

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO  
CURSO BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

DÉBORAH CRYSTINA TAVARES MATHIAS

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À COVID-19 NO HOSPITAL  
MUNICIPAL EULINA SILVA LÓCIO DE ALENCAR (HMESLA) NO MUNICÍPIO DE  
BODOCÓ-PE

JUAZEIRO DO NORTE – CE  
2021

DÉBORAH CRYSTINA TAVARES MATHIAS

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À COVID-19 NO HOSPITAL MUNICIPAL EULINA SILVA LÓCIO DE ALENCAR (HMESLA) NO MUNICÍPIO DE BODOCÓ-PE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Jamile de Lima Vieira

**JUAZEIRO DO NORTE – CE  
2021**

DÉBORAH CRYSTINA TAVARES MATHIAS

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À COVID-19 NO HOSPITAL MUNICIPAL EULINA SILVA LÓCIO DE ALENCAR (HMESLA) NO MUNICÍPIO DE BODOCÓ-PE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Jamile de Lima Vieira

Data da aprovação: 14/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Jamile de Lima Vieira  
Prof. Esp. Jamile de Lima Vieira.  
Orientador (a)

Jacsa Vieira de Caldas  
Prof. Esp. Jacsa Vieira de Caldas  
Examinador I

Sheyla Alves Dias  
Prof. Me. Sheyla Alves Dias  
Examinador II

**JUAZEIRO DO NORTE  
2021**

Dedico à Deus, pelo cuidado por mim, minha família, pelo incentivo e apoio, e minha orientadora, por todo ensinamento. Eu o fortalecerei e o ajudarei; Eu o segurarei com a minha mão direita vitoriosa. (Isaías 41:10 NVI).

## **AGRADECIMENTOS**

Desejo expressar meu reconhecimento a algumas pessoas que proporcionaram estímulo e auxílio na concretização desse trabalho.

À minha mãe, Selma, que pacientemente me apoiou e orou por mim durante todo processo.

Ao meu pai Luiz Matias, por ser encorajador nos momentos difíceis.

À professora Jamille, agradeço sua inestimável contribuição e incentivo a construir todo esse trabalho.

E, finalmente, o mais importante de todos os agradecimentos: “Graças e honra dou a Ti, Senhor Jesus, por tudo que tens feito em minha vida”.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas mudam o mundo”.  
Paulo Freire.

## RESUMO

O estudo tem como tema O trabalho do Assistente Social frente ao COVID-19 no Hospital Municipal Eulina Silva Lócio de Alencar - HMESLA no município de Bodocó – PE. Tem como objetivo identificar como se deu o trabalho do assistente social durante a pandemia, trazendo quais foram os maiores desafios para eles e como a política da saúde junto com o SUS auxiliou. Com o início de uma pandemia que se instaurou no mundo a vida de todos foi afetada, com isso a forma de trabalhar também, o que nos leva a questionar, como ficou o profissional do serviço social em tempos de pandemia, sabendo que o contato físico, sua maior “arma” de trabalho ficou completamente afetada? Como se necessitava de respostas mais rápidas para atender a demanda da população, adaptações foram feitas ao longo de sua jornada não sendo diferente nesse contexto. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, sendo feito um grupo focal para extrair melhores respostas a respeito do tema, junto com os assistentes sociais. Foi analisado que o coronavírus de certa forma aumentou a distância que já havia entre a sociedade e as políticas públicas e que o trabalho do assistente social aumentou, mas não ficou sem realizar nada que agravasse o estado da população que atendeu.

**Palavra-chave:** Assistente Social, pandemia, COVID-19, hospital, saúde.

## **ABSTRACT**

The study has as its theme the work of the social worker in the face of COVID-19 in HMESLA in the municipality of Bodocó - PE. It aims to identify how the work of the social worker took place during the pandemic bringing what were the biggest challenges for them and how Health policy together with SUS helped. With the beginning of a pandemic that established itself in the world, everyone's life was affected, with this the way of working as well, which leads us to question, how was the social service professional in times of pandemic, knowing that physical contact, his greatest "weapon" of work was completely affected? As faster responses were needed to meet the population's demand, adaptations were made throughout their journey and were no different in this context. A qualitative bibliographic research was carried out and a focus group was made to extract better answers on the subject together with social workers. It was analyzed that the coronavirus somehow increased the distance that already existed between society and public policies and that the work of the social worker increased but did not go without doing anything that aggravated the state of the population he attended.

**Keywords:** Social worker, pandemic, COVID-19, hospital, health

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Tartarugas.....	54
Figura 2 – Emissão de gases.....	54
Figura 3 – Cachorro com máscara.....	55
Figura 4 – Cachorro labrador.....	55
Figura 5 – Veneza.....	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Gráfico 1: Número de mortes por milhão de habitantes nas cidades (2020) .....	45
Tabela 2- Gráfico 2: Casos de COVID-19 por milhão de habitantes nas cidades (2020) .....	45
Tabela 3- Gráfico 3: Número de mortes por dia no Brasil e no estado do Ceará.....	46
Tabela 4- Gráfico 4: Números de vacinados no Brasil.....	47
Tabela 5- Gráfico 5: Número de mortes por milhão de habitantes nas cidades (2021) .....	47
Tabela 6- Gráfico 6: Casos de COVID-19 por milhão de habitantes nas cidades (2020) .....	48
Tabela 7- Profissionais no hospital.....	51
Tabela 8- Quantidade de pessoas nos leitos.....	52
Tabela 9- Quantidade de pessoas em tratamento do COVID-1.....	52

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

FES - Fundo Estadual de Saúde

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

HMESLA - Hospital Municipal Eulina Silva Lócio de Alencar

IAMP - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos

IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários

IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes

IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários

IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPASE - Instituto de Pensão e Assistência dos Serviços do Estado.

IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. CAPÍTULO I: A SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÃO E DEFESA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	16
2.1. A Construção do Sistema Único de Saúde.....	17
2.2. Em Defesa do Sistema Único de Saúde.....	26
3. CAPÍTULO II: SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A PANDEMIA COVID-19.....	32
3.1. A Atuação Profissional do Assistente Social Trabalhador da Saúde.....	32
3.2. Os Efeitos da Pandemia da COVID-19 para o SUS.....	39
4. CAPÍTULO III: METODOLOGIA.....	49
4.1. COVID-19 e o Impacto na Sociedade.....	50
4.1.1. Além da Pandemia.....	53
4.2. Análise dos Dados.....	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
7. ANEXOS.....	69

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho está dividido em três capítulos onde em cada um trazemos dois subtópicos, onde o primeiro traz a contextualização da história do SUS no Brasil, mostrando sua importância conquistada ao longo dos anos, no segundo temos também um contexto histórico, porém dessa vez do assistente social, onde trazemos como foi a construção da profissão e como ela atua na saúde, por fim vemos o percurso metodológico, onde é exposto como a pesquisa foi realizada e seus resultados.

Desde o início da chegada dos portugueses ao Brasil, temos uma série de expressões para cuidarmos da saúde, até chegarmos no modelo conhecido hoje como SUS. Para que isso acontecesse muitas situações foram necessárias, quando chegamos a Era Vargas começamos a ter a aproximação com um modelo de saúde de fato apresentável a população, porém não eram todos que possuíam acesso. Com os congressos realizados chega-se a 8º Conferência Nacional de Saúde, onde ocorre a reforma sanitária que muda os rumos da saúde no Brasil, logo após temos a criação do SUS, onde vem se firmando junto com a Constituição Federal de 1988 com as leis nº 8.080 e nº8,142 que concretizam que a saúde é um direito de todos.

O SUS é uma estrutura dividida em três entes federativos, federal, estadual e municipal. Tudo que se relaciona a saúde está ligado a ele, independentemente de ser de rede privado ou pública. O Brasil é o único país com mais de duzentos milhões de habitantes que oferece serviço de saúde gratuito a toda a sua população. Seu alcance, vai desde grandes, médias e pequenas cidades até populações ribeirinhas, indígenas e quilombolas. O SUS é um sistema de saúde integrado, com um sistema único de informações, um plano nacional de saúde, além da integração de diversos serviços e ações de baixa, média e grande complexidade. Possui também ampla participação também da sociedade civil por meio dos conselhos de saúde, o que permite que as políticas elaboradas levem em consideração as demandas de diferentes segmentos sociais, desde profissionais de saúde até as populações atendidas.

Os marcos do surgimento do Serviço Social no Brasil também coincidem com o início do processo de industrialização e do crescimento das populações das áreas urbanas. O perfil que o assistente social possui na atualidade é uma soma das experiências que outros profissionais das áreas absorveram ao longo de pouco mais de um século. Hoje, o assistente social modifica a sua forma de atuação profissional, levando em consideração a demanda que lhe é colocada e a necessidade de responder às exigências e às contradições da sociedade capitalista.

O Serviço Social tradicionalmente atua com as chamadas expressões da questão social, ou seja, o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista madura, cuja base é a apropriação privada dos frutos do trabalho socialmente produzido, segundo ensinamentos de Yamamoto. Na saúde, isso se traduz, por exemplo, na desnutrição, múltiplas formas de violência, especificidades relativas à criança e ao adolescente, idoso, mulheres, gestantes, tentativa de suicídio, falta de conhecimento sobre os direitos sociais, negligências, acesso desigual aos serviços e oportunidades advindas do usufruto desigual do fundo público, isso tudo intensificado com a questão da pandemia.

A metodologia usada para realização da pesquisa foi de cunho qualitativo, realizando pesquisas bibliográficas juntamente com um grupo focal, onde foram feitas perguntas a cinco assistentes sociais do HMESLA no município de Bodocó-PE. Espera-se que os resultados da pesquisa sejam de acordo com o conteúdo abordado ao longo dos textos, confirmando assim a importância do serviço social como combatente não só das desigualdades, mas também do vírus.

## 2. CAPITULO I: A SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÃO E DEFESA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ao longo do desenvolvimento do Brasil, passaram-se diversas “fases” da saúde, até termos o modelo que conhecemos hoje. Durante todos esses anos vários marcos ficaram evidentes na história da saúde aqui no Brasil. Trazendo toda a conjuntura da Política de Saúde em nosso país, vemos como a cada passo que se dava as melhorias do Brasil, caminhava junto também as conquistas das Políticas Públicas, dentre elas a saúde.

[...] as políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais, dentre eles aqueles relacionados à saúde. É fácil perceber que existe uma discrepância entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrentá-los. (ACURCIO,1998)

Sabemos que, o Estado nunca foi protetor das minorias, as quais são as que mais necessitam de atendimento do Estado. Por isso ao longo da história vemos a luta, a corrida e as conquistas dos direitos dos cidadãos. Com isso vemos a importância do SUS (Sistema Único de Saúde), pois mesmo com sua criação o Brasil passa pelo seu sucateamento e desvalorização dos que comandam a nação e que deveriam zelar pelo bem-estar daqueles que os elegeram.

Descrever e trazer a função e trabalho daqueles que estão na linha de frente em combate às desigualdades sociais, descaso do Estado e luta contra o atual inimigo da saúde, Coronavírus, é de extrema importância, pois nos mostra como atua esses profissionais, em especial o Assistente Social que está sempre em busca do acesso da população as políticas públicas, para que diminua aos poucos os grandes estragos causados por descaso.

O Sistema Único de Saúde é um dos modelos de saúde pública mais bem elaborados da história. Quando se vê todos os conceitos em linhas é uma obra digna de se admirar, porém quando se vai para a prática não é algo tão bonito de se ver, tanto pelo sucateamento da população com o sistema, tanto com os administradores realizando esquemas e mais situações de corrupção para ganhar a todo custo. Acesso

à saúde é dar condições para que todos os cidadãos tenham qualidade de vida, isso inclui não só questões médicas, mas também socioeconômicas. Isso porque a situação do ambiente e a forma como se vive estão diretamente relacionados ao bem-estar. Pessoas que vivem em regiões sem saneamento básico ou sem água tratada, por exemplo, estão muito mais propensas a desenvolverem doenças.

## **2.1. A Construção do Sistema Único de Saúde**

Para ser bem contextualizado devemos trazer toda trajetória do SUS até nossos dias atuais. Portanto começaremos de uma época de suma importância para a história do país, o período de Getúlio Vargas como presidente do Brasil. Nisso com o passar do tempo analisamos como chegamos ao modelo que está em vigência atualmente.

O período Getulista promoveu reformulações no sistema, a atuação passou a ser mais centralizada, focada no tratamento das epidemias e endemias. Porém, as verbas da saúde acabavam desviadas para outros setores, grande parte dos recursos dos IAPs (Institutos de aposentadorias e pensões) eram utilizados para financiar a industrialização do país. Com isso o atendimento novamente não chegava a todos, principalmente aqueles que não tinham condições financeiras, e com isso o Brasil seguia doente.

Evidencia-se que, quem tem acesso às ações e às questões de saúde são pessoas que estão relacionadas com a força de trabalho. Assim, vemos que isso tudo não aconteceu por amor do governo, mas sim porque era necessário que as pessoas estivessem com a produtividade em alta, fazendo com que houvesse um retorno para o Estado, que nada mais é do que o “comitê executivo da burguesia” (MARX, 1998). É importante também perceber que, isso enaltece as desigualdades sociais em saúde, pois quem tinha um trabalho tinha acesso à saúde e quem não tinha um trabalho acaba não tendo esse acesso.

Então a tendência é que haja um distanciamento entre o trabalhador e a pessoa que não tinha um trabalho naquela época, recebendo um tratamento de saúde por

meio das Santas Casas, que não necessariamente conseguiam atender a todas as pessoas em estado de vulnerabilidade no Brasil.

1933 – IAMP – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos;

1934 – IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes;

1934 – IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários;

1936 – IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários;

1938 – IPASE – Instituto de Pensão e Assistência dos Serviços do Estado.

A Constituição de 1934 proporcionou aos trabalhadores novos direitos, como a assistência médica e a licença gestante, que além dos benefícios à saúde, criou o salário mínimo e outras garantias trabalhistas. Este fato é de suma importância para a história da classe trabalhadora que desde sempre vem lutando pelos seus direitos.

Em 1941, 1ª Conferência Nacional de Saúde – Defesa sanitária da população, assistência social aos indivíduos e às famílias e proteção da maternidade, da infância e da adolescência – concepção curativa e não preventiva. Estudo das bases da organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção de infância. Estudo e definição do sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais, em âmbito estadual e municipal. Coordenação e intensificação das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose e avaliação da situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de água e esgotos.

Em 1943, surge como uma necessidade constitucional a consolidação das leis trabalhistas, que trazem alguns direitos também voltados para a área da saúde, mas também fortemente vinculados a esse viés de produtividade. A CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) surgiu pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda a 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 atendesse à necessidade de proteção do trabalhador, dentro de um contexto de "estado regulamentador".

Em 1950, 2ª Conferência Nacional de Saúde – Estabelecimento de legislação referente à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes – não há registros formais desta Conferência. Em 1953, houve a criação do Ministério da Saúde, um acontecimento importante para a saúde, pois de certa forma organizou-se mais esses departamentos.

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. Na verdade, o Ministério limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Teve uma grande ocupação no que diz respeito principalmente as políticas de atendimento nas zonas rurais, enquanto que nas cidades o acesso à saúde era privilegio dos trabalhadores com carteira assinada. Percebe-se que a criação do Ministério de Saúde foi de grande importância para a população que residia nas zonas rurais que não tinha acesso a nenhum tipo de saúde.

Em 1963, 3ª Conferência Nacional de Saúde – Primeira conferência após a criação do Ministério da Saúde – Proposta inicial de descentralização da saúde, com a definição das atribuições dos governos federais, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitarista e a descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas de Saúde Pública. Situação sanitária da população brasileira, distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, municipalização dos serviços de saúde e fixação de um plano nacional de saúde.

A ditadura e os governos militares focaram os investimentos na segurança e desenvolvimento. Com isso a saúde sofreu com a redução da verbas e doenças como a dengue, meningite e malária se intensificaram. Diante das epidemias e do aumento da mortalidade infantil, o governo foi atras de possíveis soluções.

Em 1966 nasceu o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) com a missão de unificar todos os órgãos previdenciários que vinham funcionando desde 1930. A atenção primária, cada vez mais, era vista como responsabilidade dos municípios, e os casos complexos ficavam a cargo dos governos estaduais e federal. Segundo Solto e Oliveira (2016) a partir da criação do INPS, alegando a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros.

Em 1967, 4ª Conferência Nacional de Saúde – Recursos humanos para as atividades de saúde – Recursos humanos necessários às demandas de saúde no país. O profissional de saúde que o Brasil necessita, responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de ensino médio e auxiliar, responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde.

Em 1975, 5ª Conferência Nacional de Saúde – Política Nacional de Saúde – Constituição do Sistema Nacional de Saúde, com a elaboração de uma política nacional de saúde, Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, Programa de Controle das Grandes Endemias e Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

Em 1977, 6ª Conferência Nacional de Saúde – Controle das grandes endemias e interiorizações dos serviços de saúde – Ainda com uma concepção assistencialista e curativa, foram discutidas a situação de controle das grandes endemias, a operacionalização dos diplomas legais básicos em matéria de saúde a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde.

Em 1980, 7ª Conferência Nacional de Saúde – Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos – Implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Na década de 70 e 80 temos um movimento bastante conhecido, que deu origem e ajudou a formalizar o SUS que temos hoje, que é a Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária é um movimento que foi consolidado e foi constituído por intelectuais, corpo técnico da saúde, alguns partidos políticos, movimentos sociais e também muitos pesquisadores de algumas organizações, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Universidade do Estado do Rio de

Janeiro (UERJ), que começaram a pensar em saúde com um viés mais social e não tão biologista, não tão voltado para a questão clínico-assistencial de doença, a saúde passa a ser vista como um olhar mais amplo, que é o que chamamos de conceito ampliado de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização.

Com o período ditatorial em decadência, excesso de gastos e aumento constante de custos, a população começa a se manifestar em relação a saúde no país, buscando melhorias para a sociedade brasileira, esta abordagem foi divulgada e discutida no departamento de medicina preventiva nas faculdades de todo o país. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde e, configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania, este movimento tem muita importância para a história da saúde no Brasil, pois ele se configura um marco junto com a 8ª conferência, que juntos deram base para a saúde que todos conhecem hoje.

Em 1986, 8ª Conferência Nacional de Saúde – Reforma Sanitária – Criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, promoção, proteção e recuperação, saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor da saúde.

As Conferências de Saúde sempre foram fundamentais para a democratização do setor. Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde". A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei nº 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social. (CONSELHO DE SAÚDE, 2013)

A 8ª conferência, ampliou os conceitos de saúde pública no Brasil e propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde, com melhores condições de vida. A forte presença de organizações internacionais também abriu portas para o valor de ações de saneamento, medicina preventiva, descentralização dos serviços e

participações nas decisões. O relatório produzido durante a conferência foi tão importante que serviu como base para a elaboração do capítulo de saúde da Constituição Federal de 1988 e para a criação do SUS, Sistema Único de Saúde.

Grande marco na história das conferências nacionais de saúde, teve a participação da população nas discussões. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988, como nas leis orgânicas da saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Os delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação. Foi uma importante ação formalizada que traz subsídios para que consigamos finalmente colocar na Constituição Federal de 1988, Art. 196

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1992)

Diferente do antigo regime militar excludente, a Constituição Federal traz a responsabilidade para o Estado, enaltecendo que é dever do Estado garantir a saúde para todos. Fazendo com isso que absolutamente todos, sem exceção, possam ter acesso a política de saúde. Apesar de na Constituição cidadã ter tudo isso muito explícito e claro, não é o que ocorre na maioria do Brasil. A Constituição Federal traz do artigo 196 ao 200 vários tópicos voltados para a saúde, trazendo também algumas questões relacionadas aos princípios que temos hoje no SUS. O Art. 200 traz controlar e fiscalizar; executar ações; ordenar; participar das formulações da política; incrementar; fiscalizar; participar do controle e colaborar na proteção. Várias ações mostram que o SUS tanto é ativo nas realizações, quanto é passivo, onde executa uma parte mais burocrática, desde elaboração de medicamentos dentro do próprio sistema, até a colaboração da preservação do meio ambiente. Mas o mesmo foi formalizado como um sistema a partir das leis orgânicas da saúde, onde temos a lei 8.080 de 1990, que faz a promoção, prevenção e tratamento da saúde. Um modo de gestão SUS traz, segundo o Art. 7º

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal [...] (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1992)

Ainda dentro da Lei nº 8.080/90, vemos fundamentações de suma importância para o SUS, que só pode ser conquistada com o marco da 8ª Conferência Nacional de Saúde e logo após temos a criação da Constituição Federal 1988, conhecida também como constituição cidadã. Podemos destacar aqui o Art. 5 da Lei nº 8.080/90 que traz os objetivos do SUS, onde o mesmo identificará e divulgará tudo o que está relacionado com a saúde, doenças e suas prevenções; não excluirá as pessoas independente da classe social inserida, ou seja o fator econômico não é levado em consideração para o atendimento e por último, levará saúde para todos por meio da promoção, proteção e prevenção.

E a Lei nº 8.142, também de 1990, que traz o financiamento do SUS e um importante ferramental, que é a participação social, pois nada melhor do que a própria população para saber de seus próprios interesses, por meio das Conferências Nacionais de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, onde firma-se a participação efetiva da sociedade nas ações em que diz respeito a saúde e o seu todo.

Então a Lei nº 8.142 traz bem descrito de quais formas que acontecem os conselhos de saúde e as conferências de saúde, que são importantes instrumentos para transparência, participação e para controle da população perante as políticas de saúde que vão acontecer no Brasil. A Lei vai deixado claro qual o papel das conferências e dos conselhos. Porém sabe-se que a população brasileira não é de total ouvida, por isso devem destacar que por mais que a sociedade participe dos conselhos e conferências, a saúde ainda vai ser a menor prioridade para o governo.

Partindo para dentro do Sistema Único de Saúde, tem os seus princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade, e os princípios organizativos: hierarquização, descentralização, participação social. Os princípios doutrinários são aqueles que regem todas as ações do SUS, independentemente do nível de complexidade.

Universalidade – A mesma visa garantir que todas as pessoas da nação tenham acesso à saúde, fazendo com que o Estado deva garantir esse acesso a essas

peças, independente de gênero, de raça e de trabalhar ou não. É um princípio que diferentemente do que historicamente o Brasil tinha, onde apenas quem trabalhava tinha acesso, faz com que agora todos tenham acesso à saúde independentemente de qualquer tipo de critério. Ou seja, nega-se tudo aquilo que já aconteceu na história da saúde no Brasil, onde aqui todos têm direito a saúde, sem exceção, não levando em consideração se o indivíduo trabalha ou não.

Equidade – Visa combater as desigualdades em saúde no país. Apesar de todos terem direito à saúde, nem todos têm as mesmas condições de acesso aos serviços de saúde. Então, uma maneira de fazer com que essas desigualdades diminuam, é tratando de maneira desigual os desiguais, o que se leva em fator é que, todos serão atendidos, porém em nível de necessidade, ou seja, não se pode atender da mesma maneira uma paciente com gripe do que um paciente com um ataque cardíaco.

Integralidade – Entende o usuário do SUS como um todo. Visa desmistificar aquela doença como um simples problema e entender quais são as complexidades que estão por detrás, visando levar àquele usuário do SUS promoção, prevenção e tratamento, não somente o tratamento, como antes no SUS comumente acontecia. Deste modo, todo paciente que entra no SUS não terá só sua doença resolvida como uma parte de um todo, mais sim com tudo aquilo que necessita para que a doença não retorne mais, ou seja, é um atendimento complexo e que não traz consigo o imediatismo. Porém, não é o que acontece nos hospitais Brasil a fora que por falta de recursos acaba descuidando do tratamento do paciente que por vezes tem que voltar ao local de atendimento por falta de tratamento.

Adentrando por vez nos princípios organizativos, hierarquização – nada mais é do que organizar os serviços de saúde por níveis de complexidade. No Brasil e em muitos países, três níveis são bem comuns: a atenção básica ou primária à saúde, a média complexidade que comporta as especialidades, como os centros especializados de fisioterapia, fonoaudiologia, os CAPS e a alta complexidade que se concentram os hospitais., fazendo com que o sistema não se sobrecarregue, contudo, é exatamente ao contrário que ocorre, UPAs lotadas de pessoas de poderiam ser atendidas em PSFs, que por conta das interrupções de atendimentos nesses locais, geralmente por falta de investimento, acabam encaminhando os usuários para as unidades de pronto atendimento. Considerando que grande parte da população

necessite de atendimento à saúde e de atenção básica, a principal estratégia de saúde no Brasil está concentrada na atenção primária à saúde, que é hoje a Estratégia de Saúde da Família.

**Regionalização** – Visa articular todos os serviços de saúde de uma determinada região, considerando o contexto naquela região. Apesar de ter alguns parâmetros e alguns indicadores e indicativos do próprio Ministério da Saúde, cada realidade municipal é diferente e quando se tem instalado qualquer tipo de serviço de saúde novo é importante considerar o que já temos naquela região. O que mais uma vez não acontece, por vez, usuários são transferidos para outros locais por não haver atendimento para ele no ambiente.

**Descentralização** – Terceiro princípio organizativo, tem o intuito de fazer com que cada ente federativo tenha um nível de responsabilidade diferente e analisando essa questão mais contextual, é trabalhado a autonomia dos municípios. O município, independente da macrorregião brasileira, vai ocorrer autonomia para pensar de que forma que a saúde vai ser tratada dentro do mesmo. Assim como na regionalização, na descentralização vai ocorrer o mesmo, corrupção e falta de investimento faz com que a saúde das pequenas regiões seja sucateada, levando a população ou a sair de sua cidade em busca de tratamento ou se amparando nas redes privadas.

**Participação Social** – Está fixada na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica nº 8.080 de 1990 e traz ferramentas importantes para que consigamos debater, controlar e ter a transparência desejada nas ações de saúde. Dentre elas temos as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, ambos vão acontecer do micro para o macro, ou seja, observando no Conselho de Saúde, deve-se existir o conselho local que vai estar dentro do Posto de Saúde, os conselhos municipais, estaduais e nível federal, o mesmo acontece com as conferências.

O início do SUS traz esperança aqueles que não tinham nenhuma expectativa de uma vida longa e com saúde por falta de recursos financeiros e não tendo nenhum vínculo empregatício que garantisse o uso da saúde para melhorar sua vida. Mesmo com o Estado fazendo o processo de alienação para que o trabalhador pensasse que o dever do seu bem-estar estava totalmente ligado a ele, sem responsabilidade nenhuma do Estado, o ganho do sistema foi algo que irá sempre está marcado na vida dos brasileiros que hoje utilizam disso para a manutenção da vida.

## 2.2. Em Defesa do Sistema Único de Saúde

Mesmo com todos os empecilhos, a criação do SUS salvou vidas, vidas que se fossem em outra conjuntura estariam perdidas as vezes por doenças que conhecem hoje como simples, como uma gripe ou até mesmo por doenças um pouco mais “pesadas”, como tuberculose. Lembrando também que, o SUS resiste a toda a desigualdade social que vivem, pois ele atende a todos, sem exceção, tendo ou não contribuído para receber atendimentos. O SUS é uma política social contra hegemônica que resiste aos golpes permanentes aplicados pelos que preferem o tratamento da doença como mercadoria, assim como a redução do papel do Estado nas políticas sociais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O SUS, visto como política pública de caráter social, pensado e idealizado pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro, nesses 30 anos de existência trouxe avanços no que diz respeito ao enfrentamento dos problemas de saúde da população, apesar dos constantes ataques sofridos no campo político, ideológico e de financiamento, que impedem a sua resolutividade e operacionalização conforme princípios e diretrizes (ARAÚJO, et al, 2020)

Independentemente de ter ou não um plano de saúde, o indivíduo é usuário do SUS. Ele possui uma excelente qualidade em várias áreas de atendimento, mas também é um sistema de vigilância a saúde da população em todas as áreas, um exemplo disso é a vigilância sanitária, pois todo e qualquer consumo de alimentos o SUS está por trás.

A defesa do SUS é fundamental porque enquanto de um lado há os que defendem o SUS e o protegem, do outro lado há ameaças significativas que podem levar esse modelo de saúde pública as ruínas. Isso acontece, pois, grande parte das ações estão fora do SUS, dentro das políticas públicas, são através delas que se conseguem manter o uso do SUS pela população.

O SUS é fundamental para a saúde e o bem-estar da população brasileira. É evidente que a saúde depende também da eliminação das desigualdades, do saneamento, da preservação do meio ambiente, de controle da violência, do

transporte e da educação pública, do combate ao racismo e à opressão de mulheres. A efetivação do direito universal à saúde depende, centralmente, da democracia. Os objetivos da saúde universal e de qualidade associada ao SUS se deparam com barreiras e contradições no interior do próprio modelo de Estado, sociedade e de desenvolvimento do país (ABRASCO, 2020).

Lutar pelo SUS significa lutar contra as mazelas deixadas pela desigualdade social que insiste em se manter por aqueles que detêm o poder, apesar de todos os esforços causados, mesmo com as políticas públicas para amenizar os impactos, sabemos que muitos daqueles que (des)governam o país nada fazem a não ser fomentar a desigualdade.

Políticas Públicas de Saúde são todas as ações e programas governamentais que visam melhorar as condições de saúde da população como um todo. Isso inclui tanto ações de serviços de atendimento, como de proteção e promoção da saúde (OLIVEIRA, 2020),

Um grande exemplo para a defesa do SUS foi e está sendo o sucateamento do sistema na pandemia de COVID – 19. O presidente fez do sistema e do país algo em que o mundo viu um governante se referir ao vírus como uma “gripezinha” e a não ser a favor da vacinação.

Descaso com a saúde, negar-se a comprar as vacinas que até então são os únicos métodos eficazes, chegando a dizer que a suspensão de testes da vacina, após a morte de um voluntário e sem relação com o imunizante, se tratava de uma vitória sua.

Nessa toada, as análises sobre o governo Bolsonaro estão sendo feitas ao mesmo tempo que se descortina seu governo. É possível afirmar que o projeto por ele representado foi eleito com base no pensamento retrógrado, amparado nas igrejas neopentecostais, nos grupos militares e paramilitares de direita e nas elites conservadoras nacionais, ávidas por conduzir o projeto neoliberal sem concessões. Portanto, embora se diga que se trata de um “(des)governo”, compreende-se que o governo Bolsonaro está ancorado por explícito projeto ideológico, político e econômico. Por outro lado, suas forças são heterogêneas - neopentecostais, militares, milicianos, olavistas, grupos econômicos representados por Paulo Guedes - e, por vezes, colidem entre si. (TEJADAS, JUNQUEIRA, 2021)

A realidade é que antes mesmo de a pandemia chegar, o Brasil colecionou fracassos na proteção à vida de seus cidadãos. E isso apesar de ter Sistema Único de Saúde (SUS) capaz de assistir 70% dos brasileiros. Vigoram o negacionismo e a postura, ímpar no mundo, de desprezo do presidente Jair Bolsonaro em relação à pandemia.

Crítico das medidas de distanciamento social, o presidente entrou em disputa contra governadores e prefeitos que adotam medidas restritivas no combate à doença. Sem diferenciar práticas de isolamento do lockdown, que são duas coisas distintas, Bolsonaro já afirmou equivocadamente que o lockdown "não deu certo em nenhum lugar do mundo". Portanto, como enfrentar uma pandemia tão devastadora se o representante do país não dá a devida importância a vida da população? Simples, somente quem tem condições financeiras e habitacionais vai conseguir realizar o isolamento de forma correta.

Além do modelo econômico adotado, já explicitado, o grupo no poder se pauta por estratégias e táticas de "guerra de ódio", de *fake news*, de criação de narrativas reacionárias sobre a sociedade e o comportamento. Pode-se dizer que o governo Bolsonaro concilia economia ultraliberal com um Estado teológico (teologia da prosperidade), amparado na despolitização da sociedade. (TEJADAS, JUNQUEIRA, 2021)

Isso faz com que seus seguidores façam exatamente o que o presidente faz, não seguem as regras de isolamento, não usam máscaras, fazem uso de remédio que não tem eficácia científica comprovada. Na medida em que o poder público deixa de assumir o papel de executor das políticas públicas para tornar-se regulador, quem se torna vulnerável, entre outras condições, a riscos e incertezas, à distribuição desigual da informação sobre a qualidade da assistência, à existência de barreiras no acesso e às chamadas "externalidades", é o próprio usuário da política pública (OCKÉ-REIS, ANDREAZZI & SILVEIRA, 2005).

A corrupção em cima dos mortos por COVID-19 só mostrou o quão cruel é a realidade. Por isso, é tão necessário a manutenção, criação e defesa também das políticas públicas, pois sem elas o cidadão não terá acesso de fato as inúmeras realidades que o SUS pode ofertar. Conhecer os direitos e mostrar para a sociedade

é algo muito mais simples do que se apresenta, porém com a fragmentação de verbas, auxílios e informações é cada vez mais difícil a chegada dessas notícias a população.

Políticas públicas dizem respeito ao que os governos fazem – ou deixam de fazer. A área de estudos surgiu nos Estados Unidos nos anos 1930 como forma de colaborar com a produção empírica dos governos que, não por acaso, ampliavam seu escopo de atuação na industrialização, na economia, na proteção social e no planejamento, em função da crise de 1929 que exigiu novas performances do Estado. (MADEIRA, et al, 2020)

Com base em análises incompletas, imprecisas ou, até mesmo, equivocadas, o Estado brasileiro não terá condições de legislar políticas públicas e praticar ações que sejam capazes de abrandar e reparar os danos provocados por esta pandemia. Diante dessa conjuntura e por conta dessa herança histórica de precarização e fragmentação dos serviços de saúde, estamos, hoje, diante do risco eminente e concreto de não ter onde colocar, quem ou como tratar os doentes. Entretanto, é crucial destacar que o Brasil é um dos únicos países de extensão continental que têm um sistema integral para o país como um todo.

A área tem amadurecido no mundo todo, cooperando com conhecimento e metodologias (tais como planejamento, monitoramento e avaliação de políticas) que amparam a produção dos governos e impactam na vida das pessoas. No Brasil, o campo de públicas se ampliou no final da década de 1990 a partir de debates sobre o funcionamento das instituições estatais, notadamente do impacto das relações governamentais, do federalismo, das capacidades estatais e das burocracias na formulação e implementação de políticas públicas.

Diversas políticas públicas dão acesso ao SUS, as políticas públicas de saúde são executadas por diversos órgãos, pastas e entidades que compõem o poder público. Essas lideranças estão presentes nas esferas municipal, estadual e federal. Somente o Ministério da Saúde possui dezenas de órgãos, secretarias, além de entidades vinculadas com o objetivo de prestar assistência à saúde.

Toda a estrutura para a promoção de políticas públicas de saúde é complexa. Quase tudo fica sob o guarda-chuva do Ministério, mas também existem órgãos e organizações não-governamentais que trabalham no desenvolvimento de políticas públicas e, inclusive, cobrando, monitorando e fiscalizando as ações do Governo (OLIVEIRA, 2020).

Cada um desses setores tem uma equipe própria e gestores voltados a diferentes áreas. Há divisões focadas em saúde bucal, programa para saúde da família, saúde mental, atenção básica, urgência e emergência, entre inúmeros outros. Ações muito importantes para que se evite a hiper lotação dos hospitais com cuidados básicos, é por isso a importância das UBS, pois com elas pode-se tratar mais cedo evitando a ida a um hospital fazendo com que se gaste mais tempo e mais recursos com algo que poderia ter sido tratado no começo.

Um exemplo é o Conselho Nacional da Saúde, que apesar de estar vinculado ao Ministério é composto por representantes da sociedade, entre eles trabalhadores, servidores de saúde, usuários e gestores do SUS. Seu objetivo é garantir que as diretrizes, normas e regras do SUS sejam cumpridas. Como já foi informado e não é nenhuma novidade, o SUS tem uma estrutura extremamente bem elaborada, porém sua aplicação é algo que deveria ser melhorado em centenas de vezes, mas sabemos que isso se dá pela má colocação das práticas que nada mais fazem além de alimentar os problemas para que eles voltem a ocorrer e assim se mantenha esse ciclo vicioso.

Sem dúvida, trata-se de uma dedução paradoxal, já que o SUS foi idealizado e vem sendo implementado nesse mesmo contraditório, velho e eterno país do futuro e que, aparentemente, nunca se atualiza. Tanto é assim que o SUS concreto – aquele realmente existente – está ainda distante de garantir o direito universal à saúde e a atenção integral conforme as necessidades de saúde individuais e coletivas, mesmo considerando que muito tenha sido realizado e que o impacto do SUS sobre a saúde e esperança de vida do povo brasileiro é positivo (CAMPOS, 2017).

Dentro das políticas públicas mais usadas para o uso do SUS estão o programa de estratégia de saúde da família, onde promove atendimento à toda a família na atenção básica. Entre suas principais contribuições estão a redução dos índices de mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares. Com a ampliação do atendimento na rede básica é possível se tomar medidas e ações de prevenção a algumas doenças para que sejam controladas antes de se tornarem grave. As equipes de estratégia da

saúde da família mapeiam os principais problemas que impactam na saúde da comunidade em que atuam e criam projetos a partir disso. Dessa forma, o programa contribuiu para a redução no número de internações (OLIVEIRA, 2020).

Outro programa que é extremamente importante é o programa nacional de imunização que está intrínseco ao cenário atual do Brasil e do mundo, nele é disponibilizado vacinas para as principais doenças acometidas em crianças, adolescentes, adultos e idosos. Imunização para a febre amarela e para a gripe, por exemplo, fazem parte deste programa. É através dele que se estuda também a compra e a disponibilização da imunização para o coronavírus, assim que aprovada pelos órgãos de controle e disponibilizada no mercado.

O programa nacional de imunização é um dos melhores do mundo. Ele é reconhecido internacionalmente pelo alto número de imunizações oferecidas gratuitamente, seu impacto sobre as doenças imunopreveníveis e as altas coberturas vacinais (OLIVEIRA, 2020).

Então se percebe que um programa de tão boa qualidade não é executado de forma correta quando se tem uma má administração, o exemplo é a vacinação contra o COVID-19, onde se foi recusado diversas vezes a compra da vacina e houve a interrupção de insumos para que não fosse produzida dentro do território brasileiro, o que se torna uma chacota internacional, um país exemplo de vacinação em massa ser o epicentro do vírus.

Quando o assunto é políticas públicas de saúde no Brasil não se pode deixar de falar do maior sistema público de transplantes do mundo, que é o sistema brasileiro. Uma média de 95% dos transplantes de órgãos no Brasil são realizados por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece toda assistência ao paciente transplantado. Um dos diferenciais do sistema nacional é a oferta dos medicamentos necessários e acompanhamento ao paciente transplantado pelo tempo que for necessário por meio do sistema público (OLIVEIRA, 2020).

Um dos maiores desafios do SUS é justamente a sustentação do sistema, que gasta bilhões de recursos públicos todos os anos. Uma das formas de desafogar a rede pública é criando condições para que mais pessoas possam ter acesso à saúde

privada ou por meio de planos de saúde. Com isso vemos a importância da defesa do SUS, pois é através dele que se faz a manutenção da vida, não só daqueles que possuem condições financeiras para manter a saúde em dia, mas daqueles que muitas das vezes não tem noção dos direitos que possuem e acabam por falecer ou perder alguém por falta de informação e de implementação dos direitos.

### **3. CAPITULO 2: SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19**

Para darmos início a inserção do Assistente Social na atuação na pandemia da COVID-19 se faz necessário um recorte histórico para que possamos entender como foi essa caminhada até a profissão de hoje que atuou e atua na linha de frente ao vírus mundial que vem fazendo milhões de vítimas. Assim, compreendendo todo o contexto histórico da profissão veremos quão necessária se faz na atuação dentro do tripé da seguridade, em destaque aqui a saúde.

#### **3.1. A Atuação Profissional do Assistente Social Trabalhador da Saúde**

O Serviço Social surgiu na década de 30 com um viés religioso, onde ele é totalmente intrínseco a igreja católica que realizava caridade, filantropia que trabalhava nessa perspectiva dogmática, moral, religiosa e conservadora. Tinha-se uma lógica de trabalho onde culpabilizava-se os trabalhadores pela sua condição de vida, caso o indivíduo dependesse do Estado e de caridade o problema era inteiramente dele, usando assim a lógica da psicologização, onde se era passado para o indivíduo que aquela situação era fruto da sua falta de esforço, que só ele poderia tira-lo daquela situação que a falta de trabalho lhe causava aquilo e que “Deus ajuda a quem cedo madruga”, não se tinha uma leitura crítica da sociedade.

Para Yamamoto e Carvalho (1996), durante o período de surgimento do Serviço Social brasileiro, o país vivia um momento de intensa agitação política, econômica e social. O contexto era de generalização do trabalho livre, do aumento da imigração, do desenvolvimento urbano, do processo de

industrialização e de organização da classe trabalhadora (FREITAS, et al, 2018).

Nesse momento estava se passando no país situações turbulentas onde haviam várias manifestações da classe trabalhadora por qualidade de trabalho e justiça social, vendo e analisando que tal situação poderia levar ao caos social e aqueles trabalhadores nas ruas causariam impacto nos lucros, os detentores dos meios de produção se reuniram juntamente com o Estado e resolveram intervir, lembrando que essa situação nada mais era do que expressões da questão social. De acordo com Netto (2001) a expressão: “Questão Social” emerge na terceira década do século XIX, para dar conta da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra, o fenômeno do pauperismo: a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riqueza” (NETTO, 2001, p. 43). Discutem então as possibilidades para diminuir essas manifestações e assim haver novamente a harmonia social.

Percebendo que o Serviço Social lidava diretamente com esse público que se queria alcançar, vendo que realizava várias ações com esses indivíduos eles decidem profissionalizar esse determinado grupo de pessoas que já lidavam com a classe trabalhadora. Daí parte a profissionalização do Serviço Social para apaziguar as expressões da questão social tudo voltado para esse intuito, com isso há a tecnificação, ou seja, uma qualificação profissional e assim começam a surgir as escolas de Serviço Social, as faculdades, mas ainda sim tinha um viés religioso. Tinha como base filosófica o neotomismo que marca profundamente a profissão, desde a fundação da primeira escola do Serviço Social no Brasil, toda a visão de homem e de sociedade adotada na profissão se dará a partir da visão católica, tendo como sustentação filosófica o neotomismo (CICILIATI, 2016). Cria-se então o curso de intensivo de formação social, para as moças.

Fica evidente, portanto, a importância dos ideais cristãos na formação dos primeiros Assistentes Sociais e a forte presença da postura humanista com base na doutrina social da Igreja e no neotomismo. Os princípios de dignidade da pessoa humana, do bem comum, explicitados por Santo Tomás de Aquino, predominaram no Serviço Social brasileiro até a década de 1960, e podemos afirmar que ela continua presente ainda hoje, através da ação de vários profissionais (CICILIATI, 2016)

Em um determinado momento o Estado observa que o Serviço Social seria interessante para lidar com as expressões da questão social. Avançando para as décadas de 40 e 50 a profissão recebe uma forte influência norte-americana e da corrente Positivista, marcado por um viés tecnicista que possuía ramos na psicanálise, pagando um pouco também da base sociológica. O conhecimento positivo naturaliza a questão social e sugere a reforma para amenizar o sofrimento do proletariado. Essa compreensão fomenta a luta de classe e os movimentos sociais, destaca o olhar para o fenômeno desvinculada do conflito de classe e fragmenta suas expressões.

A sua ênfase estava na ideia de ajustamento e de ajuda psicossocial, nesse período se dá as práticas de organização e dos movimentos da comunidade, além das abordagens individuais e grupais que são o modo de fazer a profissão que vieram da Europa, estudo de caso, comunidade e grupo. O Estado contrata as primeiras escolas de Serviço Social para ensinar técnicas de intervenção e se tem o investimento nas influências europeias, misturando assim essas influências com a norte-americana, com isso é trazido as primeiras técnicas de intervenção que são pautadas em perspectivas tecnicistas, funcionalistas com atuação mecânica que respeita processos e protocolos sem reflexões a respeito de tudo isso. A influência de Mary Richmond é notória nesse período, existindo uma supervalorização da técnica mais uma neutralidade científica, então tudo isso foi feito para que houvesse o desenvolvimento da comunidade.

Em suma, embora a fenomenologia se proponha ser para o Serviço Social e o entendimento da Questão Social uma nova proposta, as análises permanecem centradas no sujeito e nas formas como ele pode, individualmente, mudar a sua perspectiva em relação à realidade vivida. O homem e a forma como observa o mundo é o objeto de intervenção, portanto, ambas as análises teóricas se comprometem com a manutenção da ordem vigente e a invalidação da Questão Social, enquanto, um processo socialmente produzido, político, histórico, econômico e ideológico (GONDIM, et, al, 2018).

A inserção dos assistentes sociais na área da saúde deu-se no final da década de 60, período em que ocorreu a unificação dos Institutos de Previdência Social – IAPS e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, logo depois surge

o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social – INAMPS consolidando-se assim, o serviço social na saúde. Nessa época, a assistência social não era destinada a todos. “Os usuários de serviço social eram chamados de “beneficiários” e buscavam atendimento médico nas Santas Casas de Misericórdia” (COSTA, 2017).

Durante os anos 60 e 70 iniciou-se o movimento de renovação da profissão, buscou-se alterar o modo tradicionalista do Serviço Social, ocorreu a renovação da profissão que se expressa tanto na forma da revitalização do tradicional profissional como na busca da ruptura com o conservadorismo. Em 1979 ocorreu o congresso da virada, onde foi o marco para o Serviço Social no Brasil, neste evento houve uma ruptura com o conservadorismo, a profissão se tornou laica e passou a se inserir nos setores subalternos da sociedade.

O Movimento de Reconceituação é um importante momento do Serviço Social, pois é partir daí que surge uma outra visão acerca da prática profissional, voltada a uma análise crítica da realidade social, buscando assim um melhor desempenho no agir profissional ao atender as demandas da questão social, pautado em bases teórico-metodológicas que buscam superar as práticas tradicionais do Serviço Social (VIANA, et al, 2015).

O Serviço Social vem dar respostas as novas demandas que se apresentavam no correr deste cenário. O Serviço Social neste primeiro plano se mostra como reprodutor das formas tradicionais do início da profissão, com uma prática paliativa, caritativa, assistencialista, prática essa reforçada pela autocracia burguesa (VIANA, et al, 2015). O Serviço Social passa a ser parte das ciências sociais, pois o governo militar necessitava de uma atuação mais forte, e com as práticas que estavam sendo exercidas não estavam obtendo resultados satisfatórios. O profissional passa a formular e executar políticas públicas além de haver o aumento nas áreas de pesquisa.

De acordo com Netto (2005, p. 118)

Tudo indica que este componente atendia a duas necessidades distintas: a de preservar os traços subalternos do exercício profissional, de forma a continuar contando com um firme extrato de executores de políticas sociais localizadas bastante dócil e, ao mesmo tempo, de contrarrestar projeções

profissionais potencialmente conflituosas com os meios e os objetivos que estavam alocados as estruturas organizacional - institucionais em que se inseriram tradicionalmente os assistentes sociais.

Com a inserção do serviço social dentro das universidades o conhecimento a respeito de outras vertentes acaba se relacionando com outras bases teóricas que lhe trazem um olhar em outra direção a respeito do que se vinha fazendo ao longo dos anos. As instituições passaram a se constituir como uns espaços profissionais de realização da prática e o serviço social obteve sua legitimação social, o que podemos denominar de institucionalização, apesar de serem profissionais liberais, os assistentes sociais têm até os dias de hoje as instituições como espaços de atuação e diferentemente de outras profissões liberais, não se pode exercer a prática em consultórios. Pode-se afirmar que a institucionalização da profissão e sua inserção na divisão social do trabalho está diretamente ligado à progressiva intervenção do Estado nos problemas da exploração do trabalho.

Nos anos 80 a profissão começa a debater sobre a ética no Serviço Social, buscando acabar com a ética tradicionalista e da neutralidade tomando para si um lado mais democrático. Inaugura-se a ética do Serviço Social, nesse período os profissionais tendem a romper com as velhas bases, saindo da visão humanista e neotomista. Em 1982 aconteceu a revisão curricular que pretendia ir além do teórico-metodológico e ético-político.

A intenção de ruptura marca a década de 1990 e a partir daí o Serviço Social atinge seu apogeu intelectual. Segundo Bravo (2009, p.35) o serviço social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma iniciante alteração da prática institucional, contínua como categoria, desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão. Destacamos também a ruptura com o conservadorismo, no entanto, os profissionais demonstram dificuldade de encontrar respostas na corrente marxista frente às demandas da profissão.

“[...] os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, estes

profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não do Projeto Ético-Político da profissão”. (Bravo, 2009, p. 39).

A partir de 1990, as referências são de que saúde é uma política de direitos com caráter universal e de responsabilidade do Estado. A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o Assistente Social foi identificado, em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. Para Bravo (2009), o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto de Reforma Sanitária e pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Partindo para a atualidade, vemos a importância do assistente social dentro da política de saúde, não só no âmbito social, mas também da saúde em si, em todo seu aspecto levando em consideração que do mesmo jeito que um médico pode cometer um erro e tirar a vida daquele indivíduo, o assistente social também pode cometer esse erro, mas de forma muito mais dura, pois pode acabar matando alguém deixando o mesmo vivo, e aos poucos perdendo sua vitalidade até chegar a falecer de fato.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2010).

Isso remete a várias atribuições e deveres previstos no Código de Ética de 1993 onde deve-se manter uma postura oposta as bases passadas, se distanciando de caráter tradicionalista e funcionalista, tendo em mente um pensamento crítico e levando a individualidade do sujeito para análise da situação. Para uma melhor atuação, deve-se seguir regras que conduzam o fazer profissional, tanto para garantir a melhor resolução do caso quanto para que o assistente social não acabe por fazer o trabalho de outro profissional que se assemelhe a sua prática. Portanto cabe a ele:

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

Com tudo isso nota-se que em tempos pandêmicos como os vividos atualmente a atuação do assistente social é imprescindível para o combate não somente ao vírus mas também as consequências que eles trazem. O trabalho do Assistente Social em meio a uma pandemia se intensifica a cada agravamento epidemiológico, pois com a maior propagação do vírus há o aumento de isolamento, fazendo com quem não possui um trabalho formal acabe por não conseguir exercer suas atividades. Com isso as políticas públicas serão mais requisitadas, e mais uma vez a burocracia do governo, mal administrado, faz com que exista a exclusão dos excluídos.

Essas são apenas algumas das atribuições dos profissionais de Serviço Social, que são indispensáveis por possibilitarem o acesso para que os direitos da população, sobretudo em situação de pandemia, sejam garantidos. O coronavírus é muito mais que um processo biológico e clínico, ele tem impactos sociais de classe, raça e gênero. É dever do Assistente Social imprimir respostas nos aspectos do COVID-19.

Essas informações preliminares são relevantes para pensar o impacto do coronavírus na vida como um todo. O debate sobre a pandemia não envolve somente a área da saúde e o campo científico, mas também interesses e disputas na política e na economia (AGAMBEN et al., 2020). Para Demier (2020), a interrupção do trabalho, causada por um vírus, fez cair o véu da naturalidade do seu funcionamento, mostrando que o trabalho, a sociabilidade burguesa, a submissão da vida à acumulação capitalista, são movidos à política, e que só pela política, portanto, podem ser parados (SILVA, 2021).

Todos os procedimentos e protocolos são voltados para um certo padrão de família, um certo padrão de renda que não é o que ocorre com a maioria das pessoas desse planeta. No mundo existem mais de 700 milhões em situação de extrema pobreza, ou seja, onde água e sabonete são questões de luxo, ademais a questão do isolamento social traz uma série de impactos, pois se possui uma nação que está imersa no desemprego e na informalidade, o que coloca uma série de condicionalidades e desafios para as pessoas que irão se isolar, dentro deles o financeiro.

#### **a. Os Efeitos da Pandemia da Covid-19 para o Sistema Único de Saúde (SUS)**

Para iniciarmos esse ponto devemos lembrar o que foi discutido no primeiro capítulo a respeito do SUS. Sua importância sempre foi de grande escala para a vida do brasileiro, levando em consideração que existem muitos processos, como a vacinação, que só puderam ser realizados através do SUS. Por isso, iremos falar de como se dá o financiamento e os recursos do SUS, assim podemos compreender como se dá a arrecadação e o repasse.

Quando falamos em financiamento, logo pensamos nas maneiras com que as coisas são custeadas e se tratando do financiamento do Sistema Único de Saúde é fundamental entender que todo esse custeio é proveniente de todas as ações tributárias do cidadão, incluindo impostos e contribuições pagos pelos brasileiros ao Estado que encaixam impostos como por exemplo o IPTU, IPVA, IPI e as colaborações a seguridade social.

Em conjunto toda essa arrecadação irá compor o orçamento da união do Estado e do município com a promulgação da constituição federal de 1988 e as leis 8080 e 8142 que são leis orgânicas da saúde e em 1990 foram definidos os critérios de distribuição de recursos de cada região, fixando como aconteceria o repasse de verbas e o investimento de cada esfera.

Em 1990 nenhum tipo de padrão quantitativo de contribuição foi lançado para esclarecer o ponto que cada governo iria investir, com isso a emenda constitucional de número 29 do ano de 2000 estabeleceu percentuais que cada esfera deveria

contribuir, definindo juntamente com a lei complementar 141 do ano de 2012 os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados e municípios em ações e serviços públicos de saúde, onde o município com 15% de toda a sua arrecadação em impostos, o estado 12% e a união por sua vez contribuiria empregando no seu valor investido em saúde do ano anterior do percentual da variação do PIB.

Ainda sobre a lei complementar 141, vale ressaltar que ela também caracterizou o que realmente se encaixa como ação em saúde para que não ocorram desvios de investimentos, até então o cumprimento desta emenda tem sido um grande desafio ao país já que o estado e a união muitas vezes falham em suas contribuições aumentando a responsabilidade do município com gastos em saúde e afetando os parâmetros de distribuição de verba para cada localidade. Cabe aos fundos de saúde e gestão financeira dos investimentos em que todos os recursos passam a ser depositados nas contas dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, também chamado de FNS, FES e FMS que recebem, organizam e pagam os serviços de saúde.

O gerenciamento financeiro do SUS acontece visando o melhor proveito do recurso para o alcance dos objetivos de forma efetiva. O dinheiro que é aplicado no SUS vem dos impostos gerais que pagamos, ao distribuir essa verba o governo federal constitui-se como principal financiador da saúde pública em nosso país. A cada ano a união deve investir o mesmo valor que o ano anterior corrigido apenas pela inflação, como já foi mencionado a Constituição Federal de 88 juntamente com as leis orgânicas da saúde que são as leis 8080 e 8142, ficou definido que o repasse de verbas ocorreria entre a União, estado e município, indo para os fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, entretanto, para que os investimentos possam chegar aos municípios existe outra estratégia de repasse, recentemente com a portaria 3992 de 28 de dezembro de 2017, Art. 3º traz a seguinte resolução:

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento.

O bloco de custeios das ações e serviços públicos de saúde é composto pela atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS. Neste bloco os estados e o município recebem uma conta única dos recursos federais vindos FNS, a verba destinada para este bloco se subdivide em cada uma dessas composições.

A atenção básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção de saúde a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver com a atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. A média complexidade custeia os serviços de saúde desses níveis ambulatoriais especializados, ou seja, de maior complexidade tecnológica, é composto por ações que dispõem de profissionais especializados e a utilização de recursos adicionais para diagnósticos e tratamentos mais complexos.

E a alta complexidade é constituída pelo conjunto de procedimentos de nível mais avançado que no contexto do SUS envolve ainda mais tecnologia, e alto custo como a assistência oncológica, procedimentos de neurocirurgia ou internações, como foram os casos de COVID-19.

A vigilância em saúde é, por sua vez, constituída pelos recursos que representam o conjunto das ações de promoção, prevenção e controle de doenças e é formado por componentes da vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária. A assistência farmacêutica é o que custeia o acesso aos medicamentos por meio do SUS, este bloco se divide em três componentes, básico, estratégico e especializado, é aqui que possui as farmácias das unidades básicas de saúde que funcionam nos municípios fornecendo medicamentos para doenças comuns entre os cidadãos. A gestão do SUS é o bloco que possui artifícios que melhoram a organização dos SUS e fornecem componentes para implantação de ações e serviços de saúde e que o repasse de verbas obedece aos critérios estabelecidos em cada uma das políticas.

O segundo bloco é o de investimento em redes de serviços em saúde que foi inserido para a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. Os recursos financeiros são destinados para aquisição de

equipamentos, obras de construções novas e obras de reforma ou adequação de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde. Podemos utilizar como exemplificação a pandemia de COVID-19 no Brasil onde foram utilizados espaços e locações onde não eram para aquele aparato e foram reformados para a utilização, alocando os pacientes que já não tinham espaço nos hospitais.

Em mais de um ano o Brasil enfrenta a pandemia do novo coronavírus. Desde então, os profissionais da saúde se destacam por seu papel fundamental no enfrentamento do vírus da Covid-19 e na assistência às milhares de pessoas que foram acometidas pelo vírus. Verdadeiros heróis, os profissionais da linha de frente dos atendimentos arriscam suas vidas diariamente. Os médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem dentre outros mais de 7 mil convocados para atuar na linha de frente contra o Covid-19. Deixando suas casas para preservar a saúde daqueles que amam e possuem responsabilidade. Sem contar nas jornadas exaustivas de trabalho, levando em consideração que também estavam expostos ao vírus e que a taxa de mortalidade para eles por estar em contato era bastante preocupante.

Os mais afetados foram os técnicos e auxiliares de Enfermagem (105 mil casos). No mesmo período, a OMS registrou 2.500 mortes de profissionais da saúde no continente, sendo 289 no Brasil (11,6%). Além disso, o estresse físico impacta a saúde mental. Um a cada seis profissionais da saúde apresentam sintomas da Síndrome de Burnout, segundo artigo de pesquisadores do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino publicado no Journal of the American Medical (JAMA) (G1, 2021).

Deste modo nos perguntamos, quem cuida dos profissionais adoecidos? A resposta é simples, outros profissionais, o que acaba por alimentar a rede de atendimento do SUS. O nível de estresse e doenças que acometeram esses profissionais foi absurdo, sem contar também o número de mortos. O trabalho desses profissionais deveria ser levado mais a sério principalmente com as condições do SUS onde pôr mais sucateado que estivesse não deixou de salvar vidas.

A Fiocruz traz dados que apontam que 84% dos trabalhadores estão com cargas horárias de 60 horas semanais, o que causa o esgotamento total. Fora a falta de equipamentos para a segurança do trabalho, onde por muitas vezes por falta de

recursos, muitas vezes desviados, não se pode comprar os equipamentos por completo.

Os dados indicam que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da Covid-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais (FIOCRUZ, 2021).

Fora isso, como já foi abordado, o medo de contaminação faz com que os profissionais não voltem para suas casas, para manter em melhor segurança contra o vírus. Praticamente morando em hotéis e pousada eles ganham o apoio da população para o enfrentamento da Covid-19. Por todo o Brasil tiveram projetos e iniciativas para auxiliarem os profissionais a descansarem e não ter tanto medo de contaminar os seus familiares, o que diminui as chances de contaminação direta.

Em Santa Maria (RS), a rede de hotéis Dom Rafael firmou uma parceria com o Hospital Universitário de Santa Maria (Husm) para hospedar, sem custos, médicos que estão trabalhando no enfrentamento do Covid-19. Serão 23 apartamentos com capacidade para alojar até 50 profissionais. O governo de Fátima Bezerra (PT), no Rio Grande do Norte, também anunciou nesta segunda (23) que um hotel de Natal vai hospedar servidores da saúde que moram com pessoas de grupo de risco. O grupo de risco da Covid-19 inclui idosos (acima de 60 anos), gestantes e pessoas com doenças respiratórias ou que diminuem a imunidade. Para receber os trabalhadores, o Hotel Senac Barreira Roxa será adaptado de acordo com protocolos de órgãos de saúde (COLLUCI, 2020).

Vemos também que além dos profissionais os servidores da saúde também foram amparados nesse momento, principalmente aqueles que tinham contato direto com pessoas de risco. Esse caso em especial aconteceu no nordeste do Brasil, onde hotéis forneceram quartos com direito a algumas refeições, juntamente com um acordo com o estado, para que seus funcionários ficassem lá o período da pandemia.

Partindo para o início da pandemia, onde o número de contágio se espalhou rapidamente e nenhum tratamento foi dado como correto. Aqui no Brasil deu-se tratamento sem nenhuma eficácia comprovado com o ivermectina e hidroxocloroquina, onde a ciência comprou através de estudos que não trazia nenhuma melhora significativa para os pacientes. Mesmo assim foram feitas compras exorbitantes desses medicamentos, sendo comprovado o superfaturamento. O Governo Federal pagou neste ano seis vezes mais pela matéria-prima importada da Índia para produzir cloroquina nos laboratórios das Forças Armadas do que desembolsou pela substância em maio de 2019.

De acordo com levantamento da Folha de S. Paulo, a mesma empresa, sediada em Campanha (MG), vendeu o produto para o Comando do Exército e para o Ministério da Saúde, no intervalo de um ano, com uma diferença de 500%. O preço do quilo saiu agora por R\$ 1.304, quase seis vezes aquele pago pelo Ministério da Saúde em contrato assinado em maio de 2019, quando o Governo Federal desembolsou R\$ 219,98 por quilo (FOLHA, 2020)

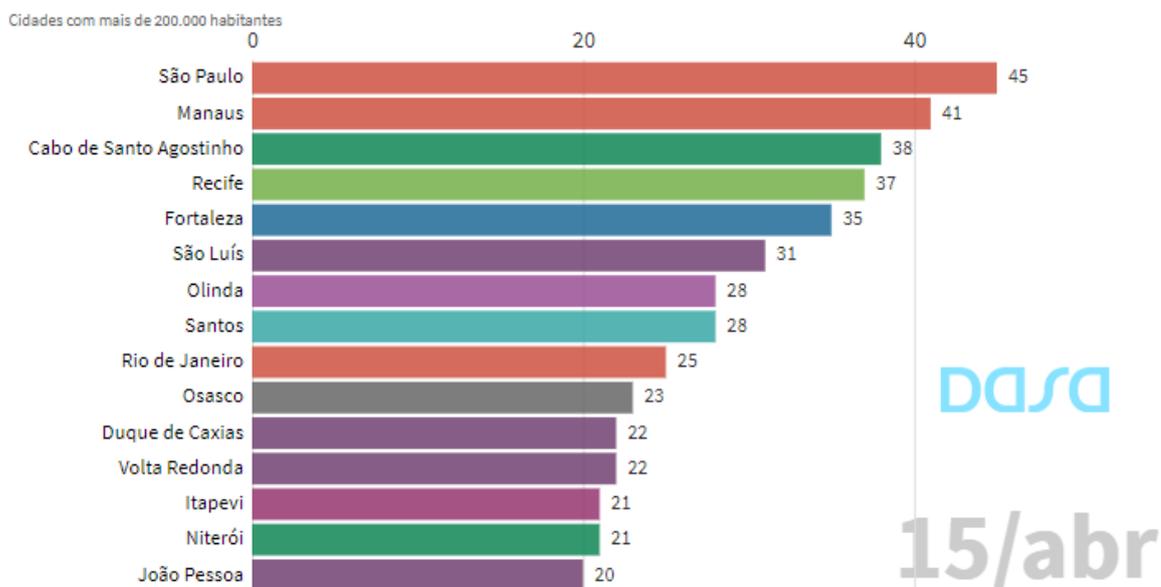
Ai vemos que além de um tratamento ineficaz o dinheiro da população brasileira foi totalmente desvalorizado para o uso do que realmente importava. A falta de respeito para com aqueles que pagam seus impostos e contribuem para a manutenção do SUS é evidente, o governo não honra com seus compromissos e faz mais uma vez, em época de crise da saúde, o seu país de piada internacional.

Segundo Atual (2020) o governo de Jair Bolsonaro desviou a finalidade de R\$ 7,5 milhões doados para a compra de testes rápidos da covid-19 e repassou a verba ao programa 'Pátria Voluntária', liderado pela primeira-dama, Michelle Bolsonaro. Dinheiro esse que deveria ter sido usado para finalidade de saúde pública, onde foi usado para banalidades que seriam supérfluas nas condições em que o país se encontrava.

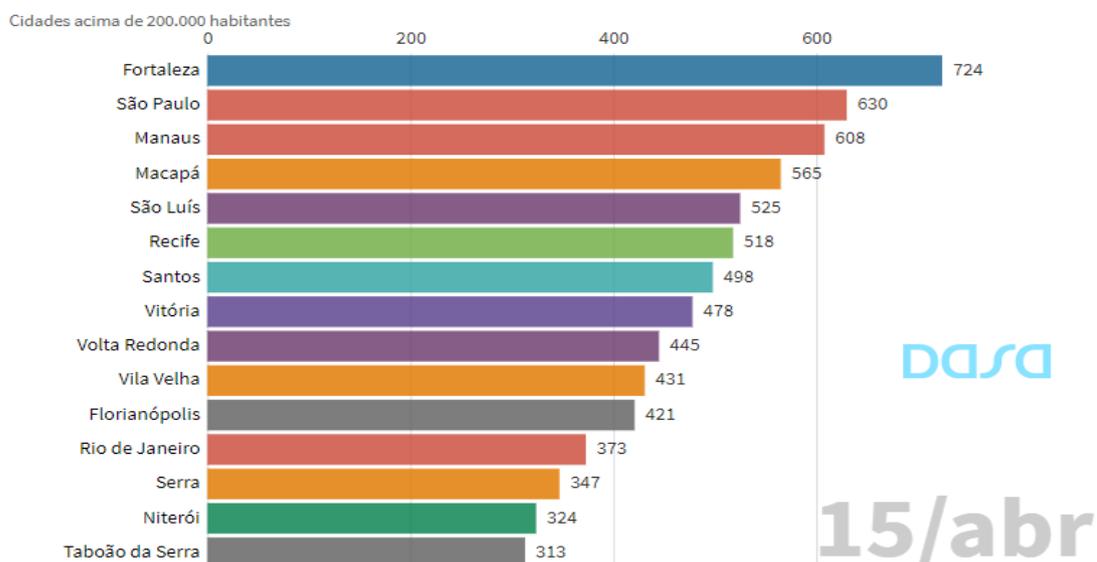
Partindo para a vacinação se analisa no gráfico abaixo o número de mortes por milhão de habitantes em cada cidade no início da pandemia, datando 15 de abril de 2020. Em épocas passadas quando se tratou de H1N1 o Brasil virou um exemplo a ser seguido na pandemia. O país superou sua meta e vacinou mais de 88 milhões de pessoas. Quando a campanha começou, a maioria das doses necessárias já estavam

nas mãos do governo federal, que tinha desde o ano anterior acordos para a compra de três imunizantes.

### Número de mortes por milhão de habitantes nas cidades (2020)

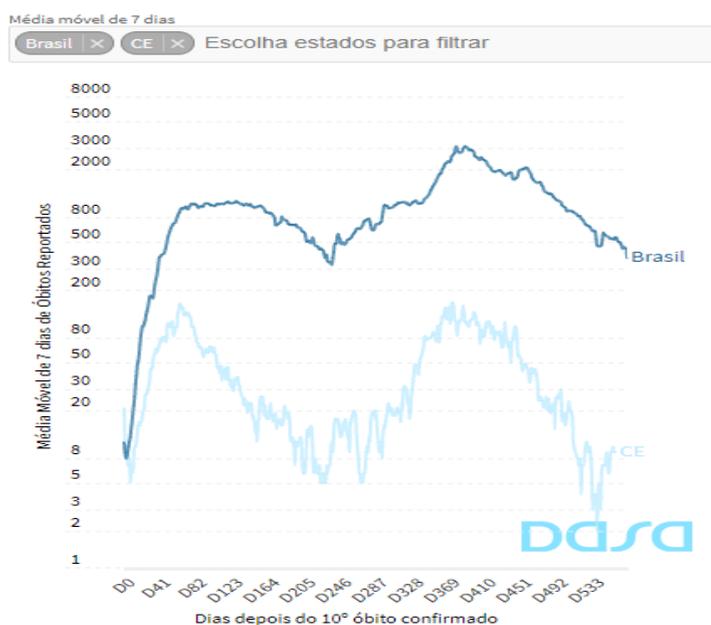


### Casos de COVID-19 por milhão de habitantes nas cidades (2020)



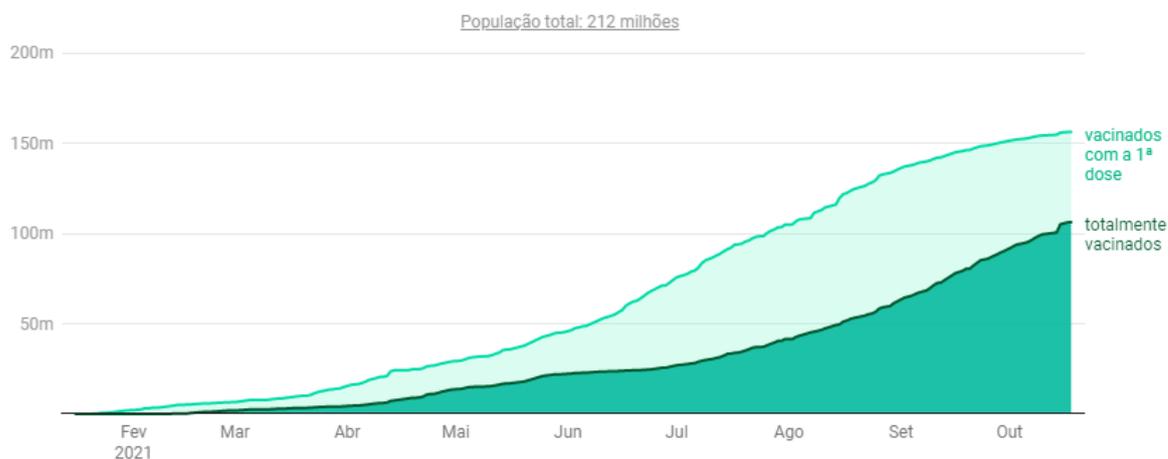
Analisando os números de forma básica vemos o número de morte e de contaminação dos habitantes no início da pandemia e percebemos aqui apenas números notificados pelo ministério da saúde, isso descarta totalmente os casos não notificados pela falta de testes para covid-19, pois no início demorava-se até 1 semana que o teste desse o resultado.

### Número de mortes por dia no Brasil e no estado do Ceará



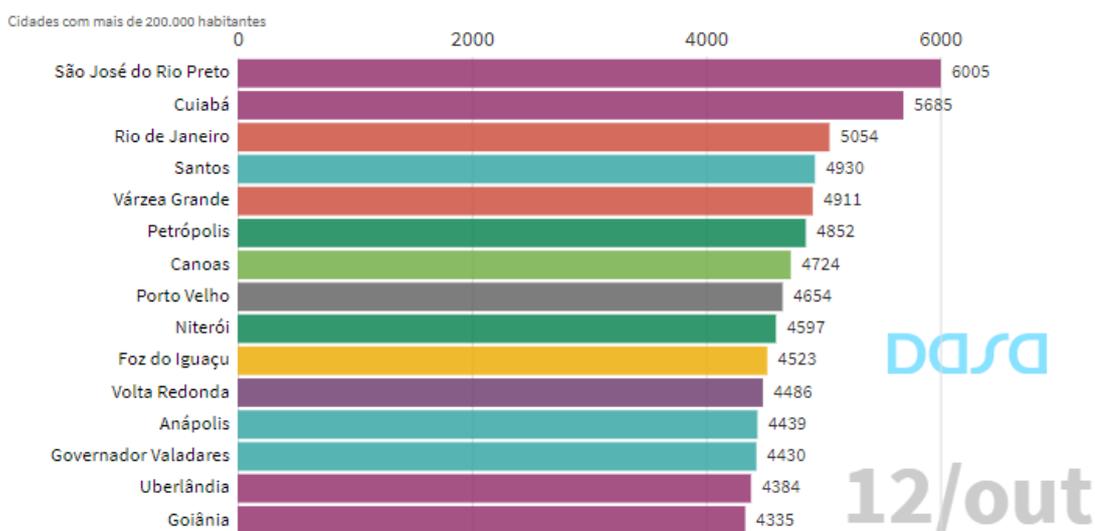
Quando começa a vacinação no país e a maior realização de testes o número de notificados aumentam, porem o numero de mortes tambem, com a vacinação tardia. O Brasil chega agora, na luta contra a covid-19, a mesma marca dos três meses de vacinação, mas em uma situação bem diferente. Pouco mais de 25 milhões de pessoas, cerca de 12% da população, receberam ao menos uma dose desde 17 de janeiro, e só 8,5 milhões, em torno de 4%, tomaram as duas doses necessárias.

### Números de vacinados no Brasil

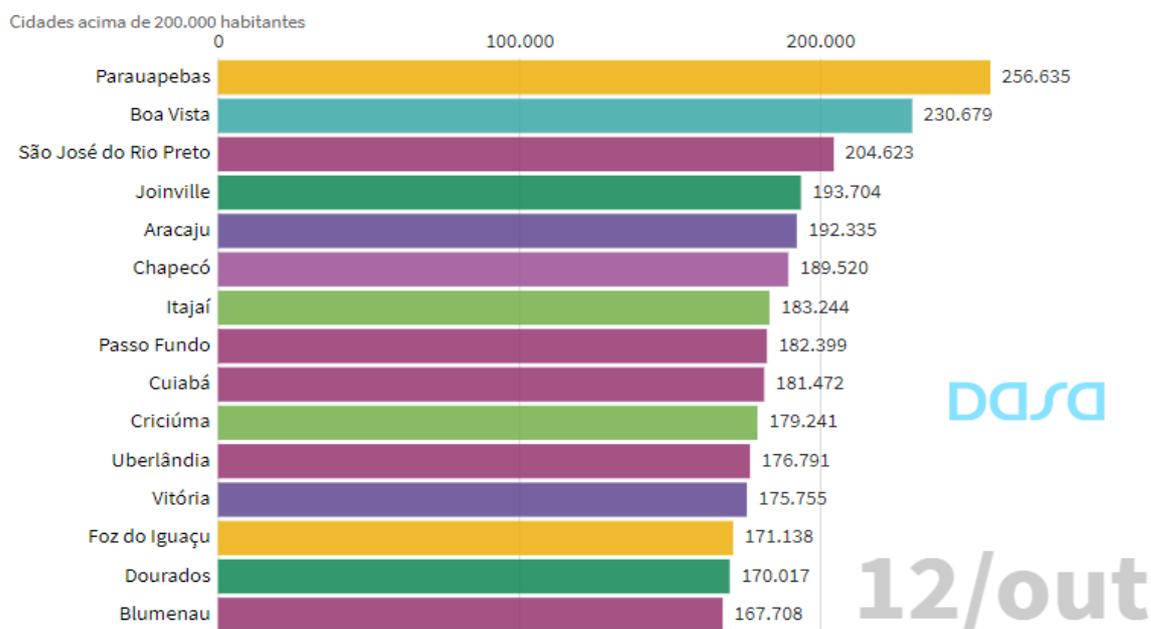


Com isso podemos ver a projeção atual do número de mortes e contaminados até o dia 12 de outubro de 2021. Segue abaixo a comparação:

#### Número de mortes por milhão de habitantes nas cidades (2021)



#### Casos de COVID-19 por milhão de habitantes nas cidades (2020)



Se nota que mesmo com a vacinação, que está sendo efetivada pelo SUS, o número de mortes e de contaminação não para de subir, pois as medidas de segurança estão cada vez mais sendo deixadas de lado, pois se entende que mesmo com 50% da vacina aplicada não é mais necessário os cuidados deferidos pela OMS. Por isso deve-se destacar a importância da ciência e das pesquisas nesse campo, pois sem elas não seria possível o grande alcance da população.

A vacinação é a forma mais eficaz de frear a contaminação e o surgimento de novas variantes do coronavírus. Apenas a imunização em massa protege todas as pessoas da comunidade e diminui o risco de contágio. Por isso, é importante que todos os cidadãos se vacinem, até porque, as vacinas contra COVID-19 são completamente seguras. Todas são licenciadas e rigorosamente testadas. Além disso, o acesso às doses é gratuito, com distribuição pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Assim, para reduzir o número de pessoas com sintomas e internações e evitar casos graves e óbitos pela COVID-19, orientamos a população a tomar as duas doses das vacinas disponibilizadas nas Unidades de Saúde municipais. Optar pela imunização completa contra o Coronavírus é proteger não apenas a si próprio, mas também toda a sociedade (PREFEITURA MUNICIPAL, 2021).

Com isso se compreende que sem o trabalho da ciência juntamente com os profissionais que estão na linha de frente e nos outros setores para que consiga uma boa distribuição é imprescindível, pois sem a organização e o trabalho do SUS,

mesmo que sucateada, salvou e salva vidas diariamente. Isso mostra o valor do trabalho profissional e a importância do SUS, por isso é sempre bom lembrar, preservem o SUS e viva ele!

#### **4. METODOLOGIA**

Esta pesquisa tem como finalidade se aprofundar no trabalho do assistente social dentro da política de saúde, mas especificamente no Hospital Municipal Eulina Silva Lócio de Alencar (HMESLA) no município de Bodocó - PE e como foi sua atuação nesse equipamento em período de pandemia. Para obter uma análise mais próxima do que se necessita na pesquisa será utilizada a pesquisa bibliográfica, e um grupo focal com caráter na pesquisa qualitativa a fim de extrair o máximo dos participantes.

A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema. Podemos somar a este acervo as consultas a bases de dados, periódicos e artigos indexados com o objetivo de enriquecer a pesquisa. Este tipo de pesquisa tem como finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto (MARCONI e LAKATOS, 2007).

Logo após elaborar uma pesquisa de campo, realizando um grupo focal com os assistentes sociais do HMESLA, sendo 5 profissionais, 1 coordenador e 4 atuando diretamente, para que os mesmos contem como se dá o trabalho na prática e quão dificultoso é o processo de efetivação dos direitos dos indivíduos. Mais apropriado do que a situação clara e bem organizada de uma entrevista isolada. A vantagem é uma maior coleta de dados do que de um só indivíduo, obtendo assim um resultado mais próximo do esperado.

A ideia do grupo focal é trazer as pessoas para um ambiente para que elas possam interagir e criar uma série de consensos e contrassensos sobre um determinado tema. É escolhido um determinado grupo de pessoas que condizem com a realidade que queira ser investigada. Se reúne todas essas pessoas nesse espaço e o pesquisador irá fazer a mediação, tendo um roteiro de perguntas que permita que

o grupo debata sobre e assim o pesquisador vai introduzindo essas perguntas, fazendo com que as pessoas ali mantenham o foco no tema.

A noção de grupos focais está apoiada no desenvolvimento das entrevistas grupais (Bogardus, 1926; Lazarsfeld, 1972). A diferença recai no papel do entrevistador e no tipo de abordagem. O entrevistador grupai exerce um papel mais diretivo no grupo, pois sua relação é, a rigor, didática, ou seja, com cada membro. Ao contrário, o moderador de um grupo focal assume uma posição de facilitador do processo de discussão, e sua ênfase está nos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema (GONDIM, 2003).

Os grupos focais podem aderi a diversos propósitos. Conforme Fern (2001) há duas orientações: a primeira visa a confirmação de hipóteses e a avaliação da teoria, mais comumente adotada por acadêmicos. A segunda, por sua vez, dirige-se para as aplicações práticas, ou seja, o uso dos achados em contextos particulares. Os grupos focais também podem ser utilizados para gerar conhecimento necessário para a construção de instrumentos de medidas, assim como para a avaliação experimental do impacto de ações e acontecimentos em desenvolvimento e futuros.

Com isso, faremos o agrupamento do que foi pesquisado bibliograficamente e o que foi coletado no campo. Trazendo assim a fala e pesquisas de outros autores, conversando com os pensamentos e críticas a respeito do tema aqui abordado. Para assim, termos uma visão bem ampla da atuação do Assistente Social em suas áreas de trabalho.

#### **4.1. COVID – 19 e o Impacto na Sociedade**

Bodocó é um município do estado de Pernambuco, localizado em uma área geográfica de abrangência do semiárido nordestino formado por três distritos: a sede; o segundo distrito, Claranã, formado pelas Vilas de Sipaúba e Jardim; e o terceiro distrito, formado pelas Vilas de Feitoria, Né Camilo, Zé do Ouro e Cacimba Nova. O município tem uma população estimada de 38.378 habitantes, sendo 36% de moradores na área urbana (IBGE, 2019). Com uma densidade demográfica de 21.75 habitantes/Km (2010) em extensão territorial de 1.621,786 Km (2019).

Levando em consideração o último boletim epidemiológico realizado pela secretaria municipal de saúde no dia 07 de novembro de 2021, o município apresenta os seguintes dados:

- 2.346 casos confirmados;
- 2.280 casos recuperados;
- 41 óbitos;
- 25 casos em tratamento;
- 9.562 casos descartados;

Atualmente o município não apresenta nenhum paciente em tratamento hospitalar, estando com taxa de 0% de ocupação de leitos no hospital municipal. Levando em consideração a última semana iniciada no dia 01 de novembro, observa-se uma alta considerada no número de novos casos partindo de 06 casos ativos para 25 levando um aumento estimado de 75% em casos confirmados. A equipe da vigilância em saúde trabalha arduamente para conter o avanço dos casos realizando testagem da população através do centro covid como também fazendo monitoramento dos casos ativos em tratamento domiciliar e busca ativa quando necessário.

Para darmos mais profundidade e conhecermos onde foi realizado a pesquisa, é um acréscimo trazermos um pouco dos dados do hospital e conhecermos melhor, pois conhecendo a realidade podemos ter uma visão do que foi feito e como é o ambiente que o assistente social trabalha, principalmente em tempos pandêmicos.

O Hospital Municipal Eulina Silva Lócio de Alencar é um estabelecimento de saúde tipo Unidade de Saúde Mista que executa serviços de saúde na localidade do centro da cidade de Bodocó - PE. Aqui vem sendo colocado os dados que os recursos humanos informam a respeito dos profissionais e suas quantidades.

PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	CARGA HORARIA
Médico	14	24h
Enfermeiro	08	24h
Assistente Social	05	12h
Bioquímico	-	-
Farmacêutico	01	06h
Técnicos de Enfermagem	33	24h

Diretor Administrativo	01	06h
Diretor Clinico	01	06h
Auxiliares de Serviços Gerais/ copa cozinha	30	12h e 24h/6h
Recepcionista/ Auxiliar administrativo	05	12h/06h
Vigilantes	03	24h
Motorista	08	24h
Fisioterapeutas	02	06h
Nutricionistas	01	06h
Maqueiro	03	24h

Neste quadro trazemos como os leitos do hospital de pequeno porte, como ficou distribuído e organizado.

LEITOS	QUANTIDADE
COVID -19	10
Enfermaria masculina	04
Enfermaria feminina	04
Isolamento	01
Pediatria	06
Obstetrícia	04

Já neste terceiro quadro vemos como ficou o tratamento de infecção pelo vírus, onde houve altos e baixos, porém pelos dados vemos que a situação está em controle, mas permanecem os protocolos de segurança para não aumentar novamente o contágio, mesmo com a vacinação.

Procedimento	2021 Jan	2021 Fev	2021 Mar	2021 Abr	2021 Mai	2021 Jun	2021 Jul	2021 Ago	Total
Tratamento de infecção pelo COVID-19	14	17	15	14	26	32	15	2	135

Seguindo, vemos as atribuições do assistente social segundo o hospital necessita.

#### ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL - HMESLA

**EXAMES LABORATORIAIS:**

- Verificação diária das solicitações de exames laboratoriais dos internados;
- Contatar a clínica para a coleta;
- Entregar os resultados dos exames ao responsável do setor.

**FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL (FAS):**

- Aplicar aos pacientes internados;
- Detectar se há vulnerabilidade social;
- Enviar relatório aos órgãos competentes para resolução de cada caso.

**PESQUISA DE SATISFAÇÃO:**

- Aplicar a todos os pacientes internados ou acompanhantes;
- Verificar a avaliação dos nossos serviços.

**TRANSFERÊNCIAS COM REGULAÇÃO (SUREM):**

- Monitoramento do paciente no sistema de regulação e urgência (SUREM);
- Monitoramento no sistema de regulação Interestadual de leitos – Rede PEBA.
- Organizar parte burocrática (documentação) e logística da transferência.

**TRANSFERÊNCIAS SEM REGULAÇÃO (ENCAMINHAMENTO):**

- Organizar a parte burocrática e logística da transferência.

**EMPRÉSTIMOS DE TORPEDOS DE OXIGÊNIO:**

- Comunicar a direção sobre qualquer solicitação de empréstimo de torpedo;
- Apresentar termo de responsabilidade para o solicitante assinar;
- Orientar que seja devolvido apenas ao setor de serviço social para controle e organização.

**4.1.1 Além da Pandemia**

O último ano trouxe tristeza para muitas pessoas, em meio a tanto caos ninguém conseguia ver algo bom em uma pandemia. Por isso se faz necessário ver o outro lado das situações também, será que só ocorreram coisas ruins? Nada de bom

aconteceu em meio a pandemia? Aconteceu sim e segue abaixo uma lista que pode animar a situação.

1. Durante o confinamento na Índia, milhares de tartarugas marinhas colocaram mais de 60 milhões de ovos, o que não acontecia há muito tempo.



FONTE: Mundo dos Bichos

Em Odisha, no leste da Índia, milhões de filhotes de tartaruga-oliva alcançaram o mar. A quantidade de tartaruguinhas que atravessaram a areia da praia até a água este ano é maior do que a registrada nos últimos anos. Uma das razões pode ser a quarentena imposta no país. Com as pessoas em casa, as praias estão mais tranquilas e a poluição diminuiu.

2. As emissões de gás carbônico nunca foram tão baixas desde a 2ª Guerra Mundial.



FONTE: Mundo dos Bichos

As medidas que mais contribuíram para esse efeito, segundo o estudo, foram o fechamento de fronteiras internacionais e o confinamento das pessoas por meio de medidas como o lockdown.

3. As pessoas nunca adotaram tantos animais de estimação como agora.



FONTE: Mundo dos Bichos

Com as medidas de distanciamento social adotadas em alguns estados durante a pandemia de coronavírus, ONGs e protetores dos animais afirmam que a procura por adoção de cães e gatos teve um aumento de até 50% no período de quarentena.

4. A Bélgica começou a usar cães treinados para detectar o coronavírus e obteve 95% de eficácia.



FONTE: Mundo dos Bichos

A Bélgica acaba de anunciar que não mais testará cidadãos assintomáticos, mesmo que tenham tido contato com um portador da doença, pois o acúmulo de amostras a processar é esmagador. Outros países europeus estão igualmente se debatendo para manter em dia sua testagem e rastreamento.

9. Canais de Veneza também estão mais limpos e cristalinos, estado que não atingia há 60 anos.



FONTE: Mundo dos Bichos

Com ausência de turistas em Veneza, na Itália, por conta das medidas de restrições adotadas no país para evitar a proliferação do novo coronavírus, os famosos canais da cidade voltaram a ter água mais clara e nítida.

#### **4.2. Análise de Dados**

As conversações e interações no grupo focal, ou seja, o diálogo entre os participantes, foram transcritas integralmente e examinadas, por ambos moderadores através do método de análise de conteúdo, em que se aplicam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos e são feitas inferências válidas no texto analisado (Bauer, 2008).

Foram feitas cinco perguntas para cinco assistentes sociais que trabalham no mesmo hospital onde foi realizada a pesquisa, eles serão identificados como AC1,

NK2, FP3, JF4 e FT5, tudo isso dentro do aspecto do trabalho do serviço social durante a pandemia em um hospital. Para iniciar a conversa foi perguntado qual era as atribuições e competências de um assistente social dentro do hospital (HMESLA)?

*“Aplicar ficha de avaliação social (FAS), acolhimento aos pacientes e seus respectivos familiares, pesquisa de satisfação e relatórios sociais. Monitoramento de empréstimo de cilindro de oxigênio, controle de exames e monitoramento de pacientes inseridos na central de regulação interestadual de leitos -CRIL. (AC,1)”*

*“Realizamos visitas aos setores do hospital;*

*Aplicamos ficha de avaliação social – FAS, e através desta competência realizamos relatórios sociais para serem aplicados os direitos e deveres que assegurem o usuário, fazendo assim, uso dos nossos conhecimentos e habilidades;*

*Aplicamos pesquisa de satisfação – PS, com os pacientes e acompanhantes;*

*Auxílio das altas médicas (internas e externas);*

*Monitoramento dos exames laboratoriais;*

*Monitoramento dos pacientes que são inseridos na central de regulação interestadual de leitos- CRIL;*

*Monitoramento de empréstimo de torpedos de oxigênio. (NK,2)”*

*“Dentre várias atribuições estão: discutir com os usuários as específicas situações; fazer acompanhamento social do tratamento da saúde; estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde; discutir com os colegas da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretar a situação social dele; informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais; elaborar relatórios sociais; participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar; discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente. (FP,3)”*

*Antes de tudo, se faz necessário salientar que o assistente social, tem como referência o código de ética profissional para que se norteiem as atribuições e competências do fazer profissional. O assistente social inserido no HMESLA diariamente, tem como atribuições e competências, diálogo constante entre pacientes e familiares, a fim de mobilizar ambos a participarem do tratamento de saúde. Aplicação da ficha de avaliação social (FAS) instrumental criado com a finalidade de*

*verificar as condições socioeconômicas dos pacientes, em caso de vulnerabilidade social, deve-se encaminhar relatório social a rede socioassistencial, CRAS, CREAS, Secretaria de Assistência Social, etc. Esculta individualizada quando há casos de agressões físicas ou psicológicas contra mulheres, idosos ou crianças, relatório social, reuniões com a equipe multidisciplinar da unidade, afim de discutir as problemáticas junto aos familiares e instigar a importância da promoção e prevenção da saúde do paciente. (JF, 4)”*

*“Aplicação de questionário de satisfação e vulnerabilidade social; acompanhamento da realização de exames laboratoriais e de seus resultados; realizar organização da logística de transferências, bem como realizar controle de pacientes no sistema de regulação; mediar solicitação de empréstimo de oxigênio e realização de relatórios periódicos. (FT, 5)”*

Como podemos perceber essa função já está atribuída ao assistente social dentro da instituição de pesquisa, isso significa que todos os hospitais trabalhem assim? Obviamente que não, vai de cada local atribuir de acordo com as necessidades apresentadas. Vemos que nesse caso funções de ouvidoria também estão atreladas ao trabalho do profissional.

Seguindo o grupo, começamos a entrar de fato no assunto que é de caráter da pesquisa, se houve alguma mudança nesse quesito mencionado e respondido anteriormente por conta do período pandêmico, pois esse momento demandou algumas alterações na função dos trabalhadores, então devemos observar se essa mudança ocorreu em todos os aspectos ou continuou a mesma coisa.

*“Sim, o distanciamento, impedindo em muitas ocasiões um acolhimento mais adequado. (AC,1)”*

*“Sim, houve alteração. A pandemia de covid-19 mudou o dia a dia de muitos trabalhadores, muitos setores da sociedade, ou posso dizer todos. Foi preciso e essencial nos adaptarmos as demandas que eram e são impostas até o momento. O isolamento social para evitar o contágio do novo coronavírus foi e acredito que seja um grande impacto até os dias atuais. (NK,2)”*

*“Como assistente social da unidade, venho acompanhando algumas mudanças que foram necessárias para o enfrentamento da pandemia no qual ainda passamos,*

*certamente os profissionais que estiveram à frente do início da pandemia sofreram com o novo fazer profissional, tiveram que se adaptar para melhor garantir direitos dos pacientes e familiares, bem como manter o diálogo com outros profissionais. (FP,3)”*

*“Digamos que ao longo dos dias, tínhamos que nos adaptar a cada situação apresentada, uma vez que ninguém estava preparado para enfrentar uma pandemia com essa magnitude. Fora necessário um grande esforço de todos para o enfrentamento ao vírus. (JF, 4)”*

*“Com a alta demanda no hospital, o trabalho se tornou mais desgastante, a parte mais difícil a ser desempenhada foi lidar com os familiares dos respectivos pacientes em situações delicadas. (FT, 5)”*

Nesse momento é que percebemos como a falta de contato físico, as horas de trabalho desgastantes, e o cuidado redobrado tomaram conta do hospital. O serviço social um trabalho de tamanha aproximação com o indivíduo se viu prejudicado e procurando novas formas para que essa distância diminuísse, não em termo físico, mas em termos afetivos, pois o paciente e seus familiares precisavam se sentir acolhidos mesmo em ver o vírus fazendo estrago em muitas vidas.

Prosseguindo com a interação dos participantes foi-se feito uma pergunta essencial para entendermos como foi que tudo ocorreu no hospital da pesquisa, então trouxemos a indagação, como você enxerga o papel da política de saúde neste momento (pandemia) no HMESLA?

*“Um papel significativo, se não fosse o sistema de políticas públicas utilizado pela saúde, muitos pacientes teriam perecido, e com esse sistema conseguimos dá suporte a quem tanto necessitou. (AC,1)”*

*“Somos hoje uma equipe bem informada e preparada para acolher a população e em especial, os pacientes, sobre a saúde, seus direitos e deveres. Realizamos orientações necessárias e pertinentes. (NK,2)”*

*“Embora a pandemia tenha pegado de surpresa todo sistema de saúde, que tendo falhas para combatê-la, o sistema único de saúde- SUS tem sido capaz de aglutinar esforços para oferecer toda resistência ao vírus. O HMESLA tem tomado todos os cuidados, sempre buscando os melhores e possíveis meios de conduzir*

*parâmetros orientados para tornar o acolhimento dos que procuram nossa unidade como também proporcionar aos seus funcionários todo apoio e trabalho conjunto no seu fazer profissional. (FP,3)”*

*“O papel da política nacional de saúde é de extrema relevância para o país, sobretudo com a realização da 8ª conferência nacional de saúde em 1986, onde foram lançadas propostas importantes para a criação do sistema único de saúde (sus), sendo um momento ímpar para a reforma sanitária. Pensar a atual conjuntura sem a participação do sistema único de saúde, é pensar no caos instalado na sociedade, tendo em vista que a maior parte da população brasileira é considerada pobre, não obtendo recursos financeiros suficientes para custear um tratamento privado. É válido e importante frisar que nossa unidade conseguiu dar suporte necessário aos pacientes covid devido aos investimentos do SUS, seja na parte estrutural, na parte das equipes técnicas, equipamentos e medicamentos. (JF, 4)”*

*“De extrema importância, considerando a condição singular dos pacientes com covid-19, além das novas condutas ao hospital. A atenção se torna mais necessária para a garantia de direitos para este momento. (FT, 5)”*

Por mais que muitos não usem o SUS por acharem que possuem condições e que o sistema não funciona como deveria e que o melhor seria privatizar, como quase ocorreu no governo atual, o SUS foi o único responsável pelo cuidado que salvou milhares de vidas nessa pandemia, e como um dos participantes colocou, o direito previsto em lei e se estabilizando na Constituição Federal de 88 após a 8ª conferência de saúde, só nos mostra o quanto a luta por direitos a mínima dignidade e de viver devem sim ser defendidos e jamais explorados.

O direito à saúde, elevado à categoria dos direitos fundamentais, por estar interligado ao direito à vida e à existência digna, representa um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, sendo considerado pela doutrina e legislação uma obrigação do Estado e uma garantia de todo o cidadão (MALLMAN, 2012)

Partindo para a quarta pergunta vamos entrando no período pós pandemia, onde o questionamento de todos sempre foi, e como vai ser o depois? É fato de que ninguém pode garantir o que pode acontecer no futuro, mas temos expectativas e

estimativas que nos dão um norte do que possa vir a ocorrer após os fatos presentes, então como devemos enxergar a profissão do assistente social pós pandemia?

*“Fundamental, continuamos acolhendo, orientando e facilitando a vida do paciente e seus familiares. (AC,1)”*

*“Profissionais mais capacitados, mais resolutivos e aptos para qualquer demanda que venha a surgir no serviço. Também vejo muitos profissionais mais humanizados. (NK,2)”*

*“Desafios diários, trabalhar com políticas públicas que muitas vezes tem seus recursos limitados, torna um desafio para qualquer profissional, temos limitações em nossa autonomia e nossas condições de prestar serviços de alto custo. (FP,3)”*

*“O assistente social sempre enfrentará desafios diários, seja em meio a uma pandemia ou não. Dificuldades na estruturação do ambiente de trabalho, no reconhecimento do seu fazer profissional, na sua desvalorização salarial. Entretanto, é um profissional comprometido com a garantia de direitos da sociedade mais carente de políticas públicas. É possível também afirmar que a atuação do assistente social nos pós pandemia é imprescindível, uma vez que a população enfrenta os mais altos índices de desemprego, a volta de milhares de famílias a linha da miséria e a fome que assola a vida de muitos nesse momento. (JF, 4)”*

*“Percebo a atuação de maneira mais prática, a pandemia nos induziu a pensar de maneira prática, ágil e direta quanto a tomada de decisões para funções que fossem possíveis otimizar o trabalho e a demanda. (FT,5)”*

Essas falas nos remetem aos fundamentos do código de ética, onde depois desse período mais do que nunca é colocado a “teste” o trabalho do assistente social. A pandemia trouxe à tona várias ramificações da questão social, fomentando-a de maneiras inimagináveis, fazendo assim com que o Brasil ficasse em um nível de contágio e de pessoas morrendo não simplesmente pelo vírus, mas também pela falta de recursos que já eram mínimos e lhe foram tiradas a partir de que a política de proteção, assim como a governança do país, não fora para a grande população e sim para aqueles que possuem o poder nas mãos.

Para finalizar o grupo focal foi discutido a seguinte questão, houve alguma alteração no fazer profissional que irá permanecer? A princípio se pensa que essa

pergunta é alto explicativa, mas levando em consideração os cortes que sempre são feitos onde mais precisa é necessário discutirmos o assunto, pois no decorrer dos anos vemos uma nova doença se instaurar e assolar a humanidade, portanto é sempre bom ficarmos atentos aos perigos que são apresentados diariamente.

*“Um olhar mais humano para com todos os usuários que procuram a unidade de saúde. (AC,1)”*

*“Sim, vejo a humanização, um acolhimento melhor com mais habilidades, profissionais mais atenciosos e eficazes. (NK,2)”*

*“Como ainda vivemos esse processo de pandemia, não temos a certeza do que realmente virá nos próximos anos e suas consequentes mudanças. (FP,3)”*

*“No momento não sabe ao certo as alterações no fazer profissional, uma vez que ainda estamos vivenciando a pandemia. Teremos um entendimento das mudanças num futuro próximo. (JF,4)”*

*“Sem dúvidas sobre a segurança, redobrar todos os cuidados importantes quanto ao cuidado de si e do próximo. (FT,5)”*

O que percebemos no final de tudo é que o que mais importa nesse contexto é a humanização dos pacientes, que neste período foram abraçados pelos trabalhadores da saúde, que só se percebeu e valorizou-se mais com a chegada da pandemia, onde o contato humano ficou quase inexistente. Desse modo é importante frisar que o trabalho do assistente social só se intensificou, pois além de ir em busca da mediação dos direitos dos indivíduos ainda ficou a cargo de não deixar perder essa aproximação com seu usuário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após ser realizada a pesquisa bibliográfica juntamente com o estudo do grupo focal, percebemos o quanto os autores e os profissionais conversam a respeito do tema. O trabalho do assistente social dentro do hospital HMESLA no município de Bodocó-PE foi e ainda é imprescindível para a concretização de direitos do indivíduo no momento pandêmico em que o Brasil, local onde a desigualdade social já é gritante, se encontra. A luta constante em busca de concretizar o que o Estado deveria garantir, previsto na Constituição Federal, se fez mais forte nesse período, apesar do distanciamento social impactar diretamente no trabalho de campo, o fazer profissional se adaptou e conseguiu atender de maneira satisfatória a quem necessitou. Mesmo sabendo que em um momento tão precário como esse, pois além do enfrentamento, se teve as questões políticas que custaram vidas, os assistentes sociais buscaram manter o compromisso ético que lhes foi passado. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) divide o trabalho do assistente social na saúde em atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. É no cotidiano que esses eixos ganham vida na interconexão com os sujeitos e suas trajetórias de vida. Logo, percebe-se que o trabalho dentro dessa instituição está sendo muito promissor e com novidades, visto que a pandemia trouxe métodos antes não pensados para facilitar o contato com o usuário. O resultado da pesquisa trouxe respostas promissoras a respeito do que foi abordado ao longo dos textos trazidos, é nítido que há uma conversação entre o fazer profissional e o que se traz na teoria, fechando, mas não permanente, o questionamento que como se deu o trabalho do assistente social em período de pandemia, apesar das dificuldades e escassez de recursos, foi honrado o seu código de ética e não se permitiu deixar ser fatalista.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social — 1996. Disponível em: <<http://>

ABRASCO. **Fortalecer o SUS, em Defesa da Democracia e da Vida**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/categorias-interna/outras-publicacoes/fortalecer-o-sus-em-defesa-da-democracia-e-da-vida/53604/>. Acesso em: 5 nov. 2021.

ACURCIO, F.A., SANTOS, M.A, FERREIRA, S.M.G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E.V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 4, p. 111-132

AGENCIA BRASÍLIA. **‘A covid-19 já nos mostrou o valor e a importância da ciência’**. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/03/26/a-covid-19-ja-nos-mostrou-o-valor-e-a-importancia-da-ciencia/#:~:text=A%20ci%C3%AAncia%20%C3%A9%20a%20principal,tem%20para%20sair%20dessa%20situa%C3%A7%C3%A3o.&text=Essa%20pandemia%20mata%20menos%20que,se%20elas%20funcionam%20ou%20n%C3%A3o>. Acesso em: 3 nov. 2021.

ÂMBITO JURÍDICO. **A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar**. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-161/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar/amp/>. Acesso em: 1 nov. 2021.

Araújo, Janieiry Lima de, Oliveira, Kalyane Kelly Duarte de e Freitas, Rodrigo Jacob Moreira deln defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, v. 73, suppl 2 [Acessado 15 Novembro 2021] , e20200247. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0247>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE SERVIÇO SOCIAL (ABESS). O processo de formação profissional do assistente social. *Cadernos ABESS*, São Paulo, Cortez, n. 1, 1986.

Bauer, M. W. (2008). Análise de conteúdo clássica: Uma revisão. In M. W. Bauer, & G. Gaskell. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (P. A. Guareschi, trad., 7. ed., pp. 189-217). Petrópolis, RJ: Vozes.

BBC. **Um terço das mortes no mundo: 3 gráficos fundamentais para entender a pandemia no Brasil**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56607007>. Acesso em: 9 nov. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. 2019. Disponível em: <<http://portalmms.saude.gov.br/historia-do-ministerio>>. Acesso em: 30 setembro de 2021.

BRAVO & MATOS, Maurílio Castro. **A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In Bravo, MIS & PEREIRA, P.A (Orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria, GAMA, Andréa de Souza, MONNERAT, Gisele Lavina (Orgs): Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2018, v. 22, n. 64 >Acessado 11 Novembro 2021<, pp. 5-8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0772>>. ISSN 1807-5762.

CFESS. *Código de Ética Profissional*. Brasília: Conselho Federal de Serviço

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 14 nov. 2021.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, nº. 62, 2017.

DASA. **Dados do COVID-19**. Disponível em: <https://dadoscoronavirus.dasa.com.br/>. Acesso em: 12 nov. 2021.

Fern, E.F. (2001). Advanced focus group research. California: Thousand Oaks.

FOLHA. **Hotéis pelo Brasil abrigam profissionais da saúde e pacientes na pandemia de coronavírus**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/hoteis-pelo-brasil-abrigam-profissionais-da-saude-e-pacientes-na-pandemia-de-coronavirus.shtml>. Acesso em: 7 nov. 2021.

FREITAS, R. *et al*. História do Serviço Social: resgatando uma história de mulheres. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 42, p. 228-246, ago./2018. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/39427/27895>. Acesso em: 15 nov. 2021.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores 2020* Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, MS; 2020. Acessado 07 outubro 2021. Disponível em: <http://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental>

**G1 . A importância dos profissionais da linha de frente no combate à pandemia.** Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/bauru-marilia/especial-publicitario/unimed-centro-oeste-paulista/noticia/2021/04/14/a-importancia-dos-profissionais-da-linha-de-frente-no-combate-a-pandemia.ghtml>. Acesso em: 7 nov. 2021.

GONDIM, J. V. S; BEZERRA, J. D. C; COSTA, R. R. S. D. POSITIVISMO, FENOMENOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL: : CRÍTICA ÀS EXPRESSÕES CONTEMPORÂNEAS DO CONSERVADORISMO. **ENPESS**, Vitória, v. 1, n. 16, p. 1-18, dez./2016. Disponível em: <file:///C:/Users/beatr/Downloads/ekeys,+POSITIVISMO,+FENOMENOLOGIA+E+SERVI%C3%87O+SOCIAL+CR%C3%8DTICA+%C3%80S+EXPRESS%C3%95ES+CONTEMPOR%C3%82NEAS+DO+CONSERVADORISMO.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

GODIM, Sônia Maria Guedes Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia* (Ribeirão Preto) [online]. 2002, v. 12, n. 24 <Acessado 17 Novembro 2021> , pp. 149-161. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>>.

IAMAMOTO, M. V. CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica, 17. ed. São Paulo: Cortez; Lima: CELATS, 2005.

ICTQ. **COVID-19: GOVERNO PAGA 500% A MAIS PELO INSUMO DA CLOROQUINA.** Disponível em: <https://ictq.com.br/politica-farmaceutica/1554-covid-19-governo-paga-500-a-mais-pelo-insumo-da-cloroquina>. Acesso em: 6 nov. 2021.

INFOGRÁFICOS. **Vacina contra Covid-19 no Brasil.** Disponível em: <https://infograficos.gazetadopovo.com.br/saude/vacina-covid-19-no-brasil/>. Acesso em: 14 nov. 2021.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017..** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html). Acesso em: 8 nov. 2021.

NETTO, J. P. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. **Temporalis**, Brasília: ABEPSS, ano 2, n. 3, p. 41-49, 2005 13 de novembro de 2021.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do serviço social no Brasil pós 64. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NOVO. **Entenda como o descaso do governo Bolsonaro com a vacinação condenou milhares de brasileiros**. Disponível em: <https://novo.org.br/explica/entenda-como-o-descaso-do-governo-bolsonaro-com-a-vacinacao-condenou-milhares-de-brasileiros/>. Acesso em: 3 nov. 2021.

OCKÉ-REIS, C. E.; ANDREAZZI, M. L. F.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? IPEA. Texto para discussão n. 1094, Rio de Janeiro, jun. 2005.

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de e Chaves, Helena Lúcia Augusto 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. *Serviço Social & Sociedade* [online]. 2017, n. 128 [Acessado 15 Novembro 2021], pp. 143-163. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.098>>

REDE BRASIL ATUAL. **Erros na Saúde começaram antes da pandemia, com a gestão de Bolsonaro e Mandetta**. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/04/erros-comecaram-antes-pandemia-gestao-bolsonaro-mandetta/>. Acesso em: 4 nov. 2021.

SERVIÇO SOCIAL E CIDADANIA . **As principais correntes filosóficas e suas influências no Serviço Social: NEOTOMISMO**. Disponível em: <http://servicosocial-erenilza.blogspot.com/2016/09/as-principais-correntes-filosoficas-e.html#:~:text=Neste%20texto%2C%20vamos%20falar%20de,na%20pr%C3%A1tica%20dos%20Assistentes%20Sociais..> Acesso em: 3 out. 2021.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 9 [Acessado 11 Novembro 2021], pp. 3465-3474. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1678-4561.

TEJADAS, Silvia da Silva; JUNQUEIRA, Maíz Ramos. Serviço Social e pandemia: desafios e perspectivas para a atuação no sociojurídico. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.140, p.101-117, Apr. 2021. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282021000100101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282021000100101&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 de outubro de 2021.

UFRGS. **Artigo: Os estudos de políticas públicas em tempos de pandemia**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/artigo-os-estudos-de-politicas-publicas-em-tempos-de-pandemia/#:~:text=A%20%C3%A1rea%20de%20estudos%20surgiu,exigiu%20nova%20performances%20do%20Estado..> Acesso em: 9 nov. 2021.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, K. K. C; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. O MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E SEU REFLEXO NO

EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA CONTEMPORANEIDADE. **SEMINARIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL E POLITICA SOCIAL**, Florianópolis , v. 11, n. 1, p. 1-8, out./2015. Disponível em: [https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo\\_2\\_139.pdf](https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf). Acesso em: 15 nov. 2021.

[www.abepss.org.br/briefing/graduacao/Lei\\_de\\_Diretrizes\\_Curriculares](http://www.abepss.org.br/briefing/graduacao/Lei_de_Diretrizes_Curriculares)>. Acesso em: 11

ZELAS SAÚDE. **Conheça as principais políticas públicas de saúde no Brasil**. Disponível em: <https://saude.zelas.com.br/artigos/politicas-publicas>. Acesso em: 13 nov. 2021.



ANEXOS

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio  
Departamento de Serviço Social

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Somos pesquisadores do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio e, estamos realizando uma pesquisa sobre o \_\_\_\_\_, cujo objetivo é \_\_\_\_\_

Sua participação na presente pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas. Caso decida não participar do estudo na condição supracitada, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Solicitamos sua colaboração no sentido de responder as perguntas desta entrevista com total veracidade, bem como sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicá-los em revista científica. Por ocasião da publicação dos dados, seu nome será mantido em sigilo, respeitando a sua integridade física e moral.

O/A aluno (a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, bem como o Professor (a) orientador (a).

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados.

Juazeiro do Norte – CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do participante da pesquisa

<p><b>Campus CRAJUBAR</b> Av. Padre Cícero - 2830 Cajuina São Geraldo - Juazeiro do Norte - CE CEP 63022-115 Fone/Fax: (0xx88) 2101.1000 e 2101.1001</p>	<p><b>Campus Saúde</b> Av. Leão Sampaio Km3 Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE CEP 63040-005 Fone/Fax: (0xx88) 2101.1050</p>	<p><b>Campus Lagoa Seca</b> Av. Maria Leticia Pereira S/N Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE CEP 63040-405 Fone: (0xx88) 2101.1046</p>	<p><b>Clínica Escola</b> Rua Ricardo Luiz de Andrade, 311 Planalto - Juazeiro do Norte - CE CEP 63047-310 Fone/Fax: (0xx88) 2101.1065</p>	<p><b>NPJ - Núcleo de Prática Jurídica</b> Av. Maria Leticia Pereira S/N Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE CEP 63040-405 Fone: (0xx88) 2101.1071</p>
--	---	---	---	--

Jamille de Lima Vieira  
Orientador e responsável pela pesquisa

---

aluno

Aluno (a) responsável pela pesquisa



**UNILEÃO**

Centro Universitário

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio

Departamento Serviço Social

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.



Juazeiro do Norte – CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

UNILEÃO  
Centro Universitário

Assinatura do participante da pesquisa

Jamille de Lima Vieira

Orientador e responsável pela pesquisa

Aluno

Aluna e responsável pela pesquisa

### Campus CRAJUBAR

Av. Padre Cícero - 2830  
Cajuína São Geraldo - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63022-115  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1000 e 2101.1001  
CNPJ: 02.391.959/0001-20

### Campus Saúde

Av. Leão Sampaio Km3  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-005  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1050  
CNPJ: 02.391.959/0002-01

### Campus Lagoa Seca

Av. Maria Leticia Pereira S/N  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-405  
Fone: (0xx88) 2101.1046  
CNPJ: 02.391.959/0003-92

### Clínica Escola

Rua Ricardo Luiz de Andrade, 311  
Planalto - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63047-310  
Fone/Fax: (0xx88) 2101.1065  
CNPJ: 02.391.959/0004-73

### NPJ - Núcleo de Prática Jurídica

Av. Maria Leticia Pereira S/N  
Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - CE  
CEP 63040-405  
Fone: (0xx88) 2101.1071  
CNPJ: 02.391.959/0005-54

## GRUPO FOCAL

1 - Quais as atribuições e competências do Assistente Social inserido no HMESLA?

*“Aplicar ficha de avaliação social faz, acolhimento aos pacientes e seus respectivos familiares, pesquisa de satisfação e relatórios sociais. Monitoramento de empréstimo de cilindro de oxigênio, controle de exames e monitoramento de pacientes inseridos na central -CRIL. (AC,1)”*

*“Realizamos visitas aos setores do hospital;*

*Aplicamos ficha de avaliação social – FAS, e através desta competência realizamos relatórios sociais para serem aplicados os direitos e deveres que assegurem o usuário, fazendo assim, uso dos nossos conhecimentos e habilidades;*

*Aplicamos pesquisa de satisfação – PS, com os pacientes e acompanhantes;*

*Auxílio das altas médicas (internas e externas);*

*Monitoramento dos exames laboratoriais;*

*Monitoramento dos pacientes que são inseridos na central de regulação interestadual de leitos- CRIL;*

*Monitoramento de empréstimo de torpedos de oxigênio. (NK,2)”*

*“Dentre várias atribuições estão: discutir com os usuários as específicas situações; fazer acompanhamento social do tratamento da saúde; estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde; discutir com os colegas da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretar a situação social dele; informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais; elaborar relatórios sociais; participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar; discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente. (FP,3)”*

*Antes de tudo, se faz necessário salientar que o assistente social, tem como referência o código de ética profissional para que se norteiem as atribuições e competências do fazer profissional. O assistente social inserido no HMESLA diariamente, tem como atribuições e competências, diálogo constante entre pacientes e familiares, afim de mobilizar ambos a participarem do tratamento de saúde.*

*Aplicação da ficha de avaliação social (FAS) instrumental criado com a finalidade de verificar as condições socioeconômicas dos pacientes, em caso de vulnerabilidade social, deve-se encaminhar relatório social a rede socioassistencial, CRAS, CREAS, secretaria de assistência social, etc. Esculta individualizada quando há casos de agressões físicas ou psicológicas contra mulheres, idosos ou crianças, relatório social, reuniões com a equipe multidisciplinar da unidade, afim de discutir as problemáticas junto aos familiares e instigar a importância da promoção e prevenção da saúde do paciente. (JF, 4)”*

*“Aplicação de questionário de satisfação e vulnerabilidade social; acompanhamento da realização de exames laboratoriais e de seus resultados; realizar organização da logística de transferências, bem como realizar controle de pacientes no sistema de regulação; mediar solicitação de empréstimo de oxigênio e realização de relatórios periódicos. (FT, 5)”*

2 - Qual foi o impacto sentido nas suas atribuições da rotina profissional durante o período da pandemia? Houve alteração?

*“Sim, o distanciamento, impedindo em muitas ocasiões um acolhimento mais adequado. (AC,1)”*

*“Sim, houve alteração. A pandemia de covid-19 mudou o dia a dia de muitos trabalhadores, muitos setores da sociedade, ou posso dizer todos. Foi preciso e essencial nos adaptarmos as demandas que eram e são impostas até o momento.*

*O isolamento social para evitar o contágio do novo coronavírus foi e acredito que seja um grande impacto até os dias atuais. (NK,2)”*

*“Como assistente social da unidade, venho acompanhando algumas mudanças que foram necessárias para o enfrentamento da pandemia no qual ainda passamos, certamente os profissionais que estiveram a frente do início da pandemia sofreram com o novo fazer profissional, tiveram que se adaptar para melhor garantir direitos dos pacientes e familiares, bem como manter o diálogo com outros profissionais. (FP,3)”*

*“Digamos que ao longo dos dias, tínhamos que nos adaptar a cada situação apresentada, uma vez que ninguém estava preparado para enfrentar uma pandemia*

*com essa magnitude. Fora necessário um grande esforço de todos para o enfrentamento ao vírus. (JF, 4)”*

*“Com a alta demanda no hospital, o trabalho se tornou mais desgastante, a parte mais difícil a ser desempenhada foi lidar com os familiares dos respectivos pacientes em situações delicadas. (FT, 5)”*

3 - Como você enxerga o papel da política de saúde neste momento (pandemia) no HMESLA?

*“Um papel significativo, se não fosse o sistema de políticas públicas utilizado pela saúde, muitos pacientes teriam perecido, e com esse sistema conseguimos dar suporte a quem tanto necessitou. (AC,1)”*

*“Somos hoje uma equipe bem informada e preparada para acolher a população e em especial, os pacientes, sobre a saúde, seus direitos e deveres. Realizamos orientações necessárias e pertinentes. (NK,2)”*

*“Embora a pandemia tenha pegado de surpresa todo o sistema de saúde, que tendo falhas para combatê-la, o sistema único de saúde- sus tem sido capaz de aglutinar esforços para oferecer toda resistência ao vírus. O HMESLA tem tomado todos os cuidados, sempre buscando os melhores e possíveis meios de conduzir parâmetros orientados para tornar o acolhimento dos que procuram nossa unidade como também proporcionar aos seus funcionários todo apoio e trabalho conjunto no seu fazer profissional. (FP,3)”*

*“O papel da política nacional de saúde é de extrema relevância para o país, sobretudo com a realização da 8ª conferência nacional de saúde em 1986, onde foram lançadas propostas importantes para a criação do sistema único de saúde (sus), sendo um momento ímpar para a reforma sanitária. Pensar a atual conjuntura sem a participação do sistema único de saúde, é pensar no caos instalado na sociedade, tendo em vista que a maior parte da população brasileira é considerada pobre, não obtendo recursos financeiros suficientes para custear um tratamento privado. É válido e importante frisar que nossa unidade conseguiu dar suporte necessário aos pacientes covid devido aos investimentos do sus, seja na parte estrutural, na parte das equipes técnicas, equipamentos e medicamentos. (JF, 4)”*

*“De extrema importância, considerando a condição singular dos pacientes com covid-19, além das novas condutas ao hospital. A atenção se torna mais necessária para a garantia de direitos para este momento. (FT, 5)”*

4 - Como você enxerga a atuação profissional pós pandemia?

*“Fundamental, continuamos acolhendo, orientando e facilitando a vida do paciente e seus familiares. (AC,1)”*

*“Profissionais mais capacitados, mais resolutivos e aptos para qualquer demanda que venha a surgir no serviço. Também vejo muitos profissionais mais humanizados. (NK,2)”*

*“Desafios diários, trabalhar com políticas públicas que muitas vezes tem seus recursos limitados, torna um desafio para qualquer profissional, temos limitações em nossa autonomia e nossas condições de prestar serviços de alto custo. (FP,3)”*

*“O assistente social sempre enfrentará desafios diários, seja em meio a uma pandemia ou não. Dificuldades na estruturação do ambiente de trabalho, no reconhecimento do seu fazer profissional, na sua desvalorização salarial. Entretanto, é um profissional comprometido com a garantia de direitos da sociedade mais carente de políticas públicas. É possível também afirmar que a atuação do assistente social nos pós pandemia é imprescindível, uma vez que a população enfrenta os mais altos índices de desemprego, a volta de milhares de famílias a linha da miséria e a fome que assola a vida de muitos nesse momento. (JF, 4)”*

*“Percebo a atuação de maneira mais prática, a pandemia nos induziu a pensar de maneira prática, ágil e direta quanto a tomada de decisões para funções que fossem possíveis otimizar o trabalho e a demanda. (FT,5)”*

5 - Houve alguma alteração no fazer profissional que irá permanecer?

*“Um olhar mais humano para com todos os usuários que procuram a unidade de saúde. (AC,1)”*

*“Sim, vejo a humanização, um acolhimento melhor com mais habilidades, profissionais mais atenciosos e eficazes. (NK,2)”*

*“Como ainda vivemos esse processo de pandemia, não temos a certeza do que realmente virá nos próximos anos e suas consequentes mudanças. (FP,3)”*

*“No momento não sabe ao certo as alterações no fazer profissional, uma vez que ainda estamos vivenciando a pandemia. Teremos um entendimento das mudanças num futuro próximo. (JF,4)”*

*“Sem dúvidas sobre a segurança, redobrar todos os cuidados importantes quanto ao cuidado de si e do próximo. (FT,5)”*

Ana Cláudia Bezerra Dos Santos Alencar

Assistente Social

CRESS: 11275

Naide Kelle Rocha Soares

Assistente Social

CRESS: 7448

Francinalva Pereira Bezerra Roxa

Assistente Social

CRESS: 12.846

José Frederico Batista Leandro Furtado

Coordenador Do Serviço Social do HMESLA

CRESS-PE: 9379

Francisca Thânia Galindo Ferreira

Assistente Social

CRESS-PE: 7221