

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
ESPECIALIZAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

DALIANNY ARRUDA FORMIGA

**OS DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM
UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM COVID-19**

SOUSA - PB

2023

DALIANNY ARRUDA FORMIGA

**OS DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM
UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, unidade acadêmica de direito, como um dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Serviço Social e Gestão de Políticas Públicas, sob a orientação do Professor Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.

SOUSA - PB

2023


DALIANNY ARRUDA FORMIGA

OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UNIDADE COVID-19 ‘

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, unidade acadêmica de direito, como um dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Serviço Social e Gestão de Políticas Públicas, sob a orientação do Professor Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.


Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 REGINALDO PEREIRA FRANCA JUNIOR
Data: 22/05/2023 14:14:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior

Orientador

Documento assinado digitalmente
 FRANCIELE DA SILVA SANTOS
Data: 22/05/2023 15:11:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Ma. Franciele da Silva Santos

Examinadora

Documento assinado digitalmente
 LEANDRO SOBRAL DE LIMA
Data: 22/05/2023 14:19:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Ms. Leandro Sobral de Lima

Examinador

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar a contribuição do Serviço Social no contexto da saúde em meio a Pandemia COVID-19, num processo de hospitalização de pacientes internados. O estudo resulta de uma pesquisa bibliográfica pertinente ao tema. Elaborou-se o estudo considerando os seguintes cenários: o contexto histórico da política nacional de saúde brasileira, o direito à saúde assegurado na Constituição de 1988, o acesso à saúde como direito, e os obstáculos enfrentados no cenário atual, provocados pela pandemia da COVID-19. Neste cenário, foi especificado a atuação do/da assistente social no campo da política em saúde, especificando sua contribuição na garantia do acesso à saúde. A análise dos dados possibilitou constatar a importância de se garantir o acesso à saúde, sobretudo em contextos de crise sanitária, como a provocada pela COVID-19.

Palavras-chave: acesso à saúde; pandemia COVID 19; Serviço Social.

F725d

Formiga, Dalianny Arruda.

Os desafios do trabalho profissional do/a assistente social em uma unidade de atendimento às pessoas com COVID-19 / Dalianny Arruda Formiga. – Sousa, 2023.

32 f. : il. color.

Artigo (Especialização em Serviço Social e Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, 2023.

"Orientação: Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior".

Referências.

1. Serviço Social. 2. Acesso à Saúde. 3. Pandemia da COVID-19. I. França Júnior, Reginaldo Pereira. II. Título.

CDU 36(043)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA	7
3 O CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	9
3.1 SÍNTESE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA HISTÓRIA DO BRASIL	9
3.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA CONSTITUIÇÃO DE 1988: A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	14
3.3 DA REFORMA SANITÁRIA AO DIREITO À SAÚDE PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	15
4 PANDEMIA DA COVID-19 E A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: SOBRE O ACESSO À SAÚDE E ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL	20
4.1 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NO ENFRENTAMENTO DA COVID19	20
4.2 O ACESSO À SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO	22
4.3 O ASSISTENTE SOCIAL E SUA ATUAÇÃO PARA O ACESSO À JUSTIÇA .	24
4.4 DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A presente produção trata-se de um estudo bibliográfico e apresenta a síntese do acúmulo e das reflexões realizadas no decorrer da Curso de Pós-graduação em Serviço Social e Gestão de Políticas Públicas, na Universidade Federal de Campina Grande. Apresenta também uma reflexão sobre o acesso dos cidadãos brasileiros à saúde no período em que esteve acontecendo a pandemia de COVID19 no Brasil, e a contribuição que o Serviço Social pôde realizar em uma unidade de referência para usuários acometidos pela Covid-19.

Desde o início da pandemia do novo corona vírus, início de 2020, a população mundial sofre duras consequências. O Brasil, em especial, foi bastante abalado, principalmente pela demora na tomada de decisões do governo, que a todo instante negava as evidências científicas gravidade do vírus.

A rápida disseminação da COVID-19 trouxe grandes problemas de saúde para o país, como a sobrecarga do serviço público de saúde, o que agravou bastante a situação das pessoas que buscavam por acesso ao atendimento e tratamento para o vírus da COVID-19. Assim, milhões de brasileiros sofreram e ainda sofrem consequências da pandemia, onde milhares vítimas foram fatais (LOIOLA; CAVALCANTE, 2021)¹.

Nesse cenário, situa-se o papel do Assistente Social, que foi relevante no contexto da pandemia, pois sua atuação envolve os direitos dos indivíduos. É esse profissional que está diretamente ligado ao irrestrito contato com os familiares e pacientes. É, também, o/a Assistente Social que contribui para que essas pessoas tenham acesso as políticas públicas de atenção coletiva (LOIOLA; CAVALCANTE, 2021).

A saúde pública é muito importante e precisa ter a atenção devida. Diante do indispensável direito à saúde, o Assistente Social faz parte da equipe multidisciplinar que trabalha arduamente para oferecer um melhor serviço, de qualidade e com comprometimento, para todos que necessitam de atenção em diversos ambientes, dentre eles, os serviços da rede de saúde (ROCCA *et al.*, 2021).

¹ De acordo com o Ministério da saúde site <https://covid.saude.gov.br/> a atualização do painel de casos de coronavírus no dia 21/03/2023 15:45 no Brasil são 37.204.677 casos e 699.917 óbitos.

Assim, este trabalho visa analisar o trabalho profissional do/da Assistente Social como fator relevante de suporte para com as pessoas acometidas pelo vírus, que passaram por um processo de hospitalização e que muitas vezes não têm o conhecimento necessário sobre seus direitos, sendo o profissional auxílio na busca por garantia dos seus direitos, bem como ajuda na manutenção da qualidade de vida pessoal e de seus familiares, principalmente no período pandêmico.

