

Famílias, pandemia da Covid-19 e assistência em saúde

Families, pandemic of Covid-19 and health assistance

Yanka Martins Pereira*
Carla Cristina Lima de Almeida**

Resumo: O artigo analisa os impactos da pandemia do novo coronavírus nas famílias e os desafios para a atenção em saúde nesse contexto. O referencial teórico-metodológico considera a intensificação das desigualdades sociais, raciais e de gênero na pandemia, com efeitos no enfrentamento do fenômeno socio-sanitário no Brasil. O estudo, de caráter bibliográfico, recupera o debate sobre política social, seus fundamentos na centralidade familiar como principal instância de proteção social, e desdobramentos para a assistência em saúde. Frente ao cenário da pandemia, destacamos as principais medidas estatais utilizadas no enfrentamento ao vírus no Brasil, que vivencia um panorama preocupante no contexto mundial em relação à COVID-19. O novo coronavírus e o aumento da sua letalidade impacta a população de formas distintas e atinge em cheio a classe trabalhadora. Além do desmonte das políticas sociais, com a chegada do novo coronavírus, o familismo é reforçado, especialmente às mulheres negras enquanto principais provedoras de cuidado.

Palavras-chave: Política Social. Familismo. Pandemia da COVID-19. Saúde Pública.

Abstract: The article analyzes the impacts of the new coronavirus pandemic on families and challenges for health care in this context. The theoretical-methodological framework considers the intensification of social, racial and gender inequalities in the pandemic with effects on facing the socio-sanitary phenomenon in Brazil. The bibliographical study recovers the debate on social policy, its foundations in family centrality as the main instance of social protection, and developments for health care. Faced with the pandemic scenario, we highlight the main state measures used to fight the virus in Brazil, which experiences a worrying panorama in the global context in relation to

* Mestranda em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio, especialista em Serviço Social e Saúde na modalidade residência pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ. Assistente Social. yanka.martins@hotmail.com

** Pós-doutora no Núcleo de Estudos de Gênero Pagu/Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Doutora em Ciências Sociais pela Unicamp, Professora Associada da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UERJ. Assistente Social. carlacristina.almeida@yahoo.com.br



This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY

COVID-19. The new coronavirus and the increase in its lethality impact the population in different ways and hit the working class hard. In addition to the dismantling of social policies, with the arrival of the new coronavirus, familism is reinforced, especially for black women as the main care providers.

Keywords: Social Policy. Familism. Pandemic of Covid-19. Public health.

Recebido em 01/06/2021. Aceito em 01/04/2022

Introdução

O presente artigo se constitui enquanto fruto de reflexões levantadas academicamente a partir do processo de sistematização da realidade vivenciada na prática profissional de assistentes sociais inseridas na política de saúde em contexto pandêmico.

Abordaremos neste artigo reflexões teóricas acerca do estabelecimento das políticas sociais, compreendidas enquanto inerentes da dinâmica das formações econômico-sociais capitalistas contemporâneas. A partir disso, tratamos por problematizar o papel demandado às famílias enquanto responsáveis do ponto de vista moral e material pelo provimento do cuidado, papel este reforçado historicamente pelas políticas sociais que evidenciam seu viés familista.

A presença da família nas políticas sociais não se constitui uma novidade das últimas décadas; pelo contrário, sua vinculação data de fins do século XIX e primeira metade do XX, através do modelo de seguro social alemão. No Brasil, ao longo das décadas, a família também esteve presente nas legislações sociais e nas iniciativas, ainda que pontuais, de políticas e programas sociais dos diversos governos. A Constituição Federal de 1988, importante marco na conquista da cidadania e do processo de democratização da sociedade brasileira, termina por reiterar a família enquanto instância de cuidados no conjunto da proteção social.

Apesar de a vinculação entre família e política social não se constituir enquanto novidade, no cenário de intensificação da ideologia neoliberal, mediante a implementação de políticas focalizadas, restritas e pontuais, inúmeras funções são assumidas pela esfera privada. Nesse cenário, a família acaba por ser redescoberta enquanto agente fundamental da proteção social (PEREIRA, 2004; MIOTO, 2015; TEIXEIRA, 2015; MESQUITA, 2011)

Diante do contexto de pandemia, há a agudização das desigualdades de classe, gênero e étnico-raciais, potencializadas pela crise estrutural do capital. Apesar de se constituir enquanto um vírus “democrático” em um cenário de aprofundamento de desigualdades, mostra-se letal especialmente para as classes trabalhadoras, que se deparam com dificuldades de acesso ao sistema de saúde e de se manterem em casa como forma preventiva. Uma vez que não há renda mínima garantida, os vínculos de trabalho se encontram cada vez mais precários e os índices de desemprego se encontram altíssimos.

Neste momento de extrema recessão econômica, parte considerável da classe trabalhadora não pode se resguardar conforme preconizado pela campanha “fique em casa”. Neste sentido, propusemo-nos a problematizar as réplicas a esta forma de enfrentamento, refletindo sobre o cenário vivenciado pelas famílias brasileiras. Importante destacar que, mediante o alargamento

da pandemia e retorno das atividades econômicas em decorrência da flexibilização das medidas de distanciamento social, o “fique em casa” foi adaptado para “se puder, fique em casa”.

Neste cenário, de insuficiência de políticas sociais, fica evidente a responsabilização familiar, reforçando ainda a histórica desigualdade de gêneros, estabelecida pela divisão sexual do trabalho, segundo a qual as mulheres majoritariamente estão à frente dos cuidados, seja da casa, da família, dos filhos, dos adoecidos, não sendo diferente no contexto de pandemia.

Esses aspectos têm impactos importantes para a assistência em saúde, em seus níveis de complexidade. Além disso, apresentam novos desafios para os profissionais chamados a compor a linha de frente de cuidado. Ainda, nessa conjuntura, as famílias das classes trabalhadoras encontram dificuldades adicionais para garantir seu sustento e responder às novas necessidades de cuidado preconizadas com o avanço do novo coronavírus. Isto requer uma análise sobre o papel das políticas sociais intersetoriais e dos diversos equipamentos sociais como parte central nas respostas à pandemia.

Reflexões sobre políticas sociais no Brasil: familismo e gênero

Historicamente, a família representa o núcleo central das políticas públicas e das ações de programas sociais. E esse fato leva em conta que tais iniciativas estão vinculadas a interesses do ideário neoliberal que, ao prever o mínimo de recursos às políticas sociais, direta ou indiretamente transfere sua função de provisão do bem-estar social às famílias e à sociedade civil em geral.

Apesar do forte traço de centralidade familiar presente nas políticas neoliberais, Campos (2015) aponta que a posição da família na política social não é apenas uma consequência da política neoliberal em ascensão no Brasil desde os anos 1990, mas originária da própria concepção de política social.

As políticas sociais são inerentes das formações econômico-sociais capitalistas contemporâneas, de ação e controle sobre as necessidades sociais básicas das pessoas não satisfeitas pelo modo de produção. São concebidas enquanto formas de mediação do conflito gerado pela contradição intrínseca à sociedade de classes (capital x trabalho), respondendo às necessidades de valorização e acumulação do capital e de manutenção da força de trabalho disponível. Surgem a partir da reivindicação da classe trabalhadora por melhores condições de vida e trabalho, mas também da demanda das elites pela manutenção de seus privilégios.

As políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia, na recessão, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, banalizam as possibilidades e limites da política social. (BEHRING, 2009, p. 315-316).

De acordo com Campos (2015), a primeira vinculação entre política social e família surgiu entre fins do século XIX e primeira metade do XX. A partir do seguro previdenciário de Otton Von Bismarck, na Alemanha em 1883, os adultos trabalham, mantêm os mais novos e contribuem com parte de seus salários para gerar um fundo de recursos de caráter público, que provê aposentadorias e pensões para a geração anterior.

Os modelos europeus de política social são os seguros sociais, Alemão e depois Inglês, e ambos abordavam a perspectiva da família. Partindo para o contexto brasileiro, de acordo com Netto (2009), a política social surgiu com o desenvolvimento do capitalismo monopolista, se apresentando pela agudização das expressões da “Questão Social”.

Ferreira (2020) propõe uma análise da política social no Brasil a partir da consideração do projeto de nação, o qual se fundamentou na perspectiva de racialização das relações sociais ao estabelecer como meta a eliminação do povo negro. Essa perspectiva amplia o olhar para o papel do Estado, reconhecendo-se que as relações entre as classes sociais são racializadas. Como afirma a autora: “[...] a sociedade capitalista que a nível global se forja com e não apesar da raça.” A autora nos convoca a pensar que “A raça é elemento sem o qual não compreenderíamos o capitalismo no mundo atual e suas repercussões em países periféricos como o Brasil.” (FERREIRA, 2020, p. 250).

Antes mesmo do surgimento da Lei Eloy Chaves, considerada como marco da origem da política social no Brasil, o estudo de Ferreira (2020) evidencia um conjunto de experiências afro-diaspóricas de proteção social ocorridas nas Américas e Caribe que se constituíram à margem e que também foram atravessadas pela política social institucionalizada nos Estados capitalistas, imbuídos pelo projeto europeu de nação. Esses elementos são determinantes para compreender a dinâmica das políticas sociais nas sociedades capitalistas, não apenas periféricas, mas também hegemônicas.

No que tange às famílias, de acordo com Teixeira (2015), as políticas sociais brasileiras no período de 1930 a 1980 não contemplavam a família em sua totalidade, visto que eram voltadas para indivíduos e problemas específicos, bem como se pautavam em princípios higienistas e eugenistas baseados em padrões burgueses europeus. A partir disso, imperava o paradigma da incapacidade familiar e institucionalização dos membros quando eram considerados ameaça para a sociedade. Trata-se de uma política repressiva e violenta, direcionada majoritariamente ao povo negro e suas famílias.

A década de 1980 foi marcada no Brasil pelo processo de redemocratização política, após vinte e um anos de ditadura militar¹. Tal processo apresentou forte movimentação, articulação política, *boom* dos movimentos sociais, a exemplo do movimento de reforma sanitária, movimento em defesa dos direitos da criança e adolescentes, entre outros. Este período culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988, referenciada como a “constituição cidadã”, pode ser considerada como um marco no país, em especial no avanço da concepção de democracia, igualdade e direitos sociais a serem construídos mediante a elaboração das políticas. Apesar disso, a carta constitucional acaba por reiterar a família como base da sociedade, o que pode ser interpretado pela noção de que cabe a ela resolver suas próprias necessidades. Além desta, outras legislações elucidam a centralidade da família, no sentido aqui levantado: Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Orgânica de Assistência Social e até mesmo o Sistema Único de Saúde que, embora reconheça como dever do Estado garantir a saúde, não exclui o da família.

Apesar dos significativos progressos que a Constituição Federal de 1988 trouxe, em especial ao campo da seguridade social, com a chegada e intensificação da ideologia neoliberal, sobretudo na década de 1990, houve um retrocesso à lógica liberal com a preconização do Estado mínimo.

¹ Netto (2009) denomina o período de ditadura militar como autocracia burguesa, pois compreende que nesse período não só existia o predomínio do governo militar, mas a hegemonia da burguesia com apoio internacional.

Este transfere inúmeras funções à esfera privada, dentre elas a família, redescoberta como agente fundamental da proteção social.

Bernardo (2019) analisa em sua tese o envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares. Através da redução do Estado no provimento da proteção social, novos atores foram chamados a ocupar esse espaço, tais como: o mercado e a família. Passou a prevalecer, então, o dever da família para atender às situações de insuficiência individual; as ações solidárias pelas redes comunitárias, filantrópicas e religiosas; o mercado para quem pode pagar, e o Estado como intermediador nas condições extremas, de forma compensatória e temporária.

Esse traço das políticas neoliberais, denominado de familismo, é observado nos trabalhos de Draibe (2007) e Miotto (2008), ao reforçarem que, no familismo, as famílias devem assumir a responsabilidade da proteção de seus membros, reforçando o papel de principal provedora da proteção social. Além disso, outros aspectos presentes na concepção familista são que ela se dá pela motivação de escassez de serviços e benefícios; e se baseia em uma perspectiva conservadora e moral, que prevê que a intervenção estatal estimularia e reforçaria a acomodação e dependência leniente do Estado.

Conforme já abordado, as características familistas nas políticas sociais não se constituem exclusividade do modelo de política neoliberal. Entretanto, nesse cenário de políticas sociais cada vez mais focalizadas e seletivas, reafirmam as atribuições de provimento de cuidado historicamente destinadas à família e em especial às mulheres.

Um aspecto importante que não pode deixar de ser abordado se constitui na reflexão acerca das relações de gênero. Pensar as articulações entre gênero e família nos exige a apreensão da realidade social permeada pelas relações de poder em que se estrutura o sistema capitalista e patriarcal, as quais incidem na vida cotidiana das famílias.

Partimos aqui de uma concepção de gênero enquanto categoria analítica que se configura como elemento central na organização social. Juntamente à discussão étnico-racial e de classe, compõe um tripé que colabora para a discussão da realidade social como um processo socialmente construído. Com isto, permite desvelar os interesses e concepções que perpassam as relações concebidas como naturais.

