional excelente, pela qual sempre me inspirei desde o primeiro semestre na universidade.

RESUMO

O Serviço Social na saúde tem um histórico que remonta ao final do século XIX e início do século XX, com suas primeiras intervenções voltadas à saúde mental e ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico. No Brasil, sua inserção ocorre no final da década de 1930 e início da década de 1940, em meio à expansão da previdência social e da assistência médica oferecida pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Nesse contexto, a atuação do Serviço Social esteve inicialmente marcada por um viés assistencialista, vinculado à moralização dos trabalhadores e suas famílias, refletindo a influência da Doutrina Social da Igreja e das políticas do Estado Novo. Com o avanço das políticas públicas de saúde, especialmente a partir da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a profissão passou a assumir um papel central na defesa do direito universal à saúde e na mediação entre usuários e serviços, com vistas à redução das desigualdades no acesso às políticas sociais. A pandemia de COVID-19, iniciada em 2020, impôs desafios inéditos à profissão, exigindo reconfigurações na prática profissional diante da sobrecarga dos serviços, da ampliação das demandas emergenciais e da necessidade de distanciamento social nas intervenções presenciais. Diante desse cenário, este estudo, de caráter bibliográfico, buscou investigar os impactos da pandemia na atuação do Serviço Social na saúde, analisando as novas exigências colocadas ao exercício profissional. Os resultados apontam que, apesar das adversidades impostas pelo contexto pandêmico, a atuação das/os assistentes sociais foi fundamental no enfrentamento das expressões da questão social intensificadas pela crise sanitária. Destaca-se a relevância da profissão na defesa e fortalecimento das políticas públicas, na garantia de direitos sociais e na construção de respostas coletivas às desigualdades acirradas pela pandemia.

Palavras-chave: Saúde. Pandemia. Serviço Social. Trabalho Profissional. Direitos Sociais.

ABSTRACT

The field of Social Work in healthcare has a history dating back to the late 19th and early 20th centuries, with its initial interventions focused on mental health and the care of individuals experiencing psychological distress. In Brazil, its insertion occurred in the late 1930s and early 1940s, amid the expansion of social security and medical assistance provided by the Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (Retirement and Pension Institutes). In this context, Social Work practice was initially characterized by an assistentialist approach, linked to the moralization of workers and their families, reflecting the influence of the Social Doctrine of the Church and the policies of the Estado Novo (New State). With the advancement of public health policies, especially following the Sanitary Reform and the creation of the Unified Health System (SUS) in 1988, the profession assumed a central role in advocating for the universal right to health and mediating between users and services to reduce inequalities in access to social policies. The COVID-19 pandemic, which began in 2020, posed unprecedented challenges to the profession, requiring reconfigurations in professional practice due to service overload, the expansion of emergency demands, and the need for social distancing in face-to-face interventions. In this scenario, this bibliographic study aimed to investigate the impacts of the pandemic on Social Work in healthcare, analyzing the new demands imposed on professional practice. The findings indicate that, despite the adversities brought by the pandemic, the role of social workers was essential in addressing the manifestations of the social question, which were intensified by the health crisis. The study highlights the profession's relevance in defending and strengthening public policies, ensuring social rights, and constructing collective responses to the inequalities exacerbated by the pandemic.

Keywords: Health. Pandemic. Social Work. Professional Practice. Social Rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
OMS	Organização Mundial da Saúde
CONECTESUS	Consórcio Nacional de Ecossistemas de Saúde
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
PTS	Plano Terapêutico Singular
FNS	Fundo Nacional de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
EAD	Educação a Distância
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO FRENTE AO AVANÇO DA COVID- 19 EM CONTEXTO DE CRISE DA SOCIEDADE CAPITALISTA	10
2.1 Dinâmicas Históricas e Estruturais na Consolidação do Sistema de Saúde Brasileiro.....	10
2.3 Políticas de Saúde no Brasil Frente à Pandemia de Covid-19.....	21
3. DEMANDAS E REQUISIÇÕES AO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19	26
3.1 Requisições as/aos assistentes sociais no contexto da Pandemia: velhas demandas, novos desafios.....	26
3.2. O posicionamento do conjunto CFESS/CRESS referente a intervenção profissional no contexto da pandemia	40
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS	48

1. INTRODUÇÃO

A crise provocada pela COVID-19, originada pelo vírus SARS-CoV-2, confirmou a importância das/os assistentes sociais em contextos de emergência. A rápida propagação do vírus em escala global ressaltou a urgente necessidade de reformular a forma como esses profissionais participam das ações de enfrentamento, exigindo uma reconfiguração nos mecanismos e estratégias de atuação, reforçando a relevância do Serviço Social e o impacto de suas atuação na resposta aos desafios impostos à saúde pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, representa um marco na história brasileira ao institucionalizar a saúde como um direito universal e dever do Estado. No entanto, a formação do sistema de saúde brasileiro é marcada por uma série de transformações sociais, políticas e econômicas que refletem as demandas e desafios enfrentados pela sociedade ao longo dos anos. Desde os cuidados de saúde primários, realizados por instituições religiosas durante o período colonial, passando pela institucionalização de políticas públicas de saúde no século XIX e pela criação de órgãos como a Junta Central de Higiene Pública, até as reformas sanitárias e a implementação do SUS, cada fase desse processo trouxe novas camadas de complexidade e desafios.

O contexto capitalista em que o SUS está inserido tem implicações profundas para sua capacidade de resposta a crises de saúde pública como a pandemia da COVID-19. A estrutura socioeconômica desigual do Brasil, acentuada pela fragmentação do sistema de saúde e pela predominância do setor privado, cria obstáculos significativos ao acesso equitativo aos serviços de saúde. Durante a pandemia, essa desigualdade foi visível na disparidade de acesso a testes, tratamentos e vacinas, agravando as condições de pobreza de grande parte da população. A classe trabalhadora buscava, de modo incessante, proteger-se do vírus pois muitos não puderam interromper suas atividades laborais, uma vez que o isolamento não se colocava como escolha possível.

A resposta do sistema de saúde à COVID-19 também foi influenciada pela descentralização do SUS, que, embora concebida para promover uma administração mais eficiente e próxima da população, se revelou problemática em um contexto de crise. A falta de coordenação e a fragmentação entre diferentes níveis de governo

resultaram em respostas desorganizadas e, por vezes, conflitantes à pandemia. Além disso, o subfinanciamento crônico do SUS e as políticas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional 95, limitaram ainda mais a capacidade do sistema em lidar de maneira eficaz com a emergência sanitária.

As políticas de saúde adotadas durante a pandemia ressaltaram a importância de um sistema de gestão de dados de saúde eficiente e abrangente. A criação do Consórcio Nacional de Ecossistemas de Saúde (CONNECTESUS) e da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) foram passos cruciais para a integração e coordenação dos esforços de combate ao vírus. A telemedicina emergiu como ferramenta essencial para manter o atendimento médico, especialmente em regiões remotas e para grupos de risco, evidenciando seu potencial e, ao mesmo tempo, suas limitações, principalmente no que se refere ao acesso desigual à tecnologia.

Conforme Matos (2015), discutir as demandas e requisições das/os assistentes sociais equivale a debater a própria profissão, uma vez que essas estão pautadas na concepção do fazer profissional. Com o avanço do Serviço Social, e seu rompimento com o conservadorismo, a profissão impulsionou uma nova formulação teórico-metodológica refletida tanto no Código de Ética como na Lei de Regulamentação da Profissão. Essas normativas revelam conquistas históricas decorrentes da organização política da categoria, evidenciando a importância do processo histórico de reivindicação da classe trabalhadora para a consolidação de direitos.

O presente trabalho discorre sobre a atuação da/o assistente social na Política de Saúde durante a pandemia da COVID-19. Para tanto, foram reunidos dados e informações de fontes secundárias por meio de pesquisas bibliográficas e documentais, considerando a necessidade de retomar momentos históricos e aprofundar questões contemporâneas que compõem o objeto de estudo. Reconhece-se que a prática profissional é atravessada por inúmeros desafios, os quais, no contexto atual, foram aprofundados pelo avanço da hegemonia neoliberal e pelos sucessivos cortes e desmontes em políticas públicas essenciais, especialmente na educação. Esse cenário, agravado pela crise sanitária, culminou em mudanças substanciais na sociedade.

À luz disso, o trabalho teve como propósito refletir sobre o exercício profissional do/a assistente social na Política de Saúde no contexto da pandemia no Brasil. O interesse pela temática foi despertado por meio da disciplina de 'processos

de trabalho e a política de saúde', as quais suscitaram uma curiosidade aprofundada acerca do campo da saúde. Essa motivação conduziu à escolha do estágio obrigatório no Hospital Universitário Presidente Dutra, contribuindo significativamente para a compreensão dos desafios e práticas existentes. Ademais, os relatos dos profissionais sobre a pandemia, aliados às experiências vivenciadas durante esse período, consolidaram a escolha da temática, evidenciando sua relevância para o estudo e a prática profissional. Buscou-se contextualizar o sistema de saúde brasileiro em face do avanço da Covid-19 em um contexto de ascensão do ultraliberalismo, compreender as demandas, atribuições, requisições e competências exigidas aos assistentes sociais no campo da saúde e, por fim, analisar as principais demandas e estratégias implementadas pelo conjunto CFESS/CRESS no enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Vale ressaltar que, inicialmente, o foco deste Trabalho de Conclusão de Curso era realizar uma pesquisa acerca das atribuições das/os assistentes sociais em um Hospital Universitário Federal durante o período pandêmico. Entretanto, em virtude da demora de autorização para realizar a pesquisa pela Plataforma Brasil foi necessário reconfigurar a pesquisa para estudo bibliográfica sobre o tema.

O resultado da pesquisa está exposto em dois momentos, além dessa introdução. No primeiro capítulo, discute-se o processo de criação do sistema de saúde no Brasil, bem como os impasses e desafios que o SUS vem sofrendo, principalmente frente ao desmonte das políticas sociais em um contexto de neoliberalismo. No segundo capítulo, aborda-se a pandemia de COVID-19, considerada um fenômeno sem precedentes na história mundial recente, e os desafios e impasses enfrentados pelos/as assistentes sociais na Política de Saúde durante esse período crítico, marcado por crises econômicas e sociais que impactaram as/os profissionais. Desse modo, busca-se evidenciar as (re)configurações das demandas e requisições profissionais, numa conjuntura em que a precarização dos direitos se intensificou, exigindo novas estratégias de ação e resistência.

2. O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO FRENTE AO AVANÇO DA COVID- 19 EM CONTEXTO DE CRISE DA SOCIEDADE CAPITALISTA

O avanço da pandemia de COVID-19 revelou de forma acentuada os desafios do sistema de saúde brasileiro, especialmente em um contexto de crise agravada pelas características da sociedade capitalista. Este capítulo examina a formação e a estrutura do sistema de saúde no Brasil, as influências da estrutura capitalista na resposta à pandemia, e as políticas de saúde adotadas durante esse período crítico.

A resposta do sistema de saúde brasileiro à pandemia da COVID-19 reflete as complexidades e contradições de operar em um contexto de crise da saúde capitalista, enquanto a pandemia destacou as fragilidades do sistema, também reforçou a importância da saúde pública universal e da necessidade de reformas para garantir um financiamento adequado, coordenar melhor as ações em todos os níveis de governo e enfrentar as desigualdades sociais e de saúde.

Neste capítulo, apresento como o SUS, apesar de seus desafios estruturais e das limitações impostas pela crise capitalista, demonstrou resiliência e capacidade de inovação. A pandemia de COVID-19 destacou tanto as fraquezas quanto a importância vital de um sistema de saúde público e universal, reforçando a necessidade de um financiamento adequado e de políticas de saúde que priorizem a equidade e a justiça social. Ao analisar a trajetória histórica do sistema de saúde brasileiro e as respostas políticas à pandemia mediante a influência da estrutura capitalista, busca-se fornecer uma compreensão abrangente dos fatores que moldaram a resposta do Brasil à COVID-19 e as lições aprendidas para o futuro.

2.1 Dinâmicas Históricas e Estruturais na Consolidação do Sistema de Saúde Brasileiro

O sistema de saúde brasileiro tem uma história rica e complexa, moldada por transformações sociais, políticas e econômicas ao longo do tempo. Seu desenvolvimento pode ser dividido em diferentes fases, cada uma refletindo as necessidades, desafios e objetivos da sociedade brasileira em diferentes períodos, visto que as “políticas públicas, embora sejam de competência do Estado,

representam decisões entre essas duas esferas” (RAICHELIS, 2009, p. 135-158), ou seja, as políticas públicas são direcionadas e redistribuídas em resposta às demandas da sociedade civil. O Sistema Único de Saúde é um marco na história brasileira mas para se tornar como é conhecido atualmente ocorreram diversos acontecimentos regados de luta e persistência, o que se entende como SUS não é um ponto final, visto que há muito a se melhorar e nem foi um começo, pois toda sua formação começou bem antes da vitória democrática em 1988.

Sendo assim, no período colonial e imperial, o cuidado com a saúde no Brasil era primariamente privado ou realizado por instituições religiosas voltadas a ações de combate a doenças transmissíveis. A saúde pública começou a ser vista como uma responsabilidade do Estado por volta do século XIX, com a criação de instituições como a Junta Central de Higiene Pública, em 1850. Conhecida como a era bacteriológica essas instituições visavam combater epidemias e melhorar as condições sanitárias das cidades, mas os serviços eram limitados e focados nas áreas urbanas (BRASIL, 2005), deixando grande parte da população rural sem acesso a cuidados médicos, sendo uma pauta posteriormente tratada nas futuras reestruturações do sistema de saúde brasileiro.

A assistência à saúde dos trabalhadores nos países centrais foi abarcada pelo Estado. Países como França, Inglaterra e Alemanha deram início à “medicina social”, que contou com a interferência estatal, uma vez que esta visava estabelecer certa manutenção da ordem social devido aos crescentes conflitos entre as classes (trabalhadores e burguesia).

No Brasil não foi diferente, porém a intervenção estatal só ocorre a partir da década de trinta, pois, de acordo com Braga e Paula (1986: p. 41-42) “a saúde emerge como questão social no Brasil no início do século XX, no seio da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo na divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado”. O período da Primeira República (1889-1930) foi marcado por um processo de modernização e urbanização, acompanhado de problemas de saúde pública como epidemias - como febre amarela e a gripe espanhola - e más condições sanitárias. A medicina higienista se fortaleceu devido o avanço da bacteriologia, essa conduta passou a ter ênfase no país determinando o planejamento urbano das grandes cidades. Com isso, o governo começou a implementar políticas de saúde pública, como campanhas de vacinação e a criação de órgãos de saúde pública,

tendo como marco importante a nomeação de Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, em 1904.

Sua gestão foi marcada por grandes desafios como sanitarista devido ao grande surto de varíola, tentando expandir as atividades de saneamento básico para outros estados como também promover uma vacinação em massa na população brasileira, realizada pela brigada sanitária. Esses profissionais entravam na casa das pessoas e vacinavam todos que estavam presentes no local, porém, tal conduta indignou a população marcando esse período como a “Revolta da Vacina” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Outro acontecimento importante nesse período foi a promulgação da Lei Eloy Chaves, em 1923, mediante convênio entre o Brasil e a Fundação Rockefeller, que deu início à Previdência Social brasileira com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), instauradas como uma forma de assistência médico-previdenciária. Mesmo diante desses avanços, a saúde no Brasil ainda era limitada, seja pela falta de conscientização, seja, principalmente, pela escassez de recursos. Assim, tais iniciativas ainda eram esporádicas e não formavam um sistema de saúde organizado.

Durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), ocorreu o processo de institucionalização da saúde pública no Brasil, com a criação de importantes instituições e legislações, como o Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1930, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, que incluía regulamentações sobre saúde e segurança do trabalho. A era Vargas também foi marcada pela criação do Ministério da Saúde, em 1953, e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), um marco importante para a política de assistência, que passou a fornecer serviços de saúde para trabalhadores formais urbanos. Esse processo marcou o início do sistema previdenciário no país e se tornou um dos pilares para a estruturação do sistema de saúde brasileiro.

Após a Segunda Guerra Mundial, o Brasil passou por um período de desenvolvimento econômico e industrial, o que levou à expansão dos serviços de saúde vinculados ao sistema de previdência. No entanto, esse sistema era segmentado e excluía grande parte da população, especialmente trabalhadores informais e rurais, resultando em uma saúde pública de baixa qualidade e alcance limitado. A assistência médica previdenciária ficava restrita aos trabalhadores que

exerciam atividades remuneradas, deixando de fora uma parcela significativa da sociedade.

Durante a Ditadura Civil-Militar e Empresarial (1964-1985), houve a centralização dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No entanto, os problemas de acesso e qualidade dos serviços de saúde persistiram, agravando questões sanitárias no Brasil, como o surto de meningite. É importante salientar que a ditadura militar, em sua continuidade, resgatou algumas das piores tradições da sociedade brasileira, entre elas a heteronomia¹. (BRAVO, 2011. P.55).

O movimento da reforma sanitária em 1970 surge a partir da indignação de setores da sociedade sobre o cenário deplorável do sistema de saúde brasileiro, a movimentação atingiu sua maturidade no final da década de setenta e no início dos anos oitenta, sendo formados por partidos políticos, trabalhadores da área da saúde e intelectuais, além da contribuição de diferentes correntes e tendências e movimentos sociais diversos.

A luta pela reforma sanitária se insere no quadro mais geral de luta de classes no país e só pode ser efetivada em um Estado democrático. Entretanto, alguns avanços significativos ocorreram que precisam ser elucidados, tais como: a modernização setorial, a realocação de despesas em favor do setor público e a colocação na cena política da nação de direito universal, com a tematização, Saúde: Direito de todos e dever do Estado. (BRAVO, 2011, *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*, P. 43)

Esse movimento teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que promoveu debates e palestras, contando, pela primeira vez, com a participação de trabalhadores, estudantes e profissionais da saúde. O objetivo era contribuir para a construção de um novo ideário para a saúde. De acordo com Bravo (2009, p. 98), ao analisar todo o processo, muitos autores e lideranças de entidades consideram que a saúde foi o único setor que apresentou propostas claras.

¹ Para Florestan Fernandes, a heteronomia está relacionada à falta de autonomia política, econômica e social de um país ou de uma classe social. Ele usa esse conceito para descrever a dependência estrutural do Brasil em relação ao capitalismo internacional e às elites dominantes, que impedem o desenvolvimento de uma verdadeira democracia e de uma sociedade autônoma. No contexto da ditadura, a heteronomia se expressa no controle autoritário do Estado, na repressão à participação popular e na manutenção de um modelo econômico subordinado ao imperialismo e às classes dominantes. Assim, a ditadura militar não representou uma ruptura, mas sim a continuidade de uma estrutura social excludente e dependente. (FERNANDES, 2005)

A 8ª conferência foi um momento importante para o sistema de saúde pública atual, visto que suas principais deliberações foram base para a institucionalização do SUS pela Constituição, na qual a “saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada a democracia” (BRAVO, 2009, 95).

A redemocratização do Brasil, após o período da ditadura militar, resultou na promulgação da Constituição de 1988, marco legal que consolidou os valores filosóficos e as escolhas político-institucionais originadas do processo reformador. Esses avanços, inicialmente centrados no campo da saúde, ultrapassaram suas fronteiras iniciais, influenciando também os demais pilares da Seguridade Social Brasileira. Estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que reestruturou a organização da saúde visando manter o seu funcionamento por meio de políticas sociais e econômicas, de forma a garantir o acesso universal e gratuito, como citado no Art. 196.

As ações e serviços de saúde pública passaram a se constituir de um sistema único, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, com base nas diretrizes da descentralização, o atendimento integral, priorizando as atividades que visam a prevenção, não prejudicando os serviços assistenciais e participação da comunidade. Com isso o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser uma ferramenta principal do sistema de saúde brasileiro, baseando-se nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade.

O SUS garante acesso universal, integral e gratuito à saúde para toda a população, independentemente da capacidade de pagamento, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades sociais e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde no país. Além disso, o SUS é fundamental para a organização e regulação do sistema de saúde brasileiro, coordenando ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde. Esses direitos só foram possíveis através da regulamentação do SUS pelas Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/1990 que dispôs tais condições, e a Lei nº 8.142, que garante a participação da comunidade na gestão do SUS.

Assim, conforme determina o SUS legal, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, pois, ultrapassa o corporativismo defendendo e debatendo questões mais gerais como a melhoria e o fortalecimento do setor público, possuindo objetivos e atribuições, sendo eles: identificar e divulgar os fatores condicionantes e

determinantes da saúde; formular a política de saúde como também promover a assistência à população.

Ao longo do tempo o SUS enfrentou, e enfrenta, desafios significativos, como o sucateamento e financiamento insuficiente, gerando desigualdades regionais e a má gestão do SUS. O sucateamento do SUS é normalmente atribuído à falta de recursos para o investimento para o custeio e melhoria no sistema, juntamente ao processo de privatização da saúde.

As contradições existentes dentro do aparelho do Estado são o resultado de lutas para mediar a tensão entre as funções necessárias de acumulação do capital e legitimação do poder instituído. Nesse processo de luta, elaboração de políticas e propostas para o setor, há alterações nas práticas e valores referentes à saúde, nos diversos atores envolvidos na questão, junto às instituições públicas como nas organizações populares. (BRAVO, .2011, P. 41)

A gestão do sistema de saúde pública do Brasil se organiza de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Destaca-se que a direção do SUS é única, conforme o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, e é exercida em cada esfera de governo. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio de seus órgãos gestores, utilizam diversos instrumentos de gestão com o objetivo de garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde. É relevante salientar que o repasse de verbas é realizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) é responsável pela alocação dos recursos destinados aos estabelecimentos de saúde. Como órgão gestor financeiro, o FNS concentra suas atividades no repasse de recursos para custeio, investimento e financiamento de despesas relacionadas às entidades vinculadas à administração direta e indireta do SUS.

Desde a implementação do SUS, o Brasil tem enfrentado desafios de sobrecarga nos serviços, mas o SUS desempenhou um papel central na promoção do acesso à saúde e na expansão da cobertura vacinal. Apesar dos obstáculos como a necessidade de melhorar a qualidade dos atendimentos e superar desigualdades, mesmo vivendo em uma sociedade regida sob a influência capitalista nas estruturas de saúde, a mesma é estabelecida como um direito de todos. A presença de instituições de caráter privado não a torna negociável, embora o Sistema Único de

Saúde (SUS) busque garantir a saúde como direito universal, a articulação com o setor privado pode ser interpretada como uma forma de mercantilização da saúde.

É necessário defender a funcionalidade do SUS mesmo diante das dificuldades, cobrar melhorias e participar das conferências de saúde garantindo a funcionalidade adequada do sistema, para que crises epidêmicas, sejam devidamente direcionadas e coordenadas. A pandemia escancarou o real problema presente da saúde pública brasileira: a sua má gestão e a falta de entendimento da população de seus direitos. Mesmo diante desses fatos o SUS foi indispensável na luta contra o vírus, pois o Brasil foi referente no processo de vacinação em comparação aos países de primeiro mundo, deixando claro que a solução não é privatizar o Sistema Único de Saúde, mas sim reformulá-lo sobre uma gestão eficiente e de qualidade para que erros do passado existam somente na história.

2.2 A estrutura capitalista e seu impacto na organização e efetividade do sistema de saúde durante a pandemia de Covid-19

A administração do SUS é de grande importância pública, abrangendo todas as atividades e serviços de saúde. É responsabilidade do Poder Público estabelecer, de acordo com a legislação, as normas para sua regulamentação, fiscalização e controle. A fragmentação do sistema de saúde brasileiro, com diferentes esferas de governo responsáveis por diferentes aspectos da saúde pública levou a uma falta de coordenação e colaboração eficazes na resposta à pandemia, com cada parte do sistema operando de forma independente.

A execução das atividades administrativas do SUS pode ser conduzida diretamente pelo governo, por meio de terceiros ou por entidades privadas. Nesse contexto, além dos desafios de gerenciar a estrutura do SUS, há a necessidade constante de aprimoramento, acompanhando as transformações sociais. O processo de terceirização tornou-se uma prática comum na gestão de estabelecimentos de saúde, sendo adotado pelo Estado no serviço público de saúde como um fenômeno em expansão. Esse cenário levanta questionamentos sobre a extensão do papel do Estado e sua responsabilidade social.

Um ponto crítico na gestão da saúde pública é a expressiva transferência de recursos públicos para instituições privadas, frequentemente realizada sem um

processo rigoroso de avaliação, planejamento, supervisão ou controle sobre sua destinação e utilização. Essa problemática foi amplamente documentada em relatórios do Tribunal de Contas da União (TCU, 2017), que evidenciam fragilidades no monitoramento da qualidade e das condições dos serviços prestados, apontando lacunas na transparência e na prestação de contas dessas parcerias. Mesmo antes da pandemia de Covid-19, muitas unidades de saúde já operavam sob administração privada ou contavam com setores estratégicos gerenciados por entidades privadas, revelando uma tendência crescente de terceirização na prestação dos serviços de saúde. Esse modelo de gestão, no entanto, apresenta variações significativas conforme a administração local e as especificidades regionais, o que impacta diretamente a acessibilidade, a equidade e a qualidade dos serviços ofertados à população.

A estrutura capitalista exerceu múltiplas influências sobre a resposta do sistema de saúde brasileiro à COVID-19, destacando-se, entre elas, a profunda desigualdade socioeconômica, que se materializa na discrepância no acesso aos serviços de saúde entre diferentes classes sociais. Essa disparidade impôs obstáculos adicionais à classe trabalhadora, que enfrentou dificuldades para obter cuidados médicos, testes diagnósticos e tratamentos adequados durante a pandemia. A crise sanitária evidenciou as contradições inerentes ao sistema, particularmente no que tange à primazia do lucro em detrimento da vida e da dignidade humana. Nesse contexto, torna-se imperativo repensar as relações entre Estado, mercado e direitos sociais, especialmente diante de crises globais que acentuam as desigualdades e reforçam a necessidade de um sistema de saúde universal, público e acessível a toda a população.

Outro fator relevante foi a predominância do setor privado na saúde brasileira, que pode ter limitado a capacidade de resposta do sistema. O foco no lucro por parte das empresas privadas frequentemente divergiu dos interesses da saúde pública, comprometendo a eficácia das medidas adotadas em um contexto no qual grande parte da população vive em situação de pobreza. Embora o SUS ofereça acesso gratuito, muitas famílias tiveram que arcar com os custos de insumos recomendados pela OMS, como máscaras e álcool em gel. Ainda assim, essa realidade de acesso não contemplou a totalidade do Brasil, refletindo as desigualdades estruturais que afetam a universalidade do sistema de saúde e a proteção da população mais pobre.

O subfinanciamento da saúde pública no Brasil é um problema estrutural e crônico, resultante de uma política de austeridade que compromete a capacidade do Estado de garantir um atendimento universal e de qualidade. Essa precarização se tornou ainda mais evidente durante a pandemia de Covid-19, quando o sistema de saúde se mostrou fragilizado e despreparado para enfrentar uma crise sanitária de grande escala. Os sucessivos cortes orçamentários, aliados à insuficiência de investimentos em infraestrutura e recursos humanos, agravaram o colapso do atendimento, expondo desigualdades históricas e aprofundando a desigualdade social. Nesse cenário, a classe trabalhadora foi a mais impactada, enfrentando não apenas a sobrecarga dos serviços de saúde, mas também a insegurança econômica e social decorrente da crise.

O ano de 2020 não deveria ter sido marcado pela escolha entre economia e saúde, mas sim pela responsabilidade e pela definição de prioridades, ambas indispensáveis. No entanto, o então presidente Jair Messias Bolsonaro (2018–2022) fomentou na população o medo do desamparo ao afirmar repetidamente que “a economia não podia parar”, colocado o neoliberalismo em xeque visto que a pandemia revelou a falência do modelo neoliberal em oferecer soluções coletivas eficazes. Embora tal afirmação seja verdadeira, é fundamental reconhecer que, para se garantir uma classe trabalhadora presente, são necessárias condutas de resguardo, e o isolamento social mostrou-se uma medida indispensável para proteger vidas. Como destaca Ricardo Antunes (2020, p. 111-122), “desde 1973 estamos em um mundo profundamente destrutivo sob a hegemonia neoliberal, com o domínio do capital financeiro e processos de mutações tecnológicas que deveriam ser positivos para a humanidade” Essa hegemonia, somada à fragilidade estrutural do país, ampliou os impactos da pandemia tanto na saúde quanto na economia, expondo as profundas desigualdades sociais e econômicas que permeiam a sociedade brasileira.

Essa lógica de priorização do lucro e da flexibilização de responsabilidades não se restringe ao setor de saúde, mas se insere em um modelo mais amplo de reestruturação do capitalismo contemporâneo, marcado pela precarização das relações de trabalho e pela transferência de riscos e encargos aos próprios trabalhadores. Esse fenômeno se manifesta de forma evidente na chamada “uberização”, caracterizada pela informalidade, ausência de direitos trabalhistas e falta de garantias mínimas, como previdência social, jornada de trabalho regulamentada e segurança no emprego. Uma dinâmica laboral marcada pela

precarização das relações de trabalho, impulsionada por plataformas digitais como Uber, iFood e similares. Nesse modelo, os trabalhadores não são contratados formalmente, mas atuam como autônomos, assumindo os riscos e custos do trabalho, enquanto as empresas se limitam ao papel de intermediárias na prestação dos serviços. (Antunes, 2018)

No setor da saúde, essa dinâmica se traduz na crescente terceirização e privatização dos serviços, resultando em profissionais sobrecarregados, vínculos empregatícios fragilizados e atendimento à população comprometido. Dessa forma, observa-se que a lógica neoliberal, ao desresponsabilizar o Estado e privilegiar interesses mercadológicos, aprofunda as desigualdades estruturais e precariza tanto o acesso aos serviços essenciais quanto as condições de trabalho daqueles que os executam. A pandemia, assim, tornou-se uma consequência de um sistema estruturalmente destrutivo, que prioriza o lucro em detrimento da humanidade.

Durante a pandemia de Covid-19, o trabalho uberizado ganhou ainda mais destaque, pois muitas pessoas recorreram a essas atividades para compensar o desemprego ou a redução de renda. No entanto, esses trabalhadores foram expostos a altos riscos de contaminação sem garantias trabalhistas ou medidas de proteção adequadas, como Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e assistência à saúde. Esse modelo de trabalho, ao se basear na ausência de vínculo empregatício, implica a negação de direitos fundamentais, como férias, 13º salário, seguro-desemprego e previdência social, tornando esses trabalhadores expostos a situações adversas.

Apesar dos riscos, muitos trabalhadores uberizados não tiveram alternativa senão continuar exercendo suas atividades, mesmo em condições precárias e perigosas. No livro *Capitalismo e a Covid-19*, Antunes (2020) analisa a uberização como parte de um processo mais amplo de precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo, que busca maximizar lucros reduzindo custos com a força de trabalho, aprofundando ainda mais a desigualdade social.

É relevante destacar como a pandemia ampliou a concentração de riqueza, beneficiando as grandes corporações e a elite econômica, enquanto os trabalhadores enfrentam dificuldades ainda maiores para sobreviver exacerbando as desigualdades econômicas e sociais, expondo a necessidade de repensar as estruturas econômicas e sociais para garantir uma distribuição mais justa de recursos e oportunidades.

A presença significativa de trabalhadores no setor informal ou em empregos precários contribuiu para a propagação do vírus, pois muitos desses trabalhadores

não tiveram acesso a benefícios de saúde ou licença médica remunerada, o que desencorajou o auto isolamento quando estavam doentes.

O que se observou em 2020 foi uma grave descentralização de condutas entre os gestores públicos, reflexo da acirrada disputa partidária entre esquerda e direita que marcou as eleições de 2018. Em seu segundo ano de governo, o ex-presidente Jair Messias Bolsonaro (2018-2022) distorceu informações e propagou declarações equivocadas, muitas vezes sem qualquer embasamento científico. Não se tratava apenas do senso comum sendo disseminado, mas de desinformações que contribuíram significativamente para a aceleração da disseminação do vírus no país. Grande parte da população brasileira não acreditava nas orientações repassadas pela OMS justamente por conta dos falsos discursos proferidos por esses governantes de direita.

Na mesma velocidade em que o vírus se espalhava, disseminavam-se também informações falsas. De acordo com o artigo *Pandemia de Desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil*, publicado por Paula Falcão e Aline Batista de Souza, em 2021, as autoras afirmam que:

O mundo já havia passado por tudo isso em outras crises sanitárias, mas a atual tem particularidades: graças aos avanços tecnológicos e ao advento da internet, hoje vivemos em uma sociedade em rede, na qual os indivíduos estão conectados de maneira global e a informação circula intensamente por meio de dispositivos digitais. Com instituições em crise, autoridades perdem credibilidade e vivenciamos a Era da Pós-verdade, onde reinam as fake news. (FALCÃO, 2021, 56)

Uma das características mais importantes do SUS é sua descentralização, com responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios, todavia, durante a pandemia, essa descentralização, em vez de promover uma resposta ágil, muitas vezes resultou em descoordenação e conflitos entre diferentes níveis de governo. A ausência de uma diretriz unificada nacional para o enfrentamento da pandemia, incluindo políticas de isolamento social, testagem e rastreamento de contatos, contribuiu para a disseminação do vírus. A crise da saúde capitalista agravou essa situação, pois a competição por recursos e a priorização de interesses econômicos em detrimento da saúde pública prejudicaram uma resposta coordenada e eficaz, além disso o financiamento insuficiente tem sido um desafio permanente

para o SUS, limitando sua capacidade de oferecer serviços de qualidade e acessíveis a todos.

A Emenda Constitucional 95, nos artigos 110 e 107, estabeleceu um teto de gastos públicos por vinte anos e impôs limites para as despesas do Estado. Essa medida agravou a situação, especialmente após 2017, ao restringir ainda mais os investimentos em saúde. Isso ocorreu porque, conforme o § 1º do art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, os valores para os gastos mínimos passaram a ser calculados com base no exercício anterior. A pandemia de Covid-19 ressaltou a necessidade de um financiamento adequado e flexível para o sistema de saúde, capaz de atender a emergências de saúde pública sem comprometer a oferta dos serviços regulares.

2.3 Políticas de Saúde no Brasil Frente à Pandemia de Covid-19

A pandemia de COVID-19 ressaltou a importância de um sistema de gestão de saúde eficiente e abrangente para auxiliar no combate ao vírus. O rápido avanço do vírus globalmente mostrou a necessidade de sistemas complementares capazes de tratar as informações de saúde para conservar os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade definidos na estrutura do SUS.

A crise da COVID-19 intensificou as desigualdades sociais e de saúde no Brasil, com impactos desproporcionais sobre as populações mais pobres, incluindo pessoas de baixa renda, comunidades indígenas e moradores de áreas rurais e favelas. A distribuição desigual de recursos de saúde, de UTIs e profissionais médicos, especialmente fora dos grandes centros urbanos, limitou o acesso ao tratamento e ao suporte necessário durante a pandemia, em que essa desigualdade é um reflexo da crise da saúde capitalista, onde a acumulação de capital e interesses privados muitas vezes superam as necessidades de saúde da população. Apesar desses desafios, o SUS demonstrou capacidade de resolução, ademais a campanha de vacinação contra a COVID-19, embora inicialmente lenta, eventualmente se tornou uma das mais eficazes do mundo, alcançando uma cobertura vacinal significativa,

essa conquista destaca a importância de sistemas de saúde público fortes e universais.

Em 2020, durante o auge da crise sanitária, foi criado o Consórcio Nacional de Ecossistemas de Saúde (CONNECTESUS), cuja concepção visou a coordenação da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Esta ferramenta é essencial para a integração entre os diversos sistemas de saúde operantes no SUS, sendo essencial para a destinação de demandas, alocação de recursos e compreensão da situação sanitária do país.

Durante este período, as mudanças tecnológicas também destacaram a telemedicina, que demonstrou um grande potencial para aumentar o acesso aos serviços de saúde. A telemedicina permitiu que pacientes recebessem atendimento médico sem a necessidade de deslocamento, o que foi particularmente benéfico para grupos de risco e pessoas em regiões remotas. Estudos, como o “Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de COVID-19: uma revisão de escopo” (FREIRE, Mariana; SILVA, Letícia; MEIRA, Ana; LOUVISON, Marília), indicam que a utilização da telemedicina preservou o bem-estar e a saúde tanto dos profissionais da área quanto dos pacientes, reduzindo a exposição ao vírus e a sobrecarga dos sistemas de saúde presenciais. Além disso, a telemedicina contribuiu para a continuidade dos cuidados médicos em diversas especialidades, facilitando o acompanhamento de doenças crônicas, consultas de rotina e até mesmo sessões de terapia psicológica.

A expansão da telemedicina, embora tenha trazido avanços significativos, também gerou impactos negativos, especialmente no contexto da atuação das/os assistentes sociais. A interação virtual pode dificultar a construção de relações de confiança e empatia, aspectos fundamentais para a eficácia do trabalho desses profissionais. Além disso, muitos pacientes em situação de pobreza não dispõem de acesso adequado à tecnologia necessária para participar de consultas remotas, o que aprofunda as desigualdades já existentes no acesso aos serviços de saúde. Essa barreira tecnológica, aliada à importância de abordagens presenciais mais integradas e humanizadas, reforça a necessidade de equilibrar o uso da telemedicina com práticas tradicionais de atendimento.

Sabe-se que a pandemia da Covid-19 se estabeleceu em um contexto de sucateamento das políticas públicas/sociais, como a saúde, que no período vigente a tal caos estava sendo administrado por um poder executivo federal que a negligenciava, que adotou uma postura anti-ciência, demonstrando um verdadeiro

negacionismo da realidade perante a população que culminou com mais de 713 mil óbitos no Brasil², notificadas pelo Ministério da Saúde. (Brasil de Fato, 2025).

A gestão da pandemia no Brasil foi marcada por turbulências políticas significativas, que impactaram diretamente a eficácia das respostas governamentais. Durante o período crítico da crise sanitária, o Ministério da Saúde enfrentou instabilidade administrativas, com quatro trocas de comando entre 2020 e 2021, os ministros Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich, Eduardo Pazuello e Marcelo Queiroga (UOL, 2021), resultando em descontinuidade nas políticas públicas e falta de coordenação nacional. Essas mudanças frequentemente refletiram conflitos entre orientações científicas e posicionamentos políticos do governo federal, que priorizou narrativas negacionistas e minimizou a gravidade da pandemia.

É importante destacar que existe uma profunda interconexão entre a crise da pandemia de COVID-19 e a crise econômica, que ocasionam impactos adversos na classe trabalhadora. Como a ampliação do empobrecimento mediante aos desafios dos trabalhadores informais e desamparo durante a pandemia, a ausência de direitos básicos, desmantelamento dos direitos trabalhistas, resposta governamental inadequada atrelada a falta de suporte digno, além da precarização do trabalho e, conseqüentemente, o aumento do desemprego, especialmente entre os trabalhadores de plataformas digitais, e não só estes como também as/os assistentes sociais, já que está inserido dentro da classe trabalhadora. Uma vez que a ampliação dessa problemática se dá por políticas governamentais inadequadas, evidenciando a necessidade de reinvenção diante do colapso social e econômico, se evidencia a importância da auto-organização da classe trabalhadora, a pressão sobre o Estado e a necessidade de uma resposta eficazes (ANTUNES, 2021).

Durante a pandemia de COVID-19, o Brasil experimentou um aumento significativo da violência contra a mulher e variações nos índices de violência urbana. Segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP; 2020), os casos de feminicídio cresceram 22% nos primeiros meses de 2020 em relação ao mesmo período do ano anterior. Além disso, os canais de denúncia, como o Ligue 180, registraram um aumento de 27% nas notificações de violência doméstica entre março e abril de 2020, enquanto registros de lesão corporal dolosa caíram 25,5%, sugerindo subnotificação devido às dificuldades de denúncia durante o isolamento social.

² Quantitativo referente ao dia 17 de outubro de 2024

No que tange à violência urbana, houve uma redução nos crimes patrimoniais, como furtos e roubos, devido à menor circulação de pessoas nas ruas, conforme apontado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA; 2021). Em síntese, o aumento da violência no Brasil durante a pandemia da COVID-19 foi um reflexo das tensões sociais ampliadas por uma crise sanitária global, que agravou desigualdades já existentes.

O isolamento social, crise econômica, estresse psicológico e desinformação criaram um cenário no qual diversas formas de violência se intensificaram, afetando profundamente a vida de milhões de brasileiros. Além dos impactos imediatos, esses episódios de violência deixaram marcas duradouras na sociedade, ressaltando a urgência de políticas públicas integradas para combater as desigualdades e proteger os direitos humanos.

O uso recorrente de discursos de ódio e a disseminação massiva de notícias falsas não apenas alimentaram divisões sociais, mas também exacerbaram conflitos, criando um ambiente propício para a violência. Essas tensões se manifestaram em atos de agressão física e verbal, tanto no espaço público quanto no ambiente digital, onde o anonimato e a impunidade frequentemente amplificaram o impacto dessas agressões. O resultado foi uma sociedade ainda mais fragmentada, onde a violência discursiva serviu como catalisador para a deterioração das relações sociais e o enfraquecimento do tecido social. A combinação desses fatores ressalta a urgência de combater a desinformação e promover um diálogo construtivo e inclusivo, que possa mitigar os efeitos devastadores da polarização e restaurar a coesão social em um cenário pós-pandêmico.

O SUS, embora tenha uma base jurídica sólida, enfrentou durante a pandemia desafios acentuados pelo desfinanciamento público, as tentativas de privatização e o avanço do setor privado. A gestão do ex-presidente Jair Bolsonaro agravou esse cenário com posturas que contrariaram recomendações científicas e sanitárias. Bolsonaro frequentemente minimizou a gravidade da pandemia, classificando a COVID-19 como uma "gripezinha" e promovendo aglomerações, o que reforçou comportamentos que aumentaram a disseminação do vírus. Além disso, desestimulou o uso de máscaras e o distanciamento social, medidas amplamente reconhecidas como eficazes no controle da propagação do vírus.

O governo também atrasou a compra de vacinas, como no caso da Pfizer, que ofereceu doses em meados de 2020, mas enfrentou resistência inicial por parte

do Executivo, resultando em atrasos na imunização em massa. Paralelamente, promoveu o uso de tratamentos sem comprovação científica, como a cloroquina, utilizando recursos públicos para produção e distribuição do medicamento, mesmo diante de advertências de especialistas e órgãos internacionais. Essa insistência não só desviou esforços e recursos que poderiam ter sido aplicados em medidas mais eficazes, mas também contribuiu para a disseminação de desinformação.

O ex presidente Bolsonaro ainda atacou gestores estaduais e municipais que implementaram medidas restritivas, como *lockdowns*, alegando que essas ações prejudicariam a economia. Esse conflito constante gerou uma resposta descoordenada entre os diferentes níveis de governo, fragilizando a implementação de políticas de combate à pandemia. A priorização da economia em detrimento da saúde pública, aliada à desinformação disseminada por lideranças políticas, não apenas aumentou o número de mortes, mas também agravou as desigualdades sociais e o sofrimento das populações mais pobres, que já enfrentavam dificuldades no acesso a direitos básicos.

Diante desse cenário, as/os assistentes sociais enfrentaram um aumento expressivo de demandas no âmbito da saúde, uma vez que o desmonte de políticas públicas e a disseminação de desinformação agravaram as desigualdades sociais e intensificaram o sofrimento da população. A categoria precisou se adaptar rapidamente às novas condições impostas pela crise sanitária, assumindo um papel fundamental na mediação entre o acesso aos direitos e as adversidades vivenciadas pelos usuários. Seja no atendimento ambulatorial, na orientação sobre políticas emergenciais ou na defesa dos direitos sociais e humanos, as/os assistentes sociais desempenharam funções essenciais para minimizar os impactos da pandemia. No próximo capítulo, abordaremos as principais requisições feitas a esses profissionais durante esse período, analisando sua atuação frente aos desafios impostos pela crise sanitária e social.

3. DEMANDAS E REQUISIÇÕES AO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19

Este capítulo analisa as demandas emergentes enfrentadas pelas/os assistentes sociais no contexto da pandemia de Covid-19, destacando as adaptações implementadas para assegurar a continuidade e a efetividade do trabalho profissional em meio à crise sanitária. Serão discutidas as estratégias adotadas pela categoria, o redimensionamento dos atendimentos presenciais e os desafios impostos pelas novas dinâmicas de atendimento, considerando seus impactos na qualidade dos serviços prestados e na garantia dos direitos dos usuários.

Além disso, será examinado o posicionamento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) quanto à atuação profissional nesse período, enfatizando a defesa dos direitos humanos e o compromisso com a qualidade do atendimento, mesmo diante das adversidades impostas pela pandemia. Dessa forma, o capítulo busca contribuir para a reflexão sobre os limites e possibilidades da atuação do Serviço Social na saúde em contextos de crise.

3.1 Requisições as/aos assistentes sociais no contexto da Pandemia: velhas demandas, novos desafios

A inserção do Serviço Social na saúde remonta à década de 1940, quando sua atuação estava fortemente vinculada aos valores religiosos da doutrina social da Igreja Católica. Essa influência refletia-se em uma prática marcadamente assistencialista e caritativa, voltada para atender às necessidades imediatas das populações de risco, adotando um caráter disciplinador, reforçando valores cristãos e centrando-se na ajuda pontual. Nesse período, o trabalho dos assistentes sociais tinha um caráter moralizador, voltado para atender necessidades imediatas, sem questionar as causas estruturais das desigualdades sociais. A atuação se limitava a intermediar relações entre pacientes, médicos e instituições (Barros, apud Marsiglia, Carreira e Amaral, 2016, p. 43).

A atuação dos(as) assistentes sociais era frequentemente utilizada como um instrumento para promover a harmonia entre empregadores e empregados, com o

objetivo de mitigar os conflitos de classe em um período marcado pela industrialização e urbanização aceleradas. Esse cenário colocou o Serviço Social como uma ferramenta de mediação, alinhada ao fortalecimento do Estado e à manutenção da ordem social.

A formação dos primeiros profissionais também começou a se estruturar nessa época, especialmente com a criação de escolas como a Escola de Serviço Social de São Paulo, em 1936. A educação nessa área era profundamente influenciada pelos modelos europeus, particularmente o francês e o belga, e tinha como base uma perspectiva técnica e prática, fortemente alinhada aos valores religiosos. A abordagem era pouco crítica, voltada principalmente para a operacionalização de atividades assistenciais.

Na segunda metade da década de 1960, com o Movimento de Reconceitualização, o Serviço Social brasileiro passou por um processo de transformação e transição, rompendo com práticas assistencialistas e conservadoras, marcado por intensas mudanças políticas, sociais e econômicas, que resultaram no aumento das desigualdades, migrações internas e novas demandas sociais. Esse movimento propôs uma atuação crítica, voltada à transformação social, e foi impulsionado pela urbanização, industrialização e pelas mudanças políticas do período. Esse cenário desafiava as práticas tradicionais da profissão, que ainda se baseavam em uma lógica assistencialista e conservadora, fortemente influenciada pela doutrina social da Igreja Católica.

O Serviço Social tradicional da época tinha como característica principal a busca pela adequação dos indivíduos às condições sociais vigentes, sem questionar as estruturas sociais que perpetuavam as desigualdades. A atuação profissional era fragmentada e despolitizada, com foco na caridade e na moralização, reforçando a ideia de que a pobreza era fruto de falhas individuais ou vontade divina. A Igreja Católica desempenhava um papel central, com muitos assistentes sociais trabalhando em instituições religiosas, reforçando a lógica assistencialista.

Entre esses dois períodos (1930 e 1960), o Serviço Social na área da saúde esteve fortemente vinculado ao modelo médico-assistencialista, acompanhando as diretrizes das políticas públicas do período, que priorizavam uma assistência individual e emergencial. Os assistentes sociais atuavam principalmente no acolhimento e atendimento direto aos pacientes e suas famílias, prestando orientações sobre direitos e encaminhamentos para serviços de saúde e assistência

social. Além disso, realizavam triagens e estudos de caso, levantando dados socioeconômicos para classificar os pacientes conforme a necessidade de suporte médico e social.

Outra demanda de trabalho dessa época era o encaminhamento a certos benefícios ofertados pelo estado, intermediando o acesso a hospitais, medicamentos e auxílios financeiros. A atuação da categoria se concentrava, sobretudo, em instituições filantrópicas e hospitalares, onde contribuía para a organização dos atendimentos e oferecia suporte aos pacientes em situação de extrema pobreza. Também desempenhavam um papel importante na recuperação e readaptação de pacientes com doenças crônicas e incapacidades laborais, buscando promover sua reintegração social. (Franca, 2012).

Além disso, as/os assistentes sociais monitoravam a frequência e a adesão dos pacientes aos tratamentos médicos, incentivando a continuidade do acompanhamento necessário, servindo de suporte médico sempre que solicitado. Também estavam envolvidos em atividades de educação sanitária e prevenção, participando de campanhas de saúde pública voltadas para a conscientização da população sobre higiene, prevenção de doenças e cuidados básicos. Sua presença se estendia a programas de saúde pública voltados para o combate a doenças endêmicas, como tuberculose e hanseníase, que representavam grandes desafios para o país na época. Durante esse mesmo período, o Serviço Social manteve uma atuação predominantemente assistencialista, alinhada ao modelo biomédico e pouco crítica às desigualdades sociais na saúde.

A partir de meados da década de 1960, intensificaram-se as críticas ao modelo tradicional do Serviço Social, impulsionadas pelas transformações políticas e pelo contato com novas correntes teóricas, como a fenomenologia e o materialismo histórico-dialético. No final da década, emergiu o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que visava romper com o conservadorismo e construir uma prática profissional mais crítica e comprometida com a transformação social. Esse movimento questionou a profissão enquanto instrumento de controle social e passou a defendê-la como parte de um projeto mais amplo de emancipação e justiça social.

Como desdobramento desse processo, a formulação da Constituição Federal de 1988 fortaleceu os princípios da seguridade social e democratizou o acesso à saúde, criando condições para uma maior participação e intervenção dos assistentes sociais na política sanitária brasileira.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco importante ao ampliar a concepção de saúde, reconhecendo seus determinantes sociais e garantindo o direito universal à saúde. Nesse contexto, o Serviço Social consolidou sua presença no campo da saúde, com reconhecimento oficial pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 218 e ratificado pela Resolução nº 287/1998. A partir disso, o Conselho Federal de Serviço Social publicou a Resolução nº 383/1999, que oficializou o/a assistente social como profissional da saúde, marcando um avanço significativo tanto para a profissão quanto para o campo da saúde. Essa medida impulsionou uma série de importantes desenvolvimentos na atuação do Serviço Social em políticas e práticas de saúde.

É importante destacar que a regulamentação da profissão de assistente social ocorreu anteriormente com a promulgação da Lei nº 8.662, de 1993, a qual definiu de forma detalhada as competências e atribuições desse profissional. Esse marco legal consolidou a base normativa para o exercício da profissão, reafirmando seu papel estratégico em diversas áreas, incluindo a saúde. O reconhecimento do assistente social como profissional da saúde promoveu avanços significativos nas práticas de intervenção nesse campo, transformando a abordagem para além do cuidado clínico/individual. Essa nova concepção incorporou a análise das questões econômicas e dos determinantes sociais do processo saúde/doença, reforçando a compreensão de que as condições sociais, econômicas e culturais são elementos centrais na promoção e recuperação da saúde.

Desde os anos 1970 até os dias atuais, o contexto socioeconômico brasileiro tem sido marcado por crises e transformações interligadas à dinâmica sociopolítica e econômica global, as quais interferem diretamente no processo de democratização. No campo da saúde, essa tensão persistiram, assumindo dimensões políticas e democráticas que vão além dos interesses dos técnicos da área.

O Projeto de Reforma Sanitária, concebido na década de 1980 e consagrado na Constituição Brasileira de 1988, tem como premissa fundamental a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse projeto abrange a universalização do acesso e a reestruturação do setor por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) – fruto de um longo processo de construção política e institucional voltado para transformar as condições de saúde e atenção da população brasileira. Ele propõe uma abordagem que integra a saúde individual e coletiva, promove a melhoria na qualidade dos serviços por meio de um modelo assistencial pautado na equidade e na integralidade

das ações e incentiva a implantação de novos modelos de gestão com a participação dos sujeitos sociais, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. Essas iniciativas visaram centralizar a politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

No final da década de 1980, a fragilidade estrutural do setor público, os conflitos entre diferentes categorias profissionais da saúde, a perda de apoio popular diante da ausência de resultados concretos e a própria inconsistência do projeto intensificaram os questionamentos sobre sua viabilidade. Além disso, a resistência de setores vinculados à lógica privatista e a falta de mecanismos eficazes para garantir a sustentabilidade das propostas dificultaram a consolidação das mudanças necessárias. Nesse cenário, a Reforma Sanitária enfrentou desafios que limitaram sua capacidade de promover uma transformação estrutural e efetiva no sistema de saúde brasileiro.

Em contrapartida, o Projeto Saúde Articulado ao Mercado – ou reatualização do Modelo Médico Assistencial Privatista – propôs a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exerça funções públicas, se submetesse às leis do mercado. Suas principais características incluem eficiência, descentralização (com isenção de responsabilidade do poder central), focalização, controle de resultados, redução de custos e aumento da produtividade. Nesse modelo gerencial, o Estado deixaria de ser o principal responsável pelo desenvolvimento social e econômico – função que passaria a ser desempenhada pelo setor privado –, assumindo, assim, o papel de promotor e regulador.

Dessa forma, o Estado se encarregaria de garantir o mínimo necessário para aqueles que não podem arcar com os custos dos serviços de saúde, enquanto o atendimento àqueles que têm acesso ao consumo seria transferido ao setor privado. Esse projeto foca no atendimento das populações pobres por meio de um pacote básico de saúde e propõe a aplicação da privatização, a eliminação da vinculação de fontes de financiamento, o estímulo ao seguro privado e a descentralização dos serviços para o nível local. Esse modelo, fundamentado em ideais individualistas e fragmentados, contrasta com a proposta da reforma sanitária, que adota uma perspectiva universal e coletiva, priorizando o acesso igualitário e integral à saúde para toda a população.

Nesse sentido, o Serviço Social é considerado uma profissão de caráter e formação generalista (Iamamoto, 2012), que tem como objeto de intervenção múltiplas

expressões da questão social, mas sempre atuando mediante as particularidades de cada espaço sócio ocupacional.

Os trabalhadores da área da saúde desempenham um papel essencial em situações de crise social, sendo responsáveis por garantir assistência integral à população, mesmo em cenários críticos e desafios estruturais. Nessas circunstâncias, eles estão na linha de frente, promovendo orientação social e intervenções que visam mitigar os impactos da crise. Além disso, sua atuação é fundamental para a organização e implementação de políticas públicas emergenciais, colaborando na articulação entre diferentes setores e no fortalecimento do sistema de saúde. Em momentos de calamidade, como pandemias, desastres naturais ou crises humanitárias, esses profissionais não só salvam vidas, mas também contribuem para a construção de respostas coletivas, promovendo solidariedade, dignidade e a garantia dos direitos humanos.

A pandemia de COVID-19 intensificou as desigualdades sociais, gerando novas demandas ao Serviço Social. Sendo assim, é fundamental evidenciar os equívocos que a categoria do Serviço Social já enfrentava no âmbito da saúde e que foram intensificados durante a pandemia. Afinal, “discutir a profissão é discutir as competências e atribuições do Serviço Social” (MATOS, 2015, p.680)

Mesmo em contextos de calamidade social, como a pandemia da Covid-19, é fundamental preservar a especificidade das atribuições profissionais, evitando a concepção reducionista de que "todos/as devem fazer tudo". A adoção dessa lógica no ambiente de trabalho pode resultar na sobrecarga dos profissionais, na descaracterização das competências específicas de cada área e na precarização dos serviços prestados à população. No caso das/os assistentes sociais, que desempenharam um papel fundamental na linha de frente do enfrentamento à pandemia, a delimitação clara de suas atribuições se torna ainda mais necessária. Sua atuação envolve a garantia de direitos, a mediação no acesso a políticas públicas e a formulação de estratégias para minimizar os impactos sociais da crise sanitária, o que exige um trabalho qualificado e pautado nos princípios ético-políticos da profissão.

A falta dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) foi um dos fatores mais preocupantes, visto que a cada minuto casos eram informados e como profissionais que atuaram na linha de frente o Serviço Social necessita do uso desse equipamentos, porém, mesmo tendo posse dos equipamentos de proteção muitos

profissionais não se sentia seguros visto a falta de instrução dos EPIs dentro no ambiente hospitalar. Cada região adotou suas próprias estratégias e critérios, porém, sempre seguindo as normas e medidas estabelecidas pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

Além disso, o bombardeamento de requisições indevidas à categoria foi algo, que, em diversas situações, foram encarregados de executar tarefas alheias à sua formação e às competências regulamentadas. Conforme Matos (2015, p.680), artigo “Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade”, aceitar essas requisições alheias às competências regulamentares da profissão compromete os direitos dos usuários, especialmente no acesso à informação. A necessidade de adaptação ao teleatendimento trouxe desafios técnicos e éticos, como a manutenção da confidencialidade e a construção de vínculos com os usuários. Dantas (2021) observa que, embora essa estratégia tenha sido essencial para continuar prestando assistência, ela evidenciou as limitações estruturais da prática remota no Serviço Social.

A categoria do Serviço Social foi diretamente impactada pela pandemia de COVID-19, tanto no âmbito do exercício profissional, ao lidar com a resolução de demandas, quanto enquanto classe trabalhadora inserida em um contexto de profundas mudanças sociais e econômicas. Matos (2022), discute os efeitos deixados pela pandemia no Brasil, destacando a recomendação de isolamento social, a migração do trabalho formal para o modelo de *home office*. Essa combinação de fatores acentuou os desafios enfrentados pela categoria, que precisou adaptar suas práticas e respostas às demandas emergentes, ao mesmo tempo em que vivenciava a precarização das condições de trabalho e o aumento da pobreza dos usuários do serviço.

Uma questão central a ser apontada é se a pandemia de COVID-19 gerou efetivamente novas demandas para o Serviço Social ou se intensificou e ressignificou desafios já existentes. Muitas dessas demandas, por vezes, foram interpretadas de maneira equivocada, impactando diretamente o planejamento e a qualidade do atendimento prestado. Como afirma Matos (2020, p.08), durante esse período, o Serviço Social precisou reorganizar seu processo de trabalho, incorporando estratégias como o teleatendimento, a fim de garantir tanto a segurança dos usuários quanto o acesso à informação.

Dessa forma, uma das transformações mais evidentes nesse período foi a necessidade de reorganização das estratégias de atendimento para garantir o acesso aos direitos sociais. Durante a pandemia, as/os assistentes sociais tiveram que adotar medidas emergenciais para responder às novas dinâmicas impostas pela crise sanitária. Entre as principais estratégias utilizadas, destacam-se:

- Adaptação ao atendimento remoto: uso de videoconferências e chamadas telefônicas foi essencial para respeitar o distanciamento social, apesar das restrições éticas relacionadas ao Código de Ética da profissão.
- Articulação intersetorial: intensificação da colaboração entre saúde, educação e assistência social para garantir uma resposta coordenada às demandas emergenciais.
- Distribuição de materiais informativos: disseminação de informações sobre direitos e auxílios governamentais, como o auxílio emergencial, foi fundamental para ampliar o acesso da população a recursos essenciais durante a crise.

Durante a pandemia, o Serviço Social se viu diante de desafios sem precedentes, o que exigiu uma transformação significativa na maneira como os profissionais atuavam para garantir o acesso aos direitos sociais. Uma das principais adaptações foi a reorganização das estratégias de atendimento, necessária para responder à dinâmica imposta pela crise sanitária.

Nesse período, a adoção do atendimento remoto tornou-se imperativa. Assistentes sociais passaram a utilizar videoconferências e chamadas telefônicas para realizar atendimentos individuais e em grupo, assegurando a continuidade dos serviços mesmo em meio ao distanciamento social. Essa prática, embora vital para manter a comunicação com os usuários, impôs desafios éticos relacionados à privacidade e à manutenção da confidencialidade, exigindo uma reflexão constante sobre os limites e possibilidades do atendimento virtual.

Outro aspecto foi a intensificação da articulação intersetorial. A complexidade da pandemia demandou uma resposta coordenada entre os setores da saúde, educação e assistência social, possibilitando uma aproximação que ultrapassasse as fronteiras institucionais. Essa articulação foi fundamental para a elaboração de estratégias integradas e a implementação de medidas que visassem conter os impactos sociais da crise.

As/os assistentes sociais desempenharam, também, um papel importante na disseminação de informações sobre direitos e auxílios governamentais, como o

auxílio emergencial, contribuindo para que a população tivesse conhecimento dos recursos disponíveis e soubesse como acessá-los. Essa ação não apenas facilitou o acesso a benefícios essenciais, mas também reforçou o compromisso ético da profissão com a promoção da cidadania e da participação social.

Os Parâmetros para a Atuação do Serviço Social na Saúde, elaborados pelo CFESS (2010), estabelecem claramente os limites da atuação profissional, destacando atividades que não competem à categoria. Entre as atribuições que não cabem ao Serviço Social, incluem-se a realização de diagnósticos clínicos, a prescrição de tratamentos médicos ou psicológicos, a execução de procedimentos técnicos de saúde e a definição de condutas terapêuticas. Essas atividades são de responsabilidade exclusiva dos profissionais da medicina, enfermagem, psicologia e outras áreas da saúde. O documento também enfatiza que o assistente social não deve assumir funções administrativas que desviem sua atuação das demandas socioassistenciais dos usuários. Dessa forma, os parâmetros reforçam o caráter específico da intervenção do Serviço Social na saúde, centrado na defesa de direitos, na mediação do acesso a políticas públicas e na construção de redes de apoio que ampliem o acesso da população às políticas públicas, fortalecendo a garantia de direitos sociais.

Essa delimitação é importante para que a atuação dos assistentes sociais se mantenha dentro dos parâmetros éticos e legais, garantindo que suas ações sejam direcionadas à defesa dos direitos humanos e à promoção de condições para que a população exerça sua cidadania de maneira plena. Assim, embora a pandemia tenha exigido a adoção de medidas emergenciais e a ampliação do campo de atuação, é essencial que os profissionais mantenham o foco em suas competências, atuando como articuladores e mediadores, e não como substitutos de outras especialidades técnicas.

Sendo assim, a crise sanitária forçou uma reconfiguração das práticas no Serviço Social, ampliando suas demandas e requisições. Ao mesmo tempo, ressaltou a importância de se respeitar os limites da atuação profissional, garantindo que as intervenções estejam alinhadas com os parâmetros que definem a área, promovendo assim uma resposta ética e eficaz às necessidades emergenciais da sociedade.

Essas ações demonstraram a capacidade adaptativa da profissão, mas também evidenciaram os desafios de equilibrar a urgência das demandas com a qualidade do atendimento.

Durante a pandemia, as/os assistentes sociais implementaram estratégias que incluíram a intensificação da articulação com outras instituições e o uso de plataformas digitais para garantir o atendimento aos usuários. Nesse contexto, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) desempenharam um papel significativo ao publicar artigos, recomendações e orientações sobre o exercício profissional no período pandêmico. Todas essas diretrizes foram fundamentadas nos protocolos da Organização Mundial da Saúde (OMS), sem comprometer ou restringir a atuação pautada pelo Código de Ética da profissão.

No contexto da saúde, a articulação com equipes multidisciplinares foi essencial para garantir um atendimento satisfatório, especialmente diante dos desafios impostos pela pandemia da COVID-19. Embora o Serviço Social seja uma profissão de caráter generalista, isso não significa que as expressões da questão social devam ser abordadas de maneira homogênea. Pelo contrário, a complexidade das demandas exige uma atuação qualificada, considerando a fragmentação da questão social nos diferentes setores das políticas públicas. Como destaca Matos (2015, p. 690), o Serviço Social se insere em um "multifacetado universo dos serviços sociais organizados segundo a setorialidade das políticas sociais que fragmentam a questão social", o que requer competências específicas para responder às necessidades da população.

Nesse sentido, o trabalho coletivo deve ser compreendido como um esforço para oferecer respostas integradas e eficazes às demandas dos usuários, sem desconsiderar a especificidade de cada profissão envolvida na equipe multidisciplinar. Uma das ferramentas que se destacou nesse processo foi o Plano Terapêutico Singular (PTS), amplamente utilizado no atendimento a pacientes em unidades de alta complexidade durante a pandemia. O PTS permitiu uma abordagem personalizada e coordenada, articulando diferentes especialidades como fisioterapia, psicologia e enfermagem, o que contribuiu para um cuidado mais humanizado e eficaz. Assim, a integração entre os diferentes profissionais, incluindo assistentes sociais, reforçou a importância do planejamento interdisciplinar como estratégia fundamental para fortalecer a qualidade da assistência e a efetividade das políticas de saúde.

O PTS facilitou a articulação entre as equipes multidisciplinares, promovendo uma resposta mais integrada às demandas impostas pela pandemia. A integração e

comunicação entre essas equipes permitiu que cada profissional contribuísse em sua área de conhecimento, garantindo um tratamento mais completo. Com a sobrecarga dos sistemas de saúde, o PTS também contribuiu para a eficiência e racionalização dos recursos, ao priorizar intervenções e organizar o uso de recursos de forma mais eficiente, evitando desperdícios e assegurando que cada paciente recebesse o tratamento mais adequado às suas necessidades.

Nesse contexto, é relevante pontuar que o exercício profissional não se configura como uma “receita de bolo”, visto que “viemos construindo um projeto profissional em que a questão social — matéria que justifica o fazer profissional — é vista como produto e cria do modo de produção capitalista” (MATOS, 2015, p.681). O processo de trabalho não pode ser configurado de forma individualizada e restrita, visto que, as expressões da questão social se manifestam das mais variadas formas.

O Serviço Social desempenhou um papel estratégico no contexto da pandemia, atuando como mediador entre pacientes, familiares e equipes de saúde, com o objetivo de garantir o acesso aos direitos sociais e a integralidade do atendimento. A atuação profissional esteve pautada na articulação de recursos e na formulação de estratégias para minimizar os impactos da crise sanitária sobre a população. Dentre as atribuições da/o assistente social no âmbito da saúde, destacam-se:

- Encaminhamento de pacientes: mediação no acesso a serviços complementares, como assistência social e jurídica, assegurando a continuidade do cuidado e a efetivação dos direitos sociais.
- Educação em saúde: desenvolvimento de ações educativas, como palestras e grupos de apoio, com a finalidade de disseminar informações, promover o autocuidado e fortalecer redes de suporte comunitário.
- Planejamento e formulação de ações sociais: contribuição na construção de estratégias voltadas ao atendimento das necessidades das comunidades em situação de negação de direitos, promovendo articulações intersetoriais para ampliar o alcance das políticas públicas.

Dessa forma, a intervenção do Serviço Social no campo da saúde se mostrou fundamental para a garantia do direito à informação, o acesso a serviços essenciais e o fortalecimento das redes de apoio, evidenciando seu compromisso com a promoção da equidade e da justiça social.

A fragilidade na formação profissional junto a expansão desordenada dos cursos de graduação, predominantemente na modalidade de Educação a Distância (EAD), comprometeu a qualidade do ensino. De acordo com o Censo da Educação Superior 2023, aproximadamente 80% dos cursos de Serviço Social são ofertados por instituições privadas. Entre esses, muitos cursos estão entre os que mais registraram matrículas na modalidade EAD no Brasil, somando mais de 1 milhão de estudantes inscritos em áreas como Administração, Pedagogia e Serviço Social (Querobolsa, 2023).

Além disso, o INEP aponta que grande parte das instituições privadas enfrenta limitações significativas de infraestrutura, comprometendo práticas presenciais essenciais para a construção de um aprendizado crítico e reflexivo (INEP, 2024). A falta de regulamentações rigorosas para assegurar a qualidade dos cursos e promover a educação de qualidade agrava ainda mais essa situação. O aumento desordenado das matrículas em cursos EAD reflete uma lógica mercantil da educação, que prioriza o lucro em detrimento de uma formação ética e crítica. Esse cenário limita a capacidade dos futuros profissionais de responder às complexas demandas impostas pela pandemia, como a ampliação do acesso a serviços como de saúde e assistência social (INEP, 2023).

A pandemia ressaltou a importância estratégica do Serviço Social no campo da saúde, evidenciando sua capacidade de adaptação às emergências e sua relevância na construção de respostas complexas às demandas sociais. Apesar das severas limitações impostas pela crise sanitária, a profissão reafirmou seu compromisso ético-político e teórico-metodológico, desenvolvendo intervenções que transcenderam o cuidado clínico tradicional, incorporando uma abordagem crítica, integral e interdisciplinar. Essas ações foram fundamentais para atender às múltiplas dimensões das necessidades humanas exacerbadas pela pandemia, como o acesso à saúde, a proteção social e o enfrentamento das desigualdades.

Esses elementos, alinhados às orientações e normativas da profissão, reforçam os princípios do Serviço Social, que incluem a defesa dos direitos sociais, a intervenção nas expressões da questão social e uma atuação ética fundamentada no compromisso com a justiça social. No contexto da pandemia, esses princípios foram centrais para a identificação e articulação de aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais relacionados ao processo saúde-doença, reafirmando o papel estratégico do Serviço Social na construção de respostas às demandas emergentes.

Além desses desafios, a categoria também enfrentou um aumento significativo de requisições indevidas e equivocadas, que não estão alinhadas às atribuições do Serviço Social, mas que se intensificaram durante o período de calamidade pública – entendido como um estado de emergência decorrente de eventos extraordinários (como desastres naturais ou crises sanitárias) que causam danos significativos à saúde, segurança e bem-estar da população, exigindo uma resposta imediata e a mobilização dos recursos governamentais para restaurar condições mínimas de normalidade. Essas demandas, muitas vezes relacionadas a questões administrativas ou comunicacionais no contexto hospitalar, desviam o foco da atuação técnica e ético-política da profissão.

Na situação de calamidade houve um chamamento de que todos deveriam fazer tudo. Assistentes Sociais dos Serviços hospitalares costumam indicar uma série de requisições indevidas, como: informações para familiares e amigos sobre quadro clínico, informe sobre a transferência de unidade de saúde, comunicação de evasão de pessoas que estavam internadas, solicitação para que familiares compareçam a unidade para que sejam informados sobre óbito ou a própria comunicação de óbitos. Tais requisições são expressões de uma série de requisições equivocadas, para a qual a categoria profissional já tem acúmulo e argumentos - notadamente as resoluções do conjunto CFESS/CRESS para o seu enfrentamento (MATOS, 2020, p.420).

Esse contexto evidenciou as tensões entre o cumprimento das normativas éticas da profissão e as condições reais de trabalho enfrentadas pelos/as assistentes sociais, exigindo uma postura sensível e articulada diante das dificuldades.

Assim, o trabalho das/os assistentes sociais durante esse período evidenciou a importância de equilibrar a urgência das demandas com a profundidade e qualidade indispensáveis para um atendimento humanizado e eficaz, reafirmando o compromisso ético da profissão mesmo em contextos de crise.

A utilização de mecanismos como o teleatendimento e o redimensionamento dos atendimentos presenciais buscou responder às necessidades imediatas, mas não substitui a profundidade e o tempo necessários para atender plenamente às questões complexas apresentadas pelos usuários. A qualidade do atendimento no Serviço Social requer tempo e aprofundamento para compreender as especificidades de cada caso e planejar intervenções efetivas a longo prazo.

Essas estratégias de intervenção não se limitaram ao âmbito da saúde, mas também se estenderam a diversas áreas que requerem a atuação do Serviço Social.

Durante a pandemia, foi essencial estabelecer articulações efetivas com outras instituições para garantir a continuidade dos serviços sociais, especialmente em um cenário marcado pelo *lockdown* imposto em várias regiões do país.

As atribuições profissionais, segundo Iamamoto (2011), estão profundamente relacionadas ao enfrentamento das expressões da questão social. Para a autora, o/a assistente social não atua apenas na execução de políticas sociais ou na prestação de serviços, mas também na formulação dessas políticas, na participação crítica e ativa nos espaços institucionais e na defesa de direitos sociais. Nesse sentido, a atuação do/a assistente social vai além da assistência imediata, buscando transformar as estruturas sociais que originam as desigualdades e as exclusões. Como Iamamoto ressalta, “o Serviço Social é uma profissão que se insere nas relações sociais como uma resposta às expressões da questão social e que deve articular os interesses imediatos e históricos das classes sociais” (Iamamoto, 2011, p. 30).

Em termos de competências, Iamamoto destaca a necessidade de a categoria desenvolver uma capacidade crítica, teórica e metodológica robusta. Isso inclui uma análise sobre a realidade social, o domínio de técnicas de intervenção, a unidade entre teoria e prática e o compromisso ético-político com a transformação social. A/o assistente social deve ser capaz de compreender a complexidade das demandas sociais e responder a elas de maneira criativa e crítica, sem perder de vista o seu papel na construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Assim, as atribuições e competências do Serviço Social não são apenas tarefas técnicas, mas envolvem um compromisso com a classe trabalhadora e com a construção de alternativas para a superação das desigualdades estruturais da sociedade.

Entende-se que o sistema econômico neoliberal exerceu uma influência direta e negativa sobre a rotina de trabalho das/os assistentes sociais que atuaram durante a pandemia da COVID-19. Essa influência manifestou-se tanto nas condições precárias de trabalho quanto nas limitações estruturais impostas aos sistemas públicos de saúde, afetando diretamente as respostas e estratégias desenvolvidas por esses profissionais no enfrentamento das demandas emergentes. A lógica neoliberal, centrada na maximização do lucro e na redução de investimentos em políticas públicas, resultou em sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos e desafios éticos para os/as assistentes sociais, que precisaram lidar com a ampliação das desigualdades sociais e econômicas.

Esse cenário de reorganização do trabalho profissional se alinha com o posicionamento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que enfatiza a necessidade de um atendimento qualificado e contextualizado, mesmo diante das limitações impostas pela crise sanitária, o que levou a entidade a se manifestar sobre o atendimento das/os assistentes sociais no contexto de crise.

3.2. O posicionamento do conjunto CFESS/CRESS referente a intervenção profissional no contexto da pandemia

O Conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social) desempenha um papel central como órgão regulador e orientador das práticas profissionais do Serviço Social no Brasil. O conjunto CFESS/CRESS foi formalmente instituído e estruturado pela Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que substituiu a Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957. Essa lei organizou a profissão em nível nacional, criando: O CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), responsável pela regulamentação e fiscalização em nível nacional e os CRESS (Conselhos Regionais de Serviço Social), encarregados da fiscalização regional e do registro profissional das/os assistentes sociais. Sua atuação é fundamental para assegurar a qualidade técnica e ética do exercício profissional, garantindo que as/os assistentes sociais atuem de forma alinhada aos princípios ético-políticos da profissão, sempre em defesa dos direitos sociais e da justiça social.

O conjunto CFESS/CRESS possui o papel de assegurar que o exercício da profissão esteja em conformidade com o Código de Ética dos Assistentes Sociais e com as normativas legais. Ele tem como função principal defender os interesses da categoria, garantir a qualidade do atendimento à população e combater práticas inadequadas no exercício da profissão.

No contexto pandemia da COVID-19, o CFESS/CRESS assumiu um papel central, fornecendo diretrizes claras e objetivas para orientar a prática profissional em meio às incertezas e aos desafios impostos pela crise sanitária. Por meio de resoluções, notas técnicas e publicações, a entidade reafirmou a importância da atuação ética e qualificada das/os assistentes sociais, enfatizando a necessidade de

preservar os direitos humanos e a dignidade dos usuários, mesmo em um cenário de extrema calamidade social.

Em resposta aos desafios impostos pela pandemia, o CFESS publicou, Resoluções que se configuram como referências fundamentais para a reorientação das práticas profissionais da/os assistentes sociais. A Resolução nº 940/2020 enfatiza a urgência de adaptar os atendimentos presenciais para modalidades remotas, estabelecendo diretrizes que garantam a continuidade dos serviços sem abrir mão dos preceitos éticos – sobretudo no que tange à preservação da confidencialidade e da privacidade dos usuários. Essa orientação reconhece que o atendimento via videoconferência e telefone, apesar de ser uma resposta emergencial necessária, demanda cuidados específicos para que os direitos dos assistidos sejam preservados, mesmo à distância.

Complementarmente, a Resolução nº 942/2020 expande essa abordagem ao delinear orientações específicas para a organização e o registro das atividades remotas, ressaltando a importância de uma atuação articulada entre os diversos setores da política social. Este instrumento normativo reforça o compromisso dos assistentes sociais com a qualidade do atendimento, enfatizando a necessidade de uma infraestrutura tecnológica adequada e a atualização constante dos profissionais quanto às melhores práticas para a prestação de serviços em meio digital.

Por sua vez, a Resolução nº 958/2020 aprofunda as orientações para a operacionalização dessas práticas. Ela detalha as condições e os limites para a intervenção remota, ressaltando a importância da articulação intersetorial e do trabalho colaborativo com outros segmentos, como saúde e educação, a fim de oferecer uma resposta mais integrada às demandas sociais emergentes. O documento reforça que, embora a modalidade remota seja indispensável em períodos de distanciamento, os princípios técnicos e éticos do Serviço Social não podem ser comprometidos.

Contudo, a transição para o atendimento remoto gerou intensas discussões na comunidade profissional. Muitos profissionais debateram os desafios éticos e técnicos envolvidos, como a garantia da confidencialidade dos usuários e a manutenção de uma comunicação empática e eficaz por meio digital. Apontando que a virtualização dos atendimentos poderia fragilizar a relação de confiança construída nas interações presenciais, enquanto outros defendiam que, diante das circunstâncias, a flexibilidade e a inovação eram indispensáveis para assegurar o

acesso aos direitos sociais. Essa polarização evidenciou a necessidade de buscar alternativas que confirmem a segurança sanitária com a qualidade do atendimento.

Nesse sentido, a reflexão coletiva sobre o uso das tecnologias nessas questões levou à criação de orientações mais detalhadas e ao incentivo à capacitação dos profissionais, para que pudessem, de forma ética e eficaz, integrar o uso das novas ferramentas à prática cotidiana. Dessa forma, o intenso debate sobre o teleatendimento não apenas revelou os desafios imediatos impostos pela crise, mas também abriu caminho para uma modernização das práticas que pode trazer benefícios duradouros para a profissão.

Foram realizadas transmissões de *lives*³ que tiveram como objetivo apoiar e enriquecer o marco regulatório orientador da prática profissional no contexto emergencial. Esses encontros abordaram, de forma aprofundada, temáticas essenciais para a compreensão da conjuntura pandêmica. Ademais, foram discutidas questões pedagógicas complementares, ampliando a reflexão crítica sobre os desafios e as transformações impostas pelo período pandêmico.

A pandemia configurou um cenário atípico e desafiador, no qual as/os assistentes sociais enfrentaram demandas emergentes que exigiram reconfigurações em suas práticas e uma capacidade ampliada de articulação. Diante disso, o CFESS/CRESS destacou-se ao fornecer orientações específicas para lidar com a sobrecarga de trabalho, as requisições indevidas e as limitações impostas pelas medidas de distanciamento social, garantindo que as ações profissionais permanecessem fundamentadas nos preceitos éticos da categoria. Assim, o posicionamento da instituição foi determinante para fortalecer a autonomia profissional e assegurar que o Serviço Social continuasse a desempenhar seu papel estratégico na luta contra as expressões da "questão social" agravadas pela crise pandêmica.

A manutenção da ética profissional foi um dos principais focos dessas diretrizes. O sigilo, a dignidade dos usuários e a justiça social foram reafirmados como pilares fundamentais da prática profissional, mesmo diante das dificuldades impostas pelas medidas de distanciamento social. A Resolução nº 493/2006, que já estabelecia

³ As transmissões ao vivo podem ser acessadas na plataforma do *Youtube*, no canal do CFESS:
<https://youtu.be/apHRBp-rn4Y?si=qC0fKr8-gy5h1GdG>
https://youtu.be/mX99aKH9hwk?si=v1NEiXV_vTOGnmSj
<https://www.youtube.com/live/MES8TDMpEj8?si=4tpJwBBFOgIKtaDI>

parâmetros éticos para o exercício do Serviço Social, foi reiterada como base orientadora, garantindo que as/os assistentes sociais respeitassem os direitos dos usuários em todas as circunstâncias. Além disso, o direito à privacidade foi tratado como essencial, mesmo em atendimentos remotos ou com recursos limitados, exigindo que os profissionais buscassem soluções que minimizassem as violações éticas.

As resoluções emitidas pelo CFESS destacaram a importância de combater requisições indevidas. Demandas inadequadas, como a comunicação de óbitos ou a realização de tarefas administrativas alheias à formação profissional, foram explicitamente identificadas como ações que comprometem a ação da categoria. O conjunto CFESS/CRESS reiterou que a atuação das/os assistentes sociais deve se fundamentar na defesa de direitos sociais e na promoção de respostas articuladas às expressões da questão social, resguardando a autonomia e a relevância da profissão no enfrentamento das desigualdades sociais agravadas pela crise.

As ações do Conjunto CFESS/CRESS, em torno da questão das atribuições privativas e competências profissionais, vêm se dando na clareza que tais ações não podem ser engendradas fora do contexto em que o exercício profissional se materializa, e que esse contexto apresenta tanto demandas que podem potencializar o trabalho profissional de assistentes sociais, como também — e isso vem ocorrendo com muita incidência — apresentar um conjunto de requisições que visam descaracterizar a profissão. (MATOS, Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade, publicado na revista *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 124, 2015, p.695-696)

Além dessas medidas, o CFESS também publicou 105⁴ boletins informativos ao longo do período pandêmico, disponíveis em seu site oficial. Esses boletins forneceram orientações adicionais e atualizadas para a categoria, reforçando a importância de uma atuação ética, técnica e politicamente alinhada às necessidades emergentes do momento. Esses documentos complementaram as resoluções, promovendo uma comunicação contínua e estruturada para guiar os profissionais em um dos períodos mais desafiadores da história recente.

A implementação das diretrizes emitidas pelo conjunto CFESS/CRESS durante a pandemia de COVID-19 enfrentou uma série de desafios e limitações

⁴ É possível consultar os boletins informativos no website do CFESS https://www.cfess.org.br/legislacao/index?LegislacaoSearch%5Bid_legislacao_categoria%5D=4

estruturais que refletiram tanto nas práticas profissionais quanto na resposta às demandas emergentes. Um dos principais entraves identificados foi a falta de infraestrutura adequada para a realização de teleatendimentos, estratégia essencial em um cenário de distanciamento social. Muitos profissionais relataram dificuldades relacionadas à indisponibilidade de computadores, acesso limitado à internet de qualidade e falta de plataformas digitais seguras para a execução de suas atividades, comprometendo a continuidade e a eficácia do atendimento social. De acordo com Matos (2020, p. 420), "os atendimentos remotos realizados durante a pandemia evidenciaram as desigualdades estruturais no acesso a tecnologias, limitando a universalização dos serviços e ampliando as barreiras para a inclusão social."

Outro ponto crítico foi a sobrecarga de trabalho enfrentada pela categoria, foi a intensificação das desigualdades sociais e o aumento exponencial das demandas por proteção social, como acesso a benefícios emergenciais e intervenções em casos de violência doméstica, exigiram esforços adicionais desses profissionais. Esse cenário de alta demanda expôs a precarização das condições de trabalho, incluindo jornadas extenuantes e falta de suporte emocional e psicológico para lidar com o volume de casos complexos. Segundo o CFESS (2020), "as/os assistentes sociais enfrentaram uma pressão significativa para responder às necessidades emergenciais, mesmo em condições adversas, comprometendo sua saúde física e mental."

Apesar dos esforços para promover o trabalho em rede, a fragmentação das políticas sociais e a falta de integração entre os diferentes serviços públicos dificultaram a execução de ações coordenadas, essenciais para enfrentar as expressões multifacetadas da questão social. Matos (2020, p. 421) reforça que "as políticas sociais setorializadas, agravadas pela lógica neoliberal, limitam a eficácia das respostas às demandas emergenciais, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada e estruturada."

Essas limitações reforçam a necessidade de investimentos públicos consistentes para fortalecer o sistema de proteção social e proporcionar condições adequadas para o exercício do Serviço Social, especialmente em contextos de crise, na qual, "as condições materiais e técnicas são indispensáveis para a realização do trabalho social na linha de frente do atendimento à população, exigindo uma atuação articulada e politicamente comprometida com a garantia de direitos sociais." (CFESS, 2020)

O posicionamento do conjunto CFESS/CRESS durante a pandemia de COVID-19 reafirmou sua relevância como órgão regulador e orientador das práticas do Serviço Social no Brasil. Em meio a uma crise que intensificou desigualdades sociais e expôs fragilidades estruturais, as diretrizes emitidas asseguraram que as/os assistentes sociais mantivessem uma atuação ética, técnica e politicamente alinhada aos princípios da profissão. As Resoluções e os boletins informativos publicados, foram essenciais para orientar a adaptação das práticas profissionais às novas demandas.

As diretrizes estabelecidas durante a pandemia não apenas orientaram a prática profissional em um momento de crise, mas também deixaram um legado importante para o fortalecimento do Serviço Social. Elas destacaram a necessidade de avanços estruturais no sistema de proteção social, melhores condições de trabalho e investimentos consistentes para enfrentar futuras crises. O compromisso do CFESS/CRESS em fornecer orientações éticas e técnicas reforçou a autonomia da profissão e demonstrou sua capacidade de responder de maneira articulada e eficaz às múltiplas expressões da "questão social", contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

O posicionamento do conjunto CFESS/CRESS durante a pandemia revelou uma capacidade de adaptação que uniu a tradição das demandas históricas com as exigências emergentes de um cenário de calamidade. Ao orientar as/os assistentes sociais por meio de resoluções – que estabeleceram diretrizes para a adoção de estratégias digitais e a delimitação das competências profissionais – e ao complementar essas medidas com uma série de boletins informativos e atividades de integração, o CFESS/CRESS reafirmou a importância de manter o compromisso ético, técnico e político da categoria. Esse conjunto de orientações não apenas assegurou a continuidade do atendimento em meio a desafios como a sobrecarga de trabalho, a fragilidade da infraestrutura tecnológica e as requisições indevidas, mas também deixou um legado para o fortalecimento do Serviço Social, evidenciando a necessidade de investimentos públicos e de uma maior integração intersetorial para enfrentar, de forma efetiva, as persistentes desigualdades e as novas demandas que a profissão continua a enfrentar.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 representou um marco na história das políticas públicas de saúde no Brasil, expondo e aprofundando desigualdades sociais historicamente arraigadas no país. O contexto de crise sanitária e econômica impôs desafios sem precedentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando o subfinanciamento crônico, a precarização dos serviços e a fragmentação da resposta estatal. Nesse cenário, o Serviço Social assumiu um papel central na mediação do acesso a direitos, no acolhimento das demandas emergentes da população e na articulação de estratégias para minimizar os impactos sociais da pandemia.

Este estudo buscou compreender as (re)configurações do trabalho dos/as assistentes sociais no campo da saúde durante esse período, analisando as exigências impostas à profissão e o posicionamento do conjunto CFESS/CRESS diante das transformações ocorridas. A pesquisa demonstrou que a pandemia intensificou as expressões da questão social, acentuando desigualdades estruturais e fragilidades do sistema de proteção social brasileiro. O aumento da pobreza e do desemprego ampliou significativamente a demanda por assistência, ao mesmo tempo em que as/os assistentes sociais enfrentaram a sobrecarga de trabalho, a precarização das condições laborais e a necessidade de adaptar sua prática profissional a novas dinâmicas, como o uso de tecnologias para atendimentos remotos.

A resposta fragmentada do Estado, somada ao negacionismo científico e à disseminação de desinformação durante o governo de Jair Bolsonaro, impôs obstáculos adicionais à atuação profissional da categoria. A propagação de *fake news* sobre os protocolos de combate ao vírus e a desarticulação na implementação das medidas sanitárias atrasaram o avanço da vacinação e geraram resistência às políticas públicas de enfrentamento da pandemia. Além disso, a negligência estatal na distribuição de equipamentos de proteção individual (EPIs) e na garantia de condições seguras de trabalho expôs as/os assistentes sociais e demais profissionais da saúde a riscos constantes, intensificando as dificuldades do exercício profissional.

Nesse contexto, as diretrizes emitidas pelo CFESS/CRESS foram fundamentais para garantir que a intervenção do Serviço Social permanecesse alinhada aos princípios éticos e técnicos da profissão. O posicionamento da categoria

reforçou a necessidade de defesa intransigente dos direitos sociais, do fortalecimento do SUS e da ampliação das políticas públicas de proteção social como contraponto ao avanço da privatização e da mercantilização da saúde. O modelo neoliberal, amplamente adotado na gestão da saúde pública brasileira, demonstrou suas limitações ao priorizar interesses econômicos em detrimento da garantia universal do direito à saúde, reforçando a necessidade de um sistema público fortalecido, democrático e acessível a toda a população.

Dessa forma, este estudo reafirma que a pandemia não apenas revelou as contradições sociais, econômicas e políticas preexistentes, mas também evidenciou o papel essencial do Serviço Social na defesa de direitos e na construção de respostas coletivas frente às desigualdades. A crise sanitária não encerra as lutas da categoria, mas reafirma a urgência de avançar na construção de um exercício profissional crítico, qualificado e comprometido com a transformação social.

REFERÊNCIAS

ABREU, Maria L. **Saúde e Emancipação Social: Práticas Educativas e o Processo Saúde-Doença**. 3. ed. São Paulo: Editora Saúde, 2002.

AGÊNCIA BRASIL. **Relator da CPI da pandemia vê atraso deliberado na compra de vacinas**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2021-10/relator-da-cpi-da-pandemia-ve-atraso-deliberado-na-compra-de-vacinas>. Acesso em: 6 jan. 2025.

ANTUNES, Ricardo. **A Crise Social e a Luta da Classe Trabalhadora**. 2. ed. São Paulo: Editora Política, 2021.

ANTUNES, Ricardo. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, Ricardo. **O vilipêndio da COVID-19 e o imperativo de reinventar o mundo**. O Social em Questão, n. 49, pg. 111-122, 2021

BBC BRASIL. **Covid: o que muda com Marcelo Queiroga na saúde e os principais desafios na pandemia**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56746026>. Acesso em: 6 jan. 2025.

BRAGA, José Luiz de Amorim; PAULA, Sérgio Goes de. **A questão social e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 1986.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Portaria CFESS nº 27, de 16 de dezembro de 2021**. Concede progressão salarial a trabalhadora do Conselho Federal de Serviço Social mediante processo de Avaliação de Desempenho e estabelece outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS nº 940, de 23 de março de 2020**. Dispõe sobre a suspensão dos prazos processuais e da prescrição quinquenal e intercorrente no âmbito do Conselho Federal de Serviço Social/CFESS e dos Conselhos Regionais de Serviço Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS nº 951, de 24 de julho de 2020**. Autoriza, em caráter excepcional, pedidos de inscrição, cancelamento e transferência nos CRESS onde o atendimento estiver se realizando remotamente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS nº 958, de 5 de outubro de 2020**. Inclui dispositivo na Resolução CFESS nº 949, de 1º de julho de 2020, sobre o cancelamento da reunião da Comissão Especial em 2020 em decorrência da pandemia do Novo Coronavírus – COVID-19. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS nº 975, de 2 de junho de 2021**. Dispõe sobre medidas regimentais excepcionais em decorrência da pandemia do Novo Coronavírus – COVID-19 no âmbito do Conjunto CFESS/CRESS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS nº 942, de 2020**. Dispõe sobre a organização e o registro das atividades remotas no âmbito do Serviço Social, em decorrência das medidas emergenciais impostas pela pandemia do COVID-19. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/legislacao/view/341/resolucao-n-9422020>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução CFESS nº 993, de 23 de março de 2022**. Dispõe sobre o retorno gradual e seguro das atividades presenciais nas dependências do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **MEC e INEP divulgam resultado do censo superior 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/assuntos/noticias/censo-da-educacao-superior/mec-e-inep-divulgam-resultado-do-censo-superior-2023>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Estatísticas do censo da educação superior 2023**. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2024/e_statisticas_do_censo_da_educacao_superior_2023.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da saúde pública no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus - Brasil**. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 25 out. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Ambiental: Relatório Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Planos de Assistência Social: diretrizes para elaboração**. Brasília, DF: MDS, 2008. Disponível em: <https://www.mds.gov.br>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. **Planos de Assistência Social: Diretrizes para Elaboração – Volume 3**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional

de Assistência Social. Brasília: MDS, 2008. ISBN 978-85-60700-08-0. Acesso em: 25 jan. 2025.

BRAVO, Maria Inez Pessanha; MATOS, Marilda Couto; SILVA, Rosa Maria da Costa; PAULA, Silvia Regina. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez, 2016.

CASTRO, Daniel; DAL SENO, Danillo; POCHMANN, Márcio (orgs.). **Capitalismo e a Covid-19.** São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/353317711_Capitalismo_e_a_Covid-19. Acesso em: 5 jan. 2025.

CASTRO, Marina Monteiro de. **Trabalho em Saúde: A Inserção do Assistente Social na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora/MG.** 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: [arquivo enviado]. Acesso em: 25 jan. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota do Conjunto CFESS-CRESS sobre a pandemia do Coronavírus e o trabalho de assistentes sociais.** Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1656>. Acesso em: 22 out. 2024.

DANTAS, Clarice C. R. **A Atuação dos Assistentes Sociais Durante a Pandemia: Atualizações e Redes de Apoio.** 1. ed. São Paulo: Editora Serviço Social, 2021.
DANTAS, Clarice Castro Reis. **O Impacto da Pandemia na Atuação dos Assistentes Sociais: Desafios e Adaptações no Teleatendimento.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Serviço Social, 2021.

DE LA FUENTE, Victor. **Adaptabilidade do Serviço Social em Tempos de Crise.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Social, 2020.

EL PAÍS. **Comunicação do Governo priorizou economia à saúde no combate à pandemia, revelam documentos da CPI.** Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-06-08/comunicacao-do-governo-priorizou-economia-a-saude-no-combate-a-pandemia-revelam-documentos-da-cpi.html>. Acesso em: 6 jan. 2025.

FALCÃO, Paula; SOUZA, Aline Batista de. **Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil.** *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1.

FARIAS, Claudio Lucas da Silva; SANTOS, Ana Luísa Batista. **A importância do projeto terapêutico singular (PTS) no acompanhamento de usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad): relato de experiência.** *Motrivivência*, Florianópolis, v. 34, n. 65, p. 1-16, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2022.e89527>.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil: Ensaio de Interpretação Sociológica.** São Paulo: Editora Globo, 2005.

FLEURY, Sonia. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19. São Paulo, 2020. Disponível em:

<https://forumseguranca.org.br/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.

FRENTE PELA VIDA. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19 – Versão 3**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e outras entidades. 1º dez. 2020. ISBN 978-65-991956-0-0. Acesso em: 25 jan. 2025.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço Social em Tempos de Crise: Desafios e Adaptações**. 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade**. In: CFESS. *Atribuições Privativas do/a Assistente Social em Questão*. Brasília: CFESS, 2012

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Efeitos da pandemia sobre a criminalidade no Brasil. Brasília: IPEA, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de. **Política Nacional de Atenção Hospitalar: Impactos para o Trabalho do Assistente Social**. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP, v.16, n.2, p. 211-228, jul./dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.20396/sss.v16i2.8651464>. Acesso em: 25 jan. 2025.

MARSÍGLIA, Regina Maria Real; CARREIRA, Denise Amparo; AMARAL, Sílvia Pereira do. **O trabalho do assistente social na saúde**. São Paulo: Cortez, 2016.

MATOS, Castro Maurílio de. **Competências e Atribuições no Serviço Social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Serviço Social, 2015.

MATOS, João P. **Serviço Social e a Questão Social: Perspectivas e Desafios**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Social, 2021.

MATOS, Maurílio Castro de. **Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 123, p. 678-696, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 27 jan. 2025.

MATOS, Maurilio Castro de. **Serviço Social e Desafios Contemporâneos: Estratégias de Atuação Remota**. 1. ed. São Paulo: Editora Serviço Social, 2020.

NEXO JORNAL. **A troca de ministro da Saúde. E o ceticismo sobre a gestão da crise**. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/15/A-troca-de-ministro-da-Saude.-E-o-ceticismo-sobre-a-gestao-da-crise>. Acesso em: 6 jan. 2025.

O GLOBO. **Como a instabilidade no Ministério da Saúde impacta o combate ao novo coronavírus**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/epoca/sociedade/como-instabilidade-no-ministerio-da-saude-impacta-combate-ao-novo-coronavirus-24439460>. Acesso em: 6 jan. 2025.

O GLOBO. **Falas de Bolsonaro contra vacinas, máscaras e lockdown são provas de fake news em minuta de relatório da CPI da Covid**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/falas-de-bolsonaro-contravacinas-mascaras-lockdown-sao-provas-de-fake-news-em-minuta-de-relatorio-da-cpi-da-covid-1-25242176>. Acesso em: 6 jan. 2025.

O GLOBO. **Para ex-ministros da Saúde, falta de liderança e coordenação agravou pandemia no Brasil**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus/para-ex-ministros-da-saude-falta-de-lideranca-coordenacao-agravou-pandemia-no-brasil-24675791>. Acesso em: 6 jan. 2025.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; CRONEMBERGER, Izabel Herika Gomes Matias (orgs.). **Serviço Social em Tempos de Pandemia: provocações ao debate**. Teresina: EDUFPI, 2020. ISBN 978-65-86171-73-0. Acesso em: 25 jan. 2025.

QUERO BOLSA. **10 cursos EAD com o maior número de matrículas, segundo o censo da educação superior 2023**. Disponível em: <https://querobolsa.com.br/revista/10-cursos-ead-com-o-maior-numero-de-matriculas-segundo-o-censo-da-educacao-superior-2023>. Acesso em: 27 jan. 2025.

RAICHELIS, Raquel. **Política social, democracia e cidadania: reflexões no contexto da crise contemporânea**. In: BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete (Org.). **Política social: fundamentos e história**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 135-158.

ROSARIO, Aline Buonomo do. **Serviço Social no Contexto da Pandemia da COVID-19: Uma Experiência na Alta Complexidade**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2023. Trabalho de Conclusão de Residência. Acesso em: 25 jan. 2025.

SENADO FEDERAL. **Relatório acusa Governo Federal de atraso na compra de vacinas e de negociações ilícitas no caso Covaxin**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/10/22/relatorio-acusa-governo-federal-de-atraso-na-compra-de-vacinas-e-de-negociacoes-ilicitas-no-caso-covaxin>. Acesso em: 6 jan. 2025.

SILVA, Arthur Almeida; MANGINI, Fernanda Nunes da Rosa. **Metodologias de Planejamento para o Serviço Social: planejamento estratégico, planejamento participativo e estudos prospectivos**. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Maria. Acesso em: 25 jan. 2025.

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS. **O trabalho docente no contexto da pandemia**. Universidade Federal do Piauí – UFPI. Acesso em: 25 jan. 2025.

Tribunal de Contas da União. **Auditoria operacional sobre a judicialização da saúde**. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-sobre-judicializacao-da-saude.htm>. Acesso em: 10/06/2024.

UOL. **Mandetta, Teich, Pazuello e Queiroga: os 4 ministros da saúde da pandemia**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuello-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm>. Acesso em: 6 jan. 2025.

VALOR. **Bolsonaro minimiza coronavírus: 'Está superdimensionado seu poder destruidor'**. Disponível em: <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/03/09/bolsonaro-minimiza-coronavirus-est-superdimensionado-seu-poder-destruidor.ghtml>. Acesso em: 6 jan. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **MOTA, Ana Elizabete**. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*.

BRAVO, Maria Inês Souza. O entrecruzamento pioneiro entre o movimento de reforma sanitária e a renovação crítica do serviço social no Brasil. In: **BRAVO, Maria Inês Souza**. *Pessimismo da razão e otimismo da vontade de Maria Inês Souza Bravo*. Local de publicação: Editora, Ano. p. 99.

BRAVO, M. I. S. Saúde e Serviço Social no capitalismo: Fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais*. Brasília: CFESS, 2010.

BRASIL DE FATO. Covid: 5 anos após 1ª morte no país, documentos expõem negacionismo. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2025/03/12/covid-5-anos-apos-1a-morte-no-pais-documentos-expoem-negacionismo/>.

PEREIRA, Priscila Lopes; GARCIA, Vera Lúcia. Serviço Social e Saúde – Processos de Trabalho e Gestão. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 21, n. 1, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssr/a/GYmwysY3bL6wsfRbk9ztPSx/?lang=pt>.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 124, p. 678-698, out./dez. 2015. DOI:10.1590/0101-6628.046