



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Jéssica Felski Sokalski

**As demandas para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na região da
Amplanorte/SC durante o período da pandemia da covid-19.**

Florianópolis

2021

Jéssica Felski Sokalski

**As demandas para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na região da
Amplanorte/SC durante o período da pandemia da covid-19.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Pfeifer Machado

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da
UFSC.

Sokalski, Jéssica Felski
As demandas para o Sistema Único de
Assistência Social (SUAS) na região da
Amplanorte/SC durante o período da pandemia da
covid-19 / Jéssica Felski Sokalski ;
orientador, Mariana Pfeifer Machado, 2021.
140 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade
Federal de Santa Catarina, , Programa de Pós-
Graduação em Serviço Social, Florianópolis,
2021.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Demandas . 3. Pandemia . 4.
SUAS .
I. Machado, Mariana Pfeifer . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Serviço Social.
III. Título.

Jéssica Felski Sokalski

**As demandas para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na região da
Amplanorte/SC durante o período da pandemia da Covid-19**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Dra. Keli Regina Dal Prá
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profª. Dra. Cleide Gessele
Universidade Regional de Blumenau (FURB)

Certificamos que esta **é a versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social

Profª.Dra. Tânia Regina Krüger
Coordenadora do PPGSS

Profª.Dra. Mariana Pfeifer Machado
Orientadora

Florianópolis, 2021

***Não há quem goste de ser número
gente merece existir em prosa.***

(Inumeráveis Memorial, 2020)

Dedico este trabalho aos meus pais Josenilda Felski Sokalski e Gabriel Sokalski (in memoriam), pelo apoio e amor incondicional em toda a minha trajetória. Por sempre confiarem em mim, e me encorajarem a nunca desistir dos meus objetivos. Pai, queria que estivesse aqui para ver a conclusão dessa etapa.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por ter a oportunidade de terminar essa pesquisa com saúde em meio a uma pandemia que ceifou tantas vidas e sonhos. Meu respeito e profundo sentimento as famílias enlutadas.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Professora Dra. Mariana Pfeifer Machado, por não ter desistido de mim e do meu projeto, por maiores que tenham sido as dificuldades que enfrentei nesse processo. A você toda minha gratidão, por toda minha vida.

Agradeço aos membros da Banca Avaliadora, Prof^ª. Dr^ª Keli Regina Dal Prá e Prof^ª. Dr^ª. Cleide Gessele, por contribuírem com meu projeto de qualificação e me apontar horizontes que inicialmente não havia deslumbrado.

Agradeço minha mãe Josenilda Felski Sokalski, por me amar e apoiar sempre, e ao meu pai Gabriel Sokalski que partiu precocemente em 2019. Se hoje consigo terminar essa pesquisa é para honrar o que você me ensinou: a nunca desistir. Como gostaria que estivesse vivendo comigo a realização desse sonho.

Agradeço meu noivo Jailson Bruger, por ser companheiro, amigo e me incentivar a terminar essa etapa. Obrigada por confiar no meu potencial, quando nem eu mesma confiei.

Agradeço a todos meus amigos que fizeram parte desse trajeto, especialmente meu irmão de alma Alexandre Antunes, meu ponto de luz e que me faz acreditar que a vida vale a pena mesmo com tanta dor provocada pela partida de quem tanto amamos.

À minha amiga, irmã e companheira de trabalho, Denise Hirth, por me apoiar e me encorajar a encarar os desafios, e principalmente entender minhas ausências desde que ingressei no mestrado.

Agradeço aos/as assistentes sociais da região da Amplanorte, colegas de profissão, que participaram da pesquisa proposta, especialmente aos que dispensaram tempo para que eu pudesse realizar as entrevistas.

Aos professores e servidores do PPGSS que me auxiliaram a concluir essa pesquisa e que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

Gratidão a todos vocês!

RESUMO

O presente estudo tem como objeto as demandas para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na região da Amplanorte/SC durante o período da pandemia da Covid-19. Desse modo, teve como objetivo geral caracterizar as demandas para o SUAS em decorrência da pandemia da Covid-19, a partir do ponto de vista de assistentes sociais trabalhadores do SUAS na região da Amplanorte/SC, como objetivos específicos buscou-se registrar o avanço da pandemia no mundo, Brasil e Santa Catarina, identificando os números de contaminados e óbitos; identificar as medidas de prevenção e enfrentamento tomadas, particularmente, pelo governo brasileiro; resgatar histórica e conceitualmente o SUAS e os rebatimentos da pandemia; levantar os serviços, programas e projetos do SUAS que foram criados na região da Amplanorte para atender a população durante o período da pandemia. A pesquisa teve caráter exploratório, com abordagem qualitativa, e se dividiu em duas etapas, a primeira foi a realização de um formulário através do Google Forms, que foi realizado com todos/as assistentes sociais que atuam no SUAS na região da Amplanorte, e o segundo momento foi realizado entrevistas com uma amostragem de assistentes sociais que atuam nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que são a porta de entrada do SUAS. A fundamentação teórica inicia primeiramente com uma análise histórica, com os dados da expansão da doença da Covid-19 no mundo, Brasil, Santa Catarina e na região da Amplanorte. Posteriormente é explanado acerca de formas de proteção contra o coronavírus, e a proteção de renda através do auxílio emergencial. No capítulo dois é realizada uma discussão conceitual das categorias, pobreza, desigualdade, questão social e proteção social. No terceiro capítulo é discutido sobre o SUAS, entre avanços e retrocessos. A partir da construção do referencial teórico, e análise das entrevistas, foi possível concluir que o SUAS não foi considerada, pelo governo Bolsonaro, como política pública para o enfrentamento da pandemia, bem como, não se constitui como política de efetivação de direitos, demonstrando práticas clientelistas e focalistas no enfrentamento da pandemia. Destaca-se que este estudo não tem a pretensão de esgotar a reflexão sobre a temática, visto que os desdobramentos da pandemia serão sentidos pelos próximos anos, sendo necessárias outras pesquisas acerca das mudanças e dos impactos sociais, econômicos e educacionais provocados pela pandemia.

Palavras-chave: pandemia, demandas, SUAS

ABSTRACT

The object of this study is the demands for the Unified Social Assistance System (SUAS) in the region of Amplanorte / SC during the period of the Covid-19 pandemic. Thus, the general objective was to characterize the demands for the SUAS as a result of the Covid-19 pandemic, from the point of view of social workers working at the SUAS in the region of Amplanorte / SC, as specific objectives it sought to record the progress the pandemic in the world, Brazil and Santa Catarina, identifying the numbers of infected people and deaths; identify how prevention and confrontation measures to refute, particularly, by the Brazilian government; historically and conceptually rescue SUAS and the repercussions of the pandemic; survey the SUAS services, programs, and projects that were created in the Amplanorte region to serve the population during the pandemic period. The research was exploratory, with a qualitative approach, and was divided into two stages, the first was the completion of a form through Google Forms, which was carried out with all/the social workers who work at SUAS in the Amplanorte region, and the second Moment was carried out with a sample of social workers who work at the Social Assistance Reference Centers (CRAS), which are the SUAS gateway. The theoretical foundation starts first with a historical analysis, with data on the expansion of Covid-19 disease in the world, Brazil, Santa Catarina, and the region of Amplanorte. It is later explained about ways to protect against the coronavirus and income protection through emergency aid. In chapter two, a conceptual discussion of the categories, poverty, inequality, social issue, and social protection is carried out. The third chapter discussed SUAS, between advances and setbacks. From the construction of the theoretical framework and analysis of the information, it was possible to conclude that the SUAS was not considered, by the Bolsonaro government, as a public policy to fight the pandemic, as well as, it does not constitute a policy for the enforcement of rights, demonstrating clientelist and focalist practices in dealing with the pandemic. It is noteworthy that this study does not intend to exhaust the reflection on the subject, as the consequences of the pandemic will be felt in the coming years, requiring further research on the changes and social, economic, and educational impacts caused by the pandemic.

Keywords: pandemic, demands, SUAS

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo las demandas para el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) en la región de la Amplanorte/SC durante el período de la pandemia de la Covid-19. De ese modo, tuvo como objetivo general caracterizar las demandas para el SUAS en recurrencia de la pandemia de la Covid-19, a partir del punto de vista de asistentes sociales trabajadores do SUAS en la región da Amplanorte/SC, como objetivos específicos se buscó registrar el avance de la pandemia en el mundo, Brasil y Santa Catarina, identificando los números de contaminados y óbitos; identificar las medidas de prevención y enfrentamiento tomadas, particularmente, por el gobierno brasileiro; rescatar histórica y conceptualmente el SUAS y los rebatimientos de la pandemia; levantar los servicios, programas y proyectos del SUAS que fueron creados en la región de la Amplanorte para atender la población durante el período de la pandemia. La pesquisa tuvo carácter exploratorio, con abordaje cualitativa, y se dividió en dos etapas, la primera fue la realización de un formulario a través del google forms, que fue realizado con todos/as las asistentes sociales que actúan en el SUAS en la región de la Amplanorte, y el segundo momento fue realizado entrevistas con una muestra de asistentes sociales que actúan en los Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS), que son la puerta de entrada del SUAS. La fundamentación teórica inicia primeramente con un análisis histórico, con los datos de la expansión de la enfermedad de la Covid-19 en el mundo, Brasil, Santa Catarina y en la región de la Amplanorte. Posteriormente es explanada sobre las formas de protección contra el coronavirus, y la protección de renda a través del auxílio emergencia. En el capítulo dos es realizado una discusión conceptual de las categorías, pobreza, desigualdad, cuestión social y protección social. En el tercero capítulo es discutido sobre el SUAS, entre avances y retrocesos. A partir de la construcción del referencial teórico, y análisis de las entrevistas, fue posible concluir que el SUAS no fue considerada, por el gobierno Bolsonaro, como política pública para el enfrentamiento de la pandemia, bien como, no se constituí como política de efectucción de directos, demostrando prácticas clientelistas y no universal en el enfrentamiento de la pandemia. Destacase que este estudio no tiene la pretensión de agotar la reflexión sobre la temática, visto que los desdoblamientos de la pandemia serán sentidos por los próximos años, siendo necesarias otras pesquisas acerca de las mudanzas y de los impactos sociales, económicos y educacionales provocados por la pandemia.

Palabras-llaves: pandemia, demandas, SUAS.

LISTA DE SIGLAS DE ABREVIações

AMPLANORTE - Associação dos Municípios do Planalto Norte Catarinense

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social

CENTRO POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FIESP - Federação das Indústrias do Estado de São Paulo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de desenvolvimento humano

IVS – Índice de vulnerabilidade social

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

NOB/SUAS- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PNAS – Política Nacional de assistência Social

PDR - Plano de Desenvolvimento Regional

PIB – Produto Interno Bruto

SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Índice de pobreza na região do Planalto Norte.....	17
Tabela 2 - Cobertura do Programa Bolsa Família na região da Amplanorte.....	18
Tabela 3 – Caracterização da região do Planalto Norte/SC.....	19
Tabela 4 – Universo da pesquisa.....	29
Tabela 5 – Dados da expansão da pandemia da Covid-19 no mundo, em 16 de abril de 2020.....	42
Tabela 6 – Dados da expansão da pandemia da Covid-19 no mundo, em data 18 de maio de 2020.....	43
Tabela 7 – Número de casos confirmados e óbitos no Mundo e Brasil no segundo semestre de 2020.....	43
Tabela 8 – Dados da expansão da pandemia no Mundo e Brasil de janeiro à julho de 2021.....	45
Tabela 9 - Evolução Covid-19 em Santa Catarina de março a maio de 2020.....	48
Tabela 10 – Dados da expansão da Covid-19 em Santa Catarina de junho a dezembro de 2020.....	48
Tabela 11 – Evolução de casos confirmados e óbitos de janeiro à julho de 2021.....	50
Tabela 12 - Casos confirmados e óbitos na Região da Amplanorte/SC no ano de 2020.....	51
Tabela 13 – Número de óbitos na Região da Amplanorte/SC no ano de 2020.....	52
Tabela 14 – Número de Casos confirmados na Região da Amplanorte/SC em 2021	53
Tabela 15 – Número de óbitos na Região da Amplanorte/SC em 2021.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Equipamentos que os/as profissionais pesquisados/as atuam.....	99
Gráfico 2 – Criação de serviço, programa ou projeto durante a pandemia.....	102
Gráfico 3 – Demandas de outros segmentos que o SUAS realizou atendimento	103

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	26
3	DESDOBRAMENTOS DA PANDEMIA DA COVID-19.....	33
3.1	Surgimento e expansão da Covid-19 no Mundo e no Brasil.....	35
3.2	Expansão da Covid-19 em Santa Catarina e na Região da Amplanorte/SC.....	47
3.3	Políticas de enfrentamento a pandemia da Covid-19.....	54
3.4	Renda Mínima – Auxílio Emergencial.....	69
4.	ENFRENTAMENTO A POBREZA E A DESIGUALDADE SOCIAL.....	74
4.1	Pobreza, desigualdade e questão social	74
4.2	Proteção Social e Política Social.....	82
5.	PROTEÇÃO SOCIAL ATRAVÉS DO SUAS.....	90
5.1	Sistema Único de Assistência Social (SUAS).....	90
6.	AS DEMANDAS AO SUAS NO CONTEXDO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA REGIÃO DA AMPLANOPRTE/SC.....	99
6.1	Exposição e Análise dos dados.....	99
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
	REFERÊNCIAS.....	135

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa de dissertação de mestrado desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina tem como tema as demandas para O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) durante o período da pandemia da Covid-19, na região da Amplanorte no estado de Santa Catarina.

Inicialmente é realizada uma breve explanação sobre a região campo de pesquisa e por que da escolha do objeto nesse espaço demarcado. Utilizaremos neste estudo o recorte de área territorial da Associação dos Municípios do Planalto Norte Catarinense (AMPLANORTE), que é formada por dez municípios: Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União e Três Barras, somam uma área de 8.097,39 m² do território do estado de Santa Catarina, o que representa aproximadamente 8,5% do total do estado (PDR, 2017, p.56). A população estimada na região é de 241.288 habitantes (IBGE, 2020).

Antes do período colonial, a região era povoada por índios das tribos Xokleng e Kaiang, cujos povos trouxeram alguns hábitos e costumes que existem até os dias de hoje, como o consumo de pinhão e o chimarrão. Desde o século XVIII, residiam na região famílias caboclas que viviam do seu plantio e colheita. Nos artigos pesquisados, não se tem uma definição das fases em que cada povoado habitou na região até o século XIX, mas todas as referências mostram que, a partir desse século, os imigrantes e companhias colonizadoras tinham grande interesse na exploração da madeira, assim, passaram a ocupar e explorar as terras dos caboclos (RENK, 1997, p.138). Segundo Milani (2013, p.127)

A riqueza em variedade e quantidade de florestas naturais oportunizou o desdobramento no processo produtivo e a geração de dois tipos de mercadorias: madeira serrada para construções e erva-mate para consumo em chimarrão e chá. Ambas as atividades baseadas no extrativismo, instalaram a industrialização no território. Este processo produtivo contribuiu para a fixação dos colonizadores em comunidades que foram se formando próximas às indústrias. Além dos donos dos meios de produção, trabalhadores assalariados também foram importantes na formação socioeconômica e cultural do Planalto Norte Catarinense.

A partir do século XIX e XX a região sofre influência de etnias europeias e norte americanas, essas etnias vão impactar diretamente a região. Segundo Bazanella, Marcahsan e Rocha (2019, p.101),

Tais imigrantes e suas culturas influenciaram significativamente na instalação de atividades econômicas extrativistas, dentre elas, a exploração da madeira para atender aos interesses mercantis norte americano e europeu. Ressalta-se que tais atividades não foram ou seriam implantadas pelo caboclo ou nativo da região. Em contrapartida, os diversos grupos étnicos residentes nesta região contribuíram na condição de mão-de-obra na exploração e entrega de bens naturais disponíveis do referido território, para atender aos interesses econômicos locais, nacionais e internacionais.

Nesse período, iniciou a construção de uma estrada de ferro ligando os estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, cuja responsável pela obra era a empresa norte-americana Brazil Railway Company, de propriedade do empresário Percival Farquhar, o acordo entre o governo brasileiro e a empresa era de que a empresa poderia usufruir de 15 km de ambos os lados da ferrovia construída, o que deixou muitos caboclos sem-terra (ANGELO, 2016). Segundo Cazella e Búrigo (2008, p.10),

[...] a construção de uma estrada de ferro, cujo pagamento à empresa estrangeira responsável pela obra se efetivou através da concessão de terras devolutas ao longo do leito da ferrovia, onde viviam inúmeras famílias camponesas. Dessa forma, a exploração de madeira nessas áreas e sua posterior destinação para projetos privados de colonização com famílias de descendência europeia tinham como pressuposto a “limpeza da área”, que se traduzia na expulsão das famílias caboclas.

Além das famílias que foram expulsas do seu território, o fim da obra causou grande contingente de desempregados que haviam sido atraídos para trabalhar na ferrovia, o que ocasionou grande pobreza e desemprego na região.

Aliado a essa conjuntura, ocorreu o movimento messiânico de grandes proporções; a disputa pela posse de terras aliada à questão dos limites interestaduais; e, a competição econômica pela exploração de riquezas naturais abundantes no território, a região tornou-se palco da Guerra do Contestado, que afetou aproximadamente 60 municípios dos estados de Santa Catarina e Paraná. Tratou-se de luta sangrenta para preservar o território e sua cultura da interferência dos imigrantes e invasores das terras que já eram habitadas (MILANI, 2013, p.127).

O intuito do resgate histórico da região não é o enfoque das lutas e resistências pela posse de terra, mas é resgatar o lugar de fala da pesquisadora, cuja região é o território de escolha para o presente estudo acerca das demandas decorridas da pandemia à política de assistência social nos municípios que compõem a região do Planalto Norte Catarinense. Os resquícios do conflito e seus desdobramentos políticos, econômicos e sociais são sentidos até os dias atuais, o que nos afirma os autores Moreira, Dallabrida e Marchesan (2016, p. 90),

Os municípios deste recorte territorial possuem características econômicas análogas, baseadas na agricultura, com baixo nível de industrialização e voltadas mais ao setor extrativista. Outro fator em comum é que eles têm em seu passado histórico, seu envolvimento na Guerra do Contestado, episódio que marcou profundamente a região no início do século XX e que ainda hoje impacta na situação econômica e social da região.

Como se observa, a região carrega consigo seu passado colonizado e explorado, a economia ainda é muito centrada no extrativismo, conforme encontramos no Plano de Desenvolvimento regional (2017, p.24),

A economia do Planalto Norte Catarinense ainda é pouco industrializada. Apenas 21% do PIB da região está relacionado com a atividade industrial. A região é grande exportadora de matéria-prima com destaque para a soja, milho, erva-mate e madeira. Na prática, grande parte da riqueza produzida no território é transferida para outras cidades e estados, fato que tem relação direta com os baixos índices de desenvolvimento da região (PDR, 2017, p.24).

Ainda, aliado aos desdobramentos históricos da região e a falta de trabalho, há um forte movimento migratório para regiões mais desenvolvidas. É comum encontrar jovens saindo da região em busca de melhores condições de vida. Nesse sentido, destaca-se o alto percentual de pessoas vulneráveis à pobreza na região, conforme podemos analisar na tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Índice de pobreza na região do Planalto Norte

Município	Nº de habitantes vulneráveis à pobreza	% de vulneráveis à pobreza da população geral	Nº de habitantes em situação de extrema pobreza	% de habitantes em extrema pobreza em relação à população geral
Bela Vista do Toldo	2.709	45,29%	698	11,67%
Canoinhas	13.557	25,87 %	1.273	2,43%
Irineópolis	3.245	31,31%	269	2,60%
Itaiópolis	5.826	28,73 %	787	3,88%
Mafra	10.085	19,15 %	769	1,46%
Major Vieira	3.023	40,68 %	533	7,17%
Monte Castelo	3.381	40,56%	435	5,22%
Papanduva	5.538	19,15 %	640	1,46%
Porto União	6.438	19,31 %	350	1,05%
Três Barras	6.234	34,46 %	469	2,59%

(FONTE: DATAPEDIA, 2010)

A média de pessoas vulneráveis à pobreza no estado de Santa Catarina é de 12,36% e em todo território nacional é de 32,56%. Conforme dados indicados na tabela acima, observamos que todas as cidades se encontram em situação de maior vulnerabilidade à pobreza do que a média estadual. E, se comparado à realidade brasileira como um todo, três municípios da região da Amplanorte se aproximam da média nacional,

sendo eles: Canoinhas com 25,87% da população vulnerável a pobreza, Itaiópolis com 28,73 % e Irineópolis com 31,31%. O território ainda apresenta quatro municípios com média de vulnerabilidade à pobreza maior que a média nacional, isto é, Três Barras com 34,46%, Monte Castelo com 40,56%, Major Vieira com 40,68% e Bela Vista do Toldo com 45,29%, Somente dois municípios ficaram abaixo da média estadual e nacional, sendo Porto União e Mafra.

Na Tabela 2 a seguir, podemos observar os dados do Programa Bolsa Família (PBF), o qual é um “programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza” (CAIXA ECONOMICA FEDERAL, p.1, 2021), desse modo, é importante analisar como está sua cobertura nos municípios que compõem a região.

Ressalta-se ainda, que

Um dos principais efeitos esperados do Programa Bolsa Família é a redução da pobreza. Existem três formas de redução da pobreza. A primeira ocorre quando parte dos pobres deixa de ser pobre, a segunda quando a renda média dos pobres remanescentes se eleva, e a terceira, quando a desigualdade entre eles diminui. Das três, a primeira é mais relevante, por fazer a sociedade caminhar rumo à erradicação da pobreza, enquanto as demais apenas aliviam a pobreza, tornando-a menos dura para os que nela permanecem. (SOARES; SOUZA; OSÓRIO; SILVEIRA p.45,2010)

Nesse aspecto, é importante salientar que um dos desafios do PBF é a redução da pobreza, visto que o valor recebido pelas famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza é baixo, se comparado aos bens e consumo minimamente necessários para manutenção familiar mensal, o valor que as famílias recebem é estarrecedor, nesse sentido parafraseamos Sposati (2007, p.12) que o programa “não pode ser a institucionalização de esmola, mas um mecanismo de redução da precarização do viver”. Na tabela abaixo podemos observar como está a cobertura do PBF na região.

Tabela 2: Cobertura do Programa Bolsa Família na região da Amplanorte

Município	Nº de famílias beneficiadas	Nº de pessoas diretamente beneficiadas pelo PBF	Benefício médio recebido por família	% de beneficiados em relação a população total do município	Nº de famílias inseridas no CADÚNICO
Bela Vista do Toldo	488	1.496	64,72	23%	772
Canoinhas	1.593	4.946	84,32	9%	4.298
Irineópolis	499	1.688	63,77	14%	1.011
Itaiópolis	632	2.164	85,07	9%	1.410

Mafra	1.042	3.289	79,64	5%	3.196
Major Vieira	331	1.119	48,70	13%	733
Monte Castelo	621	1.896	78,15	22%	1.086
Papanduva	525	1.714	77,87	8%	1.344
Porto União	703	2.187	54,81	6%	2.195
Três Barras	947	3.135	102,59	16%	1.948

(Fonte: Programa Bolsa Família/MDS, 2021)

Pode-se observar que a renda média familiar é relativamente baixa na região da Amplanorte. Somente um município, Três Barras, tem renda média acima de R\$100,00, e um município, Major Vieira possui renda média abaixo de R\$ 50,00. Tendo em vista que um gás de cozinha está custando em média R\$ 90,00, comparando o benefício médio mensal com um item que comumente é utilizado, conseqüentemente o valor não cobre sequer a compra de um gás de cozinha, as famílias tem “necessidade por dinheiro para sobrevivência na sociedade do capital” (CARNELOSSI, 2019, p.151)

Sobre a porcentagem de beneficiados em relação à população total, é possível observar que o município de Bela Vista do Toldo e Monte Castelo apresentam % semelhantes, sendo os dois municípios que mais tem beneficiários do PBF, ressalta-se que a população de Bela Vista do Toldo é predominantemente rural. No entanto, Porto União e Mafra, que são municípios de médio porte, apresentam % mais baixa se comparada aos outros municípios, sendo 6% e 5%.

Pesquisa na base de dados do PBF do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) aponta que todos os municípios estão abaixo da meta de atendimento do programa, exceto Monte Castelo que está próximo da meta, a recomendação é de que municípios que não atingiram a meta devem realizar ações de Busca Ativa para localizar famílias que estão no perfil do programa e ainda não foram cadastradas (MDS, 2021).

Abaixo, na Tabela 3 temos os indicadores socioeconômicos dos municípios que compõem a Amplanorte: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), o Produto Interno Bruto (PIB) Per Capita, a Renda Per Capita e o índice de Domicílios em Situação de Pobreza¹.

Tabela 3 – Caracterização da região do Planalto Norte/SC

¹ Tais índices foram coletados através do IBGE (2010), e indicadores disponíveis do site da Federação Catarinense Municípios (FECAM, 2021). Cabe ressaltar a dificuldade em encontrar dados atualizados, tendo em vista que o último censo realizado pelo IBGE foi no ano de 2010.

Município	IDH	IVS	PIB Per Capita	Renda Per Capita	Domicílios em Situação de Pobreza
Bela Vista do Toldo	0,698	0,266	R\$ 18.147,24	R\$ 389,28	0,250
Canoinhas	0,757	0,212	R\$ 17.933,27	R\$ 692,87	0,604
Irineópolis	0,699	0,290	R\$ 19.692,09	R\$ 708,34	0,503
Itaiópolis	0,708	0,235	R\$ 19.003,94	R\$ 625,36	0,506
Mafra	0,777	0,195	R\$ 17.906,71	R\$ 789,53	0,724
Major Vieira	0,690	0,260	R\$ 16.346,70	R\$ 465,76	0,180
Monte Castelo	0,741	0,350	R\$ 14.055,95	R\$ 432,84	0,249
Papanduva	0,704	0,236	R\$ 17.412,43	R\$ 589,35	0,440
Porto União	0,786	0,191	R\$ 9.819,07	R\$ 864,41	0,707
Três Barras	0,706	0,182	R\$ 22.850,96	R\$ 539,69	0,472

(Elaborado pela autora, 2021).

Se analisarmos o IDH que considera três principais variáveis, sendo saúde, educação e renda da população, a região do planalto norte catarinense demonstra que municípios mais urbanizados, como Porto União, Mafra e Canoinhas, apresentam um índice superior aos outros sete municípios. Cabe ressaltar que 74% da população total de canoinhas é urbana, em Mafra são 78% e Porto União são 84%, exceto Três Barras que apresenta 84% população urbana e ocupa o 5º lugar no ranking da região com menor IDH (IBGE, 2010). Os três municípios com população rural superior a urbana, como Major Vieira e Irineópolis, os quais possuem 67% da população total rural, e Bela Vista do Toldo com 86%, apresentam os menores IDH da região. Os outros municípios, Papanduva com 51% da população total urbana, Itaiópolis com 52% e Monte Castelo com 58% (IBGE, 2010), apresentam índices médios, se comparado ao IDH do Brasil que é de 0,765 e de Santa Catarina 0,774, sete municípios se aproximam da média estadual e federal, cabe ressaltar que os dados ainda não refletem os impactos da pandemia do novo coronavírus (PNUD, 2019)

Quanto ao Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)², assim o como o IDH, Porto União, Mafra e Canoinhas apresentam os melhores índices, e soma-se a eles o município de Três Barras. Já os municípios de Irineópolis, Bela Vista do Toldo e Major Vieira possuem os maiores índices de vulnerabilidade social, destaca-se ainda, o município de Monte Castelo que apresenta o índice mais elevado da região, conforme a tabela 2. Em relação ao Brasil e Santa Catarina, o país apresenta o índice de 0,354 e o estado 0,192 (IBGE, 2010), comparado os índices da região com os apresentados pelo estado e país,

² O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), construído a partir de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil, procura dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território brasileiro, numa perspectiva que vai além da identificação da pobreza entendida apenas como insuficiência de recursos monetários (IPEA, 2015, p.12).

os índices de Três Barras, Porto União, Mafra e Canoinhas se aproximam de média estadual, os outros seis municípios se aproximam da média nacional.

Em relação à coluna 5 e 6 da tabela acima, podemos identificar que o município de Três Barras possui o maior PIB Per Capita³, porém sua Renda Per Capita⁴ é uma das menores da região, demonstrando elevada desigualdade na distribuição de renda. Bela Vista do Toldo que se destacou na região com baixo IDH também possui a menor renda Per Capita da Região, tal como Três Barras, possui um dos maiores PIB Per Capita. Entretanto, o município de Porto União possui um equilíbrio entre PIB Per Capita e Renda Per Capita, tendo uma média per capita de R\$ 864,41, observa-se que a renda é mais bem distribuída entre as famílias se comparado aos outros nove municípios da região.

Ressalta-se que é nesse espaço territorial, que se insere a pesquisadora e sua atuação profissional, é desse contexto marcado por desigualdades na distribuição de renda, que apresenta índices de vulnerabilidade e pobreza, que surge o interesse do tema desta pesquisa.

Em dezembro de 2019, um novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi identificado como o agente causal de uma grave infecção respiratória aguda em Wuhan, China. O vírus se alastrou por diversos países. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a existência da pandemia da Covid-19, em 11 de março de 2020, e desde então países, estados e municípios vêm respondendo à pandemia de diferentes formas. A pandemia da Covid-19, além de causar impactos biológicos na sociedade, que requerem esforço da política de saúde no atendimento às vítimas do coronavírus, também tem impacto social para a população, particularmente aquela que já se encontrava em condições precárias de sobrevivência em um país marcado historicamente por desigualdade social. Como afirma Lara (2020, p.12), “a Covid-19 acaba por ser letal nas periferias das cidades, pois os poucos leitos hospitalares, as condições precárias de moradia para praticar o isolamento social colocam a classe subalterna na trincheira da contaminação e morte”.

Nesse tocante, dois aspectos devem ser considerados, o primeiro é que os mais impactados pela doença são a população que já se encontrava em situação de vulnerabilidade e pauperização extrema (SILVA, SANTOS, SOARES, 2020), o que

³ É o produto interno bruto, dividido pela quantidade de habitantes de um país. O PIB é a soma de todos os bens de um país, e quanto maior o PIB, mais demonstra o quanto esse país é desenvolvido, e podem ser classificados entre países pobres, ricos ou em desenvolvimento.

⁴ A renda per capita é um dos indicadores socioeconômicos que avaliam o grau de desenvolvimento econômico de um determinado lugar. A média é obtida através da divisão do Produto Nacional Bruto (PNB) pelo número total de habitantes.

requer uma ação efetiva do Estado para dar suporte a esse contingente populacional.

Outro aspecto é o impacto que a pandemia causou/causará às famílias rurais, visto que

As diferenças entre rural e urbano são acentuadas, e entre alguns grupos específicos de atividades também. Dentre os mais pobres, os grupos de povos e comunidades tradicionais, como quilombolas e indígenas, pescadores e agricultores familiares que não recebem benefícios como Bolsa Família são os mais vulneráveis (CLAUDINO, 2020, p.3-4).

Diversos segmentos de agricultores familiares, incluindo as populações tradicionais, já enfrentam impactos pela restrição de circulação de pessoas em feiras, restaurantes e outros mercados (CLAUDINO, 2020), tendo sua subsistência afetada, sendo assim necessitam da proteção do Estado para prover os mínimos necessários para sua sobrevivência.

Desde o advento da pandemia no Brasil, em março de 2020, e a introdução de normativas e decretos dos governos federal, estaduais e municipais voltados ao enfrentamento da mesma, foi possível observar empírica e espontaneamente o aumento de demandas pela população à política de assistência social, tais como aumento de pedido de cesta básica, requerimento/ consulta de benefícios e auxílios previdenciários, consulta de processos judiciais, orientação de como realizar boletins de ocorrência online, dúvidas sobre cadastrar, receber e sacar o auxílio emergencial, dentre outras, o que apontou a importância de pesquisar as demandas para a Política de Assistência Social decorrentes do período da pandemia⁵.

Neste estudo, entende-se por demanda o conjunto de necessidades socioeconômicas de indivíduos, famílias e populações, as quais, enraizadas na estrutura da sociedade capitalista, constituem-se enquanto manifestações da questão social e se expressam por falta de atendimento a necessidades humanas, consubstanciadas em situações de pobreza e vulnerabilidade, neste sentido são as necessidades oriundas do processo de reestruturação produtiva com as novas exigências do mercado de trabalho, bem como do posicionamento do Estado face as políticas sob o ideário neoliberal (SOUZA, 2016, p.40). Coadunando ainda com Guerra,

No sentido etimológico, demanda significa procura. Trata-se de ação, ato ou efeito de buscar. Também possui sua particular utilização jurídica como

⁵ Com o advento da pandemia, a pesquisadora se viu impossibilitada de realizar a pesquisa inicialmente proposta, pois a demanda de trabalho aumentou demasiadamente desde as primeiras medidas de enfrentamento à pandemia, assim a pesquisadora juntamente com sua orientadora deram novos rumos ao objeto de estudo. O projeto de pesquisa proposto na seleção do ingresso para o mestrado em 2018 versava sobre a atuação do/da assistente social nas políticas públicas de enfrentamento e atendimento às mulheres vítimas de violência na Região do Planalto Norte/SC.

processo e/ou a ação judicial: demanda judicial. Sinônimo de luta; ação de combater ou confrontar. Reivindicação: ação de exigir, reivindicar, de demandar esforços para recuperar algo que pertence a outra pessoa. Podemos agrupar os diversos significados etimológicos da palavra demanda quatro eixos: 1) Solicitação de algo, especialmente quando se considera um direito, 2) Pergunta que se faz a uma pessoa (GUERRA et al, 2018, p.7).

Ainda, a autora afirma que,

As demandas das classes sociais põem e repõem objetos para o Serviço Social. Estes encontram-se inscritos nas condições sociais das classes e por isso são, de um lado, históricos, transitórios, encerram continuidades e rupturas e, de outro, ou não extrapolam o limite material ou mantêm-se no nível das necessidades imediatas. Tais demandas convertem-se em requisições profissionais, cujo atendimento requer a mobilização de um determinado nível de racionalidade, de uma parte; limitam e determinam as funções profissionais, de outra (GUERRA, 1995, p.199-200).

A necessidade de entendimento acerca destas mudanças ocorridas no contexto pandêmico surgiu no âmbito da inserção profissional da pesquisadora como assistente social na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) no município de Major Vieira/SC⁶, que teve a atuação fortemente afetada pela pandemia. A pesquisadora está lotada no serviço de proteção social especial de média complexidade, serviço alocado em uma sala dentro da SEMAS, pois sendo de pequeno porte⁷, o município não possui o Centro de Referência de Assistência Social (CREAS)⁸, sendo assim uma equipe mínima composta por assistente social, psicóloga e advogado, os quais realizam o trabalho dessa forma. Além da atribuição no serviço, a pesquisadora também contribui na gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no município, pois a secretaria de assistência social possui apenas uma profissional para tal função. E ainda, optou-se por ter como campo de estudo a política de assistência social considerando ser uma das políticas públicas que recebe cotidianamente a população em situação de vulnerabilidade e que desenvolveu muitas ações em defesa da vida e dos direitos sociais da população que foi fortemente afetada pela pandemia e seus desdobramentos.

Neste sentido, esta pesquisa teve por objetivo geral caracterizar as demandas que surgiram o SUAS em decorrência da pandemia da Covid-19, a partir do ponto de vista de

⁶ A criação do Município de Major Vieira ocorreu através da Lei Estadual nº 663, de 23 de dezembro de 1960, sendo sua instalação oficializada em 23 de janeiro de 1961. Sua população é estimada em 8.156 habitantes (IBGE, 2020), tendo como principal atividade econômica a agricultura em especial o cultivo de fumo, soja e milho, dentre outras variedades de alimentos.

⁷ Classificação demográfica para municípios que possuem menos de 25 mil habitantes.

⁸ Equipamento da Proteção Social Especial de Média Complexidade visa o trabalho social com as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social por violação de direitos.

assistentes sociais trabalhadores do SUAS na região da Amplanorte/SC, e por objetivos específicos, analisar o avanço da pandemia no mundo, Brasil e Santa Catarina, identificando os números de contaminados e óbitos. Assim como, objetivou identificar as medidas de prevenção e enfrentamento tomadas pelo governo brasileiro e levantar os serviços, programas e projetos do SUAS que foram criados na região da Amplanorte/SC para a população durante o período da pandemia.

Para atingir tais objetivos, a pesquisa foi realizada em duas etapas sendo a primeira, a aplicação de um formulário com perguntas objetivas a fim de levantar as informações de quais serviços, programas e projetos foram criados durante a pandemia, assim como as demandas atendidas pelos profissionais. O questionário foi disponibilizado de forma online a todos/as assistentes sociais que atuam no SUAS na região. A segunda etapa contou com entrevistas semiestruturadas realizadas a cinco assistentes sociais pertencentes a diferentes municípios que compõem a região da Amplanorte. A escolha do número de entrevistas e seus respectivos municípios se deu devido a necessidade de contemplar as diferentes realidades da região sendo assim, dois municípios de médio porte e três de pequeno porte, dentre eles um município com a população rural superior à urbana.

Para fundamentar a pesquisa, primeiramente, buscou-se trazer uma linha histórica do avanço da pandemia, em números de casos e óbitos no Mundo, Brasil, Santa Catarina e Região da Amplanorte, assim como uma breve discussão sobre as formas de prevenção identificando o papel operado pelo governo federal no enfrentamento da doença no país. Ainda, fundamenta-se o tema resgatando historicamente o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a discussão dos conceitos de pobreza, desigualdade social e questão social. Apresentaremos uma breve explanação sobre a Política de Assistência Social, historicamente vinculada ao viés caritativo, que vem lutando para ser legitimada enquanto política pública de direitos. Usamos a palavra legitimada, porque constantemente vemos o SUAS sendo sucateado e interpretado enquanto política de beneficência alinhada ao pensamento moral e de ajuda aos pobres, sem a intenção de ruptura com o pensamento conservador que acompanha o SUAS desde sua criação.

Considerando todo o exposto como ponto de partida da discussão que aqui se encontra, destaca-se que esta pesquisa não tem a pretensão de esgotar a reflexão sobre a temática, visto que os desdobramentos da pandemia serão sentidos nos próximos meses, anos e talvez décadas. São necessárias outras pesquisas acerca das mudanças e dos impactos sociais, econômicos e educacionais provocados pela pandemia na região em

tela. Portanto, essa pesquisa visa colaborar com a discussão já iniciada por profissionais e pesquisadores de diferentes áreas, que já conduziram reflexões desde a emergência da pandemia da Covid-19 em março de 2020. Ressalta-se que essa dissertação, finalizada em agosto de 2021, foi escrita com a pandemia em curso.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa teve caráter exploratório, onde se buscou proporcionar maior familiaridade com o problema (GIL, 1999, p.15). A abordagem utilizada foi a pesquisa qualitativa, no sentido de entender as demandas para a política de assistência social no período da pandemia, a partir das experiências e interpretações dos sujeitos profissionais. Para Richardson (1999, p.79) “a abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social”.

Segundo Minayo (2009, p.21), a pesquisa qualitativa

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes.

Neste mesmo sentido, temos a afirmação de Oliveira (1999, p.117) o qual justifica que as pesquisas que se utilizam da abordagem qualitativa

[...] possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

Assim, admite-se que esta modalidade de pesquisa foi a mais apropriada para compreender e problematizar as demandas no período da pandemia, que envolvem a atual realidade social presente no objeto de estudo.

A pesquisa ainda contou com a revisão de literatura para a fundamentação das principais categorias envolvidas no estudo, como proteção social, pobreza, desigualdade e questão social e o resgate sócio-histórico da pandemia da Covid-19. Isso possibilitou a compreensão da atual conjuntura em que se insere a população usuária da política de assistência social. Também foram utilizadas fontes secundárias, como dados do IBGE, resoluções, portarias e leis.

Após o levantamento teórico, iniciou a coleta de dados da pesquisa que, de acordo com sua natureza, “[...] devem-se determinar as técnicas que serão empregadas na coleta de dados e na determinação da amostra, que deverá ser representativa e suficiente

para apoiar as conclusões” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 169). O recurso utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, pois, considerando as pesquisas qualitativas, “em geral, o processo da entrevista semiestruturada dá melhores resultados quando se trabalha com diferentes grupos de pessoas” (TRIVINÕS, 1987, p.146). Esta modalidade de entrevista possibilitou a interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, de forma que o conteúdo da entrevista se expandiu a partir da integração e familiarização de ambos com o tema.

Deste modo, para a coleta de dados, optou-se por levantar as demandas do SUAS durante a pandemia através do ponto de vista de assistentes sociais trabalhadores do SUAS nos municípios da região da Amplanorte/SC. Embora o Serviço Social não domine os aspectos biomédicos da Covid-19, buscou-se abarcar os elementos socioeconômicos da vida social impactados pelo contexto pandêmico junto à população que vive em situação de vulnerabilidade e pobreza, e que é usuária da política de assistência social, contexto este em que assistentes sociais estão sendo chamados a atuar na linha de frente. Portanto, são sujeitos privilegiados dessas informações empíricas e técnicas. A atual realidade, marcada pela acentuação da “desigualdade econômica, a precariedade do trabalho e o enfraquecimento de serviços públicos de assistência” (MACHADO, 2021, p.146), é espaço de pesquisa e criação teórica para compreender e apontar possibilidades para minimizar os impactos da pandemia junto à população mais vulnerável.

A escolha pelo olhar de assistentes sociais justificou-se, ainda, por entender que a política de assistência social tem contribuições significativas dos profissionais do serviço social na sua construção, enquanto política pública de direitos, como afirmam Semzezem e Silva (2015, p.2):

[...] os assistentes sociais vêm assumindo o protagonismo histórico na elaboração e operacionalização da assistência social no Brasil, e deste modo, todo esse processo impõe novas demandas e desafios à profissão, o que requer a necessidade constante de estudos e pesquisas sobre a temática.

Corroborando, Silva e Timóteo (2017, p.4) afirmam que,

[...] entende-se que tanto o surgimento da profissão quanto a política de assistência encontram-se intrinsecamente vinculados às transformações sociais, econômicas e políticas do novo modelo de acumulação. [...] Nesse sentido, compreende-se o serviço social como uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, sua intervenção é direcionada a partir das políticas socioassistenciais tanto na esfera pública quanto na esfera privada.

Ademais, compreende-se que, no exercício profissional cotidiano, o Serviço Social mantém o desafio de conhecer e interpretar as lógicas do capitalismo contemporâneo, especialmente em relação às mudanças no mundo do trabalho e sobre as questões relacionadas ao sistema de proteção social e às políticas sociais. É uma profissão que possui competências para realizar análise “do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais” (CFESS, 2011, p.10). São essas competências que permitem ao/a profissional realizar a análise crítica da realidade para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e das demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano (CFESS, 2011, p.20). Assim,

[...] ao assistente social apresenta-se um dos maiores desafios nos dias atuais, desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano (IAMAMOTO, 2003, p.113).

Neste sentido, o universo de pesquisa é composto pelo conjunto de assistentes sociais que atuam na política de assistência social nos municípios que compõem a região da Amplanorte/SC. Para identificação deste universo, buscou-se levantar a totalidade destes sujeitos profissionais do ponto de vista quantitativo e de localização, a partir de consulta realizada junto aos/as secretários/as municipais de assistência social e/ou coordenadores dos centros de referência de assistência social, via contato pelo aplicativo WhatsApp. Como resultado destes contatos, encontrou-se o total de 49 profissionais. Para a delimitação da amostra, consideraram-se os seguintes critérios:

1. Assistentes sociais que atuam na porta de entrada das demandas da população à rede de proteção do SUAS. Delimitou-se o âmbito da proteção social básica, particularmente profissionais que atuam nos *Centros de Referência de Assistência Social* (CRAS), que são unidades públicas estatais responsáveis pela oferta de serviços continuados de proteção social básica às famílias, aos grupos e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade social. No levantamento realizado, identificou-se o total de 21 assistentes sociais com atuação na proteção básica.

2. Contemplar na amostra a representatividade de municípios de diferentes portes populacionais, de modo que a pesquisa contemple municípios de pequeno e médio porte, e que possuam população rural superior a população urbana, os quais apresentam a diversidade da realidade social da região. A região da Amplanorte não possui nenhum

município de grande porte, isto é, acima de 100 mil habitantes, sendo formado por 7 municípios de pequeno porte, com até 25 mil habitantes, e por 3 de médio porte, de 25 a 100 mil habitantes. Nestes, 27 assistentes sociais atuam em municípios de médio porte e 21 em municípios de pequeno porte.

Na tabela a seguir, apresenta-se a sistematização dos dados de delimitação do universo e da amostra, contendo os municípios que fazem parte da região do Planalto Norte catarinense e o número de habitantes, assim como o número de assistentes sociais que trabalham na política de assistência social e o número de assistentes sociais que trabalham na proteção social básica.

Tabela 4 – Universo da pesquisa

Municípios	Porte	Nº de Habitantes	Nº de Assistentes sociais trabalhadores da política de Assistência social	Nº de Assistentes sociais trabalhadores da proteção básica
Bela Vista do Toldo	Pequeno	3.362	3	1
Canoinhas	Médio	54.480	13	6
Irineópolis	Pequeno	11.289	3	1
Itaiópolis	Pequeno	21.780	3	1
Mafra	Médio	56.561	4	4
Major Vieira	Pequeno	8.156	3	1
Monte Castelo	Pequeno	8.269	2	1
Papanduva	Pequeno	19.422	2	1
Porto União	Médio	35.543	10	3
Três Barras	Pequeno	19.366	9	3
Total		238.228	49	21

(Fonte: IBGE Cidades, 2021)

De modo a atingir os objetivos propostos, estruturou-se esta pesquisa em duas etapas. A primeira etapa refere-se a aplicação de questionário com perguntas objetivas realizadas através do *Google Forms*, destinado à todos/as os/as assistentes sociais que trabalham no SUAS nos municípios que compõem a Amplanorte, com o objetivo de levantar os serviços, programas e projetos da política de assistência social que foram criados na região para atender a população durante o período da pandemia. Foram treze perguntas, sendo: 1) Identificação do município; 2) Assinale em qual equipamento você atua; 3) Quantas famílias são atendidas mensalmente no serviço, programa ou projeto que você atua? 4) Houve aumento de inclusão de famílias no serviço, programa, ou projeto que você atua desde que iniciou a pandemia? 5) Como está sendo oferecido o serviço que você atua durante a pandemia? 6) Quais benefícios foram mais requisitados desde que iniciou a pandemia? 7) Se marcou outros, indique qual; 8) Foi criado algum serviço,

programa ou projeto novo no âmbito do SUAS especificamente para atender as demandas decorrentes da pandemia da Covid-19? 9) Se a resposta anterior for sim, indique quais serviços foram criados; 10) Indique outros serviços criados não listados acima; 11) Houve demanda de trabalho de outros segmentos, que não são vinculados ao SUAS, que você teve que realizar? 12) Houve aumento do público-alvo dos serviços, programas e projetos do SUAS desde que iniciou a pandemia? 13) Na sua opinião, quais foram as principais demandas decorrentes da pandemia apresentadas pelos usuários? 14) Defina em qual perspectiva o SUAS tem enfrentado à pandemia; 15) Se a resposta anterior for outro, indique qual perspectiva. O formulário foi disponibilizado de forma online e ficou disponível para preenchimento pelo período de dez dias, entre 29 de julho de 2021 à 07 de agosto de 2021.

Primeiramente, foi utilizado, como critério de divulgação, o grupo de WhatsApp do Núcleo de Base do Conselho Regional de Serviço Social (NUCRESS), na região do Planalto Norte⁹. O núcleo tem “por finalidade a articulação e organização dos/das assistentes sociais da respectiva circunscrição no intuito de interiorização, descentralização e democratização da gestão política do CRESS (CRESS, 2018, p.01), o qual a pesquisadora foi coordenadora na gestão 2018-2021, o que contribuiu com a aproximação da mesma com os profissionais da região.

A partir da socialização do formulário no grupo do WhatsApp, percebeu-se pouco engajamento e participação dos/das profissionais do SUAS em responder o questionário, por diversas vezes foi solicitado ao grupo e entrado em contato com os profissionais de maneira privada para que eles participassem da pesquisa. Após insistência diária junto aos profissionais, e aos gestores da política de assistência social, para que reforçassem o pedido de participação da pesquisa junto aos técnicos, foram obtidas 36 respostas.

Na segundo etapa da pesquisa, realizou-se entrevistas com cinco assistentes sociais, de cinco municípios da região da Amplanorte, com o objetivo de caracterizar as demandas que surgiram para o SUAS em decorrência da pandemia da Covid-19, a partir do ponto de vista de assistentes sociais trabalhadores da política na região. A escolha dos municípios ocorreu de forma a contemplar diferentes portes populacionais, sendo três de pequeno porte, dentre eles um com população rural superior a urbana e dois municípios

⁹ O NUCRESS Planalto Norte é composto por 11 municípios, sendo Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Três Barras e Rio Negro. A região da Amplanorte/SC é composta por 10 municípios, dessa forma foi pedido no grupo do WhatsApp que os profissionais preenchessem o formulário, exceto o município de Rio Negro, que não compõe a região da Amplanorte.

de médio porte. Optou-se por direcionar as entrevistas aos/as profissionais que atuam nos CRAS, por ser o equipamento a porta de entrada do SUAS.

As entrevistas foram realizadas pela plataforma zoom, com duração de 40 minutos a 1h e 30min, com gravação na plataforma zoom, para posteriormente transcrição dos áudios, organizado o material, seguiu-se para parte de decodificação, separando as partes dos textos que trouxessem respostas a proposta desta dissertação e posteriormente a categorização, em que se agrupam as categorias semelhantes por tipos de respostas. Ressalta-se que, embora, a pesquisadora tenha contato e fácil comunicação com os/as profissionais que trabalham na região da Amplanorte, houve desafios para aplicação das entrevistas, como, problemas de saúde de familiar da pesquisadora, férias de profissionais em três CRAS de diferentes municípios, que estavam retornando das férias nos dias de agendamento, e que por conta da demanda de trabalho, conseguiriam agendar com intervalo de sete à nove dias, também teve profissionais que desmarcaram a agendamento por não ter como dispensar atenção para a entrevista, devido a demanda de trabalho e volume de atendimentos realizado durante o dia, e também houve profissionais que não se manifestaram nem a favor, nem contra, ignorando o convite para participar da entrevista. Após vários contatos alguns exitosos, outros nem tanto, os/as cinco profissionais que seguem os critérios acima, se dispuseram a participar da entrevista.

Considerando que se trata de uma pesquisa com seres humanos, que implica necessariamente a proteção e sigilo as/aos participantes da pesquisa, foi mantido em anonimato os nomes os municípios e dos/das entrevistados, usando codinomes (o/a assistente social ou o/a profissional e município A, B, C, D e), respeitando a autonomia e a discrição dos entrevistados. Foi utilizado o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, o qual tem por finalidade

[explicitar] o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa à qual se propõe participar (CNS, 2012, p.3)

O termo foi lido na íntegra antes de iniciar a entrevista, os/as cinco profissionais assinaram duas cópias, ficando com uma e enviando uma cópia assinada via WhatsApp para a pesquisadora. Foi informado a/ao entrevistado que a pesquisa seguiria os critérios de eticidade, com respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, e a garantia de sigilo e privacidade em relação à sua identificação.

Quanto à organização e análise dos dados, foi realizada análise de conteúdo que, segundo Gomes (2002, p.69), tem três finalidades, a saber: “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando ao contexto cultural da qual faz parte”.

Segundo Bardin (1977, p.38), há três fases para realizar análise de conteúdo, sendo a primeira a organização do material colhido (áudios, transcrições e anotações) da entrevista; a segunda fase é a codificação, que se divide em duas unidades: a primeira unidade é a unidade de registro, que finda separar a parte do texto que será analisada para responder ao problema da pesquisa, e a segunda é a unidade de contexto, que objetiva localizar onde se encontra a unidade de registro para que se compreenda o contexto da fala trazida pelo entrevistado; e, a terceira fase de análise, é a categorização, em que se agrupam as categorias semelhantes por tipos de respostas.

A interpretação dos resultados obtidos pode ser feita por meio de inferência, que, segundo Bardin (1977, p. 133), “pode apoiar-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado, a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o receptor”. Tal interpretação deve atentar-se para o emissor da mensagem, o indivíduo receptor da mensagem e a mensagem propriamente dita (BARDIN, 1977, p. 133).

3. DESDOBRAMENTOS DA PANDEMIA DA COVID-19

A Covid-19 é uma doença causada pelo vírus Sars-Cov-2, até então desconhecido pela comunidade científica, os primeiros casos foram comunicados na cidade de Wuhan, na China, e logo se espalhou pelo mundo configurando-se como pandemia. O estado de Pandemia é entendido quando determinado agente se espalha por inúmeras regiões de forma simultânea, a nível mundial, com alto índice de contaminação. Desde a sua descoberta, a doença expandiu-se rapidamente sem que houvesse medicamentos ou vacinas disponíveis, apenas testes e protocolos de prevenção que discorreremos neste capítulo, e um esforço global da comunidade científica para criação de um imunizante em tempo *record*. A Covid-19 apresentou um quadro de óbitos de grande magnitude no Brasil e no mundo, em alguns países como o Brasil e os Estados Unidos o quadro se agravou pela falta de comprometimento do poder executivo na condução e na execução de medidas para controlar o aumento de contaminação.

Não é primeira vez que a humanidade atravessa o quadro de pandemia. Só no século XXI já foram registradas duas situações pandêmicas, no ano de 2009 pela gripe H1N1, mais conhecida como gripe suína e, em março de 2020, pela Covid-19, ambas com sintomas semelhantes e que podem ser transmitidas por espirros, tosses ou contaminação de objetos.

Anterior a essas, a história relata a pandemia da gripe espanhola, entre os anos de 1918 e 1920, acredita-se que tenha infectado cerca de 600 milhões de pessoas e causado aproximadamente 40 milhões de mortes, devastando a população mundial. Os sintomas da doença eram muito parecidos com sintomas do atual coronavírus Sars-CoV-2, e também não existia cura. Tais experiências induzem a comunidade científica a acreditar que a humanidade ainda viverá inúmeras pandemias enquanto a vida humana existir. O que pode agravar ou amenizar as situações pandêmicas é uma política pública de saúde, econômica e social que consiga atender a demanda gerada pelos novos vírus. Bem como, incentivo à pesquisa para que a comunidade científica consiga decifrar o mais rápido possível a patologia do vírus e criar imunizantes para que os países não tenham altos índices de óbitos. A população necessita de governos comprometidos e responsáveis com o povo que precisa de serviços específicos em período pandêmico.

Em dezembro de 2019 e começo de 2020, iniciava no mundo uma nova configuração nas relações sociais, modificando a forma de interagir, trabalhar e gerir as

políticas sociais. Quando os noticiários informavam que na cidade de Wuhan, na China, havia inúmeras pessoas com um tipo de pneumonia com causa desconhecida, ninguém imaginaria que em pouco tempo, as cidades ao redor do mundo e no Brasil paralisariam, e que iniciaria uma mudança para todos, afetando a classe trabalhadora em geral e, diretamente, a população em situação de vulnerabilidade social. O novo vírus espalhou-se rapidamente pelas diversas regiões do globo e modificou as formas de proteção social até então vigentes, fazendo com que muitas ações fossem criadas, mas sem saber se trariam respostas às necessidades da população.

As primeiras incidências do vírus foram registradas em Wuhan, na China, e ao passo que a proliferação atingia o mundo inteiro, o país recebeu muitas críticas e foi alvo de discursos xenofóbicos, atribuindo ao país à culpa pela doença se alastrar mundo a fora. Contudo, estudos recentes explicam que o vírus tem origem desconhecida, e que seus primeiros infectados apareceram na cidade de Wuhan, mas que possivelmente já transitava em outros países, inclusive no Brasil, em períodos anteriores ao primeiro caso confirmado na China. Pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) realizaram análise nos esgotos do município de Florianópolis no período de novembro de 2019, e encontraram RNA do vírus.

A professora da UFSC Gislaine Fongaro explica que amostras de esgoto do final de outubro até o início de março foram analisadas. “Acessamos amostras congeladas do esgoto bruto para investigar o material como ferramenta epidemiológica”, afirma a pesquisadora. Até agora, é o relato da primeira presença confirmada do vírus nas Américas. Gislaine lembra que estudos semelhantes encontraram o SAR-CoV-2 no esgoto de Wuhan, na China, em outubro, e na Itália no início de dezembro, antes do vírus ser descrito em 31 de dezembro de 2019. (UFSC, 2020)

A análise realizada demonstra que o vírus circulava muito antes do primeiro caso ser testado. Sendo assim, é impossível afirmar que o vírus se originou na China, e sim que o primeiro caso foi diagnosticado neste país.

No início de janeiro de 2020, a China informava que haviam identificado um novo tipo de coronavírus, nome que se dá a família de vírus que causam infecções respiratórias que podem variar de um resfriado comum a doenças mais graves. Ao todo existem sete tipos já identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o mais recente SARS-CoV-2 que causa Covid-19, responsável pela atual pandemia. Desse modo, nota-se que a Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus SARS-COV-2 (OPAS/OMS, 2020).

A principal forma de transmissão do novo coronavírus é o contato entre pessoas, o contágio ocorre pelo ar através de gotículas de saliva, tosse, espirro por uma pessoa infectada, ou por contato com objetos que contenham secreções contaminadas, como maçanetas, teclados em elevadores, corrimão de escadas, etc. Abraços e apertos de mãos também são vias de contágio, ao tocar as superfícies contaminadas, seguindo contato com a boca, nariz e olhos, há grande probabilidade de contágio. (FIOCRUZ, 2020). O Ministério da Saúde informou a população das medidas a serem adotadas, bem como a probabilidade de casos positivos necessitarem de atendimento hospitalar e/ou evoluírem para uma possível necessidade de ventilação mecânica, assim pode-se observar que

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (possuem poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Dessa forma, pessoas infectadas com o novo coronavírus se dividem em dois grupos: podendo ser assintomáticas, quando transportam carga viral, mas não apresentam nenhum sintoma; e as sintomáticas que carregam carga viral e podem apresentar sintomas leves ou mais graves. Os sintomas leves se apresentam como febre, tosse, coriza, dor de garganta, dificuldade para respirar, perda de olfato, alteração paladar, cansaço, que podem facilmente ser confundidos com uma gripe comum, pois apresenta sintomas corriqueiros de gripe. Já os mais graves, podem causar pneumonia ou potencializar uma doença preexistente, necessitando de ventiladores mecânicos para ajudar na manutenção do trato respiratório, cujos agravantes podem conduzir ao óbito. Quando não há maiores complicações no quadro de saúde, a pessoa infectada pode voltar ao convívio social em duas semanas, desde que avaliada por um médico.

Não há tratamento exclusivo para Covid-19, pessoas infectadas devem se manter em isolamento social, em repouso e monitoradas, são acompanhadas pelas secretarias municipais de saúde do seu município. Em casos que apresentam gravidade, o infectado deve permanecer internado sob vigilância médica em ala específica para pacientes com Covid-19, e se apresentar dificuldade respiratória utilizará ventilador mecânico. Até o momento não há medicação para tratamento e prevenção da Covid-19, a prevenção mais eficaz é lavar as mãos frequentemente, utilizar álcool em gel 70% e máscaras, manter distanciamento de aproximadamente 1 metro de qualquer pessoa, ao tocar superfícies não

levar as mãos aos olhos, nariz e boca e evitar aglomeração de qualquer espécie (OPAS/OMS,2020).

Desde o início do surto do novo coronavírus, a OMS, epidemiologistas e cientistas de todo o globo tem debruçado esforços para compreender como esse vírus sofre mutações, como pode ser enfrentado e a busca pela criação de medicamentos e regularização das vacinas que foram sendo desenvolvidas no decorrer na pandemia.

Neste sentido, este capítulo abordará um breve histórico da pandemia, evidenciando os dados da rápida expansão da doença, no mundo, Brasil, estado de Santa Catarina, e a região da Amplanorte, que é a campo de pesquisa da autora, bem como as medidas de prevenção que foram orientadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e demais órgãos reguladores.

3.1 SURGIMENTO E EXPANSÃO DA COVID-19 NO MUNDO E NO BRASIL

No dia 30 de janeiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara emergência global, que se constitui em uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, previsto no regulamento Sanitário Internacional sendo o mais alto nível de alerta (OPAS/OMS, 2020). Em coletiva de imprensa, o diretor geral da OMS, Tedros Adhanom, afirmou que a “maior preocupação é o potencial de o vírus chegar a países com sistemas de saúde fragilizados, e despreparados para lidar com a nova doença.” (OMS, 2020, p.1). Nesta mesma data, a Itália tem seu primeiro caso confirmado, e o Primeiro Ministro Giuseppe Conte afirmava aos cidadãos que poderiam se tranquilizar, pois a situação estava sob controle. O que não aconteceu na prática, no final de março de 2020, Itália já contabilizava 3,4 mil óbitos e um sistema de saúde em colapso.

Quando a OMS declarou que o surto do novo coronavírus estava instalado, solicitava a todos os países que auxiliassem para mitigar a disseminação do vírus, que alcançaria o mundo todo em um curto período. Porém, o Brasil assistia o noticiário internacional acreditando se tratar de algo longínquo,

O fato de a epidemia ter eclodido na China, que rápida e impiedosamente agiu para conter seus impactos, também levou o resto do mundo a tratar erroneamente o problema como algo que aconteceu apenas “lá” e, portanto, fora do alcance e da mente/consciência (acompanhado de preconceitos xenófobos contra os chineses em certas partes do mundo). (HARVEY, 2020, p.16)

Diversos discursos xenofóbicos foram feitos, entre eles o próprio presidente da república do Brasil e seu filho, em pronunciamento oficial e nas contas da plataforma do *Twitter*, atacaram os chineses, culpabilizando o país pela catástrofe anunciada, tais discursos tiveram adeptos pelo país todo com várias manifestações através das redes sociais (*Facebook* e *Twitter*) como teorias conspiratórias, ao afirmar que “é um vírus criado para recuperar a economia chinesa”, “esse vírus é uma arma biológica para ser usada contra os Estados Unidos”, e ainda “esse vírus é como qualquer outro, logo se tem a vacina e tudo voltará ao normal”. Essas foram falas mais encontradas nas redes sociais, enquanto explodiam os números de casos de contaminação e mortes no mundo.

No dia 06 de fevereiro de 2020, o Presidente da República, Jair Bolsonaro sanciona a Lei nº 13.979, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pela Covid-19. A lei previu medidas de prevenção para conter a disseminação do novo vírus, as autoridades sanitárias poderiam aplicar medidas como isolamento e quarentena. Segundo o Art. 2 da referida Lei,

- I - Isolamento: é a separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus;
- e
- II - Quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus. (PLANALTO, 2020)

Isolamento e quarentena são as estratégias de prevenção mais conhecidas e recomendadas historicamente desde a propagação da peste negra entre os anos de 1347 e 1351. Claramente era uma lei visando regular ações e meios de prevenir a proliferação do vírus em solo brasileiro, o que não se esperava era que os termos quarentena e isolamento social para contenção da pandemia se tornariam um caso político no país. Bolsonaro não concordou com as medidas adotadas pelos países, com a afirmativa que a economia pereceria se a população ficasse em casa. Com um projeto de governo ultraliberal desde o início de sua campanha presidencial, Bolsonaro evidenciou uma postura defendida por alguns autores como conservador, genocida e fascista.

[...]a pandemia encontrou um dos piores e mais autoritários governos federais da história do Brasil. Autoritarismo, negacionismo, desprezo pelas orientações das organizações e profissionais da saúde estiveram presentes nas ações de Bolsonaro e de seus seguidores desde o início da Covid-19 no País (LARA E HILLESHEIM, 2020, p.63.)

Os autores nos recordam que o Brasil já estava em uma situação de desmantelamento do Estado de direito, com uma conjuntura marcada por cortes orçamentários das políticas de proteção e a defesa do anticientificismo pelos segmentos ultrarreacionários do país.

No primeiro momento a Covid-19 foi considerada como epidemia, mas dado sua evolução, no dia 11 de março de 2020 a OMS a caracterizou como uma pandemia. Segundo Rezende (1998) “epidemia se caracteriza pela incidência, em curto período, de grande número de casos de uma doença, ao passo que a endemia se traduz pelo aparecimento de menor número de casos ao longo do tempo”.

O conceito moderno de pandemia é o de uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países e a mais de um continente, Exemplo tantas vezes citado é o da chamada "gripe espanhola", que se seguiu à I Guerra Mundial, nos anos de 1918-1919, e que causou a morte de cerca de 20 milhões de pessoas em todo o mundo. (REZENDE, p.154, 1998).

Países de todo o mundo adotaram medidas de isolamento social e, no Brasil, a regulamentação data de 06 de fevereiro de 2020 através da Lei nº 13.979/20 que dispõe sobre o enfrentamento da Covid-19. Na lei têm-se as medidas de enfrentamento que podem ser adotadas durante a pandemia, entre elas o isolamento, quarentena, realização compulsória de exames e testes laboratoriais, vacinação e outras medidas profiláticas, tratamento médicos específicos. Contudo, a referida lei só foi regulamentada em 20 de março de 2020, através do Decreto nº 10.282. O referido decreto tipificou como serviços essenciais “aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população” (PLANALTO, p.1,2020). O Decreto deixava claro que o essencial era a manutenção daquilo que era extremamente necessário à população, como serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos, atendimento a população em estado de vulnerabilidade, atividades de segurança pública, defesa civil, mercados e postos de gasolina.

As cidades que vivenciaram os primeiros dias das medidas de isolamento e quarentena viram suas ruas vazias, comércios, academias, bares, lanchonetes, salões de beleza, todos fechados. Os mercados e farmácias estipulavam quantas pessoas poderiam transitar dentro do local, álcool em geral foi disponibilizado a quem entrasse e não era permitida a entrada de pessoas sem uso de máscaras. Uma mudança radical no modo de viver e conviver com os demais, cidades inteiras ficaram vazias, cena típica de filme hollywoodiano. A população fechada em casa assistia com medo os pronunciamentos das

autoridades locais e nacionais emitindo decretos e afirmando a gravidade que o vírus trazia ao mundo.

Nessa mesma data, o Ministério da Saúde regulamentou através da Portaria nº 356 que pacientes suspeitos ou positivos deveriam ficar em isolamento, e que as autoridades sanitárias deveriam realizar acompanhamento para que a regulamentação fosse aplicada. Os casos suspeitos ou positivados deveriam ficar em isolamento domiciliar, ou em hospitais caso apresentassem maiores complicações no quadro de saúde, e os que tivessem contato com esses pacientes, como familiares, amigos e colegas de trabalho, mesmo sem apresentar sintomas deveriam permanecer em quarentena, igualmente. O isolamento se daria pelo prazo de 14 dias, podendo ser prorrogável conforme avaliação médica.

No dia 12 de março de 2020 é confirmada a primeira morte por Covid-19 no Brasil: uma mulher de 57 anos que estava internada em um hospital paulista (BUENO, SOUTO E MOTTA, 2020). Neste momento, dada a escassez de insumos para a realização dos testes, a recomendação do Ministério da Saúde era de que os testes só fossem feitos em pacientes que apresentassem sintomas graves.

Na conjuntura nacional, foi possível observar a instauração de conflitos entre o Ministério da Saúde e o poder executivo, na pessoa do Presidente da República, onde em pronunciamento na mesma semana da adoção de medida de quarentena, criticou governadores, prefeitos e imprensa sobre a condução das medidas contra o novo coronavírus, afirmando que estavam causando histeria na população. Nas primeiras semanas da pandemia, no Brasil, era presumível analisar como o governo federal trataria a doença no país, de forma incompetente e perversa, o que resultaria na rápida expansão da doença em todo território brasileiro.

O posicionamento do presidente trouxe perplexidade não só no Brasil como em outros países. Seu discurso pedia a abertura do comércio e também das escolas. Em plena crise mundial de saúde pública, ele bradava pela volta da normalidade, afirmou que o grupo de risco eram os idosos e que não havia casos fatais para pessoas com idade inferior a 40 anos. Na ocasião usou a expressão “gripezinha”, minimizando a gravidade da doença, e ainda declarou que *“pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar. Nada sentiria ou teria, quando muito, seria acometido por uma gripezinha ou um resfriadinho”* (BBC, p.1, 2020.) Seu discurso foi contrário ao que o Ministério da Saúde e a OMS orientaram, causando divisões de opiniões entre os brasileiros que apoiam o governo Bolsonaro e suas medidas e os

opositores ao governo. Após este pronunciamento, houve manifestações contra o governo em 11 capitais do país, pedindo a saída do presidente.

A postura adotada pelo chefe do executivo frente à pandemia coadunou e radicalizou com sua posição explicitada durante sua campanha eleitoral em 2018, marcada por atitudes conservadoras, ultraliberais e moralistas, e investido do papel de “cidadão do bem” adotou discurso violento contra grupos socialmente excluídos, como comunidade LGBTQIA+, negros e mulheres. Bolsonaro é figura política que há muito exalta a ditadura militar brasileira e seus agentes, tal como ocorreu enquanto ainda deputado federal, na votação de impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff, no ano de 2016, onde aclamou o Coronel Carlos Alberto Ustra, que foi um dos responsáveis pela prática de torturas, desaparecimentos, perseguições, assassinatos.

O mês de abril de 2020 iniciava com tensões e rompimentos, Luiz Henrique Mandetta, ministro da saúde, mesmo sendo aliado a Bolsonaro, divergiu da postura do presidente e na condução das orientações para conter a propagação do vírus no país, os noticiários informavam que o presidente cogitava exonerar o ministro da saúde. O presidente incitava a flexibilização do isolamento social, com objetivo de retorno gradual das atividades, principalmente as econômicas. Em pronunciamento oficial, Bolsonaro pediu redução das medidas de distanciamento social para reduzir os danos da economia, pedindo apoio aos governadores e a abertura das atividades comerciais, afirmando “tem que reabrir, nos vamos morrer de fome, a fome mata, a fome mata” e ainda “um apelo que eu faço aos governadores, revejam essa política, tou pronto pra conversar. Vamos preservar a vida? Vamos. Mas dessa forma o preço lá na frente serão centenas de mais de vidas que vão perder, com essa medida absurda de fechar tudo”(SIC). O presidente incitava uma normalidade com a justificativa da economia, contudo essa imposição “em meio a uma pandemia descontrolada, é a naturalização da morte como parte do processo econômico” (SOUZA, BARBOSA, 2021, p.102)

Contrariando todas as normativas vigentes, na contramão das experiências de outros países e contribuindo para gerar maior instabilidade as ações de enfrentamento à pandemia, o presidente exonerou o ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta no dia 16 de abril de 2020,

Bolsonaro disse que Mandetta tem o "direito de defender seu ponto de vista como médico", mas deixou claro seu descontentamento com a forma como o ministro conduziu as ações da pasta sem dar a atenção que o presidente gostaria à economia e os impactos das medidas de distanciamento social sobre atividade econômica (SHALDERS, p.1, 2020).

Bolsonaro buscava por um Ministro que legitimasse seu intento pelo afrouxamento das medidas restritivas, principalmente a quarentena e o *lockdown*, que compactuasse com um projeto de governo baseado na lógica da acumulação capitalista, alinhado as políticas econômicas ultraliberais de Paulo Guedes (DORNELES, 2020).

Ao observar que as manifestações da população se tornaram contra Bolsonaro, Mandetta resolveu “pular do barco enquanto poderia nadar”, afirmou a necessidade de medidas de segurança que outros países já vinham tomando desde o início da pandemia, defendeu a quarentena e isolamento social e se colocou como defensor da saúde nesse período tão caótico. Não obstante este discurso, cabe lembrar que o referido ministro apoiou o golpe de 2016 que trouxe Temer a presidência, e foi o articulador da emenda constitucional nº 95 que congelou os gastos em saúde por 20 anos (DORNELLES, 2020) Mandetta agiu por conveniência, vendo que Bolsonaro perdia popularidade, defendeu a ciência e o exemplos de outros países na defesa do isolamento social e quarentena, o que culminou com sua exoneração.

Em seguida, Bolsonaro nomeou o oncologista Nelson Teich que tinha experiências em saúde na gestão privada. Logo após a sua entrada como ministro da saúde, Nelson Teich enfatizou novamente que deveriam ser seguidas medidas mais rígidas frente à pandemia, também afirmou que não haveria a liberação de medicamentos que não fossem comprovadamente eficazes contra a Covid-19, indo contra os pronunciamentos do presidente que flexibilizou as medidas, reabrindo salões de beleza, barbearias, academias, restaurantes e o comércio em geral, além de sugerir a alteração do protocolo do SUS para permitir a aplicação de medicamentos não comprovados em pacientes com suspeita ou confirmados de Covid-19, como a cloroquina e ivermectina. Teich se posicionou contra tais medidas e, antes mesmo de completar um mês no cargo, pediu demissão e afirmou a população: "É o dia mais triste da minha vida, não vou manchar a minha história por causa da cloroquina" (CNN, p.1, 2020), remédio esse que Bolsonaro defendia em seus pronunciamentos e em redes sociais.

Nesse cenário de instabilidade no Ministério da Saúde, os casos de Covid-19 só aumentavam no país, com o pode ser analisado na tabela 4, que traz dados da expansão da pandemia em diferentes países.

Tabela 5 – Dados da expansão da pandemia da Covid-19 no mundo, em 16 de abril de 2020

ID	PAÍSES E TERRITÓRIOS	CONFIRMADOS		ÓBITOS		LETALIDADE	POPULAÇÃO	MORTALIDADE POR 1.000.000 DE HAB.
		N	%	N	%			
1	Estados Unidos	653.397	30,8%	33.405	23,5%	5,1%	331.915.000	101
2	Espanha	182.816	8,6%	19.130	13,5%	10,5%	4.6711.000	410
3	Itália	165.155	7,8%	21.645	15,2%	13,1%	60.250.000	360
4	França	147.863	7,0%	17.167	12,1%	11,6%	67.443.000	255
5	Alemanha	135.633	6,4%	3.856	2,7%	2,8%	82.678.000	47
6	Reino Unido	103.093	4,9%	13.729	9,7%	13,3%	67.224.000	204
7	China	82.341	3,9%	3.342	2,4%	4,1%	1.401.379.000	2
8	Irã	77.995	3,7%	4.869	3,4%	6,2%	83.993.000	58
9	Turquia	69.392	3,3%	1.518	1,1%	2,2%	84.339.000	18
10	Bélgica	34.809	1,6%	4.857	3,4%	14,0%	11.538.000	421
11	Brasil	30.425	1,4%	1.924	1,4%	6,3%	212.559.000	9
Total		2.119.300	100%	141.945	100%	6,7%	7.754.179.000	18

Fonte: OMS, 2020.

Os dados apontavam para um crescimento rápido e descontrolado, a realidade demandava a ação coordenada dos três entes federativos, mas o que se via era o governo federal travando uma guerra com governadores e os municípios sem saber que medidas implantar. A falta de testes em massa e a falta de cumprimento das medidas de isolamento social e quarentena, levaram o país a subir rapidamente os números de contaminados e óbitos, o que colocou o Brasil como país com a maior taxa de contágio de todo o mundo, superando a China em casos confirmados, “em comparação a outros países, o Brasil tem a maior taxa de transmissão da doença, está entre os que menos fazem testes e registra a oitava maior taxa de mortes” (MAGENTA, 2020, p.1).

Até a data de 18 de maio, a OMS informou que havia 4.619.477 casos de Covid-19 em todo o mundo e 311.847 óbitos. Os Estados Unidos seguia em primeiro lugar entre os países com mais casos e o Brasil ocupava o 4º lugar como país com mais casos confirmados e 6º lugar entre os países com maior número de mortes, como pode ser verificado na tabela 5 abaixo, que mostra o número de casos e óbitos em cada país. Conforme tabela 4 anterior, em um mês, o Brasil saiu do 11º lugar e passou a ocupar o 4º lugar entre países com mais número de casos, sendo o terceiro país com mais número de óbitos, como observa-se na tabela abaixo.

Tabela 6 – Dados da expansão da pandemia da Covid-19 no mundo, em 18 de maio de 2020

Posição	PAÍSES E TERRITÓRIOS	CASOS		ÓBITOS		Letalidade	População (World Bank)	INCIDÊNCIA POR 1.000.000 DE HAB.	MORTALIDADE POR 1.000.000 HAB.
		N	%	N	%				
1º	Estados Unidos	1.432.265	31%	87.180	28%	6,1%	331.915.000	4.315,2	262,7
2º	Rússia	290.678	6%	2.722	1%	0,9%	144.222.000	2.015,5	18,9
3º	Reino Unido	243.699	5%	34.636	11%	14,2%	67.224.000	3.625,2	515,2
4º	Brasil	241.080	5%	16.188	5%	6,7%	212.559.000	1.134,2	76,2
5º	Espanha	231.350	5%	27.650	9%	12,0%	46.711.000	4.952,8	591,9
6º	Itália	225.435	5%	31.908	10%	14,2%	60.250.000	3.741,7	529,6
7º	Alemanha	174.697	4%	7.935	3%	4,5%	82.678.000	2.113,0	96,0
8º	Turquia	149.435	3%	4.140	1%	2,8%	84.339.000	1.771,8	49,1
9º	França	140.036	3%	28.059	9%	20,0%	67.443.000	2.076,4	416,0
10º	Irã	120.198	3%	6.988	2%	5,8%	83.993.000	1.431,0	83,2
Total		4.619.477	100%	311.847	100%	6,8%	7.775.555.471	594,1	40,1

Fonte: OMS, 2020.

O país inicia o mês de junho de 2020, ocupando o quarto lugar em número de mortes ocasionadas pelo novo coronavírus, ficando atrás de Estados Unidos, Reino Unido e Itália. Segundo o Boletim Epidemiológico nº 20, de 27 de junho, o mês terminou com o aumento de 2.145.236 novos casos em todo mundo, e o Brasil continua ocupando o segundo lugar entre os países que mais possuem casos confirmados do vírus, sendo 1.313.667, com aumento de 463.153 casos em 14 dias (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2020). Na tabela abaixo, podemos observar a evolução de casos e óbitos no segundo semestre de 2020.

Tabela 7– Número de casos confirmados e óbitos no Mundo e Brasil no segundo semestre de 2020

Referência	Casos confirmados		Número de óbitos	
	Mundo	Brasil	Mundo	Brasil
30/06/20	9.771.518	1.407.000	493.896	59.650
31/07/20	17.580.163	2.667.282	679.501	92.595
31/08/20	22.970.240	3.912.579	800.060	121.562
30/09/20	34.686.054	4.815.717	1.029.538	144.046
31/10/20	45.717.764	5.537.310	1.190.027	159.962
30/11/20	62.244.181	6.339.760	1.452.410	173.246
31/12/20	76.289.042	7.679.688	1.757.657	195.052

Fonte: Elaboração da autora, 2021)

Em números nacionais, o país vinha se destacando negativamente ocupando o segundo lugar em casos confirmados e o segundo lugar entre os países com mais óbitos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Nos dois últimos meses de 2020 é possível verificar que houve um crescimento de casos confirmados e óbitos alarmante, se comparado com os meses anteriores, também houve um crescimento de pacientes internados com doenças respiratórias, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) lançou uma nota em 25 de novembro de 2020 informando que 21 estados Brasileiros demonstraram aumento de casos de infecção nas últimas semanas, e que em 20 estados a doença estaria sem controle.

Nas últimas semanas, diversas capitais e cidades grandes têm enfrentado o aumento da ocupação de leitos por covid-19. Após dias de altas consecutivas, a cidade do Rio de Janeiro chegou nesta terça-feira (24) ao patamar de 91% de ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinados a pacientes com covid-19. Na enfermaria, a ocupação é de 69%. Em Porto Alegre, a rede privada está com 98,3% dos leitos de UTI ocupados, segundo dados do governo gaúcho. Na cidade, há 408 pessoas atualmente utilizando respiradores para enfrentar a doença. Na região leste do Paraná, a taxa de ocupação de UTIs para pacientes com covid-19 chega a 88% (BBC, 2020, p.1).

Esses dados levaram especialistas a afirmarem que o Brasil estaria vivenciando a segunda onda da Covid-19. Vale destacar que estamos falando de um período de campanha eleitoral por todo o país, que iniciou no final de setembro e durou até meados de novembro, em que muitos candidatos não seguiram as orientações de uso de máscara e de que não houvesse aglomeração, o que se viu por todo o país foram candidatos abraçando e festejando, principalmente no dia da eleição que houve festejos de candidatos eleitos. No último mês do ano de 2020, havia 76.289.042 casos de pessoas infectadas pelo novo coronavírus no mundo, o Brasil já acumulava o total de 7.679.688 casos positivos e 195.052 mortes pela Covid-19, o que viria a piorar com as festas de final de ano.

No dia 07 de janeiro de 2021 o país teve 1.841 mortes em 24h:

Até o momento, foram registradas 200.498 mortes no país — o primeiro óbito ocorreu em 12 de março, conforme a pasta. Além disso, já foram registrados 7.961.673 casos de infecções pelo novo coronavírus. O Estado com maior número de vítimas fatais é São Paulo (47.768), seguido de Rio de Janeiro (26.292) e Minas Gerais (12.366). Ainda nesta quinta, o país também bateu recorde diário de óbitos, conforme dados do Conass: nas últimas 24 horas foram registradas 1.841 mortes pela covid-19. Em números absolutos, o Brasil é o segundo país com mais mortes pela doença em todo o mundo. Ele está atrás apenas dos Estados Unidos, que têm mais de 363,5 mil óbitos por covid-19, conforme levantamento da Universidade Johns Hopkins (BBC News, 2020, p.1)

Na segunda quinzena de janeiro de 2021, a cidade de Manaus apresentou número expressivo de novos casos, internações e mortes em decorrência da Covid-19. Com a falta de oxigênio nos hospitais, o município teve 2,5 mil mortes.

O número de internações por Covid disparou e as unidades de saúde ficaram superlotadas, e acabaram sofrendo com falta de oxigênio. Órgãos de controle denunciam que pessoas morreram por asfixia em hospitais de Manaus e interior do estado. Em janeiro deste ano, foram 5.018 novas internações por Covid. Por conta do colapso, outros estados começaram a receber pacientes do Amazonas, transferidos em aviões da Força Aérea Brasileira (FAB). (G1,2021)

Nesse período, uma nova variante foi identificada em Manaus, novas mutações do vírus já haviam sido identificadas no Reino Unido e África do Sul. Essas novas variantes seriam mais contagiosas que a cepa do vírus que desencadeou a pandemia, acredita-se que essa variante pode ter colaborado para que o sistema e saúde de Manaus entrasse em colapso.

Início de 2021 observa-se que o número de pessoas infectadas continuou a crescer de forma acelerada, conforme tabela abaixo,

Tabela 8 – Dados da expansão da pandemia no Mundo e Brasil de janeiro à julho de 2021

Casos confirmados			Óbitos	
Referência	Mundo	Brasil	Mundo	Brasil
31/01/21	95.002.416	8.645.537	2.051.607	212.991
23/02/21	111.419.932	10.257.875	2.470.000	248.529
27/03/21	126.726.672	12.490.362	2.777.337	310.550
24/04/21	146.461.651	14.308.215	3.099.467	389.492
13/05/21	160.450.873	15.369.379	3.331.25	428.508
20/06/21	178.629.126	17.927.928	3.867.916	501.825
27/07/21	196.623.328	19.523.711	4.136.823	547.016

(Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE,2021)

Nos cinco primeiros meses do ano houve um aumento de 83.626.710 de casos no mundo, com uma média de 13 milhões novos casos por mês, dentre esses novos casos 9.282.391 foram no Brasil, o que podemos concluir que o Brasil é o país que mais registra casos positivos de todo o mundo.

Outro fator que deve ser considerado importante para análise, é a expressiva morte das camadas mais vulneráveis do país atingidas pela pandemia, como a população negra,

Homens negros são os que mais morrem pela covid-19 no país: são 250 óbitos pela doença a cada 100 mil habitantes. Entre os brancos, são 157 mortes a cada 100 mil. Os dados são do levantamento da ONG Instituto Polis, que analisou casos da cidade de São Paulo entre 01 de março e 31 de julho. Entre as mulheres, as que têm a pele preta também morreram mais: foram a 140 mortes por 100 mil habitantes, contra 85 por 100 mil entre as brancas. Outro levantamento, desta vez pelo IBGE, mostrou que mulheres,

negros e pobres são os mais afetados pela doença. A cada dez pessoas que relatam mais de um sintoma da covid-19, sete são pretas ou pardas. Esse padrão se explica por desigualdades sociais e pelo preconceito. (PECHIM, 2020, p.1)

Historicamente o Brasil é conhecido por ser um país racista, de origem escravocrata, que se expressa na produção de uma sociedade racializada, demonstrando que esse processo histórico-social-político corroborou para a construção de políticas de morte. Os dados acima revelam que, em qualquer momento, sob qualquer circunstância, as ditas “minorias”, mesmo compondo 54% da população total do país, os negros têm menos chance de sobreviver. Podemos evidenciar, que o Brasil atual expressa o que o Mbembe chama de necropolítica, termo utilizado para conceituar governos que decidem quem vive e quem morre e onde “[...] vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de “mortos-vivos” (MBEMBE, 2016, p.126). São Governos pautados na lógica de acumulação capitalista, onde “se deixa morrer, ou se matam, os mais vulneráveis” (GRANADA, 2020, p.553).

Corroborando com essa afirmação Freitas (2020, p.280) enfatiza que a “necropolítica seria a reverberação de tomadas de decisão sobre a soberania da morte, de decidir quem deve viver e quem pode morrer; sendo a morte a condição de invisibilidade, de negação, de não existência”. Tal política impacta diretamente as populações negras, indígenas, mulheres, pobres e comunidade LGBTQIA+, que possuem menor acesso, ou nenhum acesso, à educação, saúde, ao lazer, assistência social, trabalho formal e renda digna.

Neste sentido, Biroli (2020, p.233) nos afirma que

A tragédia brasileira tem vários componentes. Neoliberalismo, autoritarismo, baixa capacidade de liderança política, rechaço pela ciência e um desprezo aberto pela vida compõem a ausência de respostas adequadas para os efeitos da pandemia. As inseguranças sanitárias e econômicas são vividas em um contexto no qual ataques à democracia se manifestam cada vez mais abertamente.

O número crescente de casos e óbitos, que pode ser observado no decorrer deste capítulo, é resultado da total incapacidade do governo federal conter a disseminação do vírus, as disputas políticas e narrativas anticientíficas e antivacinas afetaram a população como um todo, mas diretamente as pessoas que já viviam em situações sociais e econômicas desiguais. Mediante a isso, Bolsonaro “foi considerado como o governante mais perigoso do mundo por seu prazer em ridicularizar a ciência, a pesquisa, o meio ambiente e as minorias” (CAPONI, 2020, p.179).

Assim, Bolsonaro passou a ser chamado de genocida por movimentos sociais, políticos, artistas e intelectuais ao adotar uma política morte no Brasil, isto é,

A atitude do presidente Bolsonaro com relação à pandemia é uma continuidade a essas políticas de genocídio, ainda que de outra maneira. O genocídio neste caso é por omissão, por não assumir a soberania de políticas sanitárias de proteção à população minimizando a gravidade da pandemia e incitando a abandonar a quarentena. (LIFCHITZ, 2020. p.84)

Essa omissão do presidente, que Lifchitz (2020) traduz como genocídio, está associado ao abandono de parte da população que mais foi afetada pela pandemia, e a falta de ações coordenadas do ente federativo em criar mecanismos e políticas públicas de minimização dos impactos da crise sanitária na economia, e na esfera social, o que se caracteriza como utopia, visto que o governo tem uma agenda que defende medidas de corte neoliberal, incentivo às privatizações, sucateamento das políticas públicas sociais e a precarização do trabalho, planejada e articulada pelo ministro da economia Paulo Guedes.

3.2 EXPANSÃO DA COVID-19 EM SANTA CATARINA E NA REGIÃO DA AMPLANORTE

Quando no país iniciou-se um movimento de mitigação da disseminação da pandemia, o governo de Santa Catarina, na data de 12 de março, emitiu o Decreto n° 506/2020 com medidas para enfrentamento do coronavírus no âmbito da administração pública, definindo o afastamento de profissionais que tinham algum tipo de doença pulmonar e/ou gestante, podendo esses realizar tarefas laborais de forma remota a partir de seus domicílios, o que não significou que a lei, de fato, fosse aplicada. O estado de Santa Catarina, com a mesma pressa que emitiu este decreto, tão logo flexibilizou as medidas impostas.

No dia 17 de março, após constatar que se dava transmissão comunitária no território, o estado de Santa Catarina determinou quarentena durante o prazo de sete dias, através do Decreto estadual n° 515, suspendendo em todo o estado, aulas, eventos públicos, cultos, missas e o transporte coletivo. Os serviços públicos não essenciais deveriam realizar atendimento por meio digital ou mediante trabalho remoto; e as atividades essenciais como farmácias, mercados, postos de combustíveis, hospitais, e distribuidoras de água e gás funcionariam com todo cuidado e higienização recomendada pelo Ministério da Saúde. O decreto suspendia em todo território catarinense as aulas por

30 dias, e atividades que gerassem aglomerações como shows, palestras e eventos à comunidade, e também possibilidade de trabalho remoto para agentes públicos, dentre outras ações de enfrentamento.

Até então, o governo de Santa Catarina demonstrava-se preocupado com a saúde e bem-estar de toda a população, decretou fechamento das atividades não essenciais por 15 dias, entretanto, no início de abril, após pressões de comércios e empresas que afirmavam que o estado passaria por danos econômicos, as normativas posteriores de ações de enfrentamento à pandemia foram se flexibilizando. Como pode ser observado na tabela a seguir, o estado apresentava números baixos de infectados no primeiro mês que explodia casos por todo o Brasil, porém após a flexibilização das medidas de isolamento, o estado passou a demonstrar um aumento significativo de um mês para o outro, tanto de infectados como de óbitos. Foram utilizadas as informações disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, através dos boletins diários.

Tabela 9- Evolução Covid-19 em Santa Catarina de março a maio de 2020

Referência	Numero total de casos confirmados	Numero de óbitos
17 de março de 2020	07	0
31 de março de 2020	235	2
30 de abril de 2020	2.394	48
30 de maio de 2020	8.780	136

(Fonte: Governo de Estado/SC, 2020)

Foi considerada a partir da data de 17 de março, porque demonstrou ser quando o estado iniciou de forma mais incisiva medidas contra a proliferação do vírus no território catarinense, dessarte, considerou-se doravante as informações mensais, comparando o aumento de positivados e o número de óbitos durante o mês observado. Nota-se, que as medidas restritivas impostas no mês de março foram positivas para conter o avanço da contaminação, mas ao passo que o governador foi afrouxando as medidas de enfrentamento, os números passaram a crescer de forma alarmante. Passou de 7 infectados para 8.780 e 136 óbitos, nos três primeiros meses, como demonstrado na tabela acima.

Assim como a conjuntura nacional, o estado de Santa Catarina apresentou falta de coordenação política nas ações contra a proliferação do vírus, os números de contaminados continuaram a crescer, acompanhados de aumento no número de óbitos. Nos finais de semana e feriados durante o verão, o litoral catarinense apresentou intensa movimentação de turistas e moradores em praias e locais de lazer mesmo havendo decreto

de restrição de aglomeração, assim, foi abstruso conter a movimentação da população em lugares turísticos. Com a alta taxa de contágio, subindo a cada mês, em outubro o estado declarou em nota oficial que Santa Catarina contabilizava 12 regiões em estado grave e 4 regiões com risco alto de contaminação, de acordo com a Matriz de Avaliação de Risco Potencial para Covid-19. (GOVERNO DE ESTADO, 2020).

A nota clarifica os dados apresentados na tabela 9 abaixo, isto é, em 31 de outubro de 2020 o estado já contabilizava 258.940 casos de infectados em todo o território e 3.114 óbitos. A probabilidade de aumento descompassado para o mês de novembro era ainda maior com as eleições municipais previstas para acontecer no dia 15 do referido mês. Dessa forma, mesmo com as medidas impostas, os candidatos fizeram inúmeras manifestações políticas conjunto aos seus apoiadores durante as campanhas, o que levou os grupos políticos a não seguirem à risca as medidas de distanciamento social, uso de máscaras e álcool em gel, e principalmente, o não contato físico. Os dados de Santa Catarina, no segundo semestre do ano de 2020 podemos observar abaixo.

Tabela 10 – Dados da expansão da Covid-19 em Santa Catarina de junho a dezembro de 2020

Referência	Número total de casos confirmados	Número de óbitos
30 de junho/20	26.354	341
30 de julho/20	80.904	1.043
31 de agosto/20	177.777	2.260
30 de setembro/20	215.478	2.797
31 de outubro/20	258.940	3.114
30 de novembro/20	364.344	3.762
31 de dezembro/20	492.583	5.253

(Fonte: Governo de Estado/SC, 2020)

De junho à dezembro de 2020, Santa Catarina teve uma explosão do número de casos confirmados e óbitos por todo o estado. O governo estadual vivia um *looping* de restrições e afrouxamentos das medidas de prevenção ao coronavírus. Em dezembro de 2020, o governador Carlos Moisés autorizou a liberação de ocupação de 100% da ocupação de hotéis, pousadas e realização de eventos. A Justiça interrompeu, o governo do estado protocolou recurso para que fossem realizadas as flexibilizações, porém o pedido foi negado pela desembargadora Ana Lia Carneiro que afirmou que os afrouxamentos poderiam agravar a crise de saúde, visto que todas as regiões estavam tipificadas em risco gravíssimo

Busca o Estado de Santa Catarina o restabelecimento de Decretos Estaduais que flexibilizam as regras sanitárias relacionadas à pandemia de Covid-19, justamente em período de alta demanda por recursos turísticos do Estado, no qual a população flutuante tem considerável incremento, de forma a impactar

diretamente na circulação do vírus e projetar consequências danosas no já debilitado sistema de saúde (MUELLER, 2020, p.1)

Importante ressaltar que, em período de alta temporada (mesmo sem pandemia), o tráfego é intenso no sentido do litoral catarinense, todavia, com as medidas flexibilizadas e ao avaliarmos a média mensal de casos positivados e óbito no segundo semestre de 2020, seria inviável o estado autorizar visitas em suas praias e pontos turísticos.

O estado terminou o primeiro semestre de 2020 com 8.780 casos confirmados e 136 óbitos. Afirma-se que estava no caminho para contenção do avanço da pandemia no estado, mesmo já flexibilizando algumas medidas restritivas já no mês de abril de 2020. Porém, no segundo semestre de 2020 o estado perdeu o controle da disseminação do coronavírus e o número de infectados subiu consideravelmente, chegando a atingir quase meio milhão de pessoas e 5.253 óbitos. Houve um aumento de 466.229 casos de junho a dezembro de 2020 com aumento de 4.912 óbitos, tendo uma média mensal de 77.704 casos positivados e 818 óbitos. Assim, pode-se observar que a média mensal do segundo semestre é maior que a média do primeiro semestre inteiro de 2020.

Esses números não alarmaram o governo do estado, que iniciou o ano de 2021 mantendo a mesma postura de gestão do ano anterior. Abaixo temos a relação da evolução de casos confirmados e óbitos de janeiro a julho de 2021.

Tabela 11 – Evolução de casos confirmados e óbitos de janeiro a julho de 2021 em SC

Referência	Número total de casos confirmados	Número de óbitos
20/01/21	549.579	5.988
23/02/21	648.017	7.044
27/03/21	793.856	10.419
24/04/21	871.982	13.085
13/05/21	921.340	14.294
20/06/21	1.027.760	16.374
25/07/21	1.103.428	17.794

(Fonte: Governo de Estado/SC, 2021)

Se analisarmos de forma geral, podemos perceber que a média mensal ultrapassou a média do segundo semestre de 2020, o estado teve um aumento de 491.555 de casos confirmado e um aumento de 11.121 óbitos registrados no período de janeiro a junho de 2021, sendo uma média mensal de 81.925 casos positivados e uma média de óbitos de 1.853. Levando-nos a concluir que mesmo com a vacinação em curso desde janeiro, os números de casos e óbitos continuaram a crescer no estado.

A NSC total realizou uma entrevista com especialistas sobre o assunto, e foi consenso entre os participantes que a maneira que o governo conduziu a pandemia no estado demonstrou falta de liderança, transparência das informações e afrouxamento das medidas restritivas.

Para o Conselho Regional de Enfermagem, o afrouxamento das regras sanitárias sem ouvir o Centro de Operações de Emergências em Saúde (COES) foi um erro grave: – Faltou fortalecer uma unidade de comando para garantir medidas em todos os municípios – diz o enfermeiro Gelson Albuquerque, presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren/SC). (BASTOS, 2021)

Ainda corroborando com esse posicionamento, cuja afirmação também faz parte da entrevista supracitada, temos o posicionamento do professor Lauro Mattei da UFSC.

– Centenas dessas mortes ocorridas em Santa Catarina poderiam ter sido evitadas. Porém, para isso ocorrer é preciso que as autoridades tenham compromisso com a vida das pessoas – diz Mattei.
O professor da UFSC também cobra por uma comunicação clara, objetiva e sem contradições para que a população possa aderir às medidas a serem implementadas. Para ele, o governo cometeu um erro grave: passar a responsabilidade do controle da pandemia às administrações municipais. Mas, observa que foi nos meses de outubro e dezembro que o segundo pico de contaminação chegou com toda a força (BASTOS, 2021)

Pode-se notar que as medidas restritivas do governo de estado de SC não diferem das medidas a nível federal adotadas pelo presidente, embora o governador não tenha um posicionamento hostil e grosseiro junto à população e nos meios de comunicação, o governador acaba sendo equiparado ao presidente que através de sua conduta, declara abertamente.

Ainda, para clarificar esses números na região onde é o recorte territorial da pesquisa, optou-se por organizar os dados em forma de tabela, trazendo os números e óbitos dos 10 municípios que compõem a região da Amplanorte, conforme analisamos abaixo.

Tabela 12 - Casos confirmados na Região da Amplanorte/SC no ano de 2020

Município Data	29/04	31/05	30/06	29/07	31/08	29/09	19/10	30/11	31/12
Bela Vista do Toldo	0	0	2	4	6	6	8	13	21
Canoinhas	0	32	134	234	450	522	722	1.031	1.800
Irineópolis	0	0	0	6	18	40	49	79	94
Itaiópolis	2	3	4	29	88	142	270	577	888
Mafra	2	7	27	189	345	426	490	826	1.635
Major Vieira	0	0	0	1	32	38	74	98	120
Monte Castelo	0	1	3	6	26	41	59	77	93
Papanduva	2	14	21	26	32	106	109	225	278

Porto União	0	6	13	64	155	191	202	333	611
Três Barras	1	121	182	244	328	362	391	469	738

(Fonte: Governo de Estado/SC, 2021)

Tabela 13 – Número de óbitos na Região da Amplanorte/SC no ano de 2020

Município Data	29/04	31/05	30/06	29/07	31/08	29/09	19/10	30/11	31/12
Bela Vista do Toldo	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Canoinhas	0	0	0	3	9	9	10	14	22
Irineópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Itaiópolis	0	1	2	2	3	5	6	8	11
Mafra	0	0	0	1	3	3	3	6	11
Major Vieira	0	0	0	0	2	2	2	2	3
Monte Castelo	0	0	0	0	0	0	1	3	3
Papanduva	0	3	4	4	4	6	6	8	10
Porto União	0	0	0	2	4	4	4	6	8
Três Barras	0	0	0	0	1	3	3	4	8

(Fonte: Governo de Estado/SC, 2021)

Os dados acima podem ser interpretados a luz de duas hipóteses, a primeira é de que a região como um todo fez uma boa gestão para conter o aumento de casos e óbitos, tendo dados relativamente bons, se comparado a realidade estadual e federal. Destacando-se positivamente, dessa forma, tem-se o município de Bela Vista do Toldo o qual finalizou o ano de 2020 com apenas 21 infectados o que representa 0,62% da população total do município e 1 óbito (0,04%). Canoinhas teve um total de 3,3% da população infectada e 0,04% de óbitos. Irineópolis teve 0,83 % da população infectada e nenhum óbito no ano de 2020. O município de Itaiópolis teve 4,07% da população infectada e 0,05% de óbitos. Mafra teve 2,89% da população infectada e 0,01% de óbitos. Major Vieira teve 2,89% de sua população infectada e 0,03% de óbitos. Monte Castelo teve 1,12% da população infectada e 0,03% de óbitos. O município de Papanduva teve 1,42% de população infectada e 0,02 % de óbitos, já Porto União teve 1,71% da população infectada e 0,02% de óbitos e o município de Três Barras teve 3,81% da população infectada e um total de 0,04% de óbitos.

O município com maior número de casos positivos em percentual da população é o município de Itaiópolis com 4,07%, teve mais casos confirmados do que os municípios de médio porte. Três Barras, município também de pequeno porte, ficou em segundo lugar na região, com mais casos positivos, Canoinhas em terceiro lugar com 3,30%. A região finalizou o ano de 2020 com 6.378 casos positivados sendo 2,6 % do total da população regional e 77 óbitos, um total de 0,03 % de óbitos.

A segunda hipótese é de que não houve testagem em massa nos municípios, o que resultaria em um baixo número de infectados, não condizente com a realidade.

Na tabela abaixo se tem os dados da região referente até o mês de agosto de 2021.

Tabela 14 – Número de Casos confirmados na Região da Amplanorte/SC em 2021

Município Data	31/01	28/02	31/03	30/04	31/05	30/06	31/07	06/08
Bela Vista do Toldo	35	45	57		72	79	81	81
Canoinhas	2.489	2.927	3.515		5.474	6.361	6.704	6.790
Irineópolis	136	175	296		535	756	775	781
Itaiópolis	1.108	1.223	1.536		2.315	2.641	2.761	2.770
Mafra	2.336	2.723	3.261		4.294	5.240	5.393	5.431
Major Vieira	135	155	197		370	488	517	553
Monte Castelo	115	139	199		641	892	935	948
Papanduva	307	309	326		450	1.453	1.706	1.719
Porto União	848	1.198	1.825		3.458	4.185	4.392	4.387
Três Barras	987	1.152	1.374		1.789	2.117	2.173	2.189

(Fonte: Governo de Estado/SC, 2021)

Tabela 15 – Número de óbitos na Região da Amplanorte/SC em 2021

Município Data	31/01	28/02	31/03	30/04	31/05	30/06	31/07	06/08
Bela Vista do Toldo	01	01	01		03	03	03	03
Canoinhas	34	40	54		80	96	102	104
Irineópolis	1	1	3		10	13	14	14
Itaiópolis	15	16	22		42	50	53	54
Mafra	19	23	37		79	112	121	123
Major Vieira	3	3	3		4	4	5	5
Monte Castelo	3	3	5		16	22	22	22
Papanduva	11	11	12		37	43	44	44
Porto União	12	17	27		56	78	83	84
Três Barras	16	23	33		51	63	64	65

(Fonte: Governo de Estado/SC, 2021)

A região em 2021 aumentou significativamente o número de casos, ou seja, de 6.378 casos positivados passou a ser 25.649 e de 77 óbitos aumentou para 518, somando 10,76% da população total da região infectada e 0,21% de óbito. Bela Vista do Toldo, continua em destaque com menor número de casos e óbitos, somando 2,4% de infectados e 0,08% de óbitos. O município de Canoinhas teve um total de 12,46 % da população infectada e 0,19% de óbitos. Irineópolis teve 6,9 % e 0,12% de óbito, com nenhum óbito no ano de 2020 e teve 14 mortes até agosto de 2021. O município de Itaiópolis continua

ocupando o primeiro lugar com maior número de casos, 12,71% da população infectada e 0,24% de óbitos, Mafra teve 9,6% população infectada e 0,21% de óbitos, Major Vieira teve 6,78% de sua população infectada e 0,06 % de óbito. Monte Castelo teve 11,46% da população infectada e 0,256 % de óbito. O município de Papanduva teve 8,85% da população infectada e 0,22 % de óbito, Porto União teve 12,34% da população infectada e 0,23% de óbito e o município de Três Barras teve 11,3% da população infectada e 0,33% de óbito. O ranking com mais casos confirmados é Itaiópolis, seguido de Canoinhas e Porto União. E em óbitos Três Barras em primeiro lugar, seguido de Monte Castelo e Itaiópolis,

Destaca-se que as informações referentes ao mês de abril, não foram localizados no site do governo de estado que diariamente disponibiliza os dados gerais e por cidade. No mês de abril foram encontrados os números gerais e são descritivos por localidade, “a partir do dia 02.04.2021 esses boletins deixaram de ser divulgados da forma completa como vinha ocorrendo até então, causando implicações diretas sobre séries estatísticas que foram sendo construídas e analisadas ao longo do primeiro ano de pandemia (MATTEI, p.1,2021)”, foi observado que isso ocorreu apenas no referido mês, os outros meses constam a evolução de casos positivados e óbitos por cidade, normalmente.

3.3. POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

O novo vírus Sars-Cov-2, sigla do inglês *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*, que numa tradução significa síndrome respiratória aguda grave de coronavírus 2, é o agente que causa a doença Covid-19. Coronavírus como comumente é chamado, é o nome da família do vírus qual ele pertence, família essa que possui variações e originaram a Sars-Cov e Mers-Cov, que já apareceram na história em eventos remotos, ambas com alta probabilidade de causar pandemia. O vírus é transmitido de pessoa a pessoa, por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal quando um indivíduo infectado fala, tosse ou espirra. No início da pandemia não havia remédios e vacinas disponíveis contra a Covid-19, apenas pesquisas de fármacos e vacinas em fase de testes, mas nenhuma liberada (OMS/OPAS,2020). Discorreremos sobre o assunto no decorrer desse item.

Um vírus novo requer pesquisas sistemáticas para determinar o genoma, meios de prevenção, como se dá a proliferação e quais tipos de imunização que poderão ser criadas, sejam vacinas e antivirais. Por se tratar de um vírus novo, os governos não estavam

preparados para conter sua disseminação e o Brasil com sistema de saúde já fragilizado pelos cortes orçamentários gestados nos últimos anos, somando a postura do governo que não dialoga com a população, comunidade científica e autoridades sanitárias, foi severamente afetado pela pandemia, levando ao descontrole de transmissão do vírus.

A comunidade científica somou esforços em uma mobilização de nível mundial para desenvolver e licenciar vacinas eficazes, ainda no ano de 2020. A vacina mais rápida criada até então levou pelo menos quatro anos para ser licenciada, que foi a vacina contra a caxumba desenvolvida em dezembro de 1967 pelo médico Maurice Hilleman (BBC, 2020). O processo de desenvolvimento de uma vacina necessita de tempo. Após o seu desenvolvimento, a etapa de testes envolve três fases. A primeira é uma avaliação preliminar com poucos voluntários, a segunda fase requer um número maior de voluntários, e a terceira e última fase é a aplicação da vacina em larga escala, com milhares de voluntários para que possa ser comprovada sua eficácia e assim ser licenciada. Após, ainda há o processo de licenciamento, comercialização, distribuição logística e organização das campanhas de vacinação, assim, tudo isso pode durar muitos anos. Em âmbito mundial, mais de duzentas e cinquenta vacinas começaram a ser desenvolvidas simultaneamente contra a Covid-19, vinte quatro chegaram à fase clínica que é a testagem em seres humanos, onze candidatas chegaram à fase três e cinco foram liberadas para o uso em todo o mundo.

Em 11 de agosto de 2020, o presidente da Rússia Vladimir Putin anunciou que havia registrado a primeira vacina contra Covid-19 no mundo, mas não anunciaram sobre estudos científicos a respeito da sua eficácia, e as autoridades sanitárias demonstraram preocupação pela rapidez da criação da vacina. Questionou-se acerca da realização de todas as etapas para o seu desenvolvimento, pois os primeiros testes iniciaram no mês de junho, sendo temerária a criação de uma vacina em apenas dois meses. O governo foi criticado pela imprensa que notificaram a vacina, e resolveu esperar os testes serem concluídos.

Após meses de esforços mundiais da comunidade científica para a criação de um imunizante, em 13 de março de 2021, já havia no mundo cinco vacinas sendo usadas em diferentes países. A primeira autorizada foi da empresa alemã BioNTech em parceria com a empresa norte-americana Pfizer, as empresas iniciaram testes clínicos no final de abril de 2020, os estudos apresentaram eficácia de 95%, e no dia 20 de novembro de 2020, requereram autorização para o uso da vacina à Agência de Alimentos e Medicamentos (FDA) dos Estados Unidos.

[...] os cientistas trabalham com uma só parte do vírus, o mRNA, que carrega a instrução para o corpo produzir a proteína spike, presente no SARS-CoV-2. Caso o organismo, já com as proteínas spike, reconheça a presença da proteína do vírus, ele passa a produzir os anticorpos para combater o invasor. (OLIVEIRA, 2020, p.1).

A vacina da Pfizer precisa ser armazenada por volta de menos 75°C, e pode ser mantida na geladeira por cinco dias. Estados Unidos, Reino Unido, Chile e Peru haviam fechado acordo com a Pfizer antes mesmo de a vacina ter sido liberada. O Brasil assinou contrato apenas em 10 de dezembro, o que levou o país a ficar no final da fila. Enquanto os países fecharam acordo durante os testes, quando foi aprovada no órgão regulador do seu país já iniciaram a vacinação, porém no Brasil sequer apresentava data de entrega. A justificativa para não ter feito o contrato antes foi de que a temperatura para o armazenamento não comportaria a realidade brasileira, que tem freezer e geladeiras com armazenamento de 2 °C a 8 °C.

No entanto, após a CPI¹⁰ da Covid-19 ser aberta para investigar as ações e omissões do governo federal durante a pandemia, foi ouvido na qualidade de testemunha, Carlos Murillo, gerente geral da farmacêutica Pfizer na América Latina, que em seu depoimento, informou que ‘o governo de Jair Bolsonaro rejeitou três ofertas de 70 milhões de doses da vacina Pfizer/BioNTech, cujas primeiras doses poderiam ter sido entregues em dezembro de 2020’ (BBC, 2021). Segundo o Ministério da Saúde, no mês de março de 2021 “foram contratadas 100 milhões de doses do imunizante da Pfizer e outros 38 milhões da vacina da Janssen para ampliar ainda mais a vacinação dos brasileiros” (2021, p.01), as vacinas da Pfizer chegaram ao Brasil no final de abril, se o contrato fosse realizado no ano de 2020, como a farmacêutica ofereceu, atualmente o Brasil teria um maior contingente de pessoas vacinadas.

Outra vacina liberada no mundo é a da empresa norte-americana Moderna, com sede em Cambridge (Massachusetts) que usa tecnologia semelhante da BioNTech/Pfizer, onde parte do código genético do vírus é utilizado para provocar uma resposta imunológica. Foi realizado um ensaio clínico com 30.000 participantes e demonstrou uma eficácia de 94% a até 100% em casos graves (ANSEDE, 2020). Esta vacina teve seu uso autorizado nos EUA em dezembro de 2020. O estudo foi feito com 30 mil pessoas nos Estados Unidos. O grupo de intervenção recebeu duas doses com um intervalo de quatro semanas, e a outra parte recebeu o controle, que é o placebo, definido pela “formulação

¹⁰ A CPI inicialmente foi criada para investigar ações e omissões do governo federal no combate à pandemia de covid-19. A pedido de senadores governistas que também fazem parte da comissão, a pauta foi ampliada para investigar também o uso dos recursos federais enviados aos Estados e municípios. (BBC,2021)

sem efeito farmacológico, administrada ao participante do ensaio clínico com a finalidade de mascaramento ou de ser comparador” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.7)

A análise foi baseada nas primeiras 95 pessoas a desenvolverem sintomas de covid-19. Apenas cinco dos casos de covid ocorreram em pessoas que receberam a vacina. Os outros 90 casos foram em pessoas que receberam o placebo. Assim, a empresa afirma que a vacina tem uma proteção equivalente a 94,5% (GALLAGHER, 2020, p.1)

O armazenamento desta vacina pode ser mantido em uma geladeira padrão por até um mês, e conservar-se estável a menos 20°C, o que favorece o abastecimento de outros países. A União Europeia autorizou o uso dessa vacina em 06 de janeiro de 2021, fez uma encomenda de 80 milhões de doses, EUA encomendou 200 milhões e Canadá 40 milhões, além do Reino Unido, Japão, Suíça e Coreia do Sul já terem realizado pedidos previamente. A empresa tem estimativa de produzir 1 bilhão de doses em 2021. Em 05 de março de 2021, o Ministério da Saúde brasileiro fechou acordo com a empresa Moderna para compra de 13 milhões de doses da vacina, a serem entregues no decorrer do ano, ficando novamente atrás de outros países que já haviam se adiantado na compra do imunizante.

Outra vacina desenvolvida foi a do laboratório AstraZeneca em parceria com a Universidade de Oxford, tinha como pretensão fazer produção em escala global e venda a preço de custo, o que motivou muitos países a fechar contrato antes de sua liberação, o Brasil foi um deles, assinou um acordo ainda no segundo semestre de 2020

[...] foi desenvolvida com a tecnologia de vetor viral não-replicante de adenovírus de chimpanzé. [...] O adenovírus de chimpanzé é manipulado geneticamente para inserir o gene da proteína “Spike” (proteína “S”) do Sars-CoV-2. Depois de obtido, os adenovírus são amplificados em grande quantidade usando células cultivadas em biorreatores descartáveis. Estes adenovírus são purificados, concentrados e estabilizados para compor a vacina final. (FIOCRUZ, P.1, 2020)

Esse adenovírus não se replica na pessoa que recebeu a vacina, e sim faz com que as células respondam imunologicamente a proteína S, que geram anticorpos contra o coronavírus. O Brasil fez acordo com a biofarmacêutica AstraZeneca através da Fiocruz para a produção da vacina em solo brasileiro, assim há previsão de entrega de 210 milhões de doses em 2021.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorizou o uso emergencial da vacina desenvolvida pela Universidade de Oxford e pelo laboratório britânico AstraZeneca em 17 de janeiro. No dia 22 de janeiro, a equipe técnica da Fiocruz realizou uma reunião de pré-submissão junto à Agência sobre o pedido de registro definitivo da Vacina Covid-19 Fiocruz.

O processo de avaliação incluiu dados sobre segurança, qualidade e eficácia da vacina. O pedido formal de submissão à Anvisa ocorreu no dia 29 de janeiro. (FIOCRUZ, 2021, p.1)

Na data de 23 de janeiro, dois milhões de doses foram entregues aos estados brasileiros, pelo Ministério da Saúde, que através do Plano Nacional de Imunização aplicou as primeiras doses em grupos prioritários, sendo,

[...] trabalhadores da área da saúde (incluindo profissionais da saúde, profissionais de apoio, cuidadores de idosos, entre outros), pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas, população idosa (60 anos ou mais), indígena aldeado em terras demarcadas aldeados, comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas, população em situação de rua, morbidades (Diabetes mellitus; hipertensão arterial grave (difícil controle ou com lesão de órgão alvo); doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido; anemia falciforme; câncer; obesidade grau III), trabalhadores da educação, pessoas com deficiência permanente severa, membros das forças de segurança e salvamento, funcionários do sistema de privação de liberdade, trabalhadores do transporte coletivo, transportadores rodoviários de carga, população privada de liberdade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, P.22, 2020)

Outra vacina que recebeu autorização temporária de uso emergencial foi a Coronavac, desenvolvida pela farmacêutica Sinovac em parceria com o Instituto Butantan. Os estudos da vacina da Sinovac começaram a ser feitos no início de maio de 2020 na China. No Brasil, os testes de fase 3 foram realizadas pelo Instituto Butantan com 13 mil profissionais de saúde voluntários com idades entre 18 e 59 anos.

A vacina da Sinovac usa vírus inativados, ou seja, que foram expostos em laboratório a calor e produtos químicos para não serem capazes de se reproduzir. Por isso, eles não conseguem nos deixar doentes, mas isso é suficiente para gerar uma resposta imune e criar no nosso organismo uma memória de como nos defender contra uma ameaça (IESAPM, p.1,2021)

No Brasil, ainda houve uma disputa política entre Bolsonaro e João Doria, governador de São Paulo, o qual defendia o uso emergencial da Coronavac desde setembro de 2020, fechando acordos para receber o imunizante o mais rápido possível, Bolsonaro fez críticas ao governador de São Paulo e afirmou que nenhuma vacina seria exportada da China, entre outros embates recorrentes nas redes sociais e nos seus pronunciamentos oficiais. Após aumento da pressão pública pelo início da vacinação do país, o Ministério da Saúde fechou acordo para compra de 6 milhões de doses, após liberação da Anvisa para uso emergencial. Também há tratativas do governo federal para comprar a vacina Sputnik V, que foi desenvolvida pelo instituto russo Gamaleya. No dia 13 de março de 2021, o governo federal havia comprado 10 milhões de doses, mas a Anvisa só fez a liberação no início de junho. Quatro milhões de doses foram restritas a

cinco estados do Nordeste, que solicitaram a liberação para acelerar a imunização Strickland e Bernardes (2020, p.1)

Outa vacina que estava em análise, a Janssen da farmacêutica Johnson & Johnson que apresenta eficácia de 66% recebeu autorização da OMS dia 12 de março de 2021, o ministério da saúde fechou acordo para receber 1,5 milhão de doses até 22 de junho de 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021)

No Brasil, até o dia 07 de agosto de 2021, 149 milhões de pessoas receberam ao menos uma dose de uma das vacinas que estão autorizadas no Brasil, e 44 milhões de pessoas receberam as duas doses, o que significa 21,3% da população total, podendo ser considerada uma porcentagem relativamente baixa para um país com 211,7 milhões de habitantes. As vacinas em uso são Astrazeca, Coronavac, Janssen e Pfizer.

Quanto à medicação para tratamento da Covid-19, a OMS afirma que não há remédios regulamentados contra a Covid-19, e que os países são soberanos em decidir quais os manejos clínicos devem adotar para o tratamento da doença. No Brasil, as medicações que foram recomendadas são a hidroxicloroquina e a cloroquina geralmente associadas com azitromicina. São medicamentos regulamentados para o tratamento de doenças autoimunes e malária, no entanto não se tem evidência científica que melhora sintomas ou cura pacientes infectados pela Covid-19, bem como, que o uso desses medicamentos diminui a probabilidade de morte do paciente (OPAS/OMS, 2020).

O presidente Jair Bolsonaro defendeu pública e veemente o uso desses medicamentos para o tratamento de pacientes infectados. No Brasil, estes têm sido utilizados desde abril de 2020 para pacientes com sintomas graves, e no mês de maio passaram a ser utilizados também em pacientes com sintomas leves, a administração do medicamento depende de um termo de consentimento assinado pelo paciente. O protocolo da saúde denominado *“orientação do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico de Covid-19”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) está em vigor desde maio de 2020, e neste documento consta a possibilidade de administrar difosfato de cloroquina associado à azitromicina em pacientes com sinais e sintomas leves ou o sulfato de hidroxicloroquina mais azitromicina. O documento ainda traz como nota que *“assim, fica a critério do médico a prescrição, sendo necessária também a vontade declarada do paciente”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, P.07, 2020), deixando a cargo dos médicos a responsabilidade do uso bem como do próprio paciente,

Considerar o uso em pacientes com sintomas leves no início do quadro clínico, em que tenham sido descartadas outras viroses (como influenza, H1N1, dengue), e que tenham confirmado o diagnóstico de COVID 19, a critério do médico assistente, em decisão compartilhada com o paciente, sendo ele obrigado a relatar ao doente que não existe até o momento nenhum trabalho que comprove o benefício do uso da droga para o tratamento da COVID 19, explicando os efeitos colaterais possíveis, obtendo o consentimento livre e esclarecido do paciente ou dos familiares, quando for o caso (CFM, P.6. 2020) .

Entretanto não há evidência de que o uso possa resultar mudança positiva no quadro do infectado. Soumya Swaminathan, cientista-chefe da OMS, em coletiva de imprensa afirmou acerca do uso da cloroquina que “temos evidências suficientes para saber que não há nenhum impacto para pacientes hospitalizados com Covid-19” (JORNAL DE BRASÍLIA,2020).

No início da pandemia, com a ausência de medicamentos e vacinas para o tratamento específico da Covid-19, a OMS orientou medidas de proteção e prevenção para os indivíduos. Essas medidas foram referendadas pelos países, estados e municípios, e no início soavam como óbvias e simples, como lavar as mãos frequentemente com água e sabão, usar álcool em gel, adotar o modo correto de tapar boca e nariz ao tossir ou espirrar, manter pelo menos um metro de distância de qualquer pessoa para evitar contato próximo, manter distanciamento social principalmente do grupo de risco, crianças, gestantes, idosos e pessoas com comorbidades (pessoas que apresentam diabetes, doença pulmonar e cardíaca entre outras) (OPAS/OMS, 2020), para a OMS, medidas que podem minimizar o elo da cadeia epidemiológica de transmissão, fazendo com que um número menor de pessoas seja infectadas e o sistema de saúde não entre em colapso.

A transmissão do Sars-Cov-2 pode ocorrer antes mesmo de o indivíduo apresentar os primeiros sinais e sintomas, ou até mesmo sem ter sinal nenhum, que é o caso de pessoas assintomáticas, que contraíram o vírus e não sentiram nenhuma mudança em seu quadro geral de saúde. Essa situação é favorável para a população que não apresenta sintomas, pois não precisará utilizar o sistema de saúde, dispensando assim hospitais e profissionais, deixando-os somente para aqueles quadros que se agravarão. Mas a problemática está na transmissão que essas pessoas assintomáticas estão desencadeando no espaço que convivem, pois mesmo não apresentando alteração de saúde, podem contaminar alguém que venha a ter problemas respiratórios ou agravar alguma doença pré-existente. Uma pessoa contaminada que expelle gotículas de água pelo nariz ou pela boca pode contaminar pessoas que estão próximas.

Nesse sentido, a campanha pelo uso de máscaras se tornou tão necessária, vários municípios e estados decretaram o uso obrigatório de máscaras em vias públicas e estabelecimentos, e o descumprimento da normativa poderia configurar crime. No estado de Santa Catarina, a normativa está vigente desde 08 de abril de 2020, através da Portaria da Secretaria de Estado da Saúde nº 235, e referendado pelo anúncio oficial do governador Carlos Moisés determinando o uso de máscaras em todo estado, e normatizando que em todos os estabelecimentos públicos e privados deveriam ter disponíveis álcool em gel 70% para que as pessoas pudessem higienizar as mãos (SES, 2020). As máscaras reduziram a probabilidade de contágio, principalmente de pessoas assintomáticas, visto que indivíduos quando apresentam os primeiros sintomas devem ser rapidamente isolados em suas residências e acompanhados pelas secretarias municipais de saúde, quando há o agravamento permanecem internados até melhora do quadro, e a situação pode evoluir para uso de ventiladores mecânicos e drasticamente ao óbito.

Outras medidas de prevenção e proteção vêm sendo tomadas por todos os países desde março, como isolamento social, distanciamento social, quarentena e *Lockdown*,

As medidas de isolamento social têm sido recomendadas em todo o mundo como a única estratégia eficaz para impedir a disseminação rápida do coronavírus e para evitar que sobrecarregue o sistema de saúde, o que dificultaria a disponibilidade de recursos suficientes para o cuidado a pacientes com COVID-19, em especial os mais graves, que necessitam de internação hospitalar e cuidados intensivos. (CFM.p.2.2020)

No Brasil, essas medidas foram impostas a partir de 17 de março de 2020, estados decretaram isolamento social e quarentena, onde setores não essenciais fecharam seus estabelecimentos e ficaram confinados em suas casas, Santa Catarina adotou essas medidas através do Decreto nº 515, deixando suspensas, em todo o território estadual, sob o regime de quarentena, pelo período de sete dias, atividades de caráter não essencial “a exemplo de academias, *shopping centers*, restaurantes e comércio em geral” (SANTA CATARINA,2020, p.1)

A prática de isolamento social é antiga na sociedade, desde a pandemia da peste negra, “doença causada pela bactéria *Yersinia pestis*, que atingiu o continente europeu em meados do século XIV” (PINHEIRO, 2020, P.1), as pessoas já eram retiradas dos seus locais de convívio até que se recuperassem ou viessem a óbito, as mesmas medidas eram impostas as pessoas que cuidavam dos acometidos pela peste, deveriam ficar isolados do restante da população. Nesse período os médicos utilizavam máscaras com um bico fino lembrando um animal, mas esse bico não era em vão, havia dentro das máscaras aromas de ervas com a justificativa de amenizar os odores fétidos que exalavam na cidade. A

peste causava uma bolha no corpo do indivíduo que cheirava mal, e com as muitas mortes pelas cidades, e cadáveres não recolhidos, o odor era muito forte, o bico tinha essa função de “guardar bons aromas”. As medidas que utilizamos atualmente foram utilizadas historicamente nos períodos epidêmicos e pandêmicos já vivenciados, para a pandemia da Covid-19,

a justificativa de saúde pública para a adoção de medidas de distanciamento social consiste em minimizar a oportunidade de exposição a indivíduos infectados pelo vírus SARS-CoV-2, reduzindo assim o número de casos, inclusive os óbitos; reduzindo a carga sobre os serviços de saúde, evitando que a capacidade do sistema se exceda e uma crise de saúde ainda maior se instale; e achatando a curva epidêmica, permitindo que se ganhe tempo até que medidas farmacológicas específicas estejam disponíveis. (OMS/OPAS.2020, p.2)

Dessa forma, o isolamento social é a maneira mais ágil de achatar a curva da contaminação, reduzir a sobrecarga dos profissionais da saúde e dar tempo para as políticas públicas planejarem ações de atendimento e enfrentamento da pandemia, e para o desenvolvimento científico de vacinas e medicamentos. O isolamento social é "a separação de pessoas ou animais infectados, durante o período de transmissibilidade da doença, em lugar e condições que previnam ou limitem a transmissão direta ou indireta do agente infeccioso a indivíduos suscetíveis ou que o possam transmitir a outros" (OPAS/OMS,1983), mas num país com grande parte da população vivendo na informalidade, estabelecer isolamento social sem criar políticas compensatórias para minimizar os impactos socioeconômicos, é subalternizar ainda mais a população que já vive excluída socialmente. A pergunta que não quer calar, como as famílias com inúmeros membros residentes no mesmo local, sem acesso as provisões mínimas de vida, manterão essas orientações? Granada (2020, p.553) nos relembra que,

Durante a crise provocada pela pandemia de coronavírus no Brasil, os mais vulneráveis, moradores em situação de rua ou moradores de favelas, completamente à deriva dos discursos oficiais, se perguntam como lavar as mãos quando frequentemente não têm sequer água disponível, ou de que modo fazer o isolamento social em habitações onde coabitam mais de dez pessoas em aglomerados populacionais onde o distanciamento social é difícil, senão impossível. A propagação rápida e silenciosa da pandemia, chamada pelo eufemismo de “gripezinha” por parte do ainda presidente, coloca em alerta os especialistas que compreendem a dimensão da gravidade da situação. (GRANADA, 2020, p.553)

Faltam recursos econômicos para “vivenciar e lidar com o isolamento social, o acesso ao saneamento básico e aos serviços de saúde, bem como com os demais mecanismos de proteção e seguridade social” (VILLELA; MARQUES, 2020, p.588).

Na atual pandemia, o isolamento é recomendado como uma das principais medidas para a não propagação do vírus. Contudo, o dissenso do governo Bolsonaro em relação as orientações da OMS e seu discurso de negacionismo científico, além de confundir a população no que se refere as orientações corretas para o enfrentamento da pandemia, ainda faz com que haja constantes ajustes de afrouxamento dessas medidas preventivas. Seu discurso minimiza a gravidade da doença e ainda ministra informações falsas que levaram seus apoiadores a adotarem comportamentos contra as medidas de isolamento social e a defenderem veemente o uso de cloroquina e hidroxocloroquina, mesmo sem orientação da OMS e da comunidade científica. Como exemplo, pode-se citar o pronunciamento do presidente Jair Bolsonaro na TV, em 24 de março de 2020, onde afirmou *“pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria acometido, quando muito, de uma gripezinha ou resfriadinho”* (BBC, 2020). Não obstante ter se transformado “em piada” nacional, a gravidade do posicionamento do presidente reside no fato de que demonstrou que suas ações não tem comprometimento com a população e com a vida, resultando aprofundamento dos problemas sociais. Bolsonaro também criticou e continua a conduzir severos posicionamentos contrários aos governos de estado que recomendam distanciamento social. O presidente participou de caminhadas de seus apoiadores em Brasília, sem máscara, abraçando e cumprimentando pessoas.

Outro posicionamento que simbolizou descaso com famílias de vítimas da doença, foi o pronunciamento datado de 20 de abril, onde questionado sobre o aumento de óbitos no Brasil, que no período somavam-se em 2.575 mortes e 40.581 casos confirmados, o jornalista que o entrevistava foi interrompido com a expressão *"Não sou coveiro, tá?"* (G1, 2020), e outras expressões como *“70% da população será afetada, não adianta querer correr disso”, “essa é uma realidade, o vírus tá aí. Vamos ter que enfrentá-lo, mas enfrentar como homem, porra. Não como um moleque. Vamos enfrentar o vírus com a realidade. É a vida. Todos nós iremos morrer um dia.”* (BOLSONARO, 2020, p.1), termos e posições que não correspondem ao decoro e a função pública que ocupa.

Essas medidas de proteção, embora soem como simples e práticas desnudaram a realidade desigual do Brasil e outros países, impactando diretamente na realidade brasileira que não tem acesso aos direitos básicos para sobrevivência, como moradia, alimentação adequada, saúde, saneamento básico, a pandemia afeta de maneira distinta e desproporcional indivíduos e coletividades de estratos mais e menos privilegiados (MORENO E MATTA, p.45,2020).

Os trabalhadores informais, população de rua, negros, mulheres e prostitutas, precisam optar entre se expor ao vírus para ter as mínimas condições de sobrevivência através do seu trabalho precarizado ou seguir as recomendações da saúde e colocar em risco a subsistência de sua família.

A COVID-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, de gênero e de raça. Embora os esforços de mitigação estejam convenientemente camuflados na retórica de que “estamos todos juntos nisto”, as práticas, particularmente por parte dos governos nacionais, sugerem motivações mais sinistras. A classe trabalhadora contemporânea nos Estados Unidos (composta predominantemente por afro-americanos, latinos e mulheres assalariadas) enfrenta a desagradável escolha da contaminação em nome do cuidado e da manutenção de elementos-chave de provisão (como supermercados) abertos ou do desemprego sem benefícios (como cuidados de saúde adequados). Assalariados (como eu) trabalham em casa e recebem seu pagamento como antes, enquanto os CEOs voam em jatos e helicópteros particulares. (DAVIS, P.21-22, 2020)

Na realidade brasileira, a diferença de classe no país ficou ainda mais explícita, onde a classe dominante abastada economicamente pode viver o isolamento confortavelmente, enquanto a classe trabalhadora dos assalariados se vê tendo jornada de trabalho dupla, misturando seu espaço de trabalho com espaço doméstico através do home office, com jornadas de trabalho mais extensivas do que trabalhava antes da pandemia, tentando equilibrar as atividades laborais, acompanhamento dos filhos que estão com aulas online e cuidados da casa.

Aqueles com bons planos de saúde que também podem trabalhar ou ensinar de casa estão confortavelmente isolados, desde que sigam salvaguardas prudentes. Os funcionários públicos e outros grupos de trabalhadores sindicalizados com cobertura decente terão de fazer escolhas difíceis entre renda e proteção. Enquanto isso, milhões de trabalhadores com baixos salários, trabalhadores rurais, desempregados e sem teto estão sendo jogados aos lobos. (DAVIS, P. 9, 2020)

Mais uma vez, as classes subalternas sofrem as piores consequências dessa pandemia, que historicamente seguem em condições precárias de sobrevivência como em todas as outras circunstâncias que o país já viveu.

Reforçando esse cenário está a inadequação, em termos de leitura de realidade, das orientações das medidas de distanciamento social: a impossibilidade do exercício do trabalho remoto e a perda de emprego/fontes de renda impedem que parte significativa desse contingente populacional se beneficie de ações protetivas, o que aumenta o risco de exposição ao contágio. (LIMA et al, 2021, p.112)

Para o enfrentamento da pandemia, junto às medidas de proteção e saúde, é necessário que sejam adotadas medidas de proteção social para as populações em situação de vulnerabilidade, principalmente por ser um público que precisa continuar exercendo

suas atividades laborais ficando diretamente exposto ao vírus, infectando a si e aos demais familiares. Neste sentido, Nakamura e Silva (2020, p.162), enfatizam que

Parcelas da população encontram-se impossibilitadas de manter as orientações de distanciamento e aderir ao confinamento, restringindo a circulação e não acessando outras medidas ou programas necessários à sua proteção, tornando-se ainda mais vulneráveis à infecção e ao adoecimento.

Ainda, o isolamento social aprofundou a desigualdade de gênero, desde que iniciou as atividades remotas, as mulheres têm duplas jornadas de trabalho, com atividades do trabalho home office somado aos cuidados da casa e da família. Outro fator determinante marcado pela opressão de gênero e pela desigualdade, é o aprofundamento das violências contra a mulher neste período da pandemia, numa conjuntura de medidas excepcionais com restrição de circulação e órgãos de defesa atuando de forma online ou tendo seu efetivo reduzido para prevenção da transmissão do vírus, o acesso a essas mulheres se tornou difícil, muitas mulheres não tem meios para entrar em contato telefônico ou virtual com os respectivos órgãos, sendo expostas as violências de seus parceiros. Consequentemente, “o que se observa é a exacerbação da situação de violência que as mulheres vivenciam. Cabe ressaltar: uma violência intensificada, mas não criada. (MATOS E LIMA, 2021, p.181)”.

“Desde o início da quarentena, em março, o número de denúncias recebidas pelo canal Ligue 180, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), aumentou 17,9%, em todo o país, em comparação com o mesmo período de 2019. No mês seguinte, em abril, o crescimento foi de 37,6%” (BASÍLIO, 2020), a violência que já era naturalizada na sociedade, galgou força no período de isolamento social, onde muitas mulheres não têm como pedir ajuda por estarem confinadas com seus parceiros violentos. Só em 2020 o país registrou 1.338 feminicídios, aproximadamente quatro óbitos por dia, e Santa Catarina, em média, um por semana (TJSC,2021).

Em respostas a esses números alarmantes, foi criado em Santa Catarina o Observatório Estadual da Violência contra a Mulher no final do mês de março de 2021, com o intuito de realizar um trabalho integrado entre segurança pública, saúde, assistência social e Justiça, incluindo Defensoria Pública e Ministério Público.

O Observatório vai padronizar e integrar o sistema de registro e de armazenamento, com informações detalhadas, sobre os atos de violência, sobre a vítima, o agressor, o histórico de agressão, número de ocorrências registradas pelas Polícias Militar e Civil, de medidas protetivas solicitadas e emitidas pelo Ministério Público, de inquéritos policiais instaurados pela Polícia Civil, de inquéritos encaminhados ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, de processos julgados e suas sentenças (MPSC, p.1,2021)

Para Minayo (2006), a violência decorre de ações realizadas por indivíduos, classes, nações ou omissões dessas mesmas instâncias, que destes atos geram danos físicos, emocionais, morais, a si e a outros, enraizados nas estruturas sociais e políticas, bem como na consciência dos indivíduos. A violência apresenta-se de forma complexa e multifacetada, corroborando para a identificação da violência de gênero, sendo esta um elemento construído socialmente, produto das relações sociais desde o início da humanidade.

[...] em São Paulo houve um aumento de 44,9% no atendimento às vítimas, segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, registradas ainda no mês de maio, em relação ao mesmo período do ano passado. Os casos de feminicídio subiram 46,2%. Ou seja, além da pandemia do coronavírus, enfrentamos uma epidemia de espancamentos, socos, xingamentos e desrespeito às mulheres dentro de suas próprias casas. (LEAO, 2020, p.1)

Os dados apontam um aumento significativo de violência contra mulher no país durante a pandemia com as medidas de isolamento, somado a isso, historicamente a mulher vive subalternizada, com o sobrecarga de trabalho e cuidados domésticos.

Outra problemática é falar em higiene com a utilização da água e sabão como medidas preventivas, visto que nem todos os indivíduos têm condições financeiras para comprar sabão ou álcool gel, e para manter práticas de higiene para combater o coronavírus. Uma pesquisa realizada pela BBC em 2019, afirmava que quase 400 regiões do planeta estavam vivendo sob condições de “extremo estresse hídrico”, devido ao crescimento populacional e a intensificação de atividade econômica que utiliza os recursos naturais. Um a cada três habitantes do planeta não têm serviços de água potável gerenciados de forma segura, conforme relatório elaborado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2019).

No Brasil a situação não é diferente, algumas regiões possuem períodos de secas, como nordeste e até mesmo sudeste. Santa Catarina, pertencente à região sul, constatou noventa e três cidades que sofreram estiagem e decretaram situação de emergência em 2020 (LAURINDO, 2020), justamente quando a pandemia do coronavírus exigia a intensificação dos hábitos de limpeza. Para suprir essa necessidade foi realizada a *operação estiagem para o enfrentamento dos efeitos da falta de chuva no estado*, realizado pela Defesa Civil através do grupo de ações coordenadas (GRAC), cidades receberam caminhão pipa para fornecer assistência aos municípios afetados pela estiagem (NSC, 2020).

Embora as ações realizadas para atendimento dos municípios tenham sido positivas, especificamente em Santa Catarina, ainda o país enfrenta uma realidade

desigual, indivíduos e famílias mesmo em tempo de chuva constante não tem acesso à água potável com qualidade nem saneamento básico.

[...] 31,1 milhões de brasileiros (16% da população) não têm acesso a água fornecida por meio da rede geral de abastecimento; 74,2 milhões (37% da população) vivem em áreas sem coleta de esgoto e outros 5,8 milhões não têm banheiro em casa, de acordo com informações do *GI*. São ainda 11,6 milhões de brasileiros (5,6% da população) que vivem em imóveis com mais de 3 moradores por dormitório, considerado de grande adensamento. (BRASIL ECONOMIA, 2020, p.1)

Importante enfatizar que embora haja uma crise em todo o mundo, países como a Coreia do Sul, Alemanha, Japão, Cingapura, conseguiram retardar a expansão do vírus, ao contrário dos países como EUA, Brasil e Índia, que ocupam os primeiros lugares entre os países com maior número de contaminação e óbitos. As estratégias foram as mais variadas, desde o isolamento social, monitoramento e testes realizados nas populações. A China utilizou medidas restritivas severas, após o alto índice de infectados.

Cidades desertas, onde transita apenas gente da segurança e da saúde. Mede-se a temperatura de todas as pessoas na entrada de supermercados, centros comerciais e conjuntos residenciais. Se há membros da família em quarentena, apenas um membro tem o direito de sair, a cada dois dias, para comprar mantimentos. Em algumas cidades, aqueles que não usam máscaras podem acabar na prisão. Estimula-se o uso de luvas descartáveis e lápis para pressionar os botões do elevador. As cidades da China parecem lugares fantasmas, a ponto de que em Wuhan você quase não encontra pessoas nas ruas. (ZIBECHI, p. 31, 2020)

A China adotou *lockdown* em Wuhan e outras cidades de Hubei, bloqueando ruas, fechando estabelecimentos e monitoramento o fluxo de pessoas. O país apresentou 90.323 casos entre 4 de janeiro e 29 de agosto de 2020, com 4.725 mortes, enquanto o Brasil no mesmo período apresentou um índice superior em 3.761.391 casos confirmados e 118.649 mortes, destaca-se as medidas de prevenção adotadas pela China quando verificou que os números cresciam rapidamente (OPAS/OMS, 2020).

Outros países como Coreia do Sul e Japão também estão entre os países com menores índices de mortes pela Covid-19, entre o período de janeiro à agosto de 2020 Coreia do Sul apresentou 19.400 casos confirmados e apenas 321 mortes (OPAS/OMS, 2020) resultado das medidas de proteção aplicadas no país, como testagem em massa sendo realizados até 10 mil testes por dia e rastreamento de contatos de infectados, isolando rapidamente os indivíduos confirmados e afastando do convívio social.

A Alemanha tem um número alto de infectados sendo 242,986 até final do mês de agosto de 2020, mas um número baixo de mortes sendo 9.363 óbitos no país, se comparado aos Estados Unidos e Brasil, o país aplicou teste em massa na população,

isolando os infectados na tentativa de diminuir o contágio (BBC, 2020). Segundo BBC (2020), o país poderia aplicar até 160 mil testes por semana na população, ações assim intensificam o isolamento em massa dos contaminados, fazendo com que não transitem entre a população e aumente casos. Neste aspecto, Caponi (2020, p.177) afirma que,

Outras informações que podemos deduzir da experiência da pandemia na Europa e na Ásia são: a importância da generalização dos testes da Covid-19, a necessidade de que existam equipamentos necessários para os profissionais de saúde, assim como a importância de consolidar e investir no sistema de saúde pública, tão desprestigiado e sucateado em tempos de neoliberalismo. Podemos observar que a mortalidade foi muito menor em países como Alemanha e Coreia do Sul, onde os sistemas de saúde tinham previamente equipamentos, leitos, respiradores e espaço nas UTIs. Isto é, países que tiveram um investimento consistente em saúde pública antes da pandemia

Cingapura também ficou conhecida por suas medidas de prevenção, isolou imediatamente pessoas vindas de outros países, implantou aplicativo de rastreamento para localizar pessoas com os quais os infectados pudessem ter tido contato, e emitia mensagens para esses contatos ficarem isolados, qualquer pessoa suspeita ficava em quarentena, esse monitoramento tentava achatar a curva epidêmica e não superlotar hospitais, as medidas foram aplicadas de tal forma que o país não lotou a rede de saúde, entre o início da pandemia até 29 de agosto de 2020, o país apresentou o total de 60.062 casos confirmados e 29 mortes (OPAS/OMS, 2021).

Fazendo uma comparação entre o Brasil e exemplos exitosos citados acima, verifica-se que o país não realizou testagem em massa, os testes foram direcionados para pacientes com sintomas graves, deixando isolados os sintomas leves sem testagem. A lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, trazia as medidas de enfrentamento ao coronavírus conforme os outros países estavam realizando, prevendo medidas de isolamento e quarentena, as medidas de isolamento aplicadas inicialmente através dos decretos nº 10.282, de 20 de fevereiro de 2020, regulamentou quais seriam os serviços essenciais para atuar no momento da quarentena, contudo este decreto de serviços essenciais já passou por cinco modificações, conforme pesquisas realizada na base de atos normativos sobre o COVID-19 (PLANALTO, 2020.) O Brasil foi na contramão do que a OMS orientou desde o início da pandemia, flexibilizou medidas de isolamento, não criou políticas compensatórias para atender a classe trabalhadora e subalterna negligenciado acesso aos direitos mínimos de sobrevivência, bem como minimizou a gravidade da covid-19 no território brasileiro e no mundo, o resultado das medidas de enfrentamento e gestão política do país, contabilizam até a data de 07 de agosto de 2021 20 milhões de casos

acumulados e 562.752 óbitos (OPAS/OMS, 2020) mantendo o país em segundo lugar entre os países com mais número de infectados e mortos de todo o mundo.

Nesta realidade de dúvidas e desafios, que assola o mundo, “algo apareceu com força enquanto medida já adotada em mais de cinquenta países enquanto crescente consenso para evitar um grande colapso humanitário: a política pública emergencial de transferência de renda às pessoas necessitadas (SOUZA, 2020, p.156)” que trataremos no item a seguir.

3.4 RENDA MÍNIMA – AUXÍLIO EMERGENCIAL

O título carrega essa nomenclatura, no sentido de enfatizar o mínimo como irrisório, desproporcional e impossível de custear as necessidades básicas de uma família assolada pela pandemia.

Esclarece-se que a pretensão dessa discussão não é tratar o conceito de renda básica, presente no debate acadêmico e político desde o ano de 1991, cujo tema entrou na “agenda do Parlamento, por meio de projeto de lei apresentado pelo então senador, Eduardo Suplicy, de São Paulo (BRITTO E SOARES apud Fonseca, p.6, 2001), tampouco resgatar a historicidade do Programa Bolsa Família criado em 2003, mas, discutir exclusivamente a medida que cria o auxílio emergencial, programa de transferência de renda criado para amenizar os impactos econômicos e sociais das famílias brasileiras afetadas economicamente pela pandemia.

Com o advento da pandemia, alguns países criaram programas de transferência de renda para “proteger” indivíduos e famílias com trabalho informal ou que perderam o emprego em consequência da pandemia, no Brasil a discussão iniciou tardiamente, “a incapacidade do governo para implementar rapidamente os programas de auxílio aos trabalhadores dificultou o direito ao isolamento social, tornando o Brasil o segundo país com mais óbitos devido à pandemia da covid-19, superado apenas pelos Estados Unidos” (DIEESE, p.2,2020), do mesmo modo, a decisão foi carregada de embates entre poder executivo e legislativo para aprovar o complexo auxílio emergencial.

No Brasil, a Lei que cria o benefício, é datada de 02/04/2020, nº 13.982, que previu o pagamento de R\$ 600,00 aos desempregados, empregados informais, beneficiários do PBF, inicialmente pelo período de período de 3 (três) meses, mas acabou sendo “garantido até dezembro, com ajuste de valores e parcelas” (ODEH E MOREIRA, p.91,2020) a lei também previu a concessão de auxílio emergencial no valor de 1.200,00 para mães

responsáveis pelo sustento familiar. Os requisitos para acessar o auxílio eram: ser maior de 18 (dezoito) anos de idade, posteriormente a lei incluiu a possibilidade de mães adolescentes receberem; não possuir emprego formal; não possuir benefício assistencial ou previdenciário, exceto o Bolsa Família; renda mensal per capita que não ultrapassasse 1/2 (meio) salário, ou que fosse microempreendedor individual (MEI) (PLANALTO, 2020), cabe recordar que originalmente a proposta do executivo federal era de que tal benefício fosse de apenas R\$ 200,00. (LARA E HILLESHEIM, p.73,2021)

Neste sentido, Souza e Barbosa (p.100,2020) enfatizam que,

O valor distribuído pela política de amparo à população é inferior ao salário mínimo, valor irrisório considerando o custo de manutenção da vida. O Governo Federal se eximiu da responsabilidade de auxiliar a população a garantir mínimo para sobrevivência, pelo contrário, com medidas às avessas de uma lógica protetiva. O que temos é o endividamento da população, dos/as trabalhadores/as assalariados/as, de carteira assinada, autônomos/as e/ou microempreendedores/as.

O auxílio emergencial deveria auxiliar a população diante da crise socio sanitária causada pelo coronavírus, porém “o desafio é prover as famílias uma renda que lhes possibilite efetivamente ficarem em quarentena, sendo a permanência delas em casa uma questão também de utilidade pública” (SOUZA, p.157, 2020), no entanto sua materialização acabou se tornando uma complexa burocracia, levando a população a se aglomerar em bancos e filas de lotéricas, muitas pessoas sem acesso a internet e um celular com disposição para baixar o dramático aplicativo “caixa tem”, tiveram inúmeras dificuldades para se cadastrar e utilizar o aplicativo. Além da dificuldade acesso, também pode ser considerado um desafio, o atraso nos pagamentos, e a demora para liberação do saque, após o recurso já estar liberado da poupança digital. Outro aspecto importante a ser analisado, é o cadastramento e a demora na análise, “o benefício começou a ser pago em 7 de abril e, até 9 de junho, havia ainda 10,4 milhões de pedidos aguardando análise, segundo banco governamental responsável pelos pagamentos” (BIROLI, p.232, 2020), deixando muitas pessoas completamente desassistidas nesse período.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), num de seus boletins de conjuntura, nos trás a inquietação de qual será o futuro do Brasil, e afirma que o governo trouxe respostas insuficientes para garantir condições mínimas de vida aos trabalhadores e mais vulneráveis.

O governo fez o mínimo, até aqui, para atender trabalhadores e micros/pequenos empresários que ficaram sem renda. O auxílio emergencial

de R\$ 600,00 (quase o custo de uma cesta básica para um adulto, com 13 produtos alimentares) foi uma conquista importante, obtida com pressão dos movimentos sindicais e sociais e a contragosto do governo, que não queria dispendir nenhum tostão com trabalhadores e pobres. A proposta inicial do governo inclusive era de liberar, no máximo, R\$ 200 para a renda emergencial (DIEESE, p.3, 2020)

Um governo que minimiza as mortes causadas pela Covid-19, obviamente não investiria recursos públicos para manter, no mínimo, o alimento aos grupos sociais mais afetados pela pandemia. A ausência de um programa de renda que ao menos contribuía com um salário mínimo, revelam que a quarentena e o isolamento social são regalias que os grupos sociais mais vulneráveis não podem realizar.

Após meses de isolamento, desgaste mental, falta de emprego, saúde e educação, torna-se necessário questionar como exigir que a população pobre, a mais afetada pela pandemia e que mais depende de auxílio, fique em casa e não gere aglomerações. As adaptações para o novo normal, com regras de distanciamento, atendimento exclusivo e sem contato, delivery e drive in, mostraram-se não inclusivas e, na realidade, são uma extensão da desigualdade social. (ODEH E MOREIRA, p.91,2020)

Cabe ressaltar que o Brasil já possuía alto índice de pessoas vivendo em situação de miséria, a crise causada pela pandemia aprofundou a pobreza no país, conforme as autoras expõem,

O número de pessoas, isso mesmo “pessoas”, na pobreza absoluta soma 13,5 milhões (IBGE, 2019). A definição disso é contábil, são aqueles que sobrevivem com R\$ 145,00 mensais. Se você está achando isso uma miséria, com perdão do trocadilho, imagine que o indicador de pobreza do Programa Bolsa Família, por exemplo, é de R\$ 89,00, abaixo do parâmetro de R\$ 145,00 utilizado pelo Banco Mundial. O auxílio emergencial do governo segue a mesma lógica de amesquinamento da vida. No caso do auxílio emergencial de R\$ 600,00, o critério é que a renda mensal por pessoa não ultrapasse meio salário mínimo (R\$ 522,50), ou se juntar todos da mesma família a renda total seja de até 3 (três) salários mínimos (R\$ 3.135,00). No Brasil, o menor rendimento familiar total médio soma R\$ 3.557,98 (IBGE, 2019). O auxílio emergencial além de repassar uma quantia miserável, não atinge sequer a média da menor renda familiar brasileira (SAMPAIO et al, p.233,2021)

Como se observa, o auxílio está longe de prover segurança de renda, e ainda está imerso na problemática de garantia e acesso. O acesso ao auxílio emergência se instrumentalizou em subdivisões grupais, sendo, os “beneficiários do PBF; b) os Inscritos no CadÚnico (e não beneficiários do Bolsa Família); e c) ExtraCad (demais cidadãos não inscritos no CadÚnico) (CARDOSO, p.1057, 2020). As únicas pessoas que passaram a receber o auxílio automaticamente foram os beneficiários do PBF, sem a necessidade de realizar o cadastro. Já os inscritos no CadÚnico tiveram que realizar cadastro e aguardar

a análise, que e forma geral, foi rápida. No entanto, para os identificados como “ExtraCad”, tiveram inúmeras dificuldades de acesso, como requerimento realizado no site da Caixa Econômica Federal (CEF), além das irregularidades cadastrais do CPF do usuários que impedia avançar no preenchimento das informações constantes no requerimento, também havia a demora da análise do pedido. Destaca-se que os usuários que mais requisitaram e receberam o auxílio emergencial foi o grupo ExtraCad, totalizando 29 milhões de pessoas, sendo 49,7% dos beneficiados, os beneficiários do PBF somaram 19,2 milhões de pessoas, sendo 32,5% dos beneficiados e inscritos no CadÚnico somaram 10 milhões de pessoas, sendo 17,8% dos beneficiados pelo auxílio emergencial(CARDOSO, 2020, p.1058)

A dúvida é, esses 49,7% do total dos beneficiados eram invisíveis¹¹ para o Estado até o advento da pandemia? E para quanto essa porcentagem ainda irá subir enquanto perdurar a proposta do governo federal em diminuir os números de beneficiados bem como as parcelas do decorrer de 2021 Ressalta-te que foi diminuído em 33% o número de brasileiros que receberam em 2021 o auxílio emergencial, os novos critérios excluíram famílias com renda superior a três salários mínimos¹² e cidadãos que recebem benefício previdenciário, assistencial ou trabalhista (CNN,2021) Outrossim, o acesso à internet e as tecnologias de informação foram inimigos da população que precisou acessar o auxílio emergencial, o que era para ser “uma mobilização inovadora para fazer frente aos desafios de permitir o requerimento massivo do benefício com o objetivo de evitar uma corrida a agências bancárias (CARDOSO, p.1057, 2020)”, foi um limitador de acesso aos cidadãos que não possuíam meios digitais para realizar os requerimentos e acompanhar o pedido.

Segundo as autoras Jesus e Campos, muitos usuários têm dificuldade no acesso, ou não possuem celular com acesso a internet e compatível com o aplicativo necessário para acompanhar e gerir o recurso.

O acesso à internet e tecnologias de informação se dá de forma precária ou não é uma realidade. Dados do IBGE¹² mostram que no Brasil, a exclusão digital atinge cerca de 45,9 milhões de pessoas. Muitos segurados e requerentes não

¹¹ Segundo o ministro da Economia Paulo Guedes eram "invisíveis" e foram "descobertos" por meio do auxílio emergencial. Na definição, são pessoas que não tinham carteira assinada nem recebiam algum benefício social antes de terem direito ao auxílio. "Simplesmente não há registro [desses trabalhadores]", disse Guedes, em junho de 2020. São pessoas como Maria Daniela, que mora num barraco de madeira e plástico numa favela de Maceió (AL), sobrevivendo com no máximo R\$ 500 por mês para ela e o marido, ambos catadores de um tipo de molusco. Ou como Débora, faxineira em São Paulo que sustenta cinco filhos e três netos sem nunca ter tido carteira assinada (ECONOMIA, 2020)

¹² O presidente do Congresso Nacional promulgou a Lei 14.158, de 2021, que fixou o salário mínimo em R\$ 1,1 mil a partir de 1º de janeiro de 2021.

dispõem de computador ou telefone celular ou possuem aparelho incompatível com a instalação de aplicativos, sem acesso à internet ou com internet de baixa velocidade (JESUS E CAMPOS, p.88, 2020)

Neste sentido, destaca-se que o primeiro acesso se dava pelo site da CEF, com preenchimento dos dados pessoais para solicitar o benefício, posteriormente o requerente deveria baixar o aplicativo do Caixa Tem para acompanhar e gerir sua Poupança Digital, onde o recurso era depositado e não poderia ser retirado até que liberado pela CEF, o que resultou na demora para os beneficiados terem acesso ao dinheiro em espécie, pois muitos desconheciam como utilizar o aplicativo para realizar pagamentos de boletos e transferências, que era autorizado quando o recurso estava em conta.

A materialização do programa foi deficitária e complexa, a população teve dificuldade no acesso, no manuseio de tais aplicativos, o que gerou aglomerações nas CEF's, na receita federal para regularizar o CPF e conseguir fazer o requerimento e nos equipamentos do SUAS, em que a população buscava para retirar dúvidas. O que era previsto como direito do cidadão expôs-se a necessidade de ter que passar horas numa fila para conseguir receber um valor que sequer custeava o básico da alimentação de uma família.

4. ENFRENTAMENTO A POBREZA E A DESIGUALDADE SOCIAL

Neste capítulo encontra-se uma discussão sobre as categorias pobreza, desigualdade e questão social, resultantes da dinâmica de reprodução do capital, e proteção social enquanto manutenção da ordem social e a defesa dos direitos, resultantes da contradição do modo de produção capitalista.

3.1 POBREZA, DESIGUALDADE E QUESTÃO SOCIAL

A pobreza e a desigualdade social são conceitos distintos, mas que se inter-relacionam. A noção de pobreza, é histórica e tradicionalmente vinculada à falta de recursos materiais e monetários para manter as condições mínimas de sobrevivência, porém, nos últimos anos, o conceito de pobreza tem sido abordado por diferentes aspectos através de diferentes autores, tratando o conceito como fenômeno complexo que abrange aspectos de privação de educação, saúde, energia elétrica, água, saneamento, dentre outros.

A pobreza é um fenômeno complexo e multidimensional, ela se situa como expressão de relações vigentes na sociedade (YASBEK, p.288, 2012), que pode ser analisada sob vários aspectos, o mais comum é a ausência de renda, não acesso ao consumo por privação econômica. Para essa discussão, utilizaremos a concepção ampla de pobreza, que transpassa o aspecto renda e se compreende como um fenômeno estrutural, fruto da sociedade capitalista. Nesse sentido, a autora Silva (2010, p.157) afirma que a pobreza é,

[...] entendida enquanto fenômeno estrutural, complexo, de natureza multidimensional, relativo, não podendo ser considerada como mera insuficiência de renda. É também desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida; é não acesso a serviços básicos; à informação; ao trabalho e a uma renda digna; é não participação social e política.

Corroborando com a autora, Martins (1991, p.15) aponta que a pobreza não se caracteriza apenas pelo não acesso a bens, mas é uma categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperanças. Desse modo, a pobreza é a expressão das relações sociais no desenvolvimento da sociedade capitalista, a qual é desigual e define quem é o “pobre” e qual o seu lugar de pertencimento. Essa realidade desigual, produto das relações vigentes na sociedade,

produz e reproduz desigualdades, fruto das contradições capitalistas (YASBEK, 2010). No contexto neoliberal, principalmente a realidade brasileira, permeada pela contradição e luta de classes no enfrentamento da pobreza, a desigualdade social se intensifica cotidianamente.

Sendo um conceito amplo e multifacetado, a pobreza pode ser caracterizada como a falta de renda, acesso a moradia, alimentação, vestuário, educação de qualidade.

[...] o conceito de pobreza é relativo, refletindo os hábitos, valores e costumes de uma sociedade; entretanto, com a globalização, essa noção passa a aproximar-se de uma medida comum. Os indicadores utilizados para estimar o grau de pobreza de uma sociedade partem de medidas quantitativas comparativas, demarcando os estratos sociais que enfrentam os mais baixos padrões de vida (SPOSATI, 1997, p.13)

Historicamente a pobreza foi compreendida como incapacidade, e responsabilidade pessoal, enquanto decisão do cidadão, ou falta de vontade suficiente para sair de sua condição de pobreza, sendo objeto de filantropia e benemerência das instituições religiosas até o início do século XX. Discursos comumente utilizados como *“todo mundo pode vencer, com muito esforço se tornar alguém na vida”* é expressão moralista e meritocrática para imputar ao cidadão que a situação em que se encontra é responsabilidade exclusivamente dele.

Há uma cultura da romantização do sofrimento, em ascender socialmente, quando se consegue, às duras penas, acessar ensino superior, se colocar no mercado de trabalho, vindo de relações sociais extremamente desiguais. Enquanto não se atribui responsabilidade nenhuma ao Estado, sem a percepção e problematização de que a pobreza se intensifica com o acirramento das relações de exploração entre capital e trabalho, e que as formas de acesso a oportunidades, bens e serviços são desiguais. Não há como comparar um jovem, morador da periferia com um jovem que reside num bairro nobre e que tem privilégios, que o primeiro jamais teve. Não há condição de competir em igualdade, se um sequer tem o que comer e o outro tem sua mesa farta e pode usufruir do consumo na sociedade capitalista.

Esse discurso de que o pobre é pobre porque não se esforça o suficiente, não leva em conta o processo sócio histórico das relações políticas que regem o desenvolvimento econômico e a apropriação da riqueza, da renda do trabalho, de quantas famílias vivem com recursos escassos e de como a riqueza se concentra nas mãos de tão poucos. O modo de produção capitalista pautado na socialização da produção, por um lado, e na

concentração de riqueza nas mãos das elites, por outro, faz com que ampla parcelada da população se encontre em uma situação de pobreza ou pobreza extrema, com distribuição irregular de renda, o que leva a reproduzir e aprofundar ainda mais a desigualdade social. As relações sociais na sociedade são profundamente desiguais, aglutinam-se acumulação de riqueza e precarização do trabalho e miséria, os pobres têm seu lugar definido na sociedade: na subalternidade.

Neste aspecto é importante recordar que o modo de produção capitalista se estrutura por meio da apropriação do trabalho, segundo Martinelli (2009, p.31)

A posse privada dos meios de produção por uma classe e a exploração da força de trabalho daqueles que não os detêm. Esta separação entre meios de produção e produtor e a consequente subordinação direta deste ao dono do capital permitem que se instaure o ciclo de vida do capital, o seu processo de acumulação primitiva.

Nesse processo estrutura-se uma nova ordem social, em que grande parte da população possui somente a força de trabalho para produzir riqueza para uma minoria, esse modo de produção evidencia a exploração como elemento central. A acumulação privada de capital ocorre por meio da exploração da força de trabalho por parte dos donos dos meios de produção, sendo o trabalho assalariado, para manter o que Marx identificou como mais-valia, em que o trabalhador produz mais valor para o capital e o salário recebido pelo trabalhador é inferior a esse valor produzido. O trabalho assalariado nasce, portanto, nos albores do capitalismo como trabalho forçado, isto é, não é livre (SINGER, 1994, p.26). Importante ressaltar que não é livre, porque o trabalhador não dispõe dos meios de produção para produzir o que necessita, então passa a vender sua força de trabalho como forma de sobreviver.

Com o fim do feudalismo e o advento da revolução industrial, o trabalho que antes era realizado para produzir o sustento, entregando parte da sua produção ao senhor feudal como tributo, no capitalismo o trabalho passa a ser valor de troca monetária. Importante frisar que nesse período de mudança do modo de produção, os camponeses foram expulsos das suas terras, tendo que se submeter à condição de trabalhador assalariado/explorado para garantir sua sobrevivência (CARVALHO, 2018, p.144).

A pobreza e a desigualdade social se acentuam com a exploração do modo de produção capitalista, a acumulação de capital em face da exploração do trabalhador assalariado, a partir da venda de mão de obra, aprofunda-se a pauperização na sociedade. Segundo Marx (2006, p.11) “o assalariado torna-se tanto mais pobre quanto mais riqueza

produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão”. Marx define que pobreza é estrutural, uma mazela do sistema capitalista. Faz-se importante lembrar que nem todas as pessoas são inseridas no trabalho formal, o que aumenta o contingente da população subalternizada, neste sentido Yasbek (2001, p.35), nos afirma que

A pobreza é uma face de descarte de mão de obra barata, que faz parte da expansão capitalista. Expansão que cria uma população sobrando, gente que se tornou não empregável, parcelas crescentes de trabalhadores que não encontram um lugar reconhecido na sociedade, que transitam a margem do trabalho e das formas de troca socialmente reconhecidas.

Dessa forma, a propagação de uma massa de trabalhadores excluídos do mercado de trabalho é resultado da própria dinâmica de reprodução do capital (CARVALHO, 2018, p.151), essa massa de trabalhadores aptos ao trabalho, mas desempregados, acresce ao pauperismo, “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade de produzir riquezas” (NETTO, 2001, p.42).

Importante salientar que, a maneira como a sociedade produz seus bens e serviços, como os utiliza e os distribui, e o não acesso igualitário a riqueza socialmente produzida, se expressa na sociedade como um conjunto de perspectivas desiguais, injustiças e opressão, “o regime capitalista de produção é tanto um processo e condições materiais da vida humana, quanto um processo que se desenvolve sob relações sociais-histórico-econômico de produções específicas” (IAMAMOTO, 2001, p.11). Essas relações estão marcadas por desigualdades, pobreza e exclusão social. Mas, a pobreza não é apenas compreendida como resultado da distribuição da renda, mas referida a própria produção, ou em outros termos a distribuição dos meios de produção, e, portanto, às relações entre as classes (IAMAMOTO, 2021, p.16)

A partir das contradições entre capital x trabalho, das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista, que é cunhado o conceito de questão social, amplamente discutido pelo serviço social. Segundo Netto (2001, p.42) a questão social é constitutiva do desenvolvimento capitalista, neste mesmo sentido, Yazbek (2001, p.33), afirma que a “pobreza e a exclusão social são resultantes da questão social que permeiam a vida das classes subalternas em nossa sociedade.”

Com o desenvolvimento industrial brasileiro, que culminou com grande desenvolvimento tecnológico e surgimento de indústrias que consolidaram o processo de acumulação, consolidação e expansão do capital, principalmente a partir do governo de Getúlio Vargas que adotou uma política industrializante, em que a tensão entre trabalho

e capital se evidenciou, o governo se apropriou das ações caritativas das igrejas, direcionando-as para ação governamental de assistência à sociedade, contudo, não rompeu com a lógica filantrópica utilizada até então. E nesse período histórico que se faz cunhado o conceito de proteção social, em respostas a expressões da questão social que emergiam com o processo de industrialização.

Frisa-se que no Brasil, antes de 1930, em que a Igreja era única e privativa instituição de atendimento a pessoa em condição de miserabilidade, essa situação figurava como culpa do indivíduo, julgado como vadio, preguiçoso e indisciplinado. A responsabilidade pela condição em si era dada apenas e exclusivamente ao indivíduo, neste período a questão social é convertida em objeto de ação moralizadora (NETTO, 2001, p.44), o que IAMAMOTO (2001, p.18) corrobora afirmando que

responsabilizar os indivíduos por suas dificuldades, deriva da ótica de análise dos “problemas sociais”, como problemas do indivíduo isolado, perdendo-se a dimensão coletiva e isentando a sociedade de classes da responsabilidade na produção das desigualdades sociais

As pessoas infortunadas eram estigmatizadas pela sua situação de pobreza, muitas vezes tratadas como caso de polícia e repreendidas severamente, entendia-se que possuíam uma disfunção individual, sendo grupos atípicos, frágeis ou doentes (SPOSATI, FALCÃO, TEIXEIRA, 2008). Nesse período a pobreza não era entendida como uma expressão da questão social que envolve a classe trabalhadora e o modo de produção capitalista, como se compreende atualmente, compreendia-se que essas disfunções deveriam ser isoladas para não atingir a população que era “sã”.

Assim, os pobres passaram a ser reprimidos e castigados, adquirindo uma conotação de vadiagem e criminalidade, “pobre, aqui identificado com “marginal”, passa a ser visto como ameaça à ordem” (MONTANO, p. 273,2020) pejorativamente chamado de disfuncional, desintegrado e desestruturado.

É desse cenário que surge o termo “classes perigosas”¹³ para desqualificar a condição humana que se encontrava o indivíduo, e o caracterizar como ameaça a sociedade. Neste período surge às teorias higienistas¹⁴, limpeza, recolhimentos de pessoas que moravam nas ruas, neste sentido,

¹³ A expressão “classes perigosas” foi empregada para se referir, na primeira metade do século XIX, aos trabalhadores não incorporados às novas relações de produção, que Marx denominou de exército industrial de reserva ou superpopulação relativa. Estes tiveram na repressão, na punição e na prisão, as formas de imposição das novas relações de produção (Duriguetto apud Guimarães, 2008)

¹⁴ Essas construções ideológicas sedimentaram, no final do século XIX e início do XX, o desenvolvimento do chamado Movimento Higienista, que pregava “o aperfeiçoamento da raça, colocando-se abertamente contra negros e mestiços” (Coimbra, 2007, p. 135). O conjunto dessas teorias serviram de base para a

Desde o final do século XIX, as elites brasileiras construíram a noção da periculosidade com base na concepção de que, “dependendo de uma certa natureza (pobre, negro, semialfabetizado, morador de periferia etc.)”, o indivíduo poderia desenvolver atos perigosos e entrar para a criminalidade (DURIGUETTO apud COIMBRA, 2007, p.132)

Historicamente é possível observar que o lugar do pobre é de subalternidade, independente do período histórico, embora o conceito de pobreza e do ser pobre é conceito amplo e em movimento, a figura do pobre ou foi associado a visão divina, ser pobre por vontade Deus; ou a visão repressora de que os pobres são um perigo a sociedade; ou a responsabilidade própria, em que não sai da condição de pobreza por falta de esmero.

A consolidação do capitalismo, os impactos da revolução industrial nas relações de trabalho e urbanização e o não acesso ao mercado de trabalho pelo excedente de mão de obra em comparação com a oferta de emprego, oportuniza empresas a pagar baixíssimos salários aos seus funcionários, outro fator é o amontoado de pessoas nos centros urbanos, sem renda, ou com trabalho informal, submetidos a condições de vida desumanas. Nesse sentido, Guimarães (2015) nos lembra que é preciso que haja desempregados para manter os salários dos empregados sempre baixos, o que Marx chama de exército de reserva do trabalho.

Realidade esta que se faz presente até os dias atuais, Oliveira (2018) caracteriza o crescimento da pobreza como projeto, e neste sentido recordamos dos cortes orçamentários gestados desde 2016 nas políticas de proteção social, “a pobreza decorre em grande parte, de um quadro de extrema desigualdade, marcado por profunda concentração de renda. Essa situação coloca o Brasil entre os países de maior concentração de renda do mundo”. (SILVA, 2010, p. 156)

O Brasil não é um país pobre, mas é estruturalmente desigual e concentra grande percentual de pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza. Segundo o Instituto Brasileiro de Estatística e Geográfica, o país tem quase 52 milhões de pessoas na pobreza e 13 milhões em extrema pobreza (IBGE,2020), sendo a população total estimada em 213.145.857, praticamente 1/4 da população é pobre, no país.

construção de ações públicas segregacionistas do espaço urbano, em que os territórios de adensamento quantitativo de pobres e negros precisariam ser erradicados para longe da visibilidade urbana e “civilizada”, condição para a garantia da “ordem social”, da “segurança” e da “salubridade” (DURIGUETTO, 2017, p.106)

Segundo o Banco Mundial (2015), 1% da população mundial detém a mesma quantidade de riqueza que os outros 99% da população global. Nesse aspecto, ressalta-se que pobreza não está necessariamente vinculada a desigualdade social, o Brasil, não é um país pobre, mas apresenta índices elevados de pessoas em situação de pobreza e/ou extrema pobreza, o que o torna desigual da distribuição de renda.

O mundo possui mais ou menos 7 bilhões de pessoas, e mais de 3 bilhões de indivíduos estão em situação de pobreza em todo o mundo. Segundo o Banco Mundial (2019), é considerado pobreza extrema aquele indivíduo que vive com até 1 (um) dólar americano por dia, de 1 a 3 dólares por dia é considerado como pobreza moderada. A síntese dos indicadores sociais do IBGE de 2018, apontou que o Brasil possui 52 milhões de pessoas vivendo em situação de pobreza, com uma renda mensal que não chega a R\$ 400,00 reais, ou seja, 1/4 da população se encontra em pobreza moderada. E, 13,5 milhões de pessoas no Brasil vive em situação de extrema pobreza, cuja renda mensal não atinge R\$ 145,00 reais (IBGE, 2019).

Após o advento da pandemia no início de 2020 e suas implicações nas condições de vida da população, o estudo realizado pelo Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades da Universidade de São Paulo USP, estima que a população em situação de pobreza se some em 61,1 milhões e 19,3 milhões em extrema pobreza (CARRANÇA, 2021), o que demonstra um aumento de 9,1 milhões de pessoas vivendo e situação de pobreza após início da pandemia.

Corroborando com esse pensamento, Costa (2020, p. 161) afirma que com advento da pandemia, o número de pessoas vivendo em situação de pobreza, aumentará consideravelmente.

Espera-se que 100 milhões de pessoas no mundo passem para baixo da linha da pobreza, de acordo com o Banco Mundial e o Instituto de Recursos Mundiais (WRI). Serão as cidades mais populosas as mais atingidas. Haverá uma queda entre 15% e 25% na arrecadação tributária dos governos neste ano. A preocupação é de como lidar com cerca de 1 bilhão de pessoas morando em favelas no mundo, que, segundo o relatório “O Desafio das Favelas” (2001), da ONU Habitat, são territórios reconhecidos pela privação de água potável, falta de saneamento, espaço mínimo para habitações, construções com materiais de baixa qualidade e insegurança sobre a posse do terreno (COSTA, 2020, p. 161)

Os efeitos econômicos da pandemia no ano de 2020 não foram devidamente enfrentados em decorrência do mísero auxílio emergencial concedido as famílias, situação que se aprofundou em 2021 visto que os 62,2 milhões de pessoas incluídas como

beneficiárias do auxílio no ano de 2020, diminui para 45,6 milhões de pessoas em 2021, com valores de R\$ 150,00 à R\$ 375,00.

Essa realidade desvela a face desigual da sociedade brasileira, condição que restringe o acesso à população pobre, negra, indígena, mulheres e o grupo LGBTQIA+ aos direitos sociais (SALVADOR ET AL, 2020, p.149)

As fraturas da sociedade brasileira ficam mais expostas quando o país, que possui uma das dez maiores economias do planeta, ocupa a 79ª posição no ranking de desigualdades entre 189 países do globo (PNUD, 2019). Esta é uma manifestação de violência estrutural que está diretamente relacionada aos insuficientes investimentos dos Estados nas políticas sociais e que avoluma a cada dia o aumento exponencial de pessoas vivendo na condição de pobreza e na pobreza extrema. (BOTÃO E NUNES, 2020, p. 251)

No Brasil, a pobreza está vinculada a desigualdades estruturais e históricas, as diferenças de distribuição, o não acesso a bens e serviço públicos, e a omissão do Estado em não ter um projeto para erradicação da pobreza e das desigualdades, como nos afirma Santos (2020, p.131), “As bandeiras são desfraldadas em defesa de uma sociedade mais justa e mais igualitária, não de uma sociedade plenamente justa e igualitária”, o que nos leva a compreender que há um movimento feito pelo próprio Estado, para que haja um conformismo do indivíduo nas situações de desigualdade por ele vividas. Ainda citando o autor, é preciso desnudar os processos excludentes que os indivíduos estão expostos.

É necessária atenção para enxergarmos a carga ideológica que sutilmente se esconde atrás das concepções que priorizam a conformação dos indivíduos acerca das desigualdades, dos processos de dominação e de exclusão. Ao tratar o fenômeno de forma naturalizada, buscando formas de conviver em meio às desigualdades, essas concepções teóricas, consciente ou inconscientemente, colocam-se a serviço da manutenção da soberania de algumas classes em detrimento de outras (SANTOS, 2020, p. 114)

O enfrentamento das desigualdades sociais, e a erradicação da pobreza, expressões da questão social¹⁵, perpassam pelos conflitos entre capital e o trabalho, sendo responsabilidade do Estado (o qual também opera em favor do capital e da concentração de renda de grupos oligárquicos, colocando a política social no cerne das contradições) afiançar direitos e aplacar as violências, desigualdade e pobreza oriunda do próprio modo de produção capitalista.

¹⁵ A questão social, cuja gênese é o conflito capital-trabalho, possui atualmente expressões múltiplas (pobreza, desemprego, violência, discriminação de gênero, raça, etnia e orientação sexual, trabalho precário, dificuldade de acesso à saúde, à educação e ao trabalho, falta de moradia, violação dos direitos das crianças e idosos)

Ressalta-se que o conjunto de desigualdades, aprofundou-se com golpe de 2016, que trouxe Michel Temer à presidência, após o impeachment da presidente Dilma Rousseff, e que desde então se vem produzindo cotidianamente o desmonte das políticas sociais, reformas trabalhista e previdenciária, que afetam diretamente os direitos garantidos pela CF, assunto já citado no decorrer desta pesquisa. O aprofundamento das desigualdades sociais, fruto deste cenário, se agudizaram com o advento da pandemia da Covid- 19, como se observa na afirmação dos autores Lara e Hillesheim (2021, p.75),

As desigualdades de salários, habitação e todas as demais necessidades básicas de reprodução social fazem do Brasil um dos países com as piores condições de vida para a maioria da população. A pandemia da Covid-19 escancarou as misérias do País, onde os investimentos em políticas públicas (saúde, educação, assistência social) historicamente foram insuficientes para o número de pessoas que delas precisam e deveriam ter acesso como direito social. Se os ataques aos direitos trabalhistas vêm de longa data e atrelados a 94 propostas de modernizações conservadoras frequentes, também os recursos destinados à habitação e saneamento básico foram insuficientes e compõem a dimensão estrutural da “questão social” brasileira.

Neste sentido, é importante ressaltar que a população mais vulnerável economicamente, vivencia a pandemia em condições piores do que já se encontravam, buscam no poder público meios de manter sua subsistência, são pessoas que ficam “em longas filas para receber benefícios como uma cesta, um saco de leite, uma consulta, um lugar no ônibus para ir ou voltar do trabalho, para obter um documento, para conseguir um emprego e reivindicar um direito (YASBEK, p.292,2020).

Reforça-se que a partir do cenário pandêmico, alinhado ao acirramento da crise econômica com conjuntura de desmonte histórica das políticas sociais, as expressões da questão social aprofundarão as desigualdades sociais e consequentemente conduzirá a sociedade para o aumento de pauperização da população.

4.2 PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL

Adotaremos a perspectiva que compreende a proteção social enquanto manutenção da ordem social e a defesa dos direitos, resultantes da contradição do modo de produção capitalista. O conceito de proteção é amplo, iniciamos essa discussão trazendo alguns atores que contribuem para a proposta presente. Di Giovanni (2008, p.10) conceitua a proteção social como “as formas – às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de

seus membros”. Importante frisar que proteção se expande à esfera pública estatal, possuindo também o sistema protetivo familiar, comunitário e filantrópico. Utilizamos o termo filantropia no início dessa discussão, porque é primeiramente desse conceito, que surge às raízes da proteção social, a partir da benemerência das igrejas, de maneira assistencial e caritativa tão difundida na nossa sociedade até os dias atuais.

É necessário lembrar que até o marco de abertura democrática no país após anos de autoritarismo militar, não existia um sistema de proteção governamental, sendo implantado através da promulgação da Constituição em 1988. Antes da Carta Magna as respostas às vulnerabilidades que as famílias apresentavam, havia apenas em ações pontuais, descoordenadas e de cunho caritativo, comumente realizado pelas igrejas às pessoas em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Estado e Igreja vão dividir tarefas: o primeiro impõe a paz política (e com toda a violência necessária), a Igreja, ou melhor, as Igrejas (Católica e Protestante) ficam com aspecto social: trata-se de fazer caridade. A justificativa é a necessidade de todos praticarem o bem, portanto os ricos precisavam cumprir seus deveres com os pobres. Era uma preocupação com o indivíduo. O modo pelo qual se pensava resolver os problemas sociais era pela reforma de costumes ou reforma social de cada um (ESTEVÃO, 1992, p.11).

A conjuntura vivenciada nesta época, de 1920 a 1930, foi marcado pelo Estado e pela Igreja intervindo no controle de protestos dos operários que passaram a reivindicar a intervenção do Estado diante das condições precárias que os indivíduos viviam de higiene, saúde e habitação, passaram então, requerer direitos e melhorias nas condições de vida e de trabalho. O Estado para regular essas tensões, entra com medidas de caráter interventivo e de regulação da questão social como primeiras mediações para diminuir as tensões de trabalhadores, realizando ações filantrópicas. É nesse campo de luta e resistência que as disputas sociais entre a classe burguesa e a classe operária se intensificaram e passaram a exigir outros meios de intervenção, pois, a filantropia e a repressão já não davam conta de tais conflitos. (IAMAMOTO, CARVALHO 2005). O papel repressor adotado pelo Estado, e as ações caritativas da Igreja, tinham interesse em adequar o trabalhador às novas condições de vida, neutralizando a classe trabalhadora que gerava conflitos.

Sendo assim, a emergência e um efetivo sistema de proteção social no Brasil se deu a partir da década de 1930, em virtude das transformações políticas e econômicas deste período ocasionadas pelo processo de industrialização brasileiro. Importante frisar que o processo de industrialização no país ocorreu tardiamente, se comparado aos países

capitalistas centrais, no final do século XIX e início do século XX, aproximadamente 200 anos após a industrialização nos países europeus.

A partir da década de 1930, o governo de Getúlio Vargas faz investimentos no setor industrial, o que o tornou um país concorrente no recebimento de indústrias mundiais, isso oportunizou sua inserção no sistema capitalista global, “não fomos o berço da Revolução Industrial e as relações sociais capitalistas desenvolveram-se aqui de forma bem diferente dos países de capitalismo central, ainda que mantendo suas características essenciais” (BEHRING et BOSCHETTI, 2006, p.71), desse modo, o sistema protetivo também fez-se discutido tardiamente no Brasil. Neste sentido, Pochmann (2004, p.10) nos afirma que,

quando se estabeleceu o projeto de industrialização, que já era tardio em comparação com as fases de industrialização originária ocorridas no centro do capitalismo mundial, grande parte do custo de reprodução da força de trabalho foi externalizado da estrutura interna de produção da empresa. Em outras palavras, além de cobrir alimentação e vestuário, o salário recebido mensalmente pelo empregado urbano teve que cobrir também despesas com moradia, previdência e assistência, educação, saúde, entre outros.

Nesse período de industrialização brasileira, Vargas aprova a Consolidação das leis trabalhistas¹⁶, com intuito de fazer da política trabalhista uma forma de controlar as insatisfações dos trabalhadores. Também criou a Legião Brasileira de Assistência¹⁷, no intuito de dar respostas à população explorada pelo processo de acumulação nessa fase da industrialização. A classe trabalhadora é explorada até os dias atuais, mas enfatiza-se esse período por serem as respostas que o governo, populista naquele período, conseguiu equilibrar entre o processo de exploração e os trabalhadores que reclamam por melhores condições de sobrevivência. Santos (1979, p.31) expõe que,

a política social do governo estava essencialmente ligada à política de acumulação e todo o problema, do ponto de vista governamental, consistia em conciliar uma política de acumulação que não exacerbasse as iniquidades sociais a ponto de torná-las ameaçadoras, e uma política voltada para o ideal

¹⁶ Surgiu pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista existente no Brasil. Seu principal objetivo é a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas. A CLT é o resultado de 13 anos de trabalho - desde o início do Estado Novo até 1943 - de destacados juristas, que se empenharam em criar uma legislação trabalhista que atendessem à necessidade de proteção do trabalhador, dentro de um contexto de "estado regulamentador". A Consolidação das Leis do Trabalho, cuja sigla é CLT, regulamenta as relações trabalhistas, tanto do trabalho urbano quanto do rural. Desde sua publicação já sofreu várias alterações, visando adaptar o texto às nuances da modernidade. Apesar disso, ela continua sendo o principal instrumento para regulamentar as relações de trabalho e proteger os trabalhadores.

¹⁷ Órgão assistencial público brasileiro, fundado em 28 de agosto de 1942, pela então primeira-dama Darcy Vargas, com o objetivo de ajudar as famílias dos soldados enviados à Segunda Guerra Mundial, contando com o apoio da Federação das Associações Comerciais e da Confederação Nacional da Indústria, de caráter assistencialista, focalista e moralizador.

da equidade que não compromettesse, e se possível ajudasse, o esforço de acumulação. (Santos, 1979, p. 31)

Em âmbito mundial, os países já se encontravam em outras situações da trajetória dos sistemas de proteção social, que a partir do conceito de política social, há três ciclos históricos, o 1º é o Estado Liberal, o 2º o Estado Social e o 3º o Estado Neoliberal, que dentre ciclos históricos, especificamente no ciclo dois, encontra-se o Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*, período em que ocorreu a expansão das políticas sociais, a partir de uma expansão do Estado em suas funções políticas e econômicas (SILVA, et al 2009).

Segundo Gomes (2006), a derrubada do Estado Liberal para ascensão do Estado de Bem- Estar Social pode ser compreendida a partir de quatro elementos, o primeiro é a conquista dos direitos políticos pela classe trabalhadora, o segundo aspecto é o capitalismo monopolista¹⁸. Outro aspecto importante para se analisar a transição do Estado liberal para o Estado de bem estar social, é a revolução socialista de 1917, na Rússia¹⁹. O Conjunto dessas situações fez com que o capitalismo ocidental repensasse suas práticas. O quarto elemento é a crise de 1929²⁰ ou a grande depressão como é chamada

A crise dentro do sistema capitalista faz parte do próprio movimento cíclico do capital, quando ela ocorre o capitalismo procura meios de se renovar, e no início do século XX a maneira encontrada foi a busca de uma maior intervenção do Estado na economia. Esses quatro elementos resgatados, foram à passagem do Estado liberal para a constituição do *Welfare State*, que pode ser compreendido

[...] como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos

¹⁸ O sistema capitalista passou pela fase concorrencial, depois ele adentrou fase monopolista, quando o Estado começa a investir mais nessa produção capitalista, e, portanto, quando as empresas aumentam tanto na produção como na velocidade de sua produção. Com a revolução tecnológica, isso fez com que a produção aumentasse, essa produção levou a uma centralização e uma concentração de capital, criando grandes corporações e grandes empresas. Deter os meios de produção, no capitalismo monopolista, significa ter grande investimento e grande poder, inclusive, para liquidar sua concorrência. As empresas maiores estavam comprando as empresas menores. Conforme o capitalismo vai se complexificando, as ideias liberais clássicas vão perdendo potência de fala de quem nem todo mundo poderia ser capitalista.

¹⁹ A Revolução Russa (1917-1928) foi constituída de uma série de eventos responsáveis por derrubar a monarquia que comandava o Império Russo até então e criar a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), o primeiro país socialista do mundo. Antes da Revolução Russa, cuja concretização foi em 1917, o sistema político que organizava o país desde o século XVI era o czarismo. Tratava-se de uma forma de absolutismo, no qual o czar (imperador) concentrava em suas mãos todos os poderes. Ao czar estavam submetidas todas as classes sociais, desde os servos até a nobreza – conhecida como boiardos – e a Igreja Católica Ortodoxa (MORAIS, 2019)

²⁰ Foi uma forte recessão econômica que atingiu o capitalismo internacional no final da década de 1920. Marcou a decadência do liberalismo econômico, naquele momento, e teve como causas a superprodução e especulação financeira.

indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente (GOMES, 2006, p.203)

A teoria econômica em voga nesse período, chamada de *Keynesianismo*, baseada no pensamento do economista John Maynard Keynes, afirmava que o Estado deveria intervir na economia sempre que fosse necessário com medidas anticíclicas, enquanto regulador do processo de produção e reprodução social, através da formulação de políticas sociais

Neste sentido Boschetti (2008, p.174) nos afirma que,

O pensamento keynesiano foi determinante para o desenvolvimento e expansão das políticas públicas e da seguridade social, porque preconiza que o Estado tem uma função-chave no desenvolvimento econômico por meio da ampliação de políticas sociais. Nesta perspectiva, o gasto público não é entendido como negativo e gerador de déficits, mas, ao contrário, integra uma política de desenvolvimento baseada na tese de que o gasto social tem a função de aumentar as demandas por bens e serviços de consumo, e pode gerar pleno emprego.

Essa fase significou conquistas aos movimentos de trabalhadores, a partir da concretização dos direitos sociais, porém cabe resgatar que o intuito não era propriamente a questão da proteção da população, e sim a necessidade de preservar e controlar a mão de obra do trabalhador à necessidade do capital. Por outro lado, o intitulado Estado de Bem Estar- Social oportunizou avanços significativos na conquista de melhores condições de vida, de direitos trabalhistas, de renda, contudo cumpria com o objetivo de manutenção da exploração do capital sobre o trabalho. É importante frisar essa contradição, para não cairmos no erro de achar que o *Welfare State* foi uma intenção estatal de responder, de fato, as necessidades dos indivíduos pelo entendimento de que estavam vivendo em subalternidade e mereciam condições dignas de vida.

A produção de riqueza através da acumulação do capital nunca saiu do centro de discussão, independentemente se o Estado é liberal ou social, o cerne da questão sempre é e será a manutenção do sistema capitalista. O que muda, é como o Estado se reorganiza para oferecer um sistema protetivo, na intenção de que o trabalhador se mantenha em condições de continuar produzindo. Ora o Estado é mais presente através de políticas sociais, ora o Estado é mais ausente, quando entende que a população não inflige sobre o poder instaurado. E nesse aspecto, a intenção do capitalismo não é atender as necessidades que os indivíduos apresentam ou a erradicação da pobreza, o fim da desigualdade social, e a ascensão das classes subalternas para que convivam em igualdade de oportunidades.

Reforça-se que esse cenário não é a realidade do Brasil, cuja industrialização e criação do sistema protetivo iniciou tardiamente quando comparado com países europeus.

No Brasil “tenta-se relacionar os conceitos básicos do estado de Bem-estar Social, com a experiência do período de desenvolvimentismo econômico de 1930 até 1970” (GOMES, 2006, p.206), após a revolução industrial brasileira, em que se inicia um movimento de criação da estrutura de proteção social. Ainda citando o autor,

[...] pode-se dizer que na história brasileira, mesmo considerando suas especificidades, não se constituiu um sistema de seguridade social próximo do modelo que ficou conhecido como Welfare State. Talvez seja mais coerente considerar que, durante todo o processo histórico de formação e estruturação das formas do Estado moderno no Brasil, não se tenha implementado mais do que apenas algumas políticas de bem-estar social (GOMES, 2006, p.221)

Exposto o caráter contraditório que o sistema de proteção possui, analisamos os avanços das políticas sociais que compõem o sistema de proteção social brasileiro garantido na CF de 1988, através de reconhecimento dos direitos sociais como acesso à saúde, previdência, assistência social, educação, moradia, segurança, lazer, trabalho, e renda. Um modelo amplo de proteção social enquanto responsabilidade do Estado em prover a oferta da proteção social através das políticas sociais, assim “o desenvolvimento de políticas sociais passou a ser uma tendência geral das sociedades capitalistas, que instituíram sistemas de proteção social e passaram a assumir um papel fundamental na garantia das condições gerais de produção, por meio da socialização dos custos da produção (GOUGH, 1982; MANDEL, 1982, 1990; WOOD, 2006; BOSCHETTI, 2016).

O que se espera da proteção social aos cidadãos? Em uma sociedade de mercado a resposta mais usual tem sido a que relaciona, mecanicamente, o acesso à renda como condição para “estar protegido”. Por outras palavras, ter renda seria o suficiente para resolver situações que fragilizam as famílias e seus membros [...] Por essa via, o acesso ao mercado por meio do consumo seria a única resposta possível de garantia ou restauração da automanutenção. Duas realidades são ocultadas por esse modo de pensar. Primeiro a de que a proteção social é mais do que um objeto de compra e venda; segundo, que ela ultrapassa o campo individual (SPOSATI, 2010, p.6)

A autora nos traz um elemento de análise que é a relação da renda com a proteção social, da necessidade de se pensar a proteção social além da garantia de renda e trabalho. O sistema de proteção social amplo abrange os aspectos mais variados, como um conjunto de direitos à população. As políticas sociais que operacionalizam a proteção social “devem assegurar as condições necessárias para que os usuários possam utilizá-las” (Sposati, 2004, p.40)”. Quando o indivíduo busca um serviço estatal não está atrás de um “favor”, mas daquilo que é seu por direito, que se encontra estabelecido em lei. A exemplo

disso, temos a Seguridade Social composta por três políticas, de saúde, assistência social e previdência social.

O Sistema Único de Saúde (SUS), após a CF de 1988 passa a oferecer a todo cidadão acesso integral, gratuito e universal de saúde. Rompendo com o modelo até então vigente de tratar somente a doença do indivíduo e passa a incorporar a promoção de saúde e prevenção de agravos, “saúde direito de todos e dever do Estado” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). A Política Pública de Assistência Social é uma política pública não contributiva, dever do Estado e direito de todo cidadão que dela necessitar (PNAS,2004). Organizada em um sistema descentralizado e participativo, o Sistema único de Assistência Social (SUAS) organiza a oferta da assistência social em todo o país, promovendo proteção social a famílias, crianças, adolescentes e jovens, pessoas com deficiência, idosos, todos que dela necessitarem. Já a previdência social, a única política contributiva da Seguridade Social, é um seguro público que garante renda aos trabalhadores na aposentadoria ou em situação de incapacidade para realizar seu trabalho, como situações de doença, acidente e prisão, sua renda é substituída por um seguro. Todos os trabalhadores com carteira assinada são automaticamente filiados ao INSS, e autônomos e contribuintes individuais também podem contribuir com o regime. Para ter direito a esse modelo de proteção, é preciso contribuir mensalmente com o INSS. Ainda poderíamos citar outras políticas, como de segurança alimentar, habitação, emprego, trabalho e renda, lazer, esporte, cultura, enfim. Tudo o que compõe o conjunto de direitos dos indivíduos, mas preferencialmente trazemos apenas o sistema protetivo a partir da seguridade social, o qual vem sofrendo ao longo dos anos, cortes e retrocessos.

O desmonte da seguridade social é um processo de longo prazo, porém, tornou-se mais potente no governo do presidente Jair Bolsonaro, com políticas econômicas austeras que atacam e desorganizam todas as políticas públicas de direitos. Seu governo propõe políticas voltadas à precarização das condições de vida e saúde da população, desqualifica a ciência, ataca o SUS, como ficou evidente no seu posicionamento na demora em comprar vacinas contra a Covid-19, que poderia ter salvo muitas vidas. É uma política de morte, já trazida nesse estudo, que descarta a vida humana à favor da economia, assim como nos afirma MENDONÇA (2019, p.110)

As forças conservadoras que dominam o governo e o Congresso Nacional seguem uma agenda fundamentalista contra direitos conquistados por movimentos sociais rurais e urbanos. A política de “austeridade” econômica e o enfraquecimento de mecanismos de proteção ambiental consolidam um golpe contra o futuro.

O SUS, SUAS e a própria Previdência Social, são conquistas dos movimentos sociais, trabalhistas e sindicais, que as históricas lutas vêm tentando fortalecer o processo de efetivação de direitos, mas que atualmente está imerso num cenário de desmonte de políticas sociais e crescente criminalização dos movimentos populares que se colocam contra esse desgoverno.

Seria essa fase mais uma etapa de luta e construção, como nos períodos já vivenciados na história do Brasil, de embates e ganhos sociais? Ou é o fim derradeiro do sistema de proteção face a um governo de morte? Muito se construiu em relação a proteção social, mas muito ainda precisamos fazer, como nos afirma Duarte (2020, p.21) “lidamos com sujeitos reais e concretos, que sentem, pensam, agem e sofrem os efeitos da desigualdade social, expressões da questão social, do sucateamento das políticas sociais e das redes de proteção social operadas pelo Estado”.

5. PROTEÇÃO SOCIAL ATRAVÉS DO SUAS

Este capítulo traz uma breve exposição de como se construiu o SUAS, seus serviços programas e projetos, e sua luta continua para ser reconhecido como política social garantidora de direitos, bem como, ainda traz elementos para refletirmos sobre matricialidade sociofamiliar e familismo a partir do SUAS.

5.1 SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A assistência social no Brasil, historicamente, constitui-se no campo da filantropia e caridade. Até 1988, não existia um sistema de proteção social amplo em resposta as vulnerabilidades que as famílias apresentavam. É a partir da Constituição de 1988 que será delineado os primeiros passos da política de assistência social, objetivando desvinculá-la dos tradicionais modelos assistencialistas e compreendendo-a como garantidora dos direitos da cidadania. No Art. 203, a Constituição traz a definição da política de assistência social

“A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II – o amparo às crianças e adolescentes carentes; III – a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV – a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.” (BRASIL, 1988, p.159)

A Constituição Cidadã²¹, como ficou conhecida, foi fruto de intensos debates e articulação da população e dos movimentos sociais, como afirma Fachin e Pagliarini (2018, p.151)

[...]os movimentos sociais atuaram não apenas nos tempos precedentes à convocação da Assembleia Nacional Constituinte, mas especialmente durante os trabalhos de elaboração da Constituição: foram sugeridas 61.020 propostas de textos constitucionais e apresentadas 122 emendas populares, algumas delas com mais de um milhão de assinaturas.

²¹ Ficou conhecida como Constituição Cidadão, pelos direitos que passou a garantir para os brasileiros e pela retomada do processo democrático iniciado com o encerramento da ditadura militar no Brasil.

No entanto, a lei demorou a ser regulamentada. Segundo Yazbek (2004, p.1),

É um trânsito difícil: o trânsito das práticas de benemerência, filantrópicas, assistencialistas, para o campo das políticas públicas. A inserção da assistência social na Seguridade traz para essa política uma nova visibilidade, uma nova inserção, trazendo-a para o campo da proteção social. Assim, a Assistência Social articulada à outras políticas no campo social, volta-se à garantia de direitos e de condições dignas de vida para a população brasileira

Somente em 1993, através da Lei nº 8.742 que instituiu a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e foi definida a organização da assistência social no território brasileiro. De acordo com a LOAS, em seu Art. 4º, a Assistência Social se rege pelos seguintes princípios:

Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançáveis pelas demais políticas públicas; Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (BRASIL, 1993, p.8).

Apesar de ser reconhecida legalmente como política pública de responsabilidade do Estado, a assistência social teve um longo caminho para ser implementada. Somente em 2004 a Política Nacional de Assistência Social foi aprovada, seguida da constituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Na esfera da Assistência Social, a criação do SUAS ampliou a oferta de serviços e alterou a definição de parâmetros de atuação e gerenciamento, conduzindo a inúmeras mudanças, seja nos processos relacionados à violação de direitos e que exigem articulação interinstitucional e domínio de especificidades legais, seja no âmbito dos programas especiais e nos de transferência de renda (MOTA apud COUTO, 2014, p. 696)

O SUAS materializou a descentralização, a participação e direção única da política de assistência social, onde o primeiro conceito define a competência das três esferas governamentais proporcionando os elementos necessários ao desenvolvimento de ações sociais descentralizadas, complementares e não paralelas; o segundo implica reconstruir a relação Estado-Sociedade reformulando a relação público-privado estabelecendo,

igualmente, o princípio de gestão democrática ao definir os meios pelos quais a sociedade pode participar no processo de definição, construção e operacionalização das políticas públicas (FREITAS, 2015, p.114); e o terceiro funciona como um núcleo político que coordena a política pública de assistência social, integrando e articulando todas as ações que acontecem na sua esfera de governo (CNAS, 2013, p.32). Tais diretrizes encontram-se no Art. 5 da LOAS, sendo,

Descentralização político-administrativa para com os Estados, o Distrito Federal e os municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo; Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis; Primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo (BRASIL, 1993, p.8).

Outrossim, os tipos de proteção foram tipificados, os recursos humanos a serem utilizados foram definidos, e os serviços, benefícios, programas e projetos foram organizados. O processo de construção legal da Política de Assistência Social deu sequência com a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), que disciplina a gestão pública da política de assistência social em todo território brasileiro.

Sposati nos afirma (2004, p.42) que

A rede de proteção social da assistência social tem por primeiro objetivo a proteção ao ciclo de vida, isto é, o dimensionamento de apoios às fragilidades dos diversos momentos da vida humana, como também de apoios aos impactos dos eventos humanos que provocam rupturas e vulnerabilidades.

Nesse aspecto, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, em 2009, que organizou a política em dois níveis de proteção, básica e especial. Como proteção social básica entende-se que,

[...] tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2005, p.35)

O principal equipamento que oferece os serviços da proteção social básica é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o qual é o responsável pela execução dos serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica, além da

organização e coordenação da rede de serviços socioassistenciais locais (COSTA; AGUIAR, 2015), constitui-se como espaço de concretização dos direitos socioassistenciais nos territórios. O CRAS é um espaço de convivência entre os usuários, oferece o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que tem por finalidade o trabalho social com famílias a fim de prevenir a ruptura dos seus vínculos, fortalecendo a função protetiva das famílias, sendo ofertado de forma continuada (BRASIL, 2014, p. 12). Complementar ao PAIF tem-se o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV),

Serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. Forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e coletivas, na família e no território. Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária (BRASIL, 2009, p.9).

O SCFV é realizado em grupos, divididos por faixa etária, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, e busca complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. A proteção social básica também oferece o serviço de proteção social básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos, tem por finalidade prevenir possíveis situações que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários, visa à prevenção de risco, exclusão e o isolamento (BRASIL, 2009, p.27)

Já o serviço de proteção social especial se divide em média e alta complexidade, onde o primeiro se destina as famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas que ainda mantem vínculo familiar e comunitário, o serviço deve oferecer uma atenção especializada com acompanhamento sistemático, tem a função de fortalecer a função protetiva das famílias e retirar os usuários das situações de risco pessoal e social em que se encontram. O equipamento responsável por oferecer essa proteção é o Centro de Referências Especializado em Assistência Social (CREAS), porém, nem todo município tem capacidade para a instalação de um equipamento de média complexidade financiado pelo governo estadual ou federal, pois depende de número de habitantes. Os municípios que são de pequeno porte possuem equipe mínima formada por assistente social,

psicólogo e advogado, alocados na gestão da secretaria de assistência social, para que possam realizar minimamente a função da proteção prevista da tipificação.

A proteção social especial (PSE) de média complexidade oferta através dos CREAS o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA), Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), e ainda serviço especializado para pessoas em situação de rua nos Centros de Referência Especializado da População em situação de rua (centro POP) e Centro – Dia para atendimento de idosos (BRASIL,2009).

Compondo a proteção social especial, temos a alta complexidade que se concretiza na oferta de serviços de acolhimento a indivíduos ou famílias com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral (BRASIL, 2009, p. 46). Os acolhimentos são organizados por faixa etária, (crianças e adolescentes, mulheres vítimas de violência, adultos, idosos e pessoas com deficiência) sendo várias modalidades de acolhimento, como serviço de acolhimento institucional²², serviço de acolhimento em república²³, serviço de acolhimento em família acolhedora²⁴.

Observa-se que o SUAS vem se construindo e reconstruindo nos últimos 20 anos, implantando um conjunto de ações em prol aos usuários para a redução e prevenção de situações de risco em que aos indivíduos e famílias se encontram. Nesse sentido,

[...] percebe-se que desde a implantação do SUAS até os dias atuais, houve muitos avanços e conquistas, os quais foram fundamentais, tanto para este sistema quanto para a consolidação da política de assistência social brasileira. Vale ressaltar, que o SUAS, continua o seu processo de implantação, de aprimoramento, ele ainda não está pronto, concluso, pois vem se aprimorando, se estruturando de acordo com a realidade e necessidades dos entes federados e das expressões da questão social, onde nos mais variados equipamentos públicos da assistência social acontecem às ações do Sistema Único de Assistência Social (ARAGÃO E HORA, 2019, p. 127)

²² Equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral, se configuram como acolhimento institucional, casa de passagem, abrigo institucional, residências inclusivas e instituição de longa permanência para idoso (ILPI) (BRASIL, 2014, p.49-50).

²³ Serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos em estado de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados e sem condições de moradia e autossustentação (BRASIL, 2014. P.51).

²⁴ Serviço que organiza o acolhimento de crianças e adolescentes, afastados da família por medida de proteção, em residência de famílias acolhedoras cadastradas (BRASIL, 2014. P.54)

A partir de todo o exposto, vale resgatar o quanto se avançou na implantação de equipamentos no território brasileiro.

Foram instalados mais de 8.300 Centros de Referência de Assistência Social - CRAS. São mais de 21 milhões de atendimento por ano. Soma-se mais de 1,6 milhões de atendimento dos mais de 2.700 Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS e nos Centros Especializados de Atendimento à População de Rua (Censo SUAS, 2017). É por meio da rede de serviços e benefícios que o SUAS viabiliza proteção social a milhões de brasileiros, pelas seguranças sociais de acolhida, renda, convivência, sobrevivência às vulnerabilidades e autonomia (BRAGA, et al, 2020, p.52)

Porém, com as contrarreformas ultraliberais em curso, cortes orçamentários desde 2016, o SUAS tem se desafiado a trabalhar na perspectiva de garantia de direito com poucos recursos disponíveis. Desmonte que já estava em curso, foi potencializado com o governo Bolsonaro, somado a crise política econômica e social desencadeada pela pandemia da Covid-19, desde o início de 2020.

No Brasil, as medidas adotadas pelas autoridades sanitárias e pelo governo culminaram na decretação do estado de calamidade pública que determina ações propícias para o isolamento social e a redução ou ainda a paralização de diversos serviços, com exceção daqueles considerados essenciais. Entretanto, o presidente do país não adota uma política unificada de combate à disseminação do vírus e prega o retorno das atividades econômicas desde a primeira fase da doença. Assim, é possível visualizar uma forte tensão e desarmonia pairadas pelo discurso negacionista e de ódio que tende a priorizar o lucro e não a vida, a manipulação de ideologias por meio de notícias falsas, caminhando para ações de inspirações fascistas e racistas estimuladas pela nova direita no país (VIEIRA E TEIXEIRA, 2021, p.62)

A ação do Estado durante a pandemia enfatizou em resguardar a econômica através dos seus discursos a favor das atividades econômicas e contra o isolamento social que afetaria a movimentação financeira do país e, no campo da proteção social, ou desproteção, implementou programa de auxílio emergencial que, com um valor irrisório, acaba que não garante proteção a população em situação de vulnerabilidade econômica, e a liberação de recursos públicos para as prefeituras para pagamento de benefícios eventuais que em sua grande maioria foram destinado a liberação de alimentos/cestas básicas as famílias afetadas pela pandemia.

Nesse sentido, vale resgatar uma crítica feita por Sposati (2021, p.256) de como as provisões do SUAS são engessadas durante período de calamidade pública.

O cardápio do SUAS, para prover atenções em emergências e calamidades, é bastante incipiente e não muda há muito tempo. Uma das respostas históricas foi sempre a concessão de cesta básica, colchões, cobertores, roupas, alimentos

quentes. Parece que temos um mantra: para qualquer emergência, a resposta é alimento, teto, abrigo. A pandemia da Covid-19 “pegou esse mantra na curva”. Digamos que, cuidar de alimento e higiene permaneceu, mas abrigo, ou partilha de teto, tornou-se a antítese da medida sanitária necessária do isolamento. Diante dessa falta de saber o que e como fazer, seguir o novo mantra, “fique em casa”, mostrou-se paradoxal, diante dos não proprietários; dos sem-casa; dos que vivem situação de violência intrafamiliar; das pessoas em situação de rua; dos que convivem em moradia precária; dos viventes sem infraestrutura.

Tal afirmação pode ser comprovada na pesquisa realizada com os/as profissionais da região da Amplanorte, apresentada no último capítulo deste estudo, que demonstrou que a maior procura durante o período da pandemia foi alimentos. Não será aprofundado nessa discussão o auxílio emergencial, visto que já foi objeto de discussão em outro momento.

Em Santa Catarina (SC), já havia uma ausência do governo de estado nas ações da política de assistência social, conforme nos afirma Meigo, Bottega e Souto (2021, p.124),

Reconhecemos que, mesmo após quinze anos do SUAS, os municípios ainda enfrentam dificuldades e revelam limites para a operacionalização da Proteção Social Básica e Especial. Limites construídos historicamente e impostos à assistência social, como a formação cultural conservadora, o desenvolvimento socioeconômico extremamente desigual e a total ausência, ou presença parcial, do estado de Santa Catarina na condução da Política de Assistência Social.

Um avanço para o SUAS no estado foi a criação do “Comitê SUAS/SC - Covid-19: em defesa da vida”, visando construir pautas conjuntas de discussão e auxiliar os municípios com a socialização de informações e pesquisas. O Comitê SUAS/SC lançou em setembro de 2020 o Manifesto “Santa Catarina e o direito à Assistência Social”, apresentando a situação do SUAS no estado. O manifesto traz afirmações da ausência do estado na condução da política de assistência social, que já era recorrente antes do vírus se alastrar pelo país, e foi tratada com total descaso durante a pandemia. Conforme podemos analisar abaixo,

O que se confirma mais uma vez, em pleno ano de 2020, é o aparente desconhecimento do governo de Santa Catarina sobre o papel estadual na Política de Assistência Social. Pautado por uma atuação não condizente com os acontecimentos trágicos do cotidiano das milhares de pessoas e famílias atingidas, direta ou indiretamente, pela situação pandêmica, o governo não planeja, investe ou desenvolve quaisquer iniciativas que façam diferença na vida dos usuários do SUAS em Santa Catarina (CÔMITE SUAS/COVID,2020,p.2)

Sobre o financiamento para o SUAS, desde que iniciou a pandemia, o Manifesto ainda cita,

É mais do que urgente o cofinanciamento estadual ocorrer de forma congruente com a demanda estadual e ainda mais urgente que recursos estaduais extraordinários para a Assistência Social sejam definidos e repassados. Temos a Lei do Fundo Estadual de Assistência Social - FEAS aprovada, mas não temos repasse regular, automático, conforme preconiza a LOAS o que prejudica, em muito, o cofinanciamento para a oferta dos serviços socioassistenciais, responsabilidade dos três entes federativos.

A falta de orçamento para a política de assistência social é um desafio em âmbito estadual e federal, o que acaba por onerar os municípios no custeio do SUAS. Nesse sentido, frisa-se a importância do repasse financeiro estadual de forma regular e automática, o que não vem acontecendo mesmo com a lei do fundo estadual aprovada.

Isso mostra quanto o governo do estado caminhou nos mesmos trilhos do Governo Federal em relação ao SUAS, dispensando recursos para benefícios eventuais, que sempre foram solicitados pelos municípios, mas que até o início da pandemia nunca tinha sido pactuado nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)²⁵, e no decorrer de 2021 lançou o programa SC mais renda, sendo um auxílio emergencial do Governo do Estado destinado a famílias em vulnerabilidade social ou que perderam o emprego e fonte de renda durante a pandemia (GOVERNO DE ESTADO, 2021), com o valor mensal de R\$ 300,00 (trezentos reais) pelo período de três meses. Se já achávamos os critérios do auxílio emergencial escorchantes, os critérios²⁶ para receber o SC mais renda foi além do proposto pelo governo federal, o município que a pesquisadora trabalha possui aproximadamente 8.156 habitantes, somente 9 (nove) pessoas receberam o auxílio SC mais renda²⁷, o que nos leva a refletir que o estado foi ausente tanto quanto o governo federal, na condução de ações em enfrentamento a pandemia da covid-19.

Em síntese, o SUAS passa por desmonte nas três esferas de governo, com falta de comprometimento do governo estadual e federal na ampliação dos recursos e ações de

²⁵ Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina, constitui-se como espaço de articulação e interlocução dos gestores municipais e estaduais da política de assistência social, caracterizando-se como instância de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUAS (Sistema Único de Assistência Social). É requisito para sua constituição a representatividade do Estado e dos municípios, levando em conta o porte dos municípios e sua distribuição regional, com a seguinte composição: seis representantes do Estado e seus respectivos suplentes, indicados pelo gestor estadual da política de assistência social, e seis representantes dos Municípios e seus respectivos suplentes, indicados pelo COEGEMAS.

²⁶ Consultar em : <https://www.sc.gov.br/scmaisrenda/>

²⁷ Informação gestão municipal do SUAS – Major Vieira

enfrentamento à pandemia, que resultou em serviços precários e descontinuados ofertados nos municípios, em parte pela sobrecarga de trabalho dos técnicos municipais que atuam no SUAS, em parte por não ter orientações e diálogo com os outros poderes.

6. AS DEMANDAS AO SUAS NO CONTEXDO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA REGIÃO DA AMPLANORTE/SC

O capítulo a seguir traz dados da pesquisa que foi realizada com os/as assistentes sociais na região da Amplanorte, bem como uma análise do trabalho realizado durante esse período de pandemia.

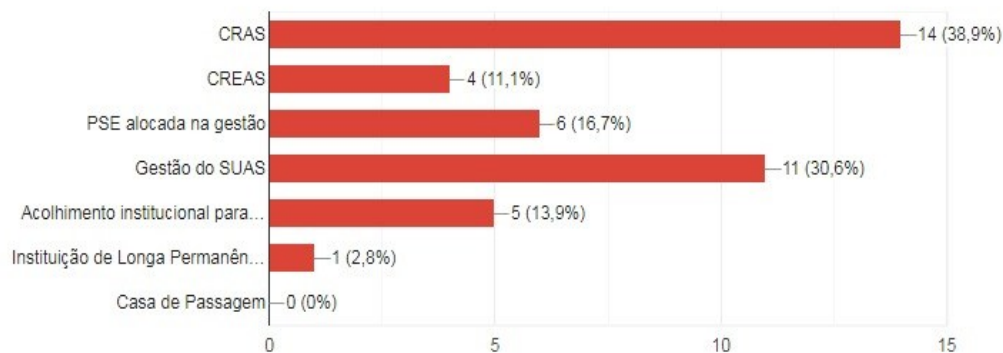
6.1 EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicia-se essa análise enfatizando que a primeira parte da pesquisa foi realizada através do Google Forms e teve por objetivo a aplicação de um formulário com perguntas objetivas a fim de levantar as informações de quais serviços, programas e projetos foram criados durante a pandemia. Assim como, as demandas atendidas pelos profissionais. Esta etapa contou com trinta e seis participantes de um universo de quarenta e nove assistentes sociais que trabalham no SUAS na região da Amplanorte, o que representou 73% de participação dos profissionais que compõem o universo da pesquisa nesta etapa, dado satisfatório para elencar a realidade da região pesquisada.

Importante registrar que dos dez municípios que integram a região, teve cinco municípios em que todos os profissionais que trabalham no SUAS responderam o formulário, sendo Irineópolis, Itaiópolis, Major Vieira, Monte Castelo e Papanduva. Os municípios de Três Barras, Canoinhas e Porto União faltaram quatro profissionais de cada município participar, Mafra faltaram três e Bela Vista do Toldo faltou um/uma.

O maior volume de profissionais que participaram, foram os/as trabalhadores do CRAS, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Equipamentos que os/as profissionais pesquisados/as atuam.



Fonte: Elaborado pelo google forms,2021

Observa-se que os profissionais que mais participaram foram da proteção social básica e os/as que trabalham na gestão do SUAS. Um determinante é a porcentagem de profissionais que atuam na proteção social básica na região, isto é, de quarenta e nove assistentes sociais que trabalham no SUAS, vinte e um se concentram nos CRAS. Isso justifica a maior participação desse público de profissionais no preenchimento do formulário. Outro elemento a destacar é a descrição do equipamento, como porta de entrada do SUAS, conforme observa-se na Tipificação dos Serviços Socioassistenciais(2009)

[...] é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF. Dada a sua capilaridade nos territórios se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social (BRASIL, 2009, p.9).

Comumente, as pessoas buscam os CRAS para terem suas necessidades atendidas, ou quando é objeto de outro serviço, o equipamento realiza orientação e encaminhamento, dessa forma entende-se que esse número representativo de participantes na pesquisa que atuam nos CRAS, reflete o quanto esse equipamento é a referência para as famílias, se tornando, como previa a tipificação, a porta de entrada dos serviços, programas e benefícios da assistência social no território em que está inserido, e não somente da política que lhe compete, mas na busca por sanar as dúvidas e acessar outras políticas públicas.

No que refere a quantidade de famílias atendidas por cada serviço é diversificada nos municípios. Nos equipamentos do CRAS, as quantidades variam de 60 à 300 famílias em acompanhamento. Um CRAS da região expôs que “*nos atendimentos gerais*

relatório de julho foram atendidos neste CRAS 580 sendo orientação, atendimento particularizado, visitas domiciliares, encaminhamento BPC, Benefícios Eventuais entre outros”, o que se observa uma média superior aos outros municípios da região.

Sobre a inclusão de novas famílias, desde que começou a pandemia, no serviço, programa ou projeto que os participantes da pesquisa atuam, 20 profissionais informaram que aumentou muito a inclusão de famílias, totalizando 55,6% do total dos pesquisados, 7 participantes informaram que aumentou pouco e outros 7 que se manteve no mesmo número, totalizando 19,4% cada, somente dois profissionais relataram que diminuiu pouco a inclusão de famílias, o que somou 5,6%.

Acerca da oferta do serviço durante o período da pandemia, 19 participantes afirmaram que estão na modalidade presencial e 17 participantes estão atendendo de forma presencial e remota, nenhum município da região está na modalidade totalmente remota. Remota entende-se, neste contexto, o uso de tecnologias de comunicação, como o aplicativo WhatsApp, para entrar em contato com a família, e a realização de atividades dos grupos do PAIF e SCFV, que antes eram de forma coletiva, agora estão sendo entregues nas residências dos participantes.

Sobre os benefícios requisitados pelos usuários desde que iniciou a pandemia, pode se observar que o mais requisitado foi o auxílio alimentos/cesta básica, onde 30 participantes afirmaram que essa foi a demanda que mais cresceu desde que iniciou a pandemia, sendo 96,8% do total dos/das participantes. Outro auxílio que aumentou a demanda durante o período pandêmico foi o auxílio funeral, em decorrência de mortes ocasionadas pela Covid-19, como veremos na etapa dois desta pesquisa, 12 participantes informaram que essa demanda cresceu, o que somou 38,7%. Aluguel social teve um total de 9,7% que indicaram ter aumentado a demanda. Um/uma participante que atua no equipamento de acolhimento de crianças e adolescentes informou que o “*serviço de Acolhimento Institucional não oferece benefícios a família de usuários*”, e outro/a participante inseriu a informação de “*demandas do INSS e auxílio emergencial*”.

Ao questionar sobre demandas por outros benefícios ou auxílios que não constavam na pergunta anterior, houve respostas como: *Produtos de limpeza/higiene, BPC, demandas do INSS, auxílio emergencial, acolhimento institucional, nomeação advogado dativo OAB e Bolsa Família*.

Observa-se que o benefício eventual foi o mais acessado durante o período da pandemia, atrás da cesta básica, auxílio funeral e auxílio aluguel, cabe ressaltar que tal benefício foi regulamentado pelo Decreto nº 6.307 de 14/12/2007 previsto na Lei

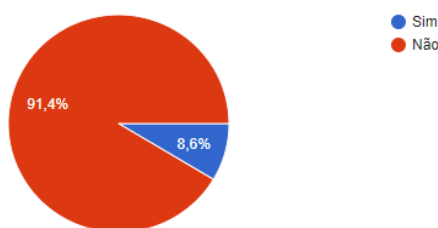
Orgânica de Assistência Social (LOAS) nº 8.742, e que até o ano de 2020 somente os municípios financiavam os gastos com esses benefícios, o estado e governo federal se isentavam da responsabilidade de cofinanciamento. A própria LOAS quando trata do financiamento da assistência social cita que

deve ser efetuado mediante cofinanciamento dos 3 (três) entes federados, devendo os recursos alocados nos fundos de assistência social ser voltados à operacionalização, prestação, aprimoramento e viabilização dos serviços, programas, projetos e benefícios desta política (BRASIL, 2011).

Os municípios que integram a região da Amplanorte são de pequeno porte, não recebem repasse do estado e governo federal para cofinanciamento de benefícios eventuais, média complexidade alocada na gestão e alta complexidade, quando não possuem o equipamento no município. Essa realidade faz com que o SUAS avance a passos lentos na implantação dos serviços, programas e projetos que sua tipificação previu. Neste sentido, além da questão da falta de financiamento, tem-se o agravamento da situação de pobreza da população que foi afetada pela pandemia, o aumento da busca benefícios eventuais significa que o desemprego aumentou em decorrência da pandemia o que ocasionou maior pauperização, conforme constata-se nas falas dos/das profissionais que citam a busca por emprego ou a falta dele, que veremos a diante.

A respeito do questionamento se foi criado algum serviço, programa ou projeto novo no âmbito do SUAS especificamente para atender as demandas decorrentes da pandemia da Covid-19, somente três profissionais responderam que sim, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 2 – Criação de serviço, programa ou projeto durante a pandemia



Fonte: Elaborado pela autora, 2021

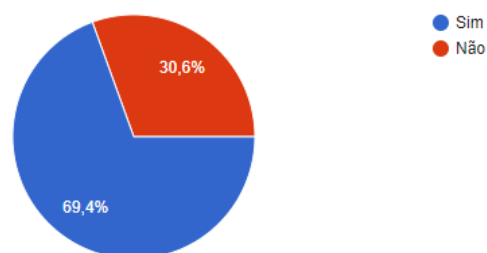
Cerca de 32 (trinta e dois) profissionais relataram que os serviços, programas e projetos continuam sendo os mesmos. Dos que responderam que haviam sido criados novos, três participantes relataram que foi criado: *Serviço ou programa de atendimento à mulheres, idosos ou pessoas com deficiência em situação de violência doméstica*

durante a pandemia, em consequência do isolamento familiar; Implantação emergencial de moradias provisórias, acolhimento na rede hoteleira, para mulheres, idosos ou pessoas com deficiência em situação de violência doméstica durante a pandemia, em consequência do isolamento familiar; Serviço ou programa específico para indivíduos e/o famílias mais afetadas pela pandemia, na opção “outros” ainda foi incluído pelos participantes: “foi disponibilizado um número maior de benefícios eventuais de alimentos, entrega de atividades remotas, e atendimento via WhatsApp, na instituição de acolhimento o plano de contingência e prevenção ao Covid, atendimentos (remoto e via WhatsApp), auxílio Natalidade e Plantão Social”.

Observa-se que além das demandas por auxílio alimentos/cesta básica, auxílio funeral, aluguel social, também foi representativo o atendimento as situações de violência nesta coleta de dados, indicando que a pandemia incidiu em direitos humanos básicos, aprofundando expressões da questão social como a insegurança alimentar, moradia, violência e perda de vidas.

Sobre demandas que não são do SUAS, mas que os profissionais tiveram que realizar, para que a população não ficasse desassistida, foi questionado se isso ocorreu no município ou não, podemos observar no gráfico abaixo a resposta.

Gráfico 3 – Demandas de outros segmentos que o SUAS realizou atendimento



Dos participantes, vinte e cinco afirmaram que tiveram demandas de outros segmentos, e apenas onze afirmaram que não tiveram.

Se houve aumento do público-alvo dos serviços, programas e projetos do SUAS desde que iniciou a pandemia, vinte participantes, isto é, 57,1% relataram que aumentou muito, sete participantes informaram que aumentou pouco, 20%, e sete informaram que se manteve no mesmo número de atendimento de antes da pandemia, e apenas um/uma participante informou que diminui pouco, 2,9%. Nenhum participante respondeu que diminui muito.

O questionamento sobre quais foram as principais demandas decorrentes da pandemia relatadas pelos usuários, apresentou uma particularidade entre os municípios, as categorias semelhantes, foi solicitação por alimentos/cestas básicas, constando dez citações dessa categoria, e três de benefícios eventuais, neste sentido não consegue se precisar de qual benefício eventual o/a participante está mencionando. A categoria desemprego foi citada por seis vezes, e aqui se relaciona a categoria *[busca por]* emprego que foi citada duas vezes, INSS foi citado cinco vezes, entre a dificuldade de acesso ao INSS e resolver assuntos do INSS. As categorias auxílio emergencial, falta de renda, vulnerabilidade social, violência doméstica, orientações diversas (saúde e orientação sobre programas socioassistenciais), trabalho informal/autônomo, foram citadas duas vezes. Outras categorias como carteira de trabalho, auxílio funeral, bolsa família, conflitos familiares, empobrecimento das famílias, aluguel social, violação de direitos dos idosos, cursos de qualificação, cadastro no CadÚnico, negligência, pessoas em situação de rua e acolhimento institucional foram citadas ao menos uma vez.

Importante trazer algumas afirmações dos participantes, no que diz respeito ao aumento de demandas, como:

Necessidades básicas como alimento aos profissionais autônomos e de atestado devido COVID-19. Desemprego devido restrições de atividades. Trabalho infantil principalmente na região interiorana. Idosos em situação de abandono e violência doméstica. Pessoas com transtorno mental sem a rotina de atividades em grupos no CAPS e em conflito familiar (CANOINHAS, 2021, grifos nossos)

Solicitações de alimentos, orientação e auxílio com o Auxílio Emergencial, auxílio com atendimento do INSS, atendimento para orientações de questões do judiciário, atualização e inclusão no Programa Bolsa Família (IRINEÓPOLIS, 2020)

Falta de renda, desemprego, conflitos familiares pelo isolamento familiar, evasão escolar que foi encaminhado para o SUAS, violência financeira contra idoso, auxílio emergencial, pedido de defensoria pública, auxílio alimentos (MAJOR VIEIRA, 2021, grifos nossos)

Nota-se que o Estado não pensou alternativas para prevenir o aprofundamento das violências e empobrecimento das famílias, “o país necessita ampliar urgentemente as

reflexões sobre proteção social aos trabalhadores autônomos, desempregados e empreendedores que perderam a renda durante o isolamento social” (CAMPOS,2020, p.73), e que não conseguiriam acessar a previdência por não ter qualidade de segurado, tampouco o auxílio emergencial, aos que perderam o emprego após o período de cadastro para recebimento do auxílio emergencial.

Neste sentido, cabe resgatar que as “contrarreformas que destroem direitos do trabalho e da Previdência Social, visando reduzir o valor da força de trabalho e valorizar o valor” (BOSCHETTI E BEHRING, 2021, p.70) já vinham desmantelando os direitos da população usuária dos benefícios e auxílios da previdência através do atendimento digital em curso desde 2019. Com o advento da pandemia o que já era alvo de críticas e descontentamento, a situação se agravou, a população só poderia requerer auxílio/benefício à distância através do meio digital, o que resultou em grande demanda para os/as profissionais do SUAS. As agências do INSS permaneceram até o mês de julho de 2021 com as portas fechadas.

O desemprego, ou o trabalho precário, informal agudizam os problemas sociais, somado a esse cenário a falta de renda e o isolamento familiar, provocaram um agravamento exponencial sobre as condições de vida das camadas mais empobrecidas que precisam do amparo do Estado (SILVA, 2020, p.64). Mas, o resultado é a barbarização da vida, pessoas desprovidas de informação e conhecimento que necessitam de apoio estatal, encontram políticas públicas de atendimento (principalmente SUS e SUAS) com sobrecarga de trabalho, realizando suas funções com atropelos, equipes faltando profissionais e muitas vezes com um modelo de gestão que não dialoga com os profissionais. Outro fator importante de análise é o próprio confinamento, que “tende a aumentar os problemas domésticos que não se reduzem apenas aos fatos econômicos. Assim, o que se observa é o aumento de violência doméstica, separações, depressões e diferentes conflitos (BASTOS E SOUZA, 2020, p.120). A busca, por exemplo, de defensoria pública para processos de guarda e alimentos, é fruto desse embate social posto pela pandemia, em que o genitor não possui condições de arcar com sua responsabilidade paternal, e/ou que por algum motivo não trazido à tona, não o realiza de livre e espontânea vontade.

Ao serem questionados sobre qual perspectiva o SUAS tem enfrentado a pandemia, vinte participantes afirmaram ser na perspectiva de garantia de direitos, somando 55,6% dos participantes, e quatorze participantes afirmaram ser na perspectiva de sucateamento do SUAS em âmbito municipal, estadual e federal, somando 38,9%.

Ainda somou-se a discussão, a perspectiva de “*esforços dos trabalhadores dos SUAS em buscar garantir direitos básicos, frente à tentativa de desmonte das políticas em especial a Assistência Social e desfinanciamento por parte do governo federal e sobrecarga aos municípios*”.

A partir das repostas é possível observar que o SUAS recebeu demanda de trabalho que não é seu campo de atuação, mas que foi a porta de entrada de demandas de equipamentos que estão fechados por conta dos decretos e portarias, como fórum e INSS, com uma sobrecarga de trabalho e sem profissionais suficientes, para dar conta do volume de atendimentos.

Neste sentido, resgata-se o artigo intitulado “*O desmonte do SUAS e os seus impactos na execução da Política de Assistência Social no Brasil*” das autoras Maria Rosenilde Santos Aragão e Michelle Costa Campos Hora (2019), nos recordam que desde 2016, as políticas sociais vem sofrendo cortes orçamentários, dentre elas, a política de assistência social. É sabido que a política de assistência social, desde sua criação tenta se desvincular das suas origens filantrópicas e clientelistas, e que é recorrente a discussão sobre seu financiamento. As autoras nos lembram que a maior redução do orçamento da assistência social foi no ano de 2018, além das reformas trabalhista e previdenciária. A Emenda Constitucional – EC 95/2016 que congelou os gastos nas áreas sociais, foi quase “último suspiro” do SUAS, como se faz política pública sem financiamento?

Vale frisar que esses retrocessos tem se perpetuado na atual gestão do governo Bolsonaro, que tem priorizado suas decisões a continuidade da reforma trabalhista sem contar que não temos nenhuma expectativa de aumento de recursos para as políticas sociais (ARAGÃO E HORA, 2019, p.126).

A atual conjuntura marcada por cortes orçamentários e retrocesso na consolidação dos direitos sociais, vem prejudicando o atendimento da população que busca os serviços das políticas sociais. Esse cenário já era realidade antes da pandemia, com o advento do vírus, o SUAS foi sucateado, virou “balcão de informações” de outros serviços, e deixou de realizar aquilo que a política se propõe, como veremos na etapa dois desta pesquisa.

A segunda etapa da pesquisa teve por objetivo caracterizar as demandas para o SUAS no período da pandemia da Covid-19, onde realizaram-se entrevistas semiestruturadas, com questões norteadoras, para entender quais demandas se mostraram mais expressivas para o SUAS, desde que iniciou a pandemia.

O nível de escolaridade entre os participantes foi diversificado, sendo uma com graduação, três com especialização e um/a com mestrado. Dos/das entrevistados/as um/a

é celetista e quatro são concursados/as. Sobre a experiência em trabalhar na proteção social básica (PSB), o/a profissional A afirmou que trabalha há doze anos na PSB, o/a profissional B trabalha há onze anos, o/a profissional C há um ano e seis meses, o/a profissional D há quatro anos, e o/a profissional E há seis anos. Observa-se que os/as profissionais A, B e já atuam na PSB há vários anos, acompanhando a própria historicidade e construção do SUAS, bem como a operacionalização da tipificação de serviços socioassistenciais do ano de 2009. Já, o município C, é possível observar que o/a assistente social iniciou sua atuação na PSB um mês antes dos decretos de isolamento e quarentena, devido a pandemia, entrarem em vigor na região.

Sobre o entendimento dos/das profissionais sobre “demandas” “no âmbito da proteção básica, os/as profissionais A, B, e D, se aproximaram no entendimento desta categoria. Profissional A, afirmou que *“demanda eu acredito que são os serviços que o pessoal busca aqui no nosso CRAS”* e profissional B, *“são as pessoas, é o público que acessa, aquela que acessa, e aquela que os profissionais fazem a busca ativa e vão buscar essas famílias no território de abrangência desse equipamento”*. Já o/a profissional C, fez a seguinte afirmação,

*O CRAS como a gente fala é a porta de entrada da política de assistência social, então a gente atende a quem dela precisar né. Então, as demandas que a gente precisaria ter e às vezes tem dificuldade, o acompanhamento familiar, para superar as vulnerabilidades, que além do fornecimento do benefício eventual, a gente tem que trabalhar com a família, e às vezes a gente não vence fazer todos os atendimentos devido a grande demanda, esse seria o principal, o acompanhamento com a família, só que a gente acaba se sobrecarregando com outras demandas que aparecem, questão do INSS, questão que teve do Auxílio Emergencial, e qualquer outro atendimento, até questão de saúde, todos procuram o CRAS, sempre. Daí a gente acaba direcionando, então a demanda principal seria esse, **mas que a vezes a gente fica a desejar porque não vence todo o trabalho** (PROFISSIONAL C, 2021, negrito nosso)*

A partir da fala dos/das entrevistados/as sobre a alta demanda de trabalho, foi questionado se os equipamentos tinham equipe completa, e observou-se que somente um município possui, os outros quatro tem somente assistente social e psicólogo/a. Os/as profissionais D e E relataram que os/as psicólogos são cedidos para outros serviços, não estando a disposição do equipamento em tempo integral, o que compromete a qualidade do serviço oferecido à população.

Sobre as demandas de usuários que comumente são atendidas pelos CRAS, os cinco municípios relataram que é o acompanhamento do PAIF e busca por benefícios eventuais, mas isso se operacionaliza diferente em cada município, conforme podemos observar abaixo,

Aqui a gente atende mais cesta básica e com essa pandemia veio bastante procura pra pagar talão de luz e água que é uma coisa que a gente não tinha quase, era bem pouco oferecido, mas com essa pandemia o pessoal tá, e devido ao desemprego várias pessoas vieram morar de outras cidades pra cá, então são esses serviços que são mais procurados mesmo (PROFISSIONAL A, 2021, grifos nossos)

Do/da Profissional D, temos a seguinte declaração,

De modo geral a gente atende aqui criança, adolescente, adulto e idoso, mulheres, homens. [...] Temos o SCFV e PAIF, [...] a gente não tem equipe de PAIF, então nós, eu e o psicólogo, acabamos desenvolvendo esse trabalho dentro do CRAS, a gente faz mais de forma individualizada, e na questão domiciliar também. [...] O nosso serviço de convivência é para crianças e adolescentes, ele não está dentro do CRAS, está num espaço físico fora do CRAS, também a gente tem uma equipe bem rotativa, as pessoas não são concursadas, todo ano muda [no SCFV], então como eu posso dizer para você assim, bem complicado esses grupos que a gente tem aqui no CRAS (PROFISSIONAL D, 2021, grifos nossos).

Sobre as demandas de usuários atendidas que surgiram a partir da pandemia, optou-se por trazer aos trechos das transcrições, por ser o principal questionamento desta pesquisa.

[...] o aluguel social, sabe, que o pessoal chamou a atenção, a cesta básica é uma coisa que a gente já estava acostumada, mas o aluguel social chamou bastante a atenção, por causa das pessoas que vieram de outras cidades pra cá, perderam o emprego e vieram morar próximo a família, [...] aqui em município A, a gente não tem um projeto de casas, a gente sabe que a busca das famílias é pelo projeto das casas, e a gente não tem, então, a gente acabou tendo que auxiliar algumas famílias com o aluguel quase que o ano inteiro, e as vezes por mais de um ano (PROFISSIONAL A, 2021, grifos nossos)

Com essa fala do/da profissional, parafraseamos a afirmação de Berretta e Martins (2004, p. 71) em seu artigo “estado, municipalização e gestão social”, onde afirmam que

“o perfil das famílias pobres brasileiras se caracteriza pela exclusão do processo produtivo, pela desinformação e qualificação inadequada para o mercado formal de trabalho. Estas famílias vivem em uma situação de subemprego, buscando na economia informal e na agricultura safrista alternativas para a sobrevivência”. Os indivíduos que vivem nessa informalidade, quando não possuem mais ocupação que mantenha o custeio de suas necessidades básicas, migram para outros lugares na tentativa de encontrar oferta de trabalho, ou receber ajuda dos familiares que neste lugar residem. Ocorre que, a família pode não conseguir dar o suporte necessário nessa fase de trânsito, pois também convive com as mazelas da falta de emprego, renda, moradia e alimentos, e embora seja uma responsabilidade do Estado, assistir esses usuários através das políticas públicas, não há financiamento para que tais políticas consigam atender esse público que chega até o equipamento.

Neste sentido cabe resgatar a discussão no campo das políticas sociais sobre família, em que o SUAS compreende a família como espaço privilegiado e insubstituível de proteção (PNAS, 2004), que vai galgar o conceito de centralidade “para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos” (BRASIL, 2004, p.33), denominada de matricialidade sociofamiliar, tão difundida no SUAS. Neste sentido, Teixeira (2009, p.257) nos afirma que,

Na matricialidade sociofamiliar, em que se dá primazia à atenção às famílias e seus membros, a partir do território de vivência, com prioridade àquelas mais vulnerabilizadas, uma estratégia efetiva contra a setorialização, segmentação e fragmentação dos atendimentos, levando em consideração a família em sua totalidade, como unidade de intervenção; além do caráter preventivo da proteção social, de modo a fortalecer os laços e vínculos sociais de pertencimento entre seus membros, de modo a romper com o caráter de atenção emergencial e pós-esgotamento das capacidades protetivas da família.

Ou seja, na teoria a família passa a ser compreendida como “o espaço insubstituível de proteção e socialização primária, independentemente dos formatos, modelos e feições que ele tem assumido com as transformações econômicas, sociais e culturais contemporâneas” (BRASIL, 2004). Dessa forma, a lógica do trabalho com famílias “foca sua intervenção com os todos os membros familiares, reconhecendo suas próprias dinâmicas e as repercussões da realidade social, econômica, cultural vivenciadas por elas”(SOUZA, 2010, p.02).

Do ponto de vista teórico, foi de suma importância incorporar esse conceito, porém sua aplicação no dia a dia se mostra contraditória, visto que a fundamentação do

conceito de matricialidade sociofamiliar não exclui o modelo conservador de atendimento a família.

São velhas práticas em novas roupagens, colocando o conceito de centralidade na família, no jogo contraditório entre direito e moralismo, entre dever do estado e dever da família, como observa-se na fala dos/das profissionais. Questiona-se como trabalhar com famílias durante a pandemia, na lógica do direito, ainda mais quando a família extensa passa a residir com a família e origem, ou busca amparo e auxílio nos familiares para conseguir sobreviver.

Se o trabalho com famílias no âmbito da assistência social já tinha dificuldades de implementação, com a pandemia essa realidade desfrutou de retrocessos inestimáveis. O vínculo que as equipes tinham com as famílias, foram rompidas através do isolamento e quarentena impostas a toda população, bem como interrupção dos trabalhos, pois todo e qualquer contato nos primeiros meses de 2020 foram realizados através de telefone, conforme afirmações dos/das profissionais.

No que refere ao trânsito de pessoas entre as famílias, o SUAS, e não somente essa política de proteção, não conseguiu dar respostas à problemática apresentada pelas famílias, em grande parte pela falta de recursos financeiros em prover auxílio aluguel, alimentos e vestuário, tal atuação expunha a necessidade de trabalho intersetorial entre as políticas de proteção, o que já não ocorria antes da pandemia, e se agravou no decorrer dela. Infere-se a própria falta de trabalho coordenado entre os três entes federados e as políticas compõem o sistema de proteção social, não criaram mecanismos e formas de intervenção para minimizar os impactos da pandemia da pandemia nas famílias mais pauperizadas, fazendo com que parte da população reclamasse algum benefício às portas da assistência social.

Abaixo o profissional B, expõe sua realidade,

Aumentou bastante a demanda para os benefícios eventuais, veio uma demanda do Auxílio Emergencial, público nunca atendido pelo CRAS. A gente implantou aquele serviço tele móvel, na verdade, para entrar em contato com os usuários através do WhatsApp, a gente nunca tinha feito isso, tinha até uma certa preocupação de fazer esse tipo de comunicação e foi algo que funcionou, algumas orientações, até alguns encaminhamento foram feitos de forma móvel, através de WhatsApp, [...] Também as demandas para o CadÚnico, porque quando as pessoas souberam desse auxílio emergencial, eles vieram num número muito significativo até equipamento, para fazer inclusão no

CadÚnico ou saber o que era o CadÚnico pra daí conseguir receber esse auxílio, mas o governo determinou uma data que não podia mais se cadastrar, era pra quem tinha cadastro em ate tal data, eu não me recordo qual era a data, mas daí essas pessoas não puderam ser incluídas. Depois a gente observou que essa demanda voltou, para fazer esse cadastro pensando nos próximos auxílios emergenciais que o governo pudesse disponibilizar (PROFISSIONAL B, 2021, grifos nossos)

No mês de julho do corrente ano, fez dez anos que o Cadastro Único (CadÚnico) foi instituído pelo decreto nº 3.877, o que nos leva a questionar como é a comunicação do SUAS com a população, como é feita a divulgação dos serviços, programas e projetos do SUAS? A nossa fala chega até a população? Estamos nos fazendo entender? Inúmeras pessoas que buscaram o CRAS para se cadastrar no CadÚnico, não sabiam do que se tratava esse banco de dados, e cabe ressaltar que é o maior banco de dados para assistência social pensar estratégias de como pode trabalhar com as famílias, visto que todas as informações do âmbito familiar pode ser encontrada através do Cad. Neste sentido pode-se concluir que é necessário melhorar a nossa comunicação com população de forma geral, para os que precisam saibam onde encontrar, e aos que não precisam, poderá indicar a assistência social a quem dela necessitar.

O Profissional C, também expõe que teve mais demanda solicitando alimentos, como podemos observar abaixo.

Agora a demanda é mais por benefício, a questão por solicitação de cesta básica é maior do que a gente consegue suprir, devido à pandemia, [...] muitos ainda tão sem emprego né, e pessoal que trabalha por dia, daí na época de inverno como não tem a safra de fumo, muitas pessoas procuram também e a questão do INSS. INSS tem bastante demanda, principalmente depois da pandemia, que o INSS fechou as portas. Então esse público continua vindo, acho que seriam essas que mais vem para atendimento. Do auxílio emergencial que até hoje o pessoal que ainda não conseguiu receber, ou que às vezes tava recebendo e pararam de receber, eles continuam vindo pra orientação, esse auxílio emergencial teve bastante demanda de atendimento (PROFISSIONAL C, 2021, grifos nossos)

Segundo IBGE (2020), o Brasil tem 11 milhões de pessoas que não sabem ler e nem escrever, o que nos faz refletir que as pessoas que não tiveram acesso a educação

acabam por ter dificuldade em acessar plataformas digitais para ter direito a renda nesse período de pandemia.

Ainda sobre o auxílio emergencial, foi questionado se os/as profissionais realizaram cadastro no site da caixa para pedido de auxílio emergencial de pessoas que não estavam no CadÚnico, e foi frisado que

A orientação da gestão era de que não fizemos isso, porque a gente poderia preencher algum dado errado, ou informar de alguma forma que essa família pudesse se prejudicar, aquilo era novo, a gente desconhecia também. E daí tinha que ter um número de telefone, o usuário tinha que ter um número para poder cadastrar, e muitas vezes eles não tinham, mais assim, eu, vou falar por mim, fiquei bastante preocupada com isso, porque já estava dizendo: “auxílio emergencial”, era uma emergência, todo mundo tava precisando daquilo, e, no entanto, a gente não pode auxiliar. Nós não pudemos mexer no cadastro e nem cadastrar ninguém, a gente orientava, como que fazia, onde ir buscar ou de que forma as famílias poderiam fazer, baixando aquele aplicativo e tal, orientações superficiais, mas nós manusear o celular, ou fazer o cadastro, não. E muitos, percebi que ficaram sem receber porque não conseguiram fazer o cadastro porque não tinham número de telefone, não tinha como. Daí o que aconteceu, a Caixa Econômica encaminhava as pessoas para o CRAS e nos encaminhávamos a família para a Caixa Econômica, e a caixa dizia: é um benefício da assistência, o CRAS tem que saber. Uma vez a mulher ligou até brava com a gente, “como vocês não orientam a família?”. Mas se é um programa da Caixa, a caixa tinha que ter uma pessoa lá para orientar essas famílias, e daí não tinha. A família descia lá, subia no CRAS e a gente encaminhava novamente para a CEF, dizíamos que nós conseguíamos fazer e que eles tinham que resolver lá. Houve muitos desencontros de informações e de quem era essa responsabilidade, ficou muito incerto, e algumas famílias ficaram bem chateadas com essa situação. O próprio governo dizia para procurar o CRAS, mas não forneceu as informações suficientes. Não teve uma orientação para os servidores do que fazer, acho que foi consenso que a gente não sabia, não tinha nem por onde começar (MUNICÍPIO B, 2021, grifos nossos)

Observa-se que a busca por respostas sobre o auxílio emergencial recaiu sobre a assistência social, e como não houve participação alguma dos gestores, técnicos e conselheiros do SUAS para a criação do auxílio emergencial, sua implementação demonstrou limites e desafios que os trabalhadores do SUAS não tinham condições

técnicas de dar respostas à população que procurava os equipamentos. Neste sentido, ressalta-se a falta de diálogo, a falta de respeito e empatia com a população que foi beneficiada pelo auxílio, onde transitavam de um lugar para outro sem ter sua dúvida sanada, o/a profissional B expõe com clareza que os profissionais não sabiam o que fazer e que em nenhum momento foram orientados de como proceder

Profissional D corrobora com essa perspectiva, afirmando que,

Como era colocado na mídia, para você pegar o auxílio emergencial, você baixa o caixa tem, como se fosse uma coisa muito fácil, que nem nós técnicos conseguíamos baixar nos nossos celulares, imagine os nossos usuários se vão conseguir baixar o caixa tem. Então assim, eles desenharam nosso país como um país de primeiro mundo, um país rico, um país que é todo alfabetizado, que a população tem acesso a tudo, e não é a nossa realidade, a nossa realidade é outra. Então eu vejo assim que a pandemia deixou muitas cicatrizes para nós técnicos e para nossos usuários, porque muitas vezes nossos usuários tiveram que mendigar coisas, tiveram que mendigar serviços, e nos técnicos levamos nossas cicatrizes das nossas brigas diárias, das nossas brigas pelos direitos dos nossos usuários (PROFISSIONAL D, 2021, grifos nossos)

O site da Caixa Econômica Federal (CEF), o aplicativo *Caixa Tem* e a *poupança digital*, se apresentaram como limitadores de acesso a pessoas que não tinham condições de manusear aparelhos celulares, ou sequer tinham um aparelho que comportasse tais aplicativos, “o que deveria ser uma experiência simples e fácil, através de pagamentos e transferências financeiras de forma remota, tornou-se um grande obstáculo para os usuários” (CUNHA, PINHEIRO E BARROCO, 2021, p.112).

Outro obstáculo foi a demora e entraves no acesso ao auxílio emergencial, expostas ao risco de contágio nas filas de bancos e lotéricas (FUCHS et al, 2021, p.191), a população buscando resolver seus impasses, ou sacar o auxílio, pois não sabiam como pagar contas ou transferir o recurso que estava na poupança digital, “além de repassar uma quantia miserável, não atinge sequer a média da menor renda familiar brasileira. Desse ponto de vista a política de assistência social continua a mesma, ela está longe de ser uma política de seguridade social e continua a ser uma política de mitigação” (SAMPAIO et al, 2021, p. 233).

As demandas que o/a profissional D citou foram auxílio alimentos e auxílio funeral,

Até final de 2020 não aumentou a demanda da alimentação, foram poucas famílias que nos procuraram nesse período. Porém, a partir do momento que foi retirado o auxílio emergencial, que foi ali em janeiro, fevereiro e março [2021], sem o auxílio eu percebi uma demanda muito grande na questão de alimentos. Na questão do auxílio funeral a gente teve uma demanda bem grande, a gente teve mais de 50 óbitos no município por Covid, então eu vi assim que foi essas duas situações que mais significou aqui na proteção. Conflitos familiares a gente também atendeu algumas situações. [...] Agora em 2021 a gente tá tendo uma demanda muito grande também de evasão escolar, de famílias que estão sendo notificadas pelo conselho tutelar, e estão sendo repassadas para acompanhamento do CRAS. Então, a gente e percebe assim, que é uma demanda que tá vindo (PROFISSIONAL D, 2021, grifos nossos).

As mortes em decorrência da Covid-19 afetaram o mundo inteiro, e na região da Amplanorte, não foi diferente, os/as profissionais puderam sentir essa realidade, ao se deparar com a morte precoce de tantas pessoas que esse vírus ceifou a vida. Famílias assoladas pelos vários aspectos da doença, biológica, emocional, social, puderam receber o auxílio²⁸ para custear o funeral do familiar.

Além da questão do óbito, a evasão escolar também se mostra como um desafio social, no sentido de identificar quais as condições das crianças e adolescentes e suas respectivas famílias que não estão comparecendo às aulas. Dessa forma, questiona-se se essas famílias tiveram suporte social e emocional para encarar a nova realidade advinda do período pandêmico? isolamento social, da aglomeração familiar em uma casa pequena, da falta de emprego e renda, do desespero de não conseguir alimentar os seus membros, e até mesmo da violência doméstica. Esses aspectos são importantes para avaliar a condição desse/dessa adolescente que não está indo à aula, para não inferir que se trata de uma situação de desleixo e falta de responsabilidade da família, quando imputamos a responsabilidade à família, aquilo que compete ao Estado, essas famílias são atendidas

²⁸ Também chamado de benefício eventual funeral (ou auxílio-funeral) é concedido às famílias em situação de vulnerabilidade social. Aqueles que possuem a renda per capita igual ou inferior a um salário mínimo. Os benefícios eventuais são garantidos desde 1993 pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS. Eles estão dispostos em seu artigo 22, que prevê: "Art. 22. Entendem-se por benefícios eventuais as provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do SUAS **são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.** (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011, grifos nossos).

com uma visão tuteladora e moralista, sem levar em consideração as questões socioculturais e econômicas que a família apresenta.

Na exposição do/da profissional E, é possível observar um desabafo do/da profissional,

O auxílio emergencial, todo mundo veio pra cá, o INSS, tudo do INSS! Carteira de trabalho, título de eleitor, seguro desemprego, tudo veio pra cá. Não que a gente tenha que fazer né, mas eles vieram procurar aqui porque o lugar certo que eles deveriam ir tava fechado. Até esses dias me aconteceu uma situação, um menino de 19 anos que ate agora não tem título de eleitor e ele não tem condições nenhuma de fazer o título pela internet. Daí, eu fui no cartório eleitoral e expliquei a situação lá, eles falaram que infelizmente eles estão proibidos de abrir por causa das normas, e que a pessoa teria que dar um jeito de fazer, porque eles não poderiam fazer lá. E a gente acaba fazendo aqui, pra não deixar a pessoa sem documento. Tem pessoas que não tem alguém que pode fazer por ela, tinha uma senhora que ela é analfabeta, o filho tem problema mental, também não tem condições de ajudar, ai ou é a gente ou não tem ninguém (PROFISSIONAL E, 2021, negrito nosso).

Essa exposição feita pelo profissional E, recorda o que Aldaíza Sposati (2004,p.38), afirma em seu artigo “*especificidades e intersetorialidade da política de assistência social*”, que “este conjunto de situações caracteriza uma concepção inespecífica da assistência social. A política de assistência social entendida como processante de outras políticas sociais configura uma hierarquia entre as políticas sociais e atribui à assistência social um lugar supletivo e de mediação”, o SUAS se descaracteriza e passa a atender as necessidades de outras políticas, como demanda do INSS, pedido de defensor público, realização de carteira de trabalho e título de eleitor de forma online, entre outros. Ainda parafraseando a autora, “Caso as políticas básicas funcionem, não teria necessidade de a assistência social existir como política, mas só como ação prática” (SPOSATI, 2004, p.38), contudo como elas se mostram insuficientes no atendimento à população, o SUAS assume essas ações inespecíficas para si, correndo o risco de se tornar o que anteriormente foi citado, “balcão de informação”. E balcão de informação não precisa de financiamento público, não precisa de comando único, muito menos equipe especializada para o atendimento.

O SUAS não foi chamado à discutir sobre o auxílio emergencial, não foi o SUAS que sugeriu o valor a ser repassado para as famílias enquanto a pandemia afetava a vida de toda população brasileira, principalmente os que já se encontravam em situação de

pobreza e desigualdade social. O SUAS não foi chamado a incorporar a agenda de discussão, mesmo tendo instrumentais suficientes para propor ações de proteção social à população. O amesquinçamento da política econômica de Paulo Guedes foi tanto que “originalmente a proposta do executivo federal era de que tal benefício fosse de apenas R\$ 200,00” (LARA E HILLESHEIM, 2021, p.72), cujo valor burlesco não foi aceito pela oposição do governo e pelos movimentos sociais. A partir de negociações entre executivo e legislativo, o valor foi fixado em R\$ 600,00 nos três primeiros meses, depois foi prorrogado por mais três, e após seis meses começou a sofrer cortes orçamentários, diminuindo as parcelas para o valor de R\$ 300,00. No ano de 2021, o valor chegou a R\$ 150,00/mês para famílias composta por uma pessoa, R\$ 250,00 mês para famílias compostas por mais de uma pessoa e R\$ 350,00 para famílias chefiadas por mulheres sem cônjuge ou companheiro, com pelo menos uma pessoa menor de dezoito de dezoito anos de idade (CEF,2021).

Com um valor miserável proposto para 2021, questiona-se como o sistema de proteção social consegue amparar as famílias? O SUAS avançou ao longo dos anos na construção do aparato teórico crítico, mas não conseguiu romper com as velhas roupagens da mesquinha e trabalhar na perspectiva emancipatória da população vulnerabilizada socialmente. Que tipo de emancipação é possível alcançar com R\$ 150,00 mensais, e políticas sociais fragilizadas sem orçamento para gerir seus projetos e programas? O governo Bolsonaro incluiu a assistência social como essencial em Lei, mas não garantiu sua essencialidade na prática, como campo da proteção social, tampouco era seu intuito reconhecer o SUAS como proteção social.

Ainda, sobre o perfil do usuário que dirige-se até o CRAS, os/as entrevistados, relataram se tratar de famílias vulneráveis (profissional A, B, C e E), e que a população está num processo gradual de pauperização (Profissional D)

Mas o perfil, a maioria desse público são mulheres, existe uma demanda, normalmente que é de benefício eventual, e também de orientações, que cabe acompanhamento do PAIF, no sentido de relacionamento, algumas vezes de violência, que a gente encaminha para os órgãos responsáveis, e de questões assim relacionas a convivência diária, também ficou mais complexa por causa da pandemia, todo mundo dentro de casa (PROFISSIONAL B, 2021, negrito nosso)

Neste sentido é importante resgatar a provocação que Yasbek (2004, p.22) faz sobre “quem são ‘os mais pobres’ que recorrem à Assistência Social para suprir algumas de suas necessidades?”, ela afirma que essas necessidades não se limitam somente a aspectos materiais, e são necessidades histórica e socialmente produzidas, pois são pessoas destituídas de acesso, oportunidades, direitos, informação, renda e trabalho. O qual é urgente avaliar, se a política de assistência social conhece seu usuário e sua realidade, ou o estigmatiza na condição de pobre e excluído.

Acerca do aumento de volume das demandas de usuários desde que começou a pandemia, os/as cinco profissionais relataram que houve um aumento significativo no volume de demanda, e que as maiores demandas foram por alimentos/cesta básica, auxílio funeral, auxílio emergencial e INSS, essas categorias apareceram nas entrevistas dos/das cinco assistentes sociais. Sobre a criação de programas, projetos e/ou benefícios para atendimento da população desde que iniciou a pandemia, quatro relataram que não houve, *“infelizmente não, a gente ficou na mesma, isso também dificulta né porque, a gente sabe das demandas e não pode fazer muita coisa”* (PROFISSIONAL E, 2021) e um/uma relatou que foi criado *“kit de higiene e limpeza, teve atendimento pra idosos e a gente criou um projeto com parceria com a secretaria de esportes, pra desenvolver atividades físicas, foram feitas 4 cartilhas pra cada faixa etária”* (PROFISSIONAL A, 2021).

Todos os/as participantes da pesquisa relataram que o atendimento foi realizado nos primeiros quinze dias do mês de março de 2020, após decreto estadual, exclusivamente por telefone, e posteriormente retornaram atender presencial, mas continuaram usando os equipamentos telemóveis. Questionados se a secretaria de assistência social, por meio da prefeitura, havia fornecido os instrumentos necessários para essa nova forma de atendimento, o/a profissional A, relatou que não.

[...] meu telefone pessoal acabou rodando pelo município, tem aquela questão né, não tinha telefone no CRAS, e eu ia deixar de atender aquelas famílias? Não teve, assim a gente não teve, agora que a gente conseguiu comprar um telefone, a gente fez meio que normal, e por conta própria. (PROFISSIONAL A, 2021, grifos nossos)

O/a profissional relata a precarização das condições de trabalho, em que nem um aparelho móvel a gestão deixou a disposição dos profissionais para que pudessem entrar em contato com os usuários. As afirmações acima também demonstram o compromisso

do/da profissional em oferecer atendimento, mesmo que para isso sua vida particular sofra interferências do trabalho.

[...] não vou criticar aqui o INSS, que tem o lado deles né, mas assim eles deixaram a desejar né, o atendimento a essas famílias aí que procuraram, então a gente teve que fazer algumas coisas pra não dificultar ainda mais a vida deles né. A gente teve que continuar fazendo nosso trabalho, correndo risco de ser contaminado, eu cheguei a pegar Covid, a gente tá aí né. (PROFISSIONAL A, 2021, grifos nossos)

É sabido que a política de assistência social atua em situações de emergência e calamidade pública, conforme a Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009 (Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais), regulamentada pela Portaria MDS nº 90/2013, que dispõe sobre o Serviço de Proteção em Calamidades Públicas e Emergências. É comum que profissionais, programas e serviços sejam solicitados quando acontece chuvas fortes com destelhamento de casas, granizo, alagamentos, secas, enfim, tudo aquilo que pode fragilizar o sistema familiar e o colocar em uma situação de desproteção por conta de um evento adverso tipificado como calamidade pública. A Covid-19, embora seja uma emergência de saúde pública, foi decretada pelo Congresso Nacional como calamidade pública em 20 de março de 2020, que durou até 31 de dezembro de 2020. Sendo a Covid-19 uma calamidade pública, não teria sentido uma política de proteção social [SUAS] não realizar atendimento presencial à população.

Sendo assim, é compreensível a indignação hora apresentada, pois a previdência social, juntamente com saúde e assistência social, compõem o que comumente chamamos de “tripé” da Seguridade Social, conceito organizador da proteção social brasileira a partir da Constituição de 1988. Dessa maneira, a previdência compõe esse amplo sistema de proteção social, mas que gerou desproteção nesse período da pandemia, que pode ser observado a partir das falas dos/das entrevistados/as. A população não conseguiu acessar o sistema online da previdência para requerer seu auxílio e benefício. O público que buscou o SUAS para retirar dúvidas e pedir para que os profissionais o auxiliassem, ainda que precariamente, conseguiriam acessar. Mas e a população que não buscou ajuda em outros segmentos, de como marcar perícia médica, cumprir exigência, entrar com pedido de benefício online? Ficou a mercê da sorte? Sem acessar e receber aquilo que é seu por direito. A previdência já apresentava limites de acesso à população antes do advento da pandemia, o que agravou ainda mais seu acesso desde que iniciou o período de isolamento

e quarentena. É necessário proteger os funcionários e colaborar com a saúde pública para a não aglomeração das pessoas, que tem por objetivo interromper a propagação do vírus, porém, o mais importante que isso é proteger quem precisa acessar o serviço, é prover meios de atendimento que responda a necessidade da população e os resguarde em dignidade e direito.

Sobre o questionamento se durante a pandemia, o SUAS conseguiu efetivar-se como política pública na perspectiva da garantia de direitos, houve falas diferentes, mas que se complementaram, conforme pode ser observado abaixo.

*Olha, aqui em município A não conseguiu né, eu penso que deveria ter sido criado algum trabalho, algum projeto, diferenciado, pra essa população, e não teve, então acredito que nosso município ficou a desejar, **nem a vacina não foi, a gente que trabalha, não conseguimos, só pela idade mesmo.** Eu acho que foi pouco reconhecimento na nossa área, pelo que a gente faz. **Você mesmo sabe, que às vezes nem é trabalho da gente, a gente acaba fazendo porque nos colocamos no lugar dos outros, [...] brigamos, não tivemos respostas pra muitas de nossas perguntas, mas a gente conseguiu amenizar toda a situação.** (PROFISSIONAL A, 2021, grifos nossos)*

A partir do tom das falas trazidas pelos/as profissionais, é possível observar um cansaço e esgotamento em estar envolto nesse processo de intensificação dos problemas sociais, em parte decorrentes da dinâmica de como foi conduzido a pandemia no país, mas sobretudo a luta histórica para se construir o SUAS sob a perspectiva de direitos.

A precarização das condições de trabalho profissional nestes espaços, faz que com a política não ofereça um serviço de qualidade. O que se observa, são profissionais com baixo salário, com sobrecarga de trabalho, sem valorização profissional, muitas vezes refêns de uma gestão que faz da assistência social seu palanque de voto com a liberação de benefícios eventuais. A população não tem conhecimento do que é seu por direito, e quando a gestão do SUAS não potencializa a discussão enquanto política pública no campo da proteção social, e não da caridade, favor e benemerência, o SUAS retrocede e se descaracteriza da sua proposta que é afiançar direitos. Fato este, que inclusive, não reconheceu os trabalhadores do SUAS enquanto público prioritário na inclusão do Plano Nacional e estadual de vacinação.

Na hora que estourou a pandemia, o SUAS era serviço essencial, mas na hora da vacina não era mais, a gente pediu varias vezes, ai falaram que depois

do grupo de risco eram os profissionais do SUAS. Passou o grupo de risco, foi os trabalhadores da indústria e nada do SUAS, agora boa parte foi vacinado, mas por idade, isso a gente ficou bem chateada (PROFISSIONAL E, 2021, grifos nossos)

No estado de Santa Catarina, houve diversas discussões nas reuniões COEGEMAS²⁹ e CIB³⁰ sobre a priorização e inclusão dos trabalhadores do SUAS no plano estadual e federal de vacinação, a discussão não avançou. Foi encaminhado ao Ministério Público notícia de fato pelo COEGEMAS para inserção de profissionais da assistência social na ordem de vacinação. Na ocasião, o Ministério Público (MP) se reportou a secretaria estadual de saúde, que afirmou estar alinhada com o plano nacional de vacinação, e que não houve uma pactuação para vacinação dos trabalhadores da assistência social na reunião da CIB, o que fez com que o MP indeferisse a notícia de fato. Atualmente [agosto/2021], a maioria dos profissionais já recebeu ao menos a primeira dose da vacina, há municípios que já estão aplicando a vacina para quem tem 20 anos ou mais.

Ainda acerca sobre a perspectiva de direito, profissional C, definiu que,

Eu acho que não deixamos a desejar, não. A gente conseguiu atender a população que veio. Essa questão de abrigo, às vezes uma pessoa em situação de rua, que acabou ficando sem emprego, sem família, alguma coisa assim, esse a gente não teve andamento, e faz falta, mas na questão dos outros, da garantia de serviços a gente tentou prestar, que nem essa situação do INSS, muitas pessoas tinham as perícias agendada e acabaram não tendo informação que deveria ser feito de forma online, então muito perderam o benefício, ficaram sem receber auxílio doença por não ter a perícia principal e não tiveram informações que deveriam ter feito de forma online. Então aqueles que a gente conseguiu auxiliar a gente conseguiu garantir o direito dele ao acesso ao benefício, também a questão das outras políticas que a gente

²⁹ Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social do Estado de Santa Catarina (COEGEMAS – SC), é uma entidade sem fins lucrativos, de direito privado, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, de duração indeterminada, que representa os Gestores Municipais de Assistência Social, vinculado ao Colegiado Nacional de Gestores de Assistência Social (FECAM,2021)

³⁰ Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina, constitui-se como espaço de articulação e interlocução dos gestores municipais e estaduais da política de assistência social, caracterizando-se como instância de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUAS (Sistema Único de Assistência Social). É requisito para sua constituição a representatividade do Estado e dos municípios, levando em conta o porte dos municípios e sua distribuição regional, com a seguinte composição: seis representantes do Estado e seus respectivos suplentes, indicados pelo gestor estadual da política de assistência social, e seis representantes dos Municípios e seus respectivos suplentes, indicados pelo COEGEMAS.

teve que atender. Então acho que a gente conseguiu realizar um bom trabalho para aqueles que vieram procurar pelo serviço (PROFISSIONAL C, 2021).

É possível perceber que a fala da sobrecarga de outros segmentos se perpetuou em toda entrevista, direta ou indiretamente, foi recorrente a questão do INSS e também da tentativa dos trabalhadores do SUAS auxiliarem na necessidade do usuário, para que o mesmo não ficasse desassistido. Há posicionamento unânime de que as atividades realizadas não eram competências do SUAS, mas que o não fazer acarretaria prejuízo ao usuário.

Outro desafio foi a diminuição das equipes, conforme o/a profissional E, expõe, **“olha é assim, não avançou, o que a gente teve muito intromissão de vereador, aquele que chega e exige, principalmente no começo, acho que foi isso, e a questão da equipe que foi cada vez mais e mais diminuindo”** (PROFISSIONAL E, 2021, *negrito nosso*). A luta pela garantia de direito da população, se coaduna com a luta contra o conservadorismo, que insiste em revisitar a política de assistência social a partir de posturas clientelistas de determinados vereadores, prefeitos e gestores.

Uma fala semelhante pode-se observar do profissional D, que não dispõe de profissionais suficientes para realização de atendimento,

*Quanto à efetivação da política não tenho dúvida que foi assim foi um momento impar para nós, tem sucateamento na política? Tem, e muito. Na minha visão eu vejo dia a pós dia um desmonte que vem lá de cima, do estado, vem no município. Hoje a gente tem uma fala que até se torna cansativa, nas reuniões da Amplanorte, do estado, hoje a gente trabalha em três técnicos então eu vejo assim que é um retrocesso muito grande, não tem profissional. Pode ser o profissional mais capacitado do Brasil, ele não consegue fazer um atendimento realmente técnico, não tem como, você tá todo dia, apagando fogo no município (PROFISSIONAL D, 2020, *grifos nossos*)*

Aos trabalhadores e trabalhadoras do SUAS, foi definido o lugar da subalternidade, assim como o lugar da população atendida pelo SUAS. É tão contraditório quanto risível que uma política de proteção social tenha esvaído de tal forma a quase sucumbir diante do atual desgoverno.

Inseriu-se a política de assistência social como essencial no enfrentamento da pandemia, fecharam-se setores não essenciais, que trouxeram rebatimentos exclusivamente na assistência social. A população buscou na política de saúde, ou

educação, orientações sobre RG, CPF, processos judiciais, pensão alimentícia, evasão escolar, dentre outros? Não se pode afirmar, mas é consenso nas falas dos/s entrevistados/as que essas demandas bateram à porta da assistência social, que já estava fragilizada pelos cortes orçamentários gestados desde 2016.

Os/as trabalhadores/as estão no *front* da guerra contra a pandemia, sem estarem preparados para isso. A situação de calamidade pública em decorrência da Covid-19 difere em proporções incomensuráveis de outra calamidade pública advinda de um alagamento ou fortes ventos, que comumente a assistência social já está habituada em atender.

Os profissionais não estavam preparados para tal situação, e isso nos revela outra problemática que é a falta de planejamento das ações do SUAS, independente de qual circunstância que foi decretada situação de calamidade pública. Não havia um plano de contingência pré-articulado, contra uma possível pandemia, os planos foram criados ao longo do ano de 2020, na região da Amplanorte. O que dificultou a ação profissional, pois não havia normativas, planos, orientações de como se atuar em uma situação dessa magnitude. O estranhamento foi tanto, que no início de março de 2020, fechou-se os equipamentos de assistência social, exceto os equipamentos de alta complexidade, por se tratar de acolhimento. Sendo assim, os equipamentos que tem por função a proteção social à população, inicialmente fecharam as portas, posteriormente foi sendo esclarecido que se tratava de uma emergência de saúde pública que afetaria os aspectos da vida humana, e que o SUAS era essencial para amenizar os impactos sociais que afetariam à população, o que por fim também não ocorreu, devido a alta demanda de trabalho de outros segmentos, e com a previsão de entrega de benefícios eventuais. O SUAS se firmou nesse momento, como entregador de benefício eventual, ainda podemos definir, que o SUAS atuou na liberação compulsória de cesta básica, e na tentativa desesperada de auxiliar o usuário que batesse a porta, o que resultou na ruptura com a luta de se efetivar como política de direitos.

A última pergunta da entrevista foi como o/a profissional define como o SUAS tem enfrentado a pandemia, dessarte

A gente ficou sobrecarregado, a demanda de serviço é grande e exaustiva mesmo, e a gente tem a equipe pequena, mas creio que a gente tá conseguindo atender a demanda. Veio os recursos do estado que nem a questão de benefícios eventuais a gente jamais iria conseguir suprir essa demanda sem os recursos que vieram, tanto do estado quanto do federal, porque a demanda aumentou bastante, mas estamos indo, como diz, vai as vezes meio

empurrando, mas estamos atendendo quem dela necessita, estamos conseguindo (PROFISSIONAL C, 2021, grifos nossos)

Já o/a profissional E, expõe,

*Olha, foi um período muito difícil pra todo mundo, a gente teve que, o PAIF que já não era ideal, piorou ainda mais, cada dia os profissionais mais, acumulando funções, foi bem complicado. Até o Ministério Público mandava avaliação de medicamento pra gente fazer, além de toda a demanda de benefício eventual ainda tinha essa questão do Ministério Público que mandava coisas que não eram nossas competências. [...] **Aí quando chegou a hora de vacinar os grupos de risco, os beneficiários do BPC, a gente teve que abrir horários aqui no CRAS pra aplicar a vacina, então aglomerou aqui daí. Nós em nenhum momento paramos, nem um minuto.** (PROFISSIONAL E, 2021, grifos nossos)*

Dos municípios participantes da pesquisa, somente o município E, apresentou essa situação em ter que dispor do espaço do CRAS para agendamento de vacinas dos beneficiários do BPC, os outros municípios fizeram parcerias, entregando a lista de beneficiários às secretarias municipais de saúde, ou tirando dúvidas de contato de algum beneficiário que não fora localizado (MUNICÍPIO B, C e D). O/A participante do município E não indicou de quem foi a intenção em fazer a vacinação desses beneficiários no espaço do CRAS, mas esse tipo de ação retorna a velha visão de que a assistência social pode realizar atendimentos que são da política de saúde, ainda é comum pessoas buscarem na assistência social medicamentos, consultas e pedido de internação. Se a prática de vacinar nos equipamentos do SUAS se “torna tendência” os profissionais no SUAS não farão mais nada além de agendamento de vacinação.

O/A profissional D optou por utilizar uma figura de linguagem para descrever o momento caótico que vivenciam,

O que eu penso, na minha opinião, a secretaria de assistência social tá lá, o CRAS tá lá e eles precisam atender as demandas, peguem o barquinho de vocês e vão remando como vocês puderem, porque a atenção nossa é para a saúde, nós precisamos equipar a saúde, nós precisamos contratar trabalhadores e focar na saúde, os outros setores não tem problema. A assistência social tem que ter cesta básica para entregar e se virem como vocês podem. E não tem dinheiro para contratar, não tem como criar programas novos, vocês estão ali, vocês estão em um lugar, vocês estão em

três técnicos, então peguem o barquinho de vocês e remem até vocês chegarem na praia, se vocês conseguirem chegar na praia parabéns para vocês, e se vocês de afogarem no meio, paciência. A gente ainda não chegou, mas já estamos perto da praia, e a gente não vai morrer, eles querem que a gente morra, mas a gente não morre não, a gente é persistente, todo dia a gente é persistente. A gente tá aí, firme e forte (PROFISSIONAL D, 2020, grifos nossos).

Vivencia-se dias de incertezas, de angústia e sobrecarga emocional e de trabalho, é muito potente e triste a fala “*eles querem que a gente morra, mas a gente não morre não, a gente é persistente*”. Entende-se o “eles” enquanto o modo de produção capitalista que não vê necessidade do SUAS existir, visto que ele não produz lucro, apenas gastos com investimentos públicos. Entende-se “eles” enquanto governo federal, que a todo custo vem tentando enterrar o SUAS e todo o sistema de proteção brasileiro, com suas propostas de privatização e flexibilização do mercado, com políticas econômicas de intervenção mínima do Estado, e desregulamentação e redução de gastos governamentais, que afetou diretamente o sistema protetivo brasileiro nos últimos anos. Entende-se “eles”, como os gestores que estão a frente do SUAS, sem conhecimento e sem intenção de conhecer o que é o SUAS, mas que ocupam esses espaços por interesse político e que apoiam as diretrizes desse desgoverno atual que está no poder. Entende-se “eles” todos os atores políticos e sociais que desqualificam os trabalhadores e trabalhadoras do SUAS, que não os reconhecem na sua integralidade enquanto propulsores de uma sociedade mais igualitária e justa. Enfim “eles” podem ser caracterizados a partir de vários aspectos e personificações, mas todos “eles” tem apenas um intuito, o desmonte e retrocesso para inviabilizar a manutenção dos direitos sociais à população.

Essa pesquisa oportunizou a conhecer a realidade regional e concluir que a maior carga para resolutividade dos problemas gerados pela pandemia ficou a cargo das próprias famílias, que tiveram que lidar com a falta de alimento, desemprego, doença e incertezas. Embora os/as profissionais do SUAS estejam realizando um esforço além das suas habilidades técnicas para atender a população, o SUAS se mantém na subalternidade, juntamente com as famílias e esses profissionais. A proposta da efetivação de política pública galgada da garantia de direitos evoluiu no decorrer dos anos, mas que as demandas ora apresentada são as mesmas que no início da criação da PNAS, e que as famílias continuam a ser tratadas da mesma forma, com visão moralizadora e tuteladora, colocando sob elas a responsabilidade por sua condição de vida, especialmente se for

pobre, tais responsabilidades também se imputam as relações de violência em âmbito doméstico, alcoolismo e conflitos internos na família resultantes de situações de desigualdade social. Quando é atendido uma família em situação de violência, ou alcoolismo, se projeta na família, a responsabilidade pela situação vivida, por isso é tão comum a fala “mulher gosta de apanhar” quando se encontra em violência doméstica, ou “fulano vive bebendo não se ajuda”. E o mais contraditório, quando se condiciona um direito com contrapartida do indivíduo, neste caso podemos citar o próprio Programa Bolsa Família (PBF) que tem suas condicionalidades na educação e saúde, ou recebimento de cesta básica e em contrapartida participe de algum programa ou serviço oferecido pelo SUAS. Neste aspecto, Teixeira (2009, p.259) nos afirma que,

Fornecem serviços para reforçar as tradicionais funções da família, de proteção social, aumentando a dependência dos indivíduos da família e exigindo-se delas mais responsabilidades e serviços, como condição para poder ter acesso a algum benefício ou serviço público (TEIXEIRA, 2009, p.259).

É muito comum ouvir que o problema está na família (e aqui recorde-se todas as expressões da questão social), sem problematizar essa afirmação, de que não se trata de um problema da família, e sim de um problema da sociedade, das condições desiguais que os indivíduos estão expostos, afetando diretamente o âmbito familiar. Os problemas sociais transpassam a esfera privada, e na lógica, do próprio sistema de proteção social que também está à disposição do capital, trata o assunto como problema de ordem individual e privada. Existe sociedade violenta, sociedade desigual, sociedade alcoolista, sociedade preconceituosa, entre outros arquétipos, mas não há famílias com esses estereótipos. As famílias sofrem os rebatimentos da ordem social, dentro do seu espaço privado.

Essa responsabilização é compreendida como modelo familista de trabalho com as famílias, cujo conceito familismo é entendido como a perspectiva “em que a política pública considera que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem estar dos seus membros” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.05). A lógica do familismo é atribuir aos membros familiares à resolução dos seus conflitos e necessidades, e o Estado só passaria atuar na “lógica” do problema, quando uma situação se agrava. Exemplo disso são os acolhimentos de crianças e adolescentes, em que o Estado não proveu as necessidades necessárias para que o sistema familiar não se fragilizasse e evoluísse para uma situação de risco, mas atua no acolhimento da criança,

e esse acolhimento tem as justificativas mais diversas, como higiene, falta de alimentos, moradia adequada. Não se protege, mas se pune. O Estado passa a punir ao invés de proteger, excluir ao invés de afiançar direitos, e culpabiliza a situação familiar à própria família.

Ainda, é importante ressaltar que o conceito de matricialidade sociofamiliar é muito frágil na sua afirmação de centralidade na família, visto que os benefícios liberados são, em sua grande maioria, para o público feminino, como vamos observar na análise das entrevistas que permeia essa pesquisa no último capítulo.

O questionamento é por que são mulheres que acessam mais? E os homens não fazem parte dessa centralidade familiar? Não buscam benefícios? Neste sentido, Cisne (2012, p. 67) aponta que há uma visão conservadora de não entregar benefícios a população masculina, e optar pelo público feminino, pela historicidade de ser a mulher que cuida dos afazeres da casa, que “naturalmente” tem o sentido de proteção dentro do lar.

Existem programas sociais aos quais vêm famílias que tem pais como chefes de família e só ele é o responsável, programas que o formulário não cabe, programas que as palestras ou então que o responsável vai ter que ser realmente uma mulher, porque se for um homem, ele vai vender o negócio, vai passar para a frente, que não tem a mesma responsabilidade. Por um lado eu até concordo, no sentido de que talvez ele tenha, pela condição dessa paternidade, que é um pouco ausente [...]; ao invés de estar ajudando a que aquele benefício fique realmente para a criança, ao mesmo tempo em que faz isso, ele reforça a desresponsabilização do pai; então eu tenho algumas críticas a programas que colocam só a mulher como beneficiária, porque aí eu continuo reforçando que ela vai ter que ficar diretamente ligada ao filho por ela ser a grande responsável por ele.

Nesse sentido, as mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado da família, filhos e proteção dos seus membros ainda persiste sob a mulher a visão da fragilidade, de reprodutora, do cuidado e zelo pelo espaço doméstico, reforçando a perspectiva patriarcal³¹ de que a mulher cabe os cuidados domésticos na vida privada, e ao homem o

³¹ É um sistema sociopolítico que coloca os homens em situação de poder, ou seja, o poder pertence aos homens. As sociedades patriarcais têm gênero masculino e a heterossexualidade como superiores em relação a outros gêneros e orientações sexuais. Por isso, é possível verificar uma base de privilégios para os homens. O debate feminista sobre patriarcado, no centro da discussão, o poder do homem sobre a mulher existe também nas sociedades capitalistas contemporâneas. Nos sistemas patriarcais, as mulheres estão no patamar de desigualdades tendo uma série de obrigações em relação aos homens. (AGUIAR,2015)

trabalho e a vida pública. Sendo assim, o próprio sistema protetivo passa a reforçar a desigualdade de gênero³².

É preciso considerar que essa discussão aqui realizada não desmerece a construção histórica do sistema de proteção social, das lutas para que a população pudesse ter espaços de acesso, mesmo que precariamente. Mas é trazer essa construção que é pautada de possibilidades de avanços e retrocessos, e que atualmente vemos o conservadorismo se agigantar na sociedade brasileira, principalmente nesse período pandêmico vivenciado em 2020-2021, e é através dessa perspectiva que precisamos avaliar as intervenções do SUAS no atendimento as famílias afetadas pela Covid-19, se não tem sido exclusivamente sob o viés familista.

Que direitos estamos provendo, que perspectiva de trabalho estamos adotando? Que modelo de família temos elegido para trabalhar com os usuários, conservador ou respeitado as diferenças e potencialidades das famílias?

As políticas sociais têm que trabalhar no intuito de desresponsabilizar a família que culturalmente é sobrecarregada moral e materialmente pelas mazelas dentro do seu espaço nuclear, e incentivar a independência e liberdade dessa família, tendo sempre a luz de suas ações que o Estado tem que ser o maior garantidor da proteção social a fim de garantir os direitos previstos na constituição Federal de 1988, conforme nos afirma Pereira-Pereira (2006, p.40),

[...] não deve ser de pressionar as pessoas para que assumam responsabilidades além de suas forças e de sua alçada, mas oferecer-lhe alternativas realistas [...] o Estado tem que se tornar partícipe, notadamente naquilo que só ele tem como prerrogativa, ou monopólio – a garantia de direitos.

³² Antes de conceituarmos desigualdade de gênero, devemos entender o conceito de gênero. Gênero, dentro da humanidade e nas relações sociais, é descrito como uma classificação de masculinidade e feminilidade. Ao contrário do senso comum, gênero não tem, necessariamente, a ver com sexo biológico. O gênero diz respeito à forma como as relações sociais enquadram em padrões o comportamento esperado de cada sexo. A desigualdade de gênero é a desigualdade de poder entre homens e mulheres. Desigualdade de poder refere-se ao acesso às oportunidades nos âmbitos econômico, político, educacional ou cultural. Forma-se um círculo vicioso em que a ausência de mulheres nos espaços de liderança e decisão impede que haja melhorias para elas no ambiente corporativo, na esfera pública e no ambiente familiar. Mulheres ganham menos, estão em menor número em posições de chefia ou em cargos eletivos, trabalham mais no ambiente doméstico, exercem mais trabalho não remunerado. A diferença de papéis entre homens e mulheres pode ser exemplificada na divisão sexual do trabalho. Em muitas sociedades, as mulheres ficam a cargo do trabalho reprodutivo e do ambiente privado (cuidar da casa e da família) e os homens a cargo do trabalho produtivo no ambiente público (empreender, governar, conduzir a política e a economia) (REZENDE,2021)

É necessária uma articulação entre os níveis de proteção com as demais políticas públicas existentes para que a família, de fato, seja desvinculada dessa responsabilização que historicamente foi incumbida a ela, e que essa responsabilidade passe inteiramente ao Estado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação teve por objetivo caracterizar as demandas que surgiram para o SUAS em decorrência da pandemia da Covid-19, a partir do ponto de vista de assistentes sociais trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na região da Amplanorte/SC. Para tanto, o estudo em tela contextualizou a pandemia da Covid-19, trazendo dados da expansão da doença no Mundo, Brasil, Santa Catarina e na região da Amplanorte. Explicitou as formas de proteção sanitária contra a propagação do vírus, bem como a tentativa de proteção de renda, através do auxílio emergencial, direcionado às famílias em situação de vulnerabilidade.

O norte teórico e conceitual da pesquisa teve como discussão as categorias pobreza, desigualdade social, questão social e proteção social, a fim de trazer os elementos que explicitam as contradições do modo de produção capitalista. Sendo fenômenos oriundos do processo de urbanização e industrialização a partir do século XIX e das contradições entre o capital e trabalho do modo de produção capitalista, e o conceito de proteção social enquanto manutenção da ordem social e a defesa dos direitos.

Nesse contexto, pautado por lutas e contradições do modo de produção capitalista, com pauperização da classe operária, o trabalhador passa a exigir do Estado uma condição de vida digna. Como forma de resposta do Estado, a proteção passa a ser incorporada na agenda pública a fim de minimizar os insurgimentos da classe trabalhadora contra o capital. Esses primeiros movimentos vão cunhar o modo de proteção social que perdura até os dias atuais, entre avanços e retrocessos. Desse modo, o estudo também trouxe uma breve discussão do Sistema Único de Assistência, campo de atuação da pesquisadora e campo de pesquisa desta dissertação.

A pesquisa foi dividida em duas etapas sendo a primeira, a realização de um formulário com perguntas objetivas a fim de levantar as informações de quais serviços, programas e projetos foram criados nesse período pandêmico assim como a demanda atendida pelos profissionais, o questionário foi disponibilizado de forma online a todos/as assistentes sociais que atuam no SUAS na região. A segunda etapa contou com entrevistas semiestruturadas realizadas a cinco assistentes sociais pertencentes a diferentes municípios que compõem a região da Amplanorte, cabe ressaltar que a escolha do número de entrevistas e seus respectivos municípios se deu devido a necessidade de contemplar as diferentes realidades da região, sendo assim, dois municípios de médio porte e três de pequeno porte.

O objeto da pesquisa se construiu a partir da atuação profissional da pesquisadora, que visualizou mudanças profundas em seu ambiente de trabalho com o advento da pandemia, neste sentido, optou-se por realizar a pesquisa com essa temática e na região proposta a fim de conhecer, compreender e atuar sobre a realidade vivenciada.

A partir do percurso percorrido foi possível concluir que o SUAS vem tentando se construir enquanto política de proteção social, desde a criação da Lei Orgânica Assistência Social em 1993, e posteriormente a Política Nacional de Assistência Social em 2004, Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS) em 2005 e a tipificação dos serviços socioassistenciais em 2009, com vistas a romper a lógica do assistencialismo e benemerência no Brasil. Porém o SUAS, um modelo de sistema unificado em todo país, é um sistema novo, que desde sua criação luta para se consolidar como um modelo de gestão que está inserido na realidade social, reconhecendo as potencialidades e desafios que as famílias apresentam, o que representa uma discussão muito recente sob essa lógica do acesso a benefícios, programas, projetos e serviços socioassistenciais com centralidade na família.

A partir da pesquisa realizada foi possível analisar que as velhas práticas executadas quando iniciada a discussão de proteção social a partir da política de assistência social, é a mesma da atual conjuntura, mesmo se passando quase 30 anos da criação da LOAS, ainda se tem uma visão moralizadora sobre os indivíduos e famílias, e em diversas circunstâncias assentado nas características de culpabilização das famílias pelas situações que se encontram.

É consenso entre as falas dos/das diferentes profissionais que o SUAS não foi compreendido enquanto política pública de enfrentamento da pandemia. A alta demanda de trabalho, somado a precarização das condições trabalhistas nas instituições, trouxe apontamentos de que ainda se atua de forma pontual e focalizada, através da entrega de uma cesta básica, liberação de um auxílio aluguel ou funeral. Apenas isso não seria suficiente para as famílias sobreviverem em meio à emergência de saúde pública que estamos vivenciando, mas foi nesse lugar que o SUAS foi colocado durante o período da pandemia, na liberação compulsória de benéficos eventuais e a responder demandas de outros segmentos que estavam em trabalho remoto, sem a preocupação e comprometimento em criar estratégias de enfrentamento ao aumento da pobreza oriundo da pandemia, bem como, a desigualdade social que caracteriza historicamente a realidade brasileira.

Ainda pode-se concluir que a falta de diálogo imperou durante este período. O governo federal não dialogou com os governos de estado e municípios, movimentos e a fins, para se pensar conjuntamente uma proposta que viesse ao encontro das necessidades da população, assim, priorizou-se exclusivamente manter a economia do país, mesmo que para isso custasse vidas, como pudemos observar ao longo desta dissertação. O sistema de seguridade social, que deveria ter realizado uma discussão conjunta na perspectiva de proteção social, não apresentou ser dialogável, deixando a população mais vulnerável socialmente à mercê de atendimentos em plataformas digitais. A caixa econômica federal não dialogou com o SUAS para apontarem soluções a diversas problemáticas causadas no acesso ao auxílio emergencial; os municípios trabalharam sem nenhuma orientação de como proceder com os questionamentos trazidos; e, foi na porta do SUAS que todo esse público quis respostas. Além de toda a questão estrutural exposta, o próprio SUAS não dialogou com os usuários, para se fazer um trabalho efetivo durante a pandemia. O PAIF que já era realizado de forma limitada e esporádica como afirma o/a profissional E durante a pesquisa, teve seu trabalho totalmente interrompido desde o início da pandemia.

No que tange a família, foi possível concluir que a responsabilidade pelo cuidado dos seus membros recaiu sobre o âmbito familiar. As situações desencadeadas pela pandemia, como desemprego, violência, alcoolismo, foram consideradas como falta de vontade da família em sair dessa condição, sem levar em consideração a singularidade dos diferentes grupos familiares e suas necessidades, na perspectiva de superar os desafios trazidos pela pandemia.

Também foi possível identificar através da pesquisa, que os profissionais do SUAS reconhecem seu papel dentro do sistema de proteção, mas que estão imersos nos velhos paradigmas da política de assistência social. Demonstrem comprometimento com o atendimento à população tentando buscar respostas as demandas que população tem trazido até os equipamentos. Além dessa problemática, somam-se, os espaços inadequados para atendimento, equipes com falta de profissionais, ou somente um/uma assistente social trabalhando sozinha no CRAS, falta de reconhecimento e valorização profissional, sobrecarga de trabalho e falta de gestores comprometidos com os interesses da população.

Neste sentido, o governo federal não mede esforços em sucatear os serviços, programas e benefícios para a população, desde seu ingresso no poder executivo, o atual governo vem desmantelando as ações não só do SUAS, mas também a previdência social e saúde. Cotidianamente estas vêm sofrendo ataques desse governo ultraliberal, que tem

como projeto de governo a priorização de política de economia em detrimento das políticas sociais, como é observado através da reforma trabalhista, reforma da previdência, desfinanciamento do SUAS e desprezo com a população.

Somado a esse desmonte, a pandemia da Covid-19 veio desnudar um Brasil que está longe de minimizar as desigualdades sociais e a pobreza, ao contrário, o aumento da pauperização é crescente. O auxílio emergencial que foi criado em 2020 tinha, em tese, o objetivo de fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pelo vírus. Porém, além do valor irrisório, provocou uma série de dúvidas, desinformação e descontentamento na população. Com a dificuldade em acessar o auxílio, as pessoas foram submetidas a longas filas de esperas. Até mesmo o aplicativo usado para movimentar o recurso em conta, ou solicitar, consultar data de pagamento, tinha uma longa fila virtual de espera.

O que o acesso [ou a falta dele] ao auxílio demonstrou, foi a humilhação de vários indivíduos, tendo que se reportar diversas vezes para a CEF porque não conseguiam resolver o problema do aplicativo, do código de saque, ou até mesmo o saque, pois não tinha conhecimento de como manejar o aparelho e aplicativo, nessas funcionalidades. Sendo assim, percebe-se que uma proposta que veio para proteger, acabou por fazer exposição da população, em duas perspectivas, a primeira uma exposição ao vírus, biologicamente falando, por conta da aglomeração em filas para acessar a CEF, contra as orientações da OMS e Ministério da Saúde para não causar aglomeração a fim de conter a proliferação do vírus, e outra, a exposição em sua condição humana, enquanto usuário que é exposto a humilhação de ter que ficar em filas, em não receber informações claras e objetivas para conseguir acessar.

Foi possível observar a partir das entrevistas realizadas com os/as assistentes sociais, que as dúvidas referentes ao auxílio emergencial e a realização do cadastro no site da Caixa, foi buscado constantemente no CRAS e outros equipamentos do SUAS. Outros profissionais tentavam auxiliar na medida que recebiam informações, mas ficou claro que toda a demanda que veio referente ao auxílio foi atendida, seja na forma de realização do cadastro ou de orientação de como proceder para acessar o benefício. Neste aspecto cabe ressaltar que as orientações eram feitas a partir do que o profissional buscava conhecer, pois como já mencionado, os profissionais não tiveram nenhuma orientação de como realizar o atendimento a essa população beneficiada pelo auxílio emergencial. Há relatos que municípios não haviam feito o cadastro de quem procurava, conforme

orientação do seu gestor, afirmaram não ter conhecimento e que o preenchimento incorreto poderia prejudicar o usuário.

Também se verificou que o SUAS em âmbito municipal não criou nenhum serviço, programa ou projeto com vistas a assegurar o usuário os direitos sociais. Pelo contrário, foi trabalhado a partir de uma lógica focalista, na concessão de benefícios eventuais, através de alimentos/cesta básica, auxílio funeral e aluguel social, para as famílias atingida pela Covid-19.

A pesquisa possibilitou a compreensão do SUAS na região da Amplanorte, os particulares de cada município, sendo uma região interiorana, composta por sete municípios de pequeno porte e três municípios de médio porte, cada um apresenta sua particularidade na condução e efetivação do SUAS. Entre as particularidades, registra-se que há municípios que possuem uma equipe completa, outro que só tem o assistente social com a jornada de 40h semanais no CRAS e gestão, inclusive município que divide a atuação do profissional entre CRAS e gestão ou CRAS e serviços de acolhimento. Outra particularidade é o conhecimento e apoio da gestão para auxiliar os técnicos nos serviços, programas e projetos do SUAS. Há municípios que possuem gestores engajados na busca por construir uma política de direitos e há gestores que desconhecem por completo a assistência social, que ocupam essa função por apadrinhamento. Nesse aspecto entende-se que, se um gestor não conhece o SUAS e não tem a pretensão de se inteirar das pautas de lutas, o gestor não soma à equipe, e ainda fortalece a visão na sociedade caritativa da política de assistência social, quando realiza campanha de alimentos, roupas, cobertas e utensílios diversos.

No entanto a pesquisa realizada na região, apontou que as demandas que emergiram e se potencializaram durante o período da pandemia, foram similares de um modo geral. A pesquisa apontou que a busca por serviço, programas e benefícios do SUAS foram relacionados a alimentos/cesta básica, auxílio funeral e aluguel social, entre outras demandas que não eram atribuições do SUAS, mas que foram realizadas para que os indivíduos não ficassem sem atendimento.

Esse é posicionamento unanime nos municípios, onde nenhum participante da entrevista afirmou que não fez atendimento de outro segmento. O tema que mais demanda atenção dos profissionais do SUAS que não é de sua atribuição, é o acesso ao INSS, na realização de agendamentos de perícias, solicitação de auxílio doença, maternidade, auxílio reclusão, pensão por morte, cumprimento de exigência, e digitalização dos documentos pessoais para inserção na solicitação online do usuário. Nesse aspecto,

através da entrevista foi possível perceber toda essa demanda do INSS, que recorreu ao SUAS no período de pandemia. E os profissionais realizaram os atendimentos necessários, para que o usuário pleiteasse o auxílio por ele reclamado.

Desse modo, a pesquisa evidenciou a sobrecarga de trabalho para os profissionais do SUAS, a falta de diálogo e ações conjuntas entre as políticas sociais. A previdência social poderia ter dialogado mais com o SUAS, sobre quais medidas poderiam ter sido tomadas conjuntamente a fim de preservar o direito do usuário.

Do ponto de vista pessoal e profissional para a pesquisadora, o estudo possibilitou o questionamento das práticas utilizadas para o atendimento familiar, das indagações realizadas a partir da entrevista e da confrontação com o referencial teórico, que reafirmou a concepção de que enquanto trabalhadora do SUAS a bandeira de defesa e luta tem que ser no enfrentamento da questão social, através de benefícios, programas e projetos do SUAS, e não na lógica punitivista, familista de atendimento à família. Não podemos ser meros executores da política, precisamos avaliar, propor ações conjuntas a fim de contribuir com a sociedade de forma que a torne menos desigual e mais equânime.

Concluindo, a pesquisa tem relevância teórica, do ponto de vista de construção do conhecimento sobre o SUAS durante o período de pandemia e também da região, campo de pesquisa, bem como tem relevância prática, do ponto de vista do cotidiano profissional, de como a região da Amplanorte se constrói e se modifica, onde somos chamados para atuar a partir do arcabouço teórico do Serviço Social.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOV, Oleg. **Governo FHC e estratégia de parceria: retomando a análise crítica do programa Comunidade Solidária**. Revista Eletrônica de Ciência Política. V,7, Nº 2, 2016, p.122-145. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/politica/article/view/48537>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.
- ANGELO, Vitor Amorim de. **Guerra do Contestado – Conflito alcançou enormes proporções**. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/historia-brasil/guerra-do-contestado-conflito-alcancou-enormes-proporcoes.htm> . Acesso 25 de maio de 2021.
- ANSEDE, Manuel. Moderna pede autorização para vender sua vacina após anunciar eficácia de 100% contra a covid-19 grave. Disponível em <https://brasil.elpais.com/ciencia/2020-11-30/moderna-pede-autorizacao-para-vender-sua-vacina-apos-anunciar-eficacia-de-100-contra-a-covid-19-grave.html>. Acesso em 30 de janeiro de 2021.
- Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília : IPEA, 2015. 77 p
- BARBOSA, Débora Nunes; SOUZA, Cristiane Luiza Sabino de. **Reflexões sobre o agravamento das desigualdades sociais e raciais no Brasil no contexto da pandemia de SARS-COV-2**. In Pandemia, políticas públicas e sociedade [recurso eletrônico] / organização Luziele Tapajós ... [et al.]. - 1. ed. - Florianópolis [SC] : 2021, p.61-80.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BASILIO. Ana Tereza. **A violência doméstica durante a Covid-19**. Consultor Jurídico, Conjur, 2020. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2020-jul-29/ana-tereza-basilio-violencia-domestica-durante-covid-19> . Acesso em 08 de agosto de 2020
- BBC. **2 momentos em que Bolsonaro chamou covid-19 de “gripezinha”, o que agora nega**. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>. Acesso em 05 de dezembro de 2020
- Bbc. **Brasil chega a 200 mil mortes por covid-19 em dia com record de óbitos e casos**. 2021. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55581800>. Acesso em 02 de fevereiro de 2021
- BBC. Coronavírus: 'país de maricas' e outras 8 frases de Bolsonaro sobre pandemia que matou 162 mil pessoas no Brasil. 2020. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54902608>. Acesso em 12 de dezembro de 2020
- BBC. **Covid-19: em uma semana, Estados com alta de internações passam de 15 para 21, diz Fiocruz**. 2020. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55075496>. Acesso em 20 de dezembro de 2020

BBC. CPI da Covid: executivo da Pfizer confirma que governo Bolsonaro ignorou ofertas de 70 milhões de doses de vacinas. 2021. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57104347>. Acesso em 05 de junho de 2021

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social na pandemia da Covid-19: proteção para quem?** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021

BRASIL ECONOMIA. **Desafios: Brasil tem 31,3 milhões de pessoas sem água encanada e casas lotadas.** 2020. Disponível em <https://economia.ig.com.br/2020-03-28/desafios-brasil-tem-313-milhoes-de-pessoas-sem-agua-encanada-e-casas-lotadas.html>. Acesso em 10 de maio de 2020

CARDOSO, Ruth. **Carta da D. Ruth. In: Presidência da República Federativa do Brasil/Casa Civil/Secretaria Executiva da Comunidade Solidária.** Construindo a agenda social: síntese preliminar das seis rodadas de interlocução política do Conselho da Comunidade Solidária. 1996-1997. Brasília. Documento do Programa Comunidade Solidária, 1997. Internet: www.comunidadesolidaria.org.br. Acesso em 25 de novembro de 2020

CARVALHO, Lucilene Ferreira Mendes de. **Pobreza e desigualdade social: fundamentos sociais e históricos.** Revista em Paut, Rio de Janeiro _ 1o Semestre de 2018 - n. 41, v. 16, p. 139 – 153. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/36689-124278-1-PB.pdf>

CAZELLA, A, Ademir; Búrigo, L, Fábio. O desenvolvimento territorial no planalto catarinense: o difícil caminho da intersetorialidade. Revista Extensão Rural, DEAER/CPGExR – CCR – UFSM, Ano XV, Jan – Jun de 2008, p. 5-30. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/extensaorural/art1ed15.pdf>. Acesso em 29 de maio de 2021.

CFESS, **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social.** Brasília. 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em 10 de maio de 2020

CLAUDINO, Livio Sergio Dias. **Impactos da pandemia de Covid-19 para a agricultura familiar paranaense e a agroecologia como um caminho para superação.** Unifesspa: Painel de Reflexões em tempo de crise, 2020. Disponível em: https://acoescovid19.unifesspa.edu.br/images/Agricultura_Familiar_e_Covid_Painel_-_tempos_de_crise_2_-_20_07.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2021

CNN. **Após 29 dias no cargo, Nelson Teich pede demissão do Ministério da Saúde.** 2020. Disponível <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/05/15/nelson-teich-pede-demissao-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 17 de julho de 2020

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Parecer CFM nº 4/2020.** Disponível em https://cipe.org.br/novo/wp-content/uploads/2021/03/PROCESSO-CONSULTA-CFM-No-2-4_2020.pdf. Acesso em 20 de dezembro de 2020

DAVIS, Mike. **A crise do coronavírus é um monstro alimentado pelo capitalismo.** In Coronavírus e a luta de classes, p. 5-12. Terra sem Amos: Brasil, 2020.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

FACHIN, Zulmar Antonio; PAGLINIARI, Alexandre Coutinho. **Movimentos Sociais na Constituição Brasileira de 1988: A construção da democracia e dos direitos humanos.** Revista Direitos Humanos e Democracia. Editora Unijuí. Ano 6, nº 12, Jul./Dez. 2018

FEDERAÇÃO CATARINENSE DOS MUNICÍPIOS (FECAM). **Indicadores.** Disponível em: <https://indicadores.fecam.org.br/indice/estadual/ano/2021> . Acesso em: 05 de junho de 2021

FIOCRUZ, **Como é feita a vacina candidata da Covid-19 da Universidade de Oxford/AstraZeneca?** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/como-e-feita-vacina-candidata-da-covid-19-da-universidade-de-oxford/astrazeneca>. Acesso em 15 de fevereiro de 2021

FIOCRUZ, **Como o coronavírus é transmitido.** Covid-19 Perguntas e Respostas. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/pergunta/como-o-coronavirus-e-transmitido>. Acesso em 06 de junho de 2020.

FIOCRUZ, **Edição da revista aborda o longo caminho da ciência para a vacina contra a Covid-19.** Disponível em <https://portal.fiocruz.br/vacinascovid19>. Acesso em 01 de março de 2021

FREITAS, Leana Oliveira. **Políticas públicas, descentralização e participação popular** R. Katál., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 113-122, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/thzkKkhPh3SwyNScS6GCRfy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 de maio de 2021.

FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli. **Política de combate à pobreza e as agências multilaterais: um estudo comparativo entre o Brasil e México.** 2004. Tese (Doutorado em Sociologia Política)-Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

G1. **Coronavírus impõe janeiro mais triste da história do AM com recorde de casos, mortes e internações por Covid-19.** 2021. Disponível em <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/02/01/coronavirus-impoe-janeiro-mais-triste-da-historia-do-am-com-recorde-de-casos-mortes-e-internacoes-por-covid-19.ghtml>. Acesso em 20 de fevereiro de 2020

GALLAGHER, James. **Coronavírus: Moderna diz que sua vacina é 95% eficaz; o que já se sabe sobre ela.** Disponível em <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/bbc/2020/11/16/coronavirus-moderna-diz-que-sua-vacina-e-95-eficaz-o-que-ja-se-sabe-sobre-ela.htm>. Acesso em 03 de fevereiro de 2021

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, F; LOPES, J.B. “**O trabalho do assistente social nas organizações da classe trabalhadora**”. In Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS e ABEPSS, 2009

GOVERNO DE SANTA CATARINA. **Coronavírus em SC**. Notícias por tema-
Coronavírus. Disponível em
<https://www.sc.gov.br/noticias/temas/coronavirus/coronavirus-em-sc-estado-confirma-1-027-760-casos-991-760-recuperados-e-16-374-mortes>. Acesso em 22 de junho de 2020

HARVEY, David. Política anticapitalista em tempos de COVID-19. In InCoronavírus e a luta de classes, p. 13-23. Terra sem Amos: Brasil, 2020.

HILLESHEIM, Jaime; LARA, Ricardo. **Modernização trabalhista em contexto de crise econômica, política e sanitária**. In Pandemia, políticas públicas e sociedade [recurso eletrônico] / organização Luziele Tapajós ... [et al.]. - 1. ed. - Florianópolis [SC] : 2021, p.61-80.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A Questão Social no Capitalismo**. Temporalis, n.3, Brasília, 2001, p.9-32.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IESAPM. Instituto de Ensino Superior da Associação Paulista de Medicina. **O que você precisa saber sobre a CoronaVac, a vacina do Butantan**. Disponível em
<http://associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/o-que-voce-precisa-saber-sobre-a-coronavac-a-vacina-do-butantan>. Acesso em 01 de março de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades e estados.2020 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/> . Acesso em: 02 de junho de 2021

JORNAL DE BRASILIA. **OMS desmente Bolsonaro sobre cloroquina mais uma vez**. 2020. Disponível em: <https://jornaldebrasil.com.br/noticias/politica-e-poder/oms-desmente-bolsonaro-sobre-cloroquina-mais-uma-vez/>. Acesso em 16 de outubro de 2020

LARA, Ricardo. **Pandemia e Capital: as repercussões da Covid-19 na reprodução social**. in Pandemia, políticas públicas e sociedade [recurso eletrônico] / organização Luziele Tapajós ... [et al.]. - 1. ed. - Florianópolis [SC] : 2021. p. 23-38

LAURINDO, JEAN. **SC já tem 93 cidades em situação de emergência por conta da estiagem**. NSC Total. Disponível em: <https://www.nscetotal.com.br/noticias/estiagem-em-sc-deixa-21-cidades-em-situacao-critica-ou-de-alerta-para-desabastecimento-de> Acesso em 30 de junho de 2020.

LEÃO, Lidice. Mulheres: notícias boas em meio à pandemia. Jornal do Brasil. Disponível em <https://www.jb.com.br/pais/artigo/2020/07/1024911-mulheres--noticias-boas-em-meio-a-pandemia.html>. Acesso em 10 de agosto de 2020

MACHADO, M.V, Neila. **Pandemia, fome e miséria: uma relação destruidora.** Pandemia, políticas públicas e sociedade [recurso eletrônico] / organização Luziele Tapajós ... [et al.]. - 1. ed. - Florianópolis [SC] : 2021. p. 145-157

MAGENTA, Matheus. **Mortes, testes e contágio: como o Brasil se compara a outros países na pandemia de coronavírus.** BBC, 2020. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52509734>. Acesso em 05 de maio de 2020

MAMED, D. de O; DALLABRIDA, V. R. (2016). Instrumentos econômicos de proteção ambiental e desenvolvimento territorial: abordagem teórica e prospecções para o Planalto Norte Catarinense. *DRd - Desenvolvimento Regional Em Debate*, 6(2), 127–146.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação.** 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MARTINS, Valter. **O modelo de proteção social brasileiro: notas para a compreensão do desenvolvimento da seguridade social.** Rev. Bras. de Políticas Públicas, Brasília, v. 1, n. 1, p. 137-158, jan./jun. 2011.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos. Coleção obra prima de cada autor.** São Paulo: Ed. Martin Claret, 2006.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** Arte & Ensaios, Revista do PPGAV/EBA/UFRJ, n. 32, p. 123-151, dez. 2016.

MESTRINER, Maria Luiza. **O estado entre a filantropia e a assistência social.** São Paulo, Cortez, 2001

MILANI, Maria Luiza. **Identidade sociocultural do Planalto Norte catarinense: uma realidade (in)visível.** Revista Científica Ciência em Curso – R. cient. ci. em curso, Palhoça, SC, v. 2, n. 2, p. 125-131, jul./dez. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 24. ed. Petrópolis : Vozes, 1994. 80 p. (Temas sociais, 1).

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos (Org). **Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em : 02 de fevereiro de 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletins Epidemiológicos.** 2020. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 11 de novembro de 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações atualizadas sobre o coronavírus.** Acesso à informação. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-informacoes-atualizadas-sobre-o-corona-virus-covid-19>. Acesso em 20 de maio de 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde fecha acordo com Pfizer e Janssen para mais 138 milhões de doses de vacinas covid-19.** Notícias, 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-fecha-acordo-com-pfizer-e-janssen-para-mais-138-milhoes-de-doses-de-vacinas-covid-19>. Acesso em 04 de abril de 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Informativa nº 8/2020 - SE/GAB/SE/MS. ORIENTAÇÕES PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19.** Disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/Nota-informativa---Orienta---es-para-manuseio-medicamentoso-precoce-de-pacientes-com-diagn--stico-da-COVID-19.pdf>. Acesso em 30 de setembro de 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional da Vacinação contra a Covid-19.** Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica-1.pdf. Acesso em 01 de março de 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra Covid-19.** 2020. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-de-2021>. Acesso em 17 de março de 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº356, de 11 de março de 2020.** Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em 30 de abril de 2020

MOREIRA, Paulo Odaír, DALLABRIDA, Valdir Roque; MARCHESAN, Jairo. (2016). **Processos de Territorialização, Desterritorialização e Reterritorialização (TDR): um estudo sobre a realidade socioeconômica no Planalto Norte Catarinense.** DRd - Desenvolvimento Regional Em Debate, 2016, p. 88–103.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da “questão social”.** Temporalis, n.3, Brasília, 2001, p.41-50

OLIVEIRA, Isaac. **Quem é a BioNtech, parceira da Pfizer na vacina para covid-19.** Disponível em <https://investidor.estadao.com.br/negocios/quem-e-biontech-parceira-pfizer-vacina-covid19>. Acesso em 25 de janeiro de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Paho.org. 2020. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus).** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. acesso em: 03 de agosto de 2020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto do novo coronavírus.** Disponível em <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em 30 de abril de 2020

PAIVA, B. A. de; HILLESHEIM, J.; CARRARO, D. Previdência Social e trabalho:: supressão de direitos no capitalismo dependente. **SER Social**, [S. l.], v. 18, n. 39, p. 349–373, 2017. DOI: 10.26512/ser_social.v18i39.14285. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14285 . Acesso em 10 de julho de 2021

PECHIM, Lethicia. **Negros morrem mais pela covid-19**. Faculdade de Medicin, UFMG, 2020. Disponível em <https://medicina.ufmg.br/negros-morrem-mais-pela-covid-19/>. Acesso em 06 de dezembro de 2020.

PINHEIRO, Pedro. Peste Negra: História, sintomas e tratamento. Doenças infecciosas, 2020. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/peste-negra/>. Acesso em 20 de junho de 2020.

PLANALTO. **Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm. Acesso em 10 de abril de 2020

PLANALTO. **Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm. Acesso em 10 de abril de 2020

PLANO DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL DO PLANALTO NORTE CATARINENSE (PDR) , 2017, p. 1-241. Disponível em: https://static.fecam.net.br/uploads/1537/arquivos/914808_Ampla_Norte.pdf. Acesso em 01 de junho de 2021

REZENDE, Joffre Marcondes. **Epidemia, Endemia, Pandemia, epidemiologia**. Revista de Patologia Tropical. Vol. 27, 1998

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

ROCHA, A.L. de P, Edénir; BAZZANELLA, L. Sandro; MARCHESAN, Jairo. **Aspectos sócio-históricos e antropológicos e suas relações com a Economia no território da cidadania do planalto norte catarinense**. Cadernos Zygmunt Bauman, issn 2236-4099, vol. 9, num. 21, 2019, p.99-121. Disponível em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/bauman/article/view/12908/7009>. Acesso em 02 de junho de 2021

SANTA CATARINA. **Decreto nº 515, de 17 de março de 2020**. Disponível em <https://leisestaduais.com.br/sc/decreto-n-515-2020-santa-catarina-declara-situacao-de-emergencia-em-todo-o-territorio-catarinense-nos-termos-do-cobrade-no-1-5-1-1-0-doencas-infecciosas-virais-para-fins-de-prevencao-e-enfrentamento-a-covid-19-e-estabelece-outras-providencias>. Acesso em 24 de abril de 2020

SEGURIDADE SOCIAL: REDEFININDO O ALCANCE DA CIDADANIA.

Políticas Sociais: acompanhamento e análise, IPEA. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol01_seguridade_social.pdf. Acesso em 02 de fevereiro de 2021

SEMZEZEM, Priscila; SILVA, Thaís G.M.da. O Trabalho do Assistente Social no Sistema Único de Assistência Social. Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, UFSC, 2015, p.1-9. Disponível em https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_164.pdf. Acesso em 20 de abril de 2021

SHALDERS, André. **Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques**. BBC, 2020. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>. Acesso em 16 de julho de 2020

SILVA, Daniel Neves. **"Peste negra"**; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/historiag/pandemia-de-pestes-negras-seculo-xiv.htm>. Acesso em 02 de junho de 2020

SILVA, Delmira Santos da Conceição; SANTOS, Marília Barbosa dos; SOARES, Maria José Nascimento. **Impactos causados pela Covid-19: um estudo preliminar**. Revista Brasileira de Educação Ambiental (Revebea), São Paulo, 2020, V.15, nº4:128-147

SILVA, Delmira Santos da Conceição; SANTOS, Marília Barbosa dos; SOARES, Maria José Nascimento. **Impactos causados pela Covid-19: um estudo preliminar**. Revista Brasileira de Educação Ambiental (Revebea), São Paulo, 2020, V.15, nº4:128-147

SILVA, Maria Ozanira da Silva e Silva. **Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira**. Rev. Katálysis. Florianópolis v. 13 n. 2 p. 155-163 jul./dez. 2010

SILVA, Mirian de Freitas; TIMÓTEO, Geraldo Márcio. Serviço Social e Política de Assistência Social: um debate necessário no contexto do SUAS. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz, MA, 2017, p. 1-12. Disponível em <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo4/servicosocialepoliticadeassistenciasocialumdebatenecessariocontextodosuas.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2021

SINGER, P. **A Formação da Classe Operária**. 14ª. Ed. rev. ampl. São Paulo: Atual, 1994.

SOUZA, Tábita Pollyana Alves de. O exercício profissional do assistente social nos espaços de acolhimento institucional à criança e adolescente: demandas contemporâneas e respostas socioprofissionais. Natal, RN, 2016, p. 1-198 folhas. Disponível em https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24577/1/TabitaPollyanaAlvesDeSouza_DISSERT.pdf. Acesso em 05 de junho de 2021.

SPOSATI, Aldaíza. **Especificidade e intersectorialidade da política de assistência social**. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 77, Ano XXV, 2004, p. 30- 55

SPOSATI, Aldaíza. **A menina LOAS: um processo de construção da assistência social**. 3ed. São Paulo: Cortez, 2007.

TOMPOROSKI, A. A. Operários no Contestado: um estudo sobre os momentos de organização e luta dos trabalhadores da Lumber Company, 1917-1919. **Em Tempo de**

Histórias, [S. l.], n. 32, 2018. DOI: 10.26512/emtempos.v0i32.14708. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/emtempos/article/view/14708>. Acesso em: 25 de maio de 2021.

TOMPOROSKI, A. Alexandre . Operários no Contestado: um estudo sobre os momentos de organização e luta dos trabalhadores da Lumber Company, 1917-1919. **Em Tempo de Histórias**, [S. l.], n. 32, 2018. DOI: 10.26512/emtempos.v0i32.14708. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/emtempos/article/view/14708>. Acesso em: 25 de maio de 2021.

TOMPOROSKI, A. Alexandre; MARCHESAN, Jairo. **Planalto Norte catarinense: Algumas considerações sobre aspectos históricos, características físico-naturais e extrativismo**. DRd Desenvolvimento regional em debate , 2016, p.51-63. Disponível em: www.unc.br/periodicos. Acesso em 25 de maio de 2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

UNICEF. **1 em cada 3 pessoas no mundo não tem acesso a água potável, dizem o UNICEF e a OMS. 2019**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/1-em-cada-3-pessoas-no-mundo-nao-tem-acesso-agua-potavel-dizem-unicef-oms>. Acessado em 04 de agosto de 2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Partículas do novo coronavírus são descobertas em amostra do esgoto de Florianópolis de novembro de 2019**. Notícias UFSC. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2020/07/particulas-do-novo-coronavirus-sao-descobertas-em-amostra-do-esgoto-de-novembro-de-2019/>. Acesso em 25 de agosto de 2020.

YAZBEK, Maria Carmelita. **As ambiguidades da Assistência Social brasileira após dez anos de LOAS**. Revista Serviço Social e Sociedade, n° 77, Ano XXV, 2004, p.11-29.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão Social: Expressões da Questão Social no Brasil**. Temporalis, n.3, Brasília, 2001, p.33-40.

ZIBECHI, Raúl. **Coronavírus: a militarização das crises**. In *Coronavírus e a luta de classes*, p. 31 -33. Terra sem Amos: Brasil, 2020.