Compreendemos como divisão sexual do trabalho a forma de organização da divisão do trabalho social, organizada hierarquicamente e diferenciada pelas relações entre os sexos, tal como são percebidos socialmente e culturalmente. Esse processo legitima a desigualdade provocada pelas diferenças de sexo instituídas, desqualificando o campo da reprodução e designando a concepção do espaço privado à mulher, em especial às mulheres brancas, visto que, para além das relações de gênero, incidem sobre as mulheres as dimensões de raça e classe. Esses marcadores de diferenças se constituem como aspecto importante de análise, visto que a divisão sexual do trabalho incide sobre mulheres e homens em conjunto com sua posição de classe e com o racismo estrutural.

A divisão sexual do trabalho é a distribuição do trabalho, de atividades entre homens e mulheres e tem diferenciado atividades para um e para o outro segundo o sexo dessa pessoa. Fundamentalmente as mulheres têm se desenvolvido no âmbito do lar, doméstico, considerado o âmbito “reprodutivo”; e os homens, no âmbito público, considerado um âmbito “produtivo”. [...] a divisão sexual do trabalho está presente antes de surgirmos para o mundo, antes da socialização, porque há geração de expectativa, do que você vai fazer das suas possibilidades na vida como homem e como mulher. (SCURO, 2014, p. 25-26)

Com o desenvolvimento social e histórico, provocado pelas distintas configurações sociais das famílias ocorridas nas últimas décadas, a divisão sexual do trabalho passa por transformações. Entretanto, a tarefa de cuidar das crianças, idosos, enfermos e deficientes segue bastante centrada nas mãos das mulheres. Este fato é estimulado pela perpetuação da lógica patriarcal, que contribui para a desvalorização do chamado trabalho não pago (executado em especial por mulheres no âmbito doméstico, como o exercício do cuidado da casa e da família) e para o fortalecimento da desigualdade das relações entre os gêneros, a exemplo da distinção salarial entre homens e mulheres.

Cuidar de si e cuidar do outro sempre fez parte do repertório das mulheres nas suas mais variadas condições de vida. Considerando que mais de 50% das famílias brasileiras são chefiadas por mulheres, vemos que além da gestão da vida familiar, elas são as principais responsáveis por adquirir recursos para sobrevivência. E fazem isso não apenas via trabalho, mas por meio de muitas e diversificadas redes, na maioria das vezes, redes femininas. (LOLE; ALMEIDA, 2017, p. 215)

Ao analisar as políticas sociais que colocam a família como figura central no provimento de bem-estar social, Lole e Almeida (2017) apontam que as políticas sociais cada vez mais têm operado através da feminilização da pobreza e da familização, de modo que se mantém a narrativa da responsabilização familiar em especial da mulher como executora desse cuidado, fato que contribui para a reatualização da divisão sociosexual e racial do trabalho.

A presença das mulheres na execução das tarefas familiares, em especial as direcionadas ao cuidado, também se constitui enquanto uma característica presente na política social, fato este que reforça e clarifica a divisão sexual-racial do trabalho e as desigualdades de gênero-raça. Neste sentido, é possível identificar o protagonismo feminino nos serviços e equipamentos de saúde, seja na condição de usuárias, acompanhantes e ainda enquanto trabalhadoras, o que reafirma a indiscutível sobrecarga do trabalho feminino.

A Política de Saúde e a perspectiva familista

A Política de Saúde no Brasil, preconizada constitucionalmente enquanto pertencente ao tripé da seguridade social e pela Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8080/1990) que dispõe sobre as condições para o funcionamento e organização dos serviços de saúde, afirma a saúde como direito universal, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Entretanto, tal política não se pautou sempre sob esta concepção, ao longo das décadas passou por inúmeros processos até a construção da concepção atual do Sistema Único de Saúde (SUS). Historicamente foi implementada na perspectiva da filantropia, de caráter assistencialista, previdenciário, campanhista, privatista e inserida na lógica de seguro. Somente a partir da década de 1980, em um cenário de eclosão dos movimentos sociais, em especial com influência do Movimento de Reforma Sanitária, o direito à saúde ganhou visibilidade.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização,

participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, p. 19)

Apesar dos avanços tidos na Política de Saúde com a implantação do SUS, a década de 1990 é marcada por controvérsias no que concerne aos direitos sociais, com o avanço e adesão do Brasil à lógica política neoliberal. A partir de então, a proposta de política de saúde que se constituiu na década de 1980 vem sendo desmontada, dando espaço às alternativas que vinculam a saúde ao mercado, através da desresponsabilização do Estado e da transferência de responsabilidades para sociedade civil, via atuação do mercado e organizações sociais, através de contratos de gestão e parceria, constituindo-se novas formas de gestão do SUS para outras modalidades não estatais.

Sob a gestão do governo federal, Jair Messias Bolsonaro segue na adesão e aprofundamento do neoliberalismo, com ampliação da privatização das Políticas sociais e diminuição de financiamento. Seu governo representa tempos de obscurantismo e de avanço da política conservadora orientada pela lógica dos interesses do grande capital produtivo. No trato da Política de Saúde, as intervenções estatais, em especial no contexto de pandemia, evidenciam despreparo e desprezo, em especial com a vida da classe trabalhadora usuária do sistema único de saúde.

Bravo e Pelaez (2020, p.193), analisam que o SUS é fruto de disputas entre projetos antagônicos e que podem tensionar a política de saúde no sentido de consolidação e fortalecimento do SUS – projeto de reforma sanitária – ou na direção oposta – projeto privatista. Estes estão presentes na sociedade brasileira mesmo antes da redemocratização do país e, através das transformações políticas e societárias, se fortalecem, enfraquecem, ou ainda, se adequam, cada vez de forma mais acirrada.

Neste cenário de avanço do neoliberalismo, o projeto privatista vem ganhando espaço e o SUS se efetiva afastado dos pressupostos que fundamentaram sua gênese, preconizados pelo movimento de reforma sanitária, o que representa desafios para a sua materialização e efetivação.

Como reflexo dessa conjuntura de políticas focalizadas e de retração do Estado, no cenário da política de saúde, as famílias também são impactadas. Alguns programas presentes na política de saúde evidenciam o papel da família como provedora do cuidado. Alguns exemplos podem ser encontrados nas ações de desospitalização de doentes crônicos, redução do tempo de internação (muitas vezes estimulado pela rotatividade de leitos), incentivo ao tratamento domiciliar, dentre outros programas e serviços presentes nos diferentes níveis da rede de atenção à saúde. Além disso, colocam a família como critério para acesso a determinados programas de atenção à saúde. Neste sentido, a ausência da família pode ser um limite para aqueles que dispõe dessa rede.

Não é algo novo a participação da família, mas o que se coloca hoje é o novo papel que está sendo atribuído. Se antes a família (principalmente a mulher) participava através do cuidado aos dependentes e na reprodução de atividades domésticas não remuneradas, como bem coloca Potyara (2004), hoje ela passa a ser centralidade nas políticas públicas (saúde, educação, assistência social). (MESQUITA, 2011, p.2)

Além dos programas que evidenciam a presença e centralidade da família, no cotidiano das unidades de saúde é possível identificar práticas profissionais que reforçam essa perspectiva. Grupos específicos, tais como idosos, pessoas com deficiência, gestantes, crianças, adolescentes e usuários com autonomia comprometida, possuem o direito ao acompanhante em casos de consultas, exames e internações reconhecido legalmente – Portaria nº 1820/2009, a carta dos

direitos dos usuários da saúde. Entretanto, apesar de se constituir enquanto direito, em um cenário marcado pela redução de equipes e de profissionais, pelo aprofundamento da perspectiva conservadora, a família é entendida como responsável pelo exercício do cuidado e quando este não pode ser executado, ou não da forma esperada, são frequentemente culpabilizadas.

As ações destinadas às famílias, historicamente, encontram-se influenciadas pelas concepções e expectativas da ótica burguesa e conservadora sobre o papel das mesmas. Nessa perspectiva, se exige igualmente das diferentes famílias, independente da situação social que vivenciam. É um entendimento de família a partir de visões de papéis típicos, e o termo “família desestruturada” é ainda utilizado nos espaços institucionais para caracterizar a família que contraria às expectativas sociais (NOGUEIRA; MONTEIRO, 2014, p. 153-154)

Sem dúvida a família é componente fundamental das políticas sociais na produção e no usufruto de bens e serviços, tornando-se importantíssima a centralidade da família nas políticas sociais. Entretanto, esta centralidade deve ser orientada na direção da inclusão social e da oferta de uma rede intersetorial de serviços e não de forma que se reforce e fortaleça os papéis clássicos e desiguais socialmente atribuídos aos gêneros.

As famílias em tempos de pandemia da COVID-19: desafios ao trabalho profissional no setor saúde

Considerando o modo como historicamente e estruturalmente as famílias são pensadas nas políticas sociais e no âmbito da saúde, perguntamos como se dá essa relação em tempos de pandemia do novo coronavírus e das medidas sociais e assistenciais implementadas nesse cenário. Além disso, buscamos analisar de que modo as famílias, e as mulheres especialmente, se veem envolvidas nos processos de saúde e doença decorrentes do novo coronavírus. Esses elementos são fundamentais para se refletir sobre o trabalho junto às famílias em meio ao crescimento dos contágios e mortes pela COVID-19.

A pandemia do novo coronavírus, decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em fevereiro de 2020, mergulhou a sociedade internacional na necessidade de enfrentar uma doença de alto contágio, ainda que com caráter letal reduzido. Entretanto, as desigualdades sociais estruturais que resultam da hegemonia do modelo de organização social capitalista internacional geraram efeitos sociais, econômicos, políticos e, sobretudo, de saúde diversos no decurso da pandemia.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)², até 26 de maio de 2021, foram confirmados 167.492.769 milhões de casos no mundo, e 3.482.907 milhões de mortes. Deste total de mortes, 66.414.286 milhões ocorreram nas Américas. Examinando por países, o Brasil está em terceiro lugar no ranking mundial, com um total de 16.120.756 milhões de casos confirmados no período, atrás dos EUA e da Índia, que se tornou nas últimas semanas o epicentro da doença com o colapso do sistema de saúde, a detecção de uma nova variante do vírus - aparentemente mais contagiosa -, e uma crise social e sanitária impactante.

Em relação às vacinas, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)³, no Brasil foram aplicadas 55.119.867 milhões de doses, deste total 17.997.277 milhões de pessoas completaram

² Disponível em: <https://covid19.who.int/> Acessado em : 27-05-2021.

³ Disponível em: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp Acessado em 27-05-2021.

o número de doses necessárias para a imunização. Somente 8,41 por cento da população brasileira recebeu a imunização completa das vacinas até 21 de maio de 2021.

Esses dados sumariamente apresentados aqui indicam que o Brasil ocupa uma posição preocupante no cenário mundial em relação à COVID-19. Ainda que se diga que o novo coronavírus não escolhe grupos sociais e regiões, é evidente que as desigualdades sociais revelam capacidades distintas de manifestação e de enfrentamento da doença e das mortes dela decorrentes. Soma-se a isso o fato de que o país é conduzido por um governo de extrema direita, negacionista⁴ em relação à pandemia e que investiu numa política de “imunização de rebanho” e “tratamento preventivo”, ambas ações amplamente criticadas pela comunidade científica nacional e internacional e sem comprovação alguma de eficácia.

No que se refere às vacinas, o país enfrenta lentidão na disponibilidade de insumos de produção, que são fornecidos aos laboratórios da Fiocruz e do Instituto Butantã pela China e Índia. Segundo entrevista com a pesquisadora Carla Domingues da Fiocruz, ex-coordenadora do Programa Nacional de Imunização (PNI), em relação ao acordo de compra de imunizantes:

O acordo que poderia ter sido assinado em setembro [de 2020], com previsão de entrega de 100 milhões de doses, se reverteu em apenas 46 milhões. O segundo acordo só foi feito três meses depois. Poderíamos ter tido 100 milhões de doses da Coronovac a curto prazo, ter doses da Pfizer, até que Bio-Manguinhos [unidade da Fiocruz responsável por pesquisa, inovação, desenvolvimento tecnológico e pela produção de vacinas] estivesse em condições de fazer uma entrega maior da Astrazeneca. Perdemos a possibilidade de começar uma campanha em dezembro com maior quantitativo de vacinas. Ficamos com poucas doses e entramos no final da fila dos demais laboratórios. Eles venderam para outros países e, por mais que o Brasil tenha firmado novos contratos, vai ser para receber ao longo de 2021 e, possivelmente, 2022. (“SEMPRE ACREDITAMOS NO PNI”, 2021)

A falta de coordenação do Ministério da Saúde em relação ao PNI levou à falta de definição clara de grupos prioritários em território nacional, além de ausência de um plano de comunicação junto à população que disseminasse informações sobre as vacinas, seus efeitos e eficácias no combate ao novo coronavírus. Basta mencionar que desde o início da pandemia o país presenciou a troca de quatro ministros da saúde⁵.

O estudo de Gadelha et al. (2020) revela assimetrias globais na produção e acesso a vacinas, as quais estão concentradas em poucos grupos econômicos e submetidas à lógica dos grandes conglomerados farmacêuticos. Essa situação corrobora para um quadro extremamente desigual no enfrentamento e controle da pandemia no mundo.

A pandemia COVID-19 chega ao Brasil, que com sua histórica desigualdade social e com anos de destruição do SUS [...], coloca no horizonte imensas dificuldades de se pensar um futuro tranquilo para esse quadro desolador que a

⁴ Nesse momento está em andamento a Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado, CPI da COVID como é conhecida, instalada em 27 de abril de 2021 com prazo de 90 dias para apurar ações e omissões do governo federal no enfrentamento da pandemia no Brasil, especialmente a crise sanitária no Amazonas ocorrida em janeiro de 2021 que deixou a população sem oxigênio levando à morte de dezenas de pessoas internadas por COVID 19.

⁵ São eles, na ordem: o médico Luiz Henrique Mandetta; o oncologista Nelson Teich; General Eduardo Pazuello; e o atual ministro, o cardiologista Marcelo Queiroga.

pandemia tem gerado nos países onde, antecipadamente, já passou. (MATOS, 2020, p. 2)

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme mencionado anteriormente, que já vinha sofrendo cortes orçamentários, privatização e descaracterização de seu projeto de atenção integral e universal, durante a pandemia encontrou muitas dificuldades de atender a grande demanda por internações e procedimentos de alta complexidade nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Ainda assim, foi considerado nosso principal recurso para assistência aos pacientes com diagnóstico ou suspeitas de COVID-19.

No que compete ao enfrentamento à pandemia, ao longo de mais de um ano, as intervenções estatais foram marcadas por divergências entre gestores acerca das formas de conduzir as ações. Além dos desencontros e divergências protagonizadas pelo governo federal, em diversos momentos, não foi possível articulação e intervenção conjunta entre os níveis de governo. As ações foram aplicadas sem linearidade, propiciando sobreposição de iniciativas e divergências entre as atividades e medidas preventivas.

Além das dificuldades que dizem respeito à organização das ações, ficaram evidentes a falta de leitos nas unidades de saúde, dificuldade para acesso e compra de insumos hospitalares e a falta de testagem em massa. A chegada da COVID-19 evidencia e potencializa a crise já enfrentada pelo sistema público de saúde mediante anos de sucateamento.

No Rio de Janeiro, como forma de enfrentamento à pandemia, o Estado reconhece emergência em saúde em 16 de março de 2020, por meio do Decreto nº 46.973/20, que define medidas de prevenção ao contágio e enfrentamento da emergência em saúde pública, suspende a realização de atividades que envolvam aglomeração de pessoas e funcionamento de espaços que promovem confinamento como shows, bares, cinemas, aulas, shoppings, além de restrição de transportes públicos, em especial os transportes intermunicipais. Visando evitar sobrecarga do Sistema de Saúde já saturado, inicialmente, o decreto previa o período de 15 dias; entretanto, com o avanço dos números e o agravamento dos pacientes em todo o Estado, as medidas foram se estendendo.

Em geral, no que compete às principais medidas e orientações preconizadas pelos estados e municípios brasileiros, estas se resumiram a formas de prevenção, tais como isolamento social e quarentena. Além disso, em caso de contaminação ou de suspeita, a orientação principal centrava-se no tratamento domiciliar, e somente em casos de agravamento referenciava-se as unidades de saúde. Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda que, com o surgimento de sintomas, se procure imediatamente os postos de triagem. Entretanto, em decorrência da alta ocupação de leitos nas unidades de saúde, a primeira orientação é constantemente reforçada, fato este que contribui e reforça a responsabilização da família enquanto principal provedora de cuidados, sem uma avaliação precisa sobre suas capacidades efetivas para realizá-los.

Especialmente no primeiro semestre de 2020, difundiu-se entre os diversos setores da sociedade civil o discurso do “fique em casa”. Nesta perspectiva, e mediante a preconização de medidas de distanciamento social, diversos setores e serviços, em especial os considerados não essenciais, tiveram sua carga de trabalho presencial reduzida, sendo seus trabalhadores direcionados prioritariamente para o trabalho remoto. Entretanto, parte significativa da classe trabalhadora seguiu cotidianamente exposta ao vírus, seja no transporte público e até mesmo em seus espaços de trabalho. Importante destacar que, em um país marcado pela desigualdade social como o Brasil, a preconização do discurso “fique em casa” se torna uma medida pouco eficaz, visto que não se leva em consideração as condições habitacionais, sanitárias, trabalhistas de grande parcela da população brasileira.

Outro fator evidenciado nesse contexto de pandemia se constitui pelo aumento das taxas de desemprego, que bateram recordes. De acordo com o IBGE⁶, no período compreendido entre julho e setembro de 2020, a taxa de desemprego chegou a 14,6% significando 14,1 milhões de brasileiros desempregados.

Como forma de enfrentamento e minimização dos impactos econômicos decorrentes da pandemia, no mês de abril de 2020, foi regulamentado o auxílio emergencial, que se constitui enquanto benefício eventual previsto na Lei de Assistência Social (LOAS). O benefício foi concedido pelo período de três meses, no valor de seiscentos reais, destinado a maiores de dezoito anos e que atendessem aos critérios estabelecidos pelo Decreto. Apesar de ser projetado para ser concedido por três meses, com o avanço da pandemia, foi estendido por mais dois meses, entretanto, com o valor reduzido para a metade.

Embora se constituísse enquanto um auxílio de caráter emergencial, sua concessão foi marcada por falta de celeridade, atrasos nas análises, falta de informações, ausência de transparência, erros tecnológicos etc., fatores que provocaram incertezas e aglomeração de usuários que necessitavam do benefício e estavam sem resposta institucional. Somando-se à falta de celeridade do Estado em garantir uma renda mínima, as medidas de restrição foram se afrouxando, fato que contribuiu para o alargamento da pandemia. Neste cenário, o discurso de “fique em casa” foi adaptado para “se puder, fique em casa”.

Em vários países a transferência direta de renda tem sido adotada como medida contra a crise econômica cujos impactos são enormes sobre a segurança alimentar e nutricional. Pessoas que trabalham no setor de serviços informalmente, como restaurantes, no comércio, no varejo, entre outras, foram afetadas pela perda de emprego, pelo distanciamento social e desaceleração da economia.

Em reportagem do El País, de 24 maio 2021, “Aumento da pobreza no Brasil com a pandemia: não é doença, é fome”, são relatadas situações de trabalhadores que perderam suas rendas – cabelereiras, pedreiros, atendentes de padaria – e se encontram em dificuldade de acesso à alimentação. A reportagem revela que profissionais de saúde relatam o aumento de pessoas que procuram os serviços de saúde pública com sintomas que acreditam ser de uma doença, porém estão num quadro de fome.

De acordo com o estudo de Alpino et al. (2020) o Relatório Global sobre Crises Alimentares estimou para o ano de 2019 a situação de insegurança alimentar para 135 milhões de pessoas. Entretanto, ainda segundo esse estudo, o economista Daniel Balaban, do Programa Mundial de Alimentos, reconhece que os efeitos econômicos e a dificuldade de suprimento de alimentos impactados pela COVID-19 pode elevar esse número para 265 milhões de pessoas.

Alpino et al. (2020) analisaram as ações do Governo Federal brasileiro no âmbito da segurança alimentar e nutricional, apontando várias lacunas que comprometem o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Os retrocessos institucionais e orçamentários na agenda da segurança alimentar e nutricional já sinalizados, ocorridos no período pré-pandemia e não revertidos durante a crise sanitária atual, também foram expressados na extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), como um dos primeiros atos do Governo Federal, órgão cuja missão era propor diretrizes

⁶ Disponível em < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29782-numero-de-desempregados-chega-a-14-1-milhoes-no-trimestre-ate-outubro..> > Acesso em: 10/04/2021.

para assegurar o DHAA; inoperância da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN); não realização da 6ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a ausência do III Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN), que pauta o planejamento e a execução da PNSAN. (ALPINO et. al., 2020).

O estudo aponta ainda que as medidas adotadas até então focalizam acesso à renda e alimentos, porém a garantia do DHAA exige para além de ações emergenciais, medidas a médio e longo prazos que restituam o direito constitucional à alimentação. Não apenas diante do cenário de pandemia esse direito encontra-se sob risco; como pesquisadores apontam, seus efeitos serão sentidos por muitos anos pós-pandemia.

Apesar da existência de grupos propriamente mais suscetíveis ao contágio e ao agravamento da doença, no cenário de transmissão comunitária, todos estão vulneráveis ao vírus. Entretanto, fatores socioeconômicos, desigualdades raciais e de gênero influenciam o nível de exposição – a exemplo da exposição cotidiana da classe trabalhadora nos transportes coletivos superlotados, não por escolha, mas como única forma de sobrevivência em meio ao caos sanitário e à necessidade de manter os vínculos empregatícios, cada vez mais instáveis.

Do ponto de vista integral da saúde, com o aumento da pandemia a níveis alarmantes no Brasil, o sistema de saúde sofreu rearranjos de modo a se concentrar no atendimento às vítimas da doença, que ainda assim foram obrigadas a ficar em listas de espera por UTIs, a sofrer com a falta de insumos para intubação, oxigênio entre outros. Essa reorganização dos serviços de saúde levou à restrição de consultas e atendimentos em saúde não vinculadas ao adoecimento por COVID-19, trazendo impactos para a saúde da população em geral. Segundo Eugênio Vilaça, consultor do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a atenção em saúde como um todo sofre uma redução dos atendimentos e leitos, com cirurgias desmarcadas e restrição dos atendimentos de saúde às urgências.

[...] O País realizou até junho menos da metade dos transplantes, a cobertura vacinal foi 60% menor do que era esperado, 390 mil cirurgias e exames complexos deixaram de ser feitos. A estimativa é de que, entre março e maio, 50 mil brasileiros tenham ficado sem diagnóstico de câncer e 38% das pessoas com diabetes adiaram consultas e exames. (CONASS, 2020)

Além do setor saúde, outros setores importantes como educação, assistência social e previdência, para citar alguns, também tiveram seus serviços reduzidos, dificultando o atendimento das necessidades sociais da população, não apenas daqueles que foram diretamente afetados pela doença.

Podemos dizer que essa situação configura uma diminuição da rede de serviços sociais e, conseqüentemente, do Estado na função de assegurar direitos sociais à população, os quais são fundamentais para garantir a sobrevivência de muitas famílias. Observamos, desse modo, uma intensificação das demandas para o grupo familiar e suas redes de sociabilidade, parentes, vizinhos e grupos comunitários.

Por outro lado, as famílias da classe trabalhadora, marcadamente formadas por chefes de famílias mulheres, em especial mulheres negras, passam a enfrentar dificuldades adicionais decorrentes da posição de maior fragilidade que ocupam na sociedade.

O novo coronavírus atinge em cheio a classe trabalhadora, mais diretamente mulheres, em especial mulheres negras. Há elementos importantes de gênero, raça, classe, territorialidade,

sexualidade a serem visualizados que geram desigualdades que precisam ser enfrentadas em meio às recomendações e possibilidades de assistência em saúde no cenário de crise sanitária instalada.

A situação provocada pela pandemia da COVID-19, desde março de 2020 com a instalação da quarentena, nos tomou de súbito diante de novas necessidades e muitas mudanças. Logo reconhecemos o espaço familiar da casa e do cuidado como central nas respostas de contenção do novo coronavírus. E o que isso significou para as mulheres?

Ficou evidente a sobrecarga de cuidados para as famílias e nelas, as mulheres. Por questões históricas, como visto antes, as mulheres sempre estiveram à frente dos cuidados e isso se evidencia também em tempos de COVID-19. Mas é preciso acrescentar que cuidado dá trabalho. Cuidar cansa, requer atenção, não se trata apenas de uma atividade objetiva, mas envolve um conjunto de afetos e necessidades a serem atendidas. (FREITAS et. al., 2020).

A antropóloga Débora Diniz, em entrevista à Folha de S. Paulo em abril de 2020, não tem dúvidas em afirmar que a pandemia atinge os gêneros de forma diferente: “Quando o Estado não protege e nos abandona, é aí que a pandemia tem gênero, porque o cuidado cabe às mulheres”, uma vez que estas são responsáveis pela economia do cuidado.

Considerando que mais de 50% das famílias brasileiras são chefiadas por mulheres, vemos que além da gestão da vida familiar, elas são as principais responsáveis por adquirir recursos para sobrevivência.

Na informalidade e precariedade do trabalho cotidiano, as mulheres da classe trabalhadora e, sobretudo, negras e da periferia, estão inseridas em ocupações como tomar conta de crianças e de idosos, vender seus produtos, entre outras, que dependem do ir às ruas, estar em contato direto com o outro. São também as que ocupam os postos de trabalho na saúde e na assistência, como técnicas, profissionais de saúde e trabalhadoras dos serviços gerais de limpeza.

As mulheres das classes trabalhadoras estão majoritariamente no trabalho doméstico remunerado. Em muitos estados essa foi considerada uma atividade essencial que empurrou as mulheres para muitos riscos, a exemplo do que testemunhamos com a morte do menino Miguel⁷. A manutenção do trabalho ganha dramaticidade, seja pelos riscos que muitas correm nas ocupações majoritariamente femininas, seja pela sobrecarga de trabalho em domicílio, decorrente da intensificação dos cuidados com os familiares e com a casa.

Estas questões atravessam, portanto, de modo específico as diferentes condições das mulheres em função de sua classe, raça e territorialidade. Evidenciam que “ficar em casa” – isso pressupondo que se tenha uma casa para morar – não é tão simples. Além da sobrecarga de trabalho, o espaço doméstico envolve também riscos.

De acordo com a reportagem “Aonde mora a violência contra a mulher?”, (Portal Geledés, 10/04/2020) as mulheres correm mais risco de serem mortas em casa do que na rua. O Atlas da Violência de 2019 (IPEA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019) indica que entre 2007 e 2017, 39,2% dos homicídios de mulheres ocorreram dentro de casa, enquanto entre os homens foram 15,9%. As mulheres não estão seguras em nenhum lugar, mas a trajetória da violência é ainda pior dentro de casa. O dado marcante é que o homicídio entre mulheres negras cresceu 9,9%.

⁷O caso do menino Miguel, de 5 anos, que foi levado com a mãe, empregada doméstica, para o seu trabalho e caiu do 9º andar de um prédio em Pernambuco enquanto a mãe descia para passear com o cachorro da patroa, foi amplamente noticiado e comoveu a população brasileira. Evidencia as desigualdades sociais que expõem as famílias a situações tão distintas em meio à pandemia. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/06/05/caso-miguel-como-foi-a-morte-do-menino-que-caiu-do-9o-andar-de-predio-no-recife.ghtml> Consultado em: 28 mai. 2021.

O Atlas aponta dados importantes sobre a desigualdade racial a partir da comparação entre mulheres negras e não negras vítimas de homicídio. Enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras teve crescimento de 4,5% entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu 29,9%. O feminicídio é a morte intencional de mulheres por sua condição de gênero, portanto, faz parte do ciclo de violência contra a mulher. A compreensão dos feminicídios no Brasil perpassa, além do gênero, pelo estudo da raça como outro fator de vulnerabilização das mulheres.

Na pandemia da COVID-19, as medidas de isolamento, silenciamento e afastamento das redes de sociabilidade gerou uma convivência intensificada com o agressor. Restrições de mobilidade e dos serviços durante a quarentena geraram uma dificuldade maior de realizar as denúncias. Essa questão pode acarretar dois efeitos: uma possível subnotificação e um efeito de maior impunidade.

Diante desse quadro, que afeta não apenas o Brasil, a ONU Mulheres (2020) adverte que as mulheres não enfrentam somente entraves para o acesso a serviços essenciais relacionados à proteção, mas também que a deterioração das condições econômicas e de trabalho com a pandemia propiciam novas barreiras para o rompimento com um parceiro violento.

Além da violência em famílias compostas pelo casal heterossexual, há um conjunto diverso de mulheres expostas a violências e violações de direitos que não podem escapar de nossos mapas de análise. São mulheres em situação de rua, mulheres trans, travestis, lésbicas que encontram maiores dificuldades de apoio das suas redes familiares e comunitárias e historicamente têm maiores dificuldades de apoio e proteção dos serviços sociais (ROCON et al., 2020). Sofrem violências institucionais por sua condição sociorracial, de gênero e sexualidade e estão mais precarizadas do ponto de vista do acesso ao trabalho.

Na pandemia essas desigualdades se tornam mais preocupantes se pensarmos nas dificuldades de acesso aos serviços de proteção às mulheres em situação de violência, além dos equipamentos sociais que foram fechados ou permaneceram com funcionamento restrito. Nesses casos, também é preciso levar em conta o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, sobretudo nas situações que envolvem violência sexual.

Essas situações mostram que a atenção em saúde em tempos de COVID-19 vai muito além da disponibilização de insumos e serviços de recuperação da saúde, mas envolve também a observação de aspectos que poderão acarretar maiores barreiras para prevenção e cuidados de saúde. Diante disso, é importante que na assistência em saúde não se perca de vista as dimensões de raça-cor, sexualidades, identidades de gênero, classe e territorialidade como importantes indicadores de maior exposição e de necessidades sociais e de saúde a serem enfrentadas. Os dados de morbimortalidade por COVID-19, assim como as vacinas precisam levar em conta as dimensões que atravessam as famílias das classes trabalhadoras e, especialmente, as mulheres negras.

Diante desses aspectos, consideramos que não apenas o desmonte das políticas sociais, e a de saúde em particular, em contexto do novo coronavírus segue reforçando o familismo, bem como leva as famílias a uma condição de extrema dificuldade em responder às necessidades de saúde que se acentuam. Para os atendimentos em saúde, a reorganização dos serviços destinados prioritariamente ao atendimento dos agravos da COVID-19, a fragilização da atenção básica, e a restrição de equipamentos sociais das políticas intersetoriais agravam ainda mais as possibilidades de assegurar acesso aos direitos e à proteção social da população e de suas famílias.

Considerações Finais

Os estudos no campo das políticas sociais demonstram a persistência do traço familista nos desenhos dos programas e da atenção às necessidades de proteção social da população em regimes capitalistas neoliberais. Essa característica tem acarretado às famílias ao longo do tempo muitas dificuldades de acesso a equipamentos sociais e recursos que façam frente a reprodução social da vida. Além disso, tem propiciado ações de culpabilização e punição das famílias pelas condições sociais em que se acham mergulhadas.

Mesmo em regimes mais democráticos, as famílias seguem sendo confrontadas com a necessidade de enfrentarem as demandas que se apresentam com seus próprios recursos. E nessa dinâmica são consideráveis as hierarquias de cuidado que remetem à divisão sexual e racial do trabalho na casa, provocando as mulheres a ocuparem o lugar histórico de cuidadoras dos grupos familiares. Para as mulheres negras, esse trabalho é mais intensificado ainda, visto que elas têm menos condições de acesso à educação e trabalho de qualidade que lhes assegurem renda e alguma autonomia.

Ao longo da história, famílias negras se organizaram de forma a resistirem à violência do Estado capitalista e racializado, produzindo uma série de ações coletivas de proteção social e garantia de bem-estar. Muito embora não seja nossa intenção reduzir a discussão às instâncias formais de proteção social, protagonizadas pelo Estado, buscamos mostrar os efeitos deletérios da ausência dele na condução de programas sociais universais de qualidade e que garantam a equidade na assistência em saúde, sobretudo no atual contexto pandêmico.

Em tempos de pandemia da COVID-19, mostramos a intensificação das desigualdades sociais, raciais e de gênero que atravessam as famílias das classes trabalhadoras brasileiras. A fragilidade dos serviços de saúde, que há anos sofrem com investidas privatistas e com sucateamento, se somam à descoordenação das medidas de prevenção e tratamento das vítimas do novo coronavírus. As poucas iniciativas preconizadas pelo Estado não são capazes de produzir intervenções nas condições que geram maior possibilidade de adoecimento e morte das vidas consideradas mais precárias. Muito pelo contrário, medidas como auxílio emergencial são parcas e malconduzidas, gerando enormes barreiras para efetivação dos recursos necessários à sobrevivência e vida digna. Em decorrência disso, vemos o aumento da insegurança alimentar nas famílias e ausência de trabalho, sobretudo nas ocupações mais precarizadas, em que se localizam as mulheres negras.

Nesse contexto, operar com as políticas sociais familistas na assistência em saúde conduz a muitos desafios e poucas possibilidades efetivas de produzir cuidados de saúde eficazes e capazes de evitar contágios e mortes pelo novo coronavírus. A conjunção desses elementos leva a uma dramática situação da pandemia no Brasil que hoje atinge a marca de 460 mil mortes pela doença. Nesse sentido, cobrar pela atuação do Estado na condução de um sistema de proteção social que considere as várias dimensões de desigualdades sociais, de gênero, sexualidade, raça e classe é fundamental para garantir uma vida digna para toda a população.

Referências

ALPINO, Taís M.A.; SANTOS, Cláudia R.B.; BARROS, Denise C.; FREITAS, Carlos M. COVID-19 e (in) segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JfjpwMh9ZDrrsM9QG38VnBm/?lang=pt> Acessado em 27 de mai. de 2021.

“AONDE mora a violência contra a mulher?” Portal Geledés, 10 abr. 2020. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/aonde-mora-a-violencia-contra-a-mulher/> Acesso em: 20 de abr. de 2020.

“AUMENTO da pobreza no Brasil com a pandemia: não é doença, é fome”. El País. Brasília, 24 maio 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-05-24/nao-e-doenca-e-fome.html> Acesso em: 28 de mai. de 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista. In: CFESS/ABEPSS (org) **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília-DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

BERNARDO, Maria Helena J.; **Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro**. 2019. 295 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30 de out. de 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 de out. de 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social Estado, democracia e saúde**. Brasília, v. 22, n.46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630 Acesso em: 12 de nov. de 2020.

CAMPOS, Marta Silva. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: MIOTO, Regina Célia Tamoso, CAMPOS, Marta Silva, CARLOTO, Cássia Maria, (orgs). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

CONASS. O SUS foi importante para pandemia e terá papel fundamental no período pós Covid, avaliam especialistas durante debate organizado pelo Conass. 22 set. 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/o-sus-foi-importante-para-pandemia-e-tera-papel-fundamental-no-periodo-pos-covid-avaliam-especialistas-durante-debate-organizado-pelo-conass/> Acesso em: 27 de mai. de 2021.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010

DRAIBE, Sônia M. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta & MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

FERREIRA, Gracyelle C. **Raça e nação na origem da política social brasileira: União e Resistência dos trabalhadores negros**. 2020. 291f. (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

FREITAS, Rita C.S.; ALMEIDA, Carla C.L.; LOLE, Ana. As mulheres e a pandemia da COVID-19 na encruzilhada do cuidado. In: LOLE, A.; STAMPA, I.; GOMES, R. (orgs.). **Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2020.

GADELHA, Carlos Augusto; BRAGA, Patrícia S.; MONTENEGRO, Karla B.; CESÁRIO, Bernardo B. Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Cadernos de Saúde Pública, v. 36, Suplemento 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DZrjZbq6GZFHZDQFFLGwhcb/?lang=pt>. Acesso em: 27 de mai. de 2021.

IBGE. **Número de desempregados chega a 14,1 milhões no trimestre até outubro**. Estatísticas Sociais. 29 dez.2020. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29782-numero-de-desempregados-chega-a-14-1-milhoes-no-trimestre-ate-outubro> Acesso em: 10 de abr. de 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da Violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019> Acesso em: 20 de abr. de 2020.

LOLE, Ana, ALMEIDA, Carla Cristina Lima de. Políticas para mulheres e lutas feministas: os paradoxos da proteção social. **Argumentum**, Vitória, v.9, n. 1, p.46-60, jan./abr. 2017.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. 2020.

MESQUITA, Andréa Pacheco. A família como centralidade nas políticas públicas: A constituição da agenda política da assistência social no Brasil e as Rotas de Reprodução das Desigualdades de Gênero. **Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos**, IPEA, 2011 Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo29.pdf>. Acesso em: 20 de out. de 2020.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete et.al (Orgs.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRÁ, Keli Regina. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S.; CARLOTO, C.M. (orgs.) **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Ed. Cortez, 2015.

“MUNDO pós-pandemia terá valores feministas no vocabulário comum, diz antropóloga Débora Diniz”. Folha de S. Paulo, 06 abr. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/04/mundo-pos-pandemia-tera-valoresfeministas-no-vocabulario-comum-diz-antropologa-deboradiniz.shtml> Acesso em: 14 de mai. de 2020.

NETTO, Jose Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009.

NOGUEIRA, Ana Cláudia N; MONTEIRO, Márcia VM. A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, LB e RAMOS, A. (orgs). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Papel Social: 2014.

ONU MULHERES. **Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta**. Março 2020. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf Acesso em 24 de abr. de 2020.

PEREIRA, Potyara A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M.A.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (orgs.). **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Ed. Cortez, 2004.

ROCON, Pablo C.; WANDEKOKEN, Kallen D.; BARROS, Maria Elizabeth B.; DUARTE, Marco José O.; SODRÉ, Francis. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2020.

SCURO, Lucia. A divisão sexual do trabalho e do cuidado na América Latina. In: ARAÚJO, C.; GAMA, A. (orgs.). **Entre a casa e o trabalho: gênero e família no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ABE Graph Gráfica e Editora, 2017. p. 21-30.

“SEMPRE acreditamos no PNI” - Erros de comunicação e planejamento podem comprometer a credibilidade das vacinas no Brasil, na visão da ex-coordenadora do PNI. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/sempr-acreditamos-no-pni> Acesso em: 27 de mai. de 2021.

TEIXEIRA, Solange Maria. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S.; CARLOTO, C.M. (orgs.) **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Ed. Cortez, 2015.