Partindo do cenário exposto, tem-se como problema os desafios da atuação profissional em uma unidade de referência para COVID-19, a partir das seguintes questões: Qual o papel desempenhado pelo/a Assistente Social no cenário pandêmico, em especial no que diz respeito à sua atuação nas unidades de referência da COVID-19? Quais os principais desafios enfrentados?

Para tanto, delimitou-se como objetivo: analisar os desafios da atuação do/a Assistente Social no período que ocorreu a pandemia de COVID-19 no Brasil, no período de abril de 2020 a abril de 2022, entendendo-o como um profissional essencial na contribuição para a garantia de direitos do usuário.

Como objetivos específicos, tem-se: Identificar as temáticas dos artigos; Identificar os problemas para o acesso à saúde nesse período; Descrever os principais elementos do cenário da política pública de saúde; Identificar as principais tendências do trabalho profissional de assistentes sociais na política de saúde, enfatizando o enfrentamento da pandemia da covid-19; Analisar as atribuições do/a Assistente Social, suas demandas, estratégias e contribuições na linha de frente à pandemia COVID-19.

A presente pesquisa se justifica pela sua grande importância no ambiente em que está inserido. O papel do/a Assistente Social é complexo e necessário. Esses profissionais trabalham incessantemente para atender às demandas dos usuários da política de saúde. O/A Assistente Social atua em vários eixos, como o atendimento direto aos usuários: na mobilização, na participação, no controle social, no planejamento de ações e gestão, como também na qualificação e formação de profissionais, além de atuar no suporte familiar (CFESS, 2011).

A crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19 afetou fortemente a população brasileira e mostrou o quão desigual ainda é o nosso país, gerando uma crise econômica e social, principalmente no que se refere à retirada de direitos sociais das pessoas, o que coloca em evidência a contribuição do/da assistente social na garantia de direitos (ROCCA *et al.*, 2021).

O/A assistente social que trabalha na área da saúde teve de obrar os cuidados para o público. O atendimento às pessoas passou a ocorrer com mais intensidade na medida em que aumentaram os casos de COVID-19 em todas as partes do país. Assim, o fluxo de atendimentos em todos os níveis de atenção cresceu (ROCCA et al, 2021).

As ações dos/das assistentes sociais em hospitais ocorrem desde a chegada das pessoas às unidades até a saída delas, a atenção é integral. Nesse quesito, houve mudanças na rotina de trabalho, principalmente pelo cumprimento dos protocolos de segurança e sanitários, que exigiu das unidades de saúde planejamento e corresponsabilização. (ROCCA *et al.*, 2021).

Tal cenário, torna primordial a elaboração de estudos que verifiquem quais os principais desafios enfrentados pelo profissional nesse período, questão sobre o qual este estudo se debruça, a partir da seguinte estruturação.

No primeiro capítulo, introdutório, dispõe-se sobre a contextualização da pesquisa, justificando-a e delimitando os seus objetivos. Na segunda seção, apresenta-se a metodologia do trabalho, evidenciando os procedimentos metodológicos adotados para o desenvolvimento do levantamento bibliográfico realizado. A terceira e a quarta seções evidenciaram a fundamentação teórica do trabalho, apresentando uma análise, a priori, sobre as políticas públicas em saúde, no Brasil, e, nesse cenário, as políticas de acesso à saúde que foram desenvolvidas no contexto da pandemia, enfatizando os desafios para a atuação do assistente social no setor. Por fim, a quinta seção trouxe as considerações finais do estudo, uma síntese sobre os principais resultados obtidos no desenvolvimento desta pesquisa.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada na pesquisa contribuiu para melhor elaboração do trabalho, assim, a escolha do melhor método, mais adequado, para o trabalho foi determinante para o seu sucesso. Para Demo (1985, p,19), a metodologia científica:

Cuida dos procedimentos, das ferramentas, dos caminhos. A finalidade da ciência é tratar a realidade teórica e praticamente. Para atingirmos tal finalidade, colocam-se vários caminhos. Disto trata a metodologia. um erro superestimar a metodologia, no sentido de cuidar mais dela do que de fazer ciência. O mais importante é chegarmos onde nos propomos chegar, ou seja, a fazer ciência. A pergunta pelos meios de como chegar lá é essencial também, mas é especificamente instrumental. Somente o metodólogo

profissional faz dela sua razão de ser, principalmente o filósofo da teoria do conhecimento. Mas, para o cientista em geral, é apenas disciplina auxiliar.

Diante da importância de se adotar métodos adequados, no processo de realização de uma pesquisa científica, buscou-se, adotar uma metodologia que pudesse contemplar os objetivos delimitados neste trabalho.

Considerando que a intenção consiste em se aprofundar mais sobre o tema, com vistas a ter mais conhecimento e informações sobre o assunto em tela, visando assim, a elaboração de um futuro trabalho que possa servir de referência para todos que busquem mais informações sobre as atividades do profissional da Assistência Social na política de saúde, delimitou-se um estudo de aproximação de base qualitativa, com caráter descritivo e bibliográfico.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento e análise de estudos já realizados e finalizados. Nesse tipo de estudo, busca-se, através de revisão de literatura acadêmica, respostas aos objetivos que foram delineados. De acordo com Silva, Oliveira e Silva (2021):

A Pesquisa Bibliográfica enquanto modalidade de pesquisa de caráter qualitativo, é comumente apresentada como uma revisão da literatura, o que merece ser evidenciado essa revisão se apresenta como pré-requisito para toda e qualquer modalidade de pesquisa, não sendo a característica principal e exclusiva da pesquisa bibliográfica (SILVA; OLIVEIRA; SILVA, 2021, p. 93).

A pesquisa bibliográfica está presente em todos os estudos de caráter acadêmico, é ela requisito básico para a elaboração de qualquer tipo de estudo. Entretanto, a estudos que o método bibliográfico pode ser o único a ser empregado. Segundo, Fonseca (2002):

Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Esse é o caso desta pesquisa. Aqui, buscamos nos aproximar daquilo que vem sendo discutido acerca dos desafios do assistente social no contexto da pandemia do COVID-19, questão sobre o qual se busca conhecer e estudar. Essa modalidade de pesquisa permite que, através da aplicação da pesquisa bibliográfica, se possa extrair informações relevantes para se obter um arcabouço teórico importante para uma análise real dos fatos.

Para alcançar o objetivo geral da pesquisa, — descrever os desafios da atuação do Assistente Social no período que ocorreu a pandemia de COVID-19 no Brasil, no período de abril de 2020 a abril de 2022, entendendo-o como um profissional essencial para a garantia de direitos do usuário —foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos em duas plataformas de busca: na base de dados da Biblioteca Virtual em saúde e no Google acadêmico. A busca se deu por meio das palavras-chave “pandemia”, “COVID-19”, “acesso à saúde”, e “atuação do Assistente social na pandemia”.

A amostra do estudo foi constituída por artigos em português, completos e disponíveis nas plataformas digitais que possuíssem informações referentes aos assuntos interessados. A partir dos resultados da pesquisa, leu-se os trabalhos, utilizando-os na construção da discussão teórica que estão expostas nas seções a seguir.

3 O CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Neste item, reflete-se sobre a história da saúde no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde assegurada na Constituição de 1988, em especial a efetivação do direito à saúde, ressaltando ainda os obstáculos para sua efetivação.

3.1 SÍNTESE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA HISTÓRIA DO BRASIL

O Brasil foi um país colonizado pelos portugueses e, até a chegada do Império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde do seu povo. Deste modo, a atenção a saúde limitava-se aos recursos da própria terra como, plantas, frutos, ervas nas quais eram manuseadas de forma empírica.

No século XVIII, o cenário político e econômico era basicamente agrário e extrativista, a organização da saúde se dava pelos boticários, curandeiros e pela medicina liberal que desenvolviam as suas habilidades na arte de curar.

Com a vinda da família real e da corte portuguesa ao Brasil, em 1808, criou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, a fim de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. (POLIGNANO, 2004). Essas

mudanças só ocorreram para dar um suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro, tanto é que o saneamento era apenas na capital, pois o principal porto do país instalado ali tornou-se o centro das ações sanitárias.

Nesse período, as atividades de saúde estavam limitadas, a carência de médicos no Brasil era expressiva. Para se ter ideia, no Rio de Janeiro, em 1789, existiam apenas quatro médicos exercendo a profissão, fato que destaca o quanto o sistema de saúde era precário à época. (SALLES, 1971 apud POLIGNANO, 2004). Apenas em 1808, com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, foram criadas as primeiras escolas de medicina no país.

Historicamente, a saúde tem como principal imagem a figura e a prática médica. Isso porque a prática médica é uma das mais antigas intervenções técnicas, enquanto as demais profissões em saúde, oriundas depois, tiveram sua origem com o surgimento e o desenvolvimento do capitalismo monopolista, (BRAVO, 2013, p. 16-17).

Com a Proclamação da República, em 1889, estabeleceu-se no Brasil a era do capitalismo, com uma economia agroexportadora, primeiras indústrias, investimento estrangeiro e uma forma de organização Jurídica-Política típica do Estado capitalista. Sem um modelo sanitário nas cidades brasileiras, o país se encontrava vulnerável a epidemias como a varíola, a malária, a febre amarela e posteriormente a peste. Essa situação caótica gerou sérias consequências, tanto para a saúde coletiva como para a economia, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro.

Nesse ínterim, Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. Este, por sua vez, propôs-se a erradicar a epidemia de febre amarela. Criou, então, no Brasil, um verdadeiro exército sanitário: 1.500 pessoas exerceram atividades de desinfecção no combate ao mosquito vetor da febre amarela.

Esse modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi configurado como um modelo arbitrário, com uso da força, dentro de uma visão militar. No ato da intervenção, queimava-se colchões e roupas dos doentes. A falta de esclarecimento, de informação e abuso do autoritarismo para com a população, causou uma insatisfação popular que se agravou após a instauração da Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro de 1904: a vacinação antivaríola obrigatória para todo o

território nacional. Surge, então, um grande movimento popular que ficou conhecido como a Revolta da Vacina. (BERTOLLI- FILHO, 2003).

Tais ações, ainda que totalmente arbitrárias, do modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, erradicando a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Segundo Polignano (2004), na reforma promovida por Oswaldo Cruz, foram incorporados como elementos das ações de saúde:

O registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população; a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico; a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça, inovando o modelo campanhista, que era puramente fiscal e policial. Esse ministro introduziu a propaganda e a educação sanitária como técnica rotineira de ação. Assim, foram criados órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e às então “doenças venéreas” hoje, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro.

Os operários, na época, não possuíam garantias trabalhistas, como férias, aposentadoria ou jornada de trabalho definida. Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pelas conquistas dos seus direitos.

Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pelas conquistas dos seus direitos (POLIGNANO, 2001, p. 6).

O movimento operário se organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Foi através desses movimentos operários que os trabalhadores começaram a conquistar direitos.

Nesse contexto, a economia do Brasil era basicamente agroexportadora, assentada na monocultura do café. A partir do comércio exterior adveio a acumulação capitalista, tornando possível o início do processo de industrialização no país, e, para não prejudicar a exportação, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (POLIGNANO, 2001).

O Modelo Médico-Assistencial Privatista teve seu processo como marco inicial com o decreto nº 4.682 de 1923, aprovado pelo Congresso Nacional, denominado como Lei Eloy Chaves. Nesta, foi criada as Caixas de Aposentadorias e Pensões-CAPs para os empregados de setores estratégicos da economia brasileira, principalmente do setor marítimo e ferroviário. Esse marco dá início a Previdência Social no Brasil, à qual a saúde estava diretamente ligada.

Segundo POLIGNANO (2001), alguns apontamentos precisam ser feitos a partir da criação das CAP's, como:

A lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, quando foi criado o FUNRURAL.

Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.

A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

Segundo Possas (1981): "tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP's possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores."

As CAP's eram administradas por uma comissão composta por três representantes da empresa. O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões- IAPs (1967), quando foram afastados do processo administrativo. (POSSAS, 1981).

Segundo o que determinava o artigo 3º da Lei Eloy Chaves o Estado não participava do custeio das caixas, elas eram mantidas por empregados das empresas

(3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta); e consumidores dos serviços das mesmas. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Especificamente, a partir dos anos DE 1930, que começaram a emergir as políticas sociais em nível nacional, com a intenção de responder às questões trazidas pelos trabalhadores, a questão social da época. Com a derrubada da política do café com leite, foram efetuadas mudanças na estrutura do estado.

O Presidente da época, Getúlio Vargas, adere parcialmente ao modelo médico-assistencial, estendendo-o a todas as categorias de operariado urbano organizado. As CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para as categorias: marítimos (IAPM), transportes e cargas (IAPETEC), comerciários (IAPC), bancários (IAPB), servidores do estado (IPASE). Nesse tempo também foram criados o Ministério do Trabalho, o da Industria e Comercio, e o Ministério da Educação e Saúde.

Esse período se configura como um período de efervescência política, período de pós-revolução de 1930, inclusive, com a ampliação dos direitos políticos e a realização de uma Assembleia Constituinte para promulgação da Constituição de 1934.

Em 1967 o governo militar unifica os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social INPS, sendo comandado por um Ministério Federal. O INPs acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978. Em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS): um projeto envolvendo vários ministérios (Previdência, Saúde e Educação), procurando integrar ao mesmo tempo ações curativas, preventivas e educativas. Vale salientar que os anos de 1964 a 1984 foram marcados pelo regime autoritário e centralizador.

Apesar dos avanços em todos os períodos destacados, até a década de 1980, as condições de saúde ainda eram críticas. E o país ainda enfrentava questões sanitárias complexas, como o aumento da mortalidade infantil, tuberculose, malária, Chagas, acidentes de trabalho etc. com predomínio das doenças da modernidade e presença ainda das DIP (dupla carga de doenças). Poligano(2021) apresenta que a deficiência do modelo de saúde previdenciário se agrava a partir da crise de 1975, aonde os pobres ficavam cada vez mais pobres e os ricos mais ricos, trazendo a toma a desigualdade e concentração de renda existente no país.

O cenário da saúde brasileira só iria vivenciar uma mudança profunda após a queda do regime militar. O movimento das diretas já (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, o que gerou, em grande escala, o surgimento de movimentos sociais em diversas áreas, dentre elas a saúde.

A grande mobilização nacional, por ocasião, decorreu na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CONGRESSO NACIONAL, 1986), a qual lançou bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema único Descentralizado de saúde). Estes fatos aconteceram paralelamente com a eleição da Assembleia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988.

3.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA CONSTITUIÇÃO DE 1988: A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O cenário de mudanças sociais ocorrido após a queda do regime ditatorial no país, em 1985, foi primordial para o processo de reestruturação da política de saúde que se tinha até então. O país efervescia pelos movimentos sociais, em diversas ordens. Na área da saúde, debatia-se uma profunda reforma sanitária, pautada pelos novos ideais de democracia e pela perspectiva dos Direitos Humanos (COSTA, 2017).

As discussões acerca de nova política de saúde nacional podem ser observadas ainda na década de 1970, ganhando força através de movimento social que ficaria conhecido nacionalmente como o Movimento da Reforma Sanitária. Liderado por vários profissionais de saúde, o movimento surgiu na ditadura militar, e tinha como bandeira de reivindicação a melhoria na oferta de serviço de saúde pública, ou melhor, uma transformação profunda no sistema de saúde do país (IBIDEM, 217).

Dentre as pautas colocadas pelo movimento, estava a luta pela universalização do sistema público de saúde, lutavam para que a saúde fosse efetivada enquanto um direito social. Foi essa pressão social que ocasionou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, citada no item anterior. Esse evento foi determinante para a construção de diretrizes que mudariam os rumos da saúde no país e que estariam dispostas na Constituição de 1988. Segundo Costa (2017, p. 1):

O relatório desta conferência serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal e teve como ideias fundamentais: a participação, equidade, descentralização,

integralidade e universalização, buscando a extensão dos direitos sociais, como a saúde, que é um direito do cidadão e um dever do Estado [...].

Como resultado dessa conferência, no texto constitucional, destaca-se o art. 6º da CF/1988, que traz consigo o direito à saúde enquanto um direito social inalienável aos cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988). O direito à saúde passou, então, a abranger intrinsecamente a Seguridade Social, juntamente com a assistência social e a previdência social.

Esse modelo de saúde constitui uma vitória, nas palavras de Junior (2006), “partiu do idealismo e da luta de um movimento já atuante na década anterior denominado movimento da reforma sanitária”. Um movimento em defesa da saúde como direito de todos, de uma saúde centrada não só na cura de doenças, mas na prevenção delas, garantia do acesso à atenção à saúde, e na descentralização da gestão administrativa e financeira e do controle social na política de saúde (*apud* VASCONCELOS; SANTOS; GHIZZO, 2016, p. 2).

A saúde enquanto um direito de todos e dever do estado, a ser ofertado sem qualquer discriminação, aparece na Constituinte de 1988 no capítulo VII, na seção II. Em seu artigo 196, define que:

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, 1988).

Foi nesse cenário que a Política Nacional de Saúde no Brasil passou por mudanças importantes no final da década de 1980, sendo a maior delas a instituição de um Sistema Único de Saúde, que ficaria conhecido no país inteiro como SUS.

3.3 DA REFORMA SANITÁRIA AO DIREITO À SAÚDE PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A partir da criação da “Constituição cidadã”, assim chamada a Constituição de 1988, a saúde foi entendida como um direito de todos os cidadãos, independentemente de cor, classe social, profissão etc. E dever do Estado garantir acesso de qualidade aos serviços de saúde, trazendo assim a ampliação do conceito de saúde.

Dentre as maiores conquistas da saúde, está a criação do SUS (Sistema Único de Saúde): um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Definido pelo artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o SUS aparece no documento constitucional da seguinte forma:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - Participação da comunidade.

Parágrafo único: O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988)

O texto constitucional deixa claro que os objetivos do SUS está em melhorar a qualidade de atenção à saúde especialmente no que refere à saúde coletiva, romper com o passado de descompromisso e irracionalidade técnico-administrativa e servir de base ao trabalho do Min. da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o SUS:

[...] não se limita apenas a ausência de doença, considerando, sobretudo, como qualidade de vida, decorrente de outras políticas públicas que promovam a redução de desigualdades regionais e promovam desenvolvimentos econômico e social.” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2018).

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele apenas foi regulamentado dois anos depois, em 19 de setembro de 1990 pela lei 8.080. Essa Lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

O sistema significou um avanço sem precedentes na história do país, porque proporcionou o acesso universal e integral aos serviços de saúde, garantido que qualquer cidadão, independente de classe social tenha direito ao acesso público por meio do sistema de saúde. Diante da magnitude deste, o Ministério da Saúde (2018) entendeu o SUS como:

[...] um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, s/p).

A política de saúde, até a Constituição de 1988, era descentralizada e a assistência era prestada, por parte do Estado, apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, o que prejudicava a população mais pobre, que não tinha vínculo com a previdências. Essa, era atendida em entidades filantrópicas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2018).

A partir da Constituição Federal de 1988 é possível entender o SUS como um eixo comum, que concentra os princípios doutrinários, e uma forma e operacionalização, os princípios organizativos, são estes:

Quadro 1 – Princípios do SUS

Princípios Doutrinários	Princípios Organizativos
<ul style="list-style-type: none"> • Universalização • Equidade • Integralidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização e Hierarquização • Descentralização e Comando único • Participação Popular

Fonte: Constituição Federal (1988)

Após a criação do SUS podemos destacar algumas mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil, vejamos no quadro abaixo:

Quadro 2 - Mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil pós criação do SUS

- Houve a descentralização dos recursos e do poder na esfera federal;
- As ações que antes eram voltadas para a atenção curativa e medicamentosa, hoje com o SUS as ações são voltadas para a prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde;
- Os Serviços não são exclusivos para trabalhadores contribuintes, mas para todos os cidadãos que necessitarem;
- Há Controle Social, Conselhos e Conferências da saúde. Entendendo a importância da participação da comunidade

Fonte: Autoria própria (2023)

Dentre as principais mudanças trazidas pelo SUS, está a forma integrada do sistema de saúde brasileiro, interligando uma série de políticas públicas, incluindo, dentre elas, própria política de Assistência Social como parte do sistema. O sistema integra também os três entes federativos, União, Estado e Municípios, definindo a responsabilidade de cada um deles, estas atribuídas tanto pela Constituição como pela administração direta: “[...] das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação [...]” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2018).

Sobre essa integralização, Costa (2017) destaca que a CF/1988 trouxe mudanças importantes no papel do estado, alterando profundamente toda a questão jurídica e institucional que até então regia as ações de saúde no país. Sobre os princípios do SUS, o autor explicita que:

As diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS são inegociáveis. Os princípios de universalidade, preservação da autonomia, igualdade, integralidade e resolutividade, devem estar em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, hierarquização entre outros. (COSTA, 2017, p. 1)

Costa (2017) ainda destaca que, a princípio, o SUS sofreu problemas para a sua efetivação, fato que acarretou na elaboração da Norma Operacional Básica (NOB-SUS/96), com a finalidade de aperfeiçoar “a gestão do SUS e a operacionalidade deste sistema, com a finalidade de promover e consolidar os princípios do SUS, redefinindo responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União.” (COSTA, 2017, p. 1).

Apesar dos avanços, por ser um sistema de grande magnitude, o SUS enfrenta problemas para a sua efetivação. Nas palavras de Silva (2015), os principais problemas são de acesso aos serviços e concretização dos princípios da integralidade e universalidade. Desafios que se colocam, sobretudo, no âmbito das gestões municipais, pois são elas as responsáveis pela efetivação de maior parte do sistema.

No que diz respeito à atuação do assistente social e sua contribuição para efetivação do sistema, Costa (2017) destaca que sua atuação é primordial, sobretudo no que concerne à fiscalização e à participação social. Para que o SUS seja efetivado com oferta de saúde de qualidade para a população é preciso que haja certa participação social para fiscalizar o sistema, uma dimensão política que, na concepção de Silva (2015) é importante. É nessa a dimensão, inclusive, que atua o assistente

social, buscando “ampliar a participação social, estimulando os usuários do SUS, por exemplo, a participarem dos conselhos, conferências, na defesa de seus direitos” (SILVA, 2015, p. 6).

No que diz respeito especificamente sobre a atuação do assistente social no cenário da instauração do SUS, destaca-se que este trouxe importante contributo social para a atuação desses profissionais na área da saúde. O assistente social, entendido como parte da equipe profissional da saúde, se tornou uma realidade a partir 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996. Na ocasião, reconheceu-se o Serviço Social como parte que integra o serviço. Assim, cabe a esses profissionais, como atribuição, orientar a população, no que diz respeito às políticas de saúde e aos direitos sociais (COSTA, 2017).

O Serviço Social é, portanto, parte da Reforma Sanitária, e como tal teve que reestruturar-se e adequar-se para atender ao novo sistema. No campo da saúde, o assistente social trabalha, principalmente com “o contato, o diálogo, a escuta do paciente, sujeito importante no processo de tratamento.” (SILVA, 2015, p. 2), bem como, “atua diretamente no processo de organização e mobilização da sociedade, comprometido com a efetivação dos direitos sociais e o pleno desenvolvimento da cidadania.” (SILVA, 2015, p. 2).

Segundo Krüger (2010, p. 131), o SUS colocou os assistentes sociais mais perto da população, “dos usuários e dos processos de planejamento e gestão”. E isso tem proporcionado uma ampliação da área de atuação desses profissionais.

No âmbito municipal, a atuação do assistente social demarca um ponto importante acerca da função que este profissional desempenha, aproxima-os das classes populares, que são o principal público do SUS, reafirmando o compromisso ético da profissão defendida pelo Comitê de Ética da profissão (CFESS, 2012), que constitui, basicamente, pela defesa dos direitos humanos, a efetivação da cidadania e a luta pela universalização do acesso aos bens e serviços, no âmbito das políticas sociais.

A principal finalidade da criação de um sistema único de saúde é a defesa e garantia do direito a saúde, voltada para a sociedade-indivíduo que dele necessitar, independente do grau de necessidade, todo tem direito e terão atendimento de forma igualitária. Estas Instituições responsáveis na promoção do acesso à saúde estão reconhecendo a importância do enfoque social, principalmente diante de um contexto

de uma pandemia nunca vista no Brasil, questão sobre o qual busca-se aprofundar a seguir.

4 PANDEMIA DA COVID-19 E A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: SOBRE O ACESSO À SAÚDE E ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Considerando tudo o que foi exposto acerca da Política Nacional de Saúde, e a atribuição do assistente social nesse setor, este item detém-se a analisar o contexto atual das ações desenvolvidas no país, no que tange ao acesso à saúde, evidenciando os principais desafios enfrentados para a efetivação desse direito, tomando como base os campos político e social. Enfatiza-se, também, as particularidades enfrentadas no período da pandemia provocada pela COVID-19. Aqui, traz-se uma leitura crítica de todo o cenário brasileiro dos últimos anos, considerando, nesse meio, as atribuições do assistente social na área da saúde e os principais desafios enfrentados no contexto supracitado.

4.1 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NO ENFRENTAMENTO DA COVID19

Como viu-se anteriormente, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelos avanços conquistados na saúde desde a implantação do SUS. Porém, os impactos que a COVID-19 causou em todo país foram suficientes para descortinar as limitações e dificuldades existentes no sistema. Limites que dizem respeito não só às deficiências do sistema de saúde, mas que abrangeu uma série de irresponsabilidades governamentais, provocadas pela ausência de uma gestão federal que minimizasse os impactos causados pela pandemia.

Como um dos países mais afetados pela COVID-19, com mais de 37 milhões de casos confirmados e mais de 699 mil mortes registradas até o momento², o novo cenário causou graves consequências à economia e às políticas sociais e públicas, configurando-se como a maior crise sanitária já vivenciada pela humanidade neste século.

Apesar das orientações da Organização Mundial de Saúde e do consenso entres os especialistas, o governo federal, liberado por Jair Bolsonaro, desdenhou da

² De acordo com o Ministério da saúde site <https://covid.saude.gov.br/> a atualização do painel de casos de coronavírus no dia 21/03/2023 15:45 no Brasil são 37.204.677 casos e 699.917 óbitos.

letalidade do vírus, da gravidade da doença, promovendo tratamentos sem comprovação científica e se opondo às medidas de distanciamento social adotadas por governadores e prefeitos.

O governo também foi acusado de não fornecer recursos suficientes para apoiar os sistemas de saúde estaduais e municipais no enfrentamento à pandemia. Não foi levado em consideração pela gestão federal que determinadas regiões do país necessitavam de maior incentivo financeiro em virtude de possuírem sistemas de saúde com maior fragilidade.

Assim, houve no país uma desarticulação no enfrentamento a COVID-19, ou seja, municípios e estados construíram seus planos de enfrentamento de forma fragmentada, incluindo o fechamento de escolas e estabelecimentos comerciais, para tentar conter a disseminação do vírus. Mas apesar disso, o sistema de saúde brasileiro, apesar de sobrecarregado, tem sido capaz de garantir atendimento médico a grande parte dos pacientes infectados.

Muito antes da chegada do vírus no Brasil, o cenário vivenciado no país já era assustador para grande parte da população brasileira, com o aceleração da contrarreforma do Estado e os desmontes da seguridade social. A aprovação da PEC nº 95, Emenda Constitucional que limita o orçamento, fazendo reajustes nas despesas de forma rasa, reduzindo despesas sociais, agravou a situação do Sistema Único de Saúde (SUS), que já sofria com o processo de falta de financiamento e precarização. Com o sistema sobrecarregado e com a explosão de casos de COVID-19 no país, somado à ausência de políticas públicas direcionadas para a saúde, as fragilidades do sistema ficaram à mostra como nunca antes. (MATOS, 2020).

Por outro lado, o poder público tem conseguido manter o engrandecimento e a estabilidade do setor privado da saúde, mesmo durante a pandemia, toda a administração ocorreu no sentido de manter o sistema de saúde público separado do privado, no que tange ao atendimento aos pacientes com COVID-19.

Por falta de definição, a Agência Nacional de Saúde (ANS) beneficiou o setor privado, seja por instituir medidas que flexibilizam as normas que regulamentam os planos de saúde privados, seja através da liberação de recursos para aqueles, recursos, esses que poderiam ser repassados para o já fragilizado SUS. (CORREIA E ALVES, 2020).

Em outra linha, houve a continuidade no processo de privatização do SUS, que seguiu com sua ampliação, mesmo durante a pandemia, através do repasse da gestão

de alguns hospitais de campanha para modelos já utilizados por meio da contratação de Organizações de Saúde (OS), mesmo após termos sido testemunhas dos vários escândalos de corrupção que tal sistema protagonizou, antes e durante a pandemia.

Outro fato que deve ser levado em consideração é a gestão do Ministério da Saúde durante a pandemia. A alta rotatividade de nomes no posto de Ministro da Saúde, somada à falta de capacidade técnica daqueles que ocupavam a pasta, causou atrasos em programas, além de não permitir a continuidade de projetos.

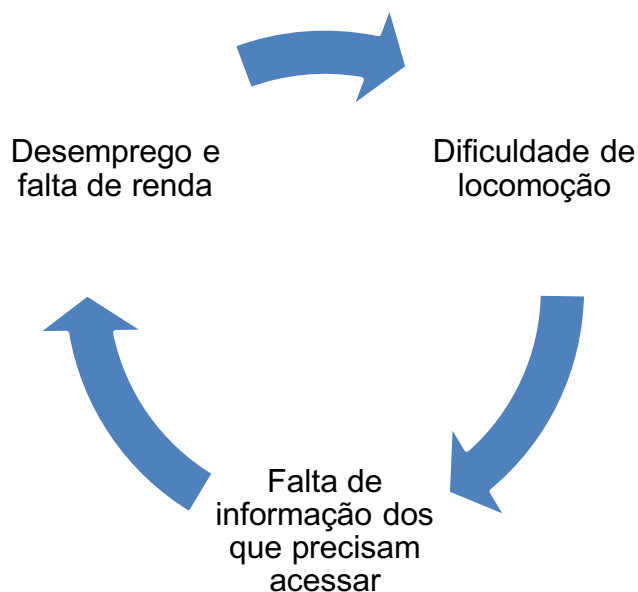
Com o desmonte de várias políticas sociais, aconteceu uma piora no cenário das desigualdades sociais, fator determinante no processo de saúde e doença, o que acabou influenciando as condições de enfrentamento como também o número de óbitos relacionados à COVID-19.

A falta de investimentos de forma coesa e a falta de articulação a nível nacional, tudo isso desalinhado das políticas de combate defendidas pela OMS, provocou, por parte do governo federal uma desarticulação na oferta do serviço, o que não permitiu que as respostas necessárias chegassem com a força necessária e com urgência que era esperada.

4.2 O ACESSO À SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO

Num contexto de agravamento das expressões de ordem social, causada pela pandemia de COVID19, as pessoas necessitaram ainda mais das instituições de saúde para serem tratadas, em decorrência do vírus e dos impactos que ele causou na saúde da população brasileira.

Com base na Constituição, que institui a saúde como direito universal, e consolida a ideia de acesso aos bens e serviços de forma igual equânime, foi possível identificar que alguns grupos populacionais ficaram à margem no acesso ao sistema de saúde, estes enfrentaram obstáculos que limitaram o tratamento contra a COVID 19.

Figura 1 - Ciclo de obstáculos ao acesso à saúde

Fonte: autoria própria (2023)

A figura acima expressa o ciclo repetitivo que permeia os obstáculos no acesso à saúde. Tais fatores, em conjunto, influenciaram diretamente a vida das pessoas que precisaram acessar à saúde no país. Um entrave que foi alimentando os demais. Na medida em que o usuário não tem emprego e renda para conseguir um transporte, ele também encontrará dificuldade para acessar os canais de informações, seja pela televisão ou internet.

Quando se liga as causas que dificultam e/ou limitam o acesso e analisa-se, de forma mais profunda, pode-se afirmar que o obstáculo econômico e de locomoção se repete pela vida sofrida do “cidadão” brasileiro, que vive nas periferias e guetos e necessita de deslocamentos longos e não têm condições financeiras para arcar com as despesas base para conseguir acessar uma Instituição de saúde, mesmo que o seu atendimento seja gratuito.

Identificar a tendência da falta de acesso à saúde no país ajuda na visualização dos desafios ainda existentes para o SUS. A partir dessa visualização é que se pode contribuir para subsidiar políticas e ações necessárias no sentido de garantir, de fato, o acesso universal aos serviços de saúde estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

Segundo o Ministério da Saúde (2019), cerca de 85% da população em 67,3% dos municípios brasileiros está coberto pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência, o SAMU. Esse dado destaca que apesar do avanço na cobertura seja significativo, ainda existem lugares em que a população brasileira não consegue ter acesso a esse serviço de saúde, que é tão importante.

Portanto, evidencia-se que o atual sistema de saúde brasileiro vive um momento de intensos avanços, mas ainda de muitos desafios a serem superados no que se refere à oferta de diversos programas, projetos e políticas.

4.3 O ASSISTENTE SOCIAL E SUA ATUAÇÃO PARA O ACESSO À SAÚDE

Detêm-se, aqui, a relatar as dificuldades enfrentadas pelos Assistentes Sociais, que trabalharam na linha de frente da pandemia de COVID 19 no Brasil.

4.4 DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA

Entre os profissionais da área de saúde que estão na linha de frente de combate à doença, estão os assistentes sociais. Publicada em convocação da Portaria nº 639 pelo Ministério da Saúde, que estabeleceu a “ação estratégica O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde, voltada à habilitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia” estavam os Assistentes Sociais, em primeiro lugar (BRASIL, 2020), conforme previsto no Código de ética profissional: “Art 3º (...) d- participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades. ”

De início, pôde-se destacar duas grandes inflexões na atuação dos assistentes sociais nesses espaços sócio-ocupacionais: a primeira está relacionada a fragilidade dos vínculos empregatícios; e a outra às atribuições e demandas indevidas solicitadas aos profissionais.

No que tange à primeira inflexão, o assistente social é um trabalhador assalariado e, como qualquer outro profissional, dispõe de uma força de trabalho que o insere nas trocas mercantis de compra e venda (IAMAMOTO, 2012), o que significa que no mesmo passo que o profissional atua na garantia de direitos, ele também está como classe trabalhadora, que sofre os impactos causados pelo sistema produtivo.

De acordo com Soares, Correia e Santos (2021) os/as assistentes sociais realizam um trabalho duro e extremamente importante no combate a pandemia da COVID-19 em todo o país, mesmo não sendo oferecido a eles, muitas vezes, condições adequadas para a realização do seu trabalho na saúde. Com contratações temporárias e inseguras, desrespeito à carga horaria, baixa remuneração, acesso limitado aos equipamentos de proteção individuais (EPI), expondo os profissionais ao risco de contaminação e comprometendo a assistência prestada.

No início do enfrentamento da COVID-19, houve insuficiência de EPI em diversos serviços, o que levou a uma racionalização que privava o uso de EPI para profissionais que não estivessem em contato direto com pacientes. Dentre esses profissionais estavam os assistentes sociais que, na maioria dos casos, não atendiam diretamente os(as) usuários(as) com covid-19, mas atendiam seus familiares.

No que concerne às competências e atribuições profissionais, o documento “Manejo de corpos no contexto do novo corona vírus covid-19”, elaborado pelo Ministério da Saúde, recomendou que o Serviço Social realizasse a comunicação de óbito a familiares, amigos e responsáveis durante a pandemia (BRASIL, 2020c). Tal demanda, expressa explicitamente pelo Ministério da Saúde, possibilitou que todas as atividades relacionadas à informação e/ou comunicação com as famílias de usuários (as) em tratamento da covid-19, inclusive as de âmbito médico, como os boletins clínicos, fossem requisitadas a assistentes sociais no contexto da pandemia (MATOS, 2020b).

É nesse cenário pandêmico o qual as relações sociais dentro do espaço sócio ocupacional têm exigido planejamento e reorganização do fluxo de trabalho dos profissionais da saúde. Os/as assistentes sociais, enquanto profissionais imprescindíveis desse quadro, tem que se apropriar do projeto ético político e do acúmulo teórico da profissão para subsidiar o diálogo diante das requisições das instituições, na maioria das vezes, de cunho técnico administrativo que nos foram (re) apresentadas na pandemia, buscando coletivamente respostas que trouxessem êxito às demandas múltiplas e urgentes postas.

É necessário reafirmar o compromisso com a classe trabalhadora, face aos novos desafios colocados para o exercício profissional. As jornadas extras de trabalho e o medo de contaminação trouxeram muitos prejuízos ao trabalho dos/as Assistentes Sociais, que tiveram que repensar e reinventar a intervenção profissional.

As reuniões de equipe, a articulação profissional dentro das instituições, as ações desenvolvidas pelo conjunto CFESS/CRESS, com a emissão de notas,

realização de projetos de extensão, criação de canais de comunicação remotos pelos conselhos e a realização de *lives* tratando do tema foram essenciais para a mobilização das equipes de assistentes sociais para a garantia de melhores condições de trabalho.

O/A assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, visando o melhor atendimento ao/a usuário/a dos serviços de saúde, preservando a qualidade dos atendimentos prestados, não estando obrigado/a a realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente (CFESS, 2020b, p. 2).

As estratégias e direcionamentos idealizados pelo Assistente Social diz respeito apenas ao profissional, cabendo a ele também socializar e trabalhar de forma educativa o seu fazer profissional dentro do espaço em que ele está inserido. A partir do entendimento do papel do assistente social dentro desse contexto saúde/pandemia, foi possível para o profissional dedicar-se a:

Quadro 1 – Princípios do sus

- Construção dos fluxos de informação nos serviços de saúde;
- Defender o direito à informação e sua democratização;
- Realizar trabalhos multiprofissional resultando na construção de protocolos de atendimento humanizado;
- Realizar articulação com os diversos serviços socioassistenciais a fim de defender a garantia de direitos dos (as) usuários (as) e a intersetorialidade das políticas no contexto da pandemia;
- Elaborar materiais educativos e de informação em saúde e sobre direitos;
- Realizar ações socioeducativas e de orientação sobre direitos e benefícios, entre eles o auxílio emergencial.

Fonte: autoria própria (2023)

Como se pode visualizar no quadro acima, o assistente social foi capaz de ofertar uma grande contribuição na defesa da vida, na perspectiva de uma concepção ampliada de saúde vinculada à determinação social, ao projeto de reforma sanitária e

a uma sociabilidade emancipada (SOARES *et al.*, 2020; BANDEIRA *et al.*, 2020; MELO *et al.*, 2020). Conforme Soares, Correia e Santos (2021, p. 13):

O Serviço Social, com seu projeto ético-político-profissional, foi capaz de propor as respostas mais qualificadas às demandas complexas da crise sanitária e das expressões da questão social, a partir de estratégias coletivas de reflexão sobre a realidade e o planejamento, articulações interna e externa aos serviços, inclusive junto aos movimentos sociais, potencializando o tensionamento dos limites da relativa autonomia profissional, na defesa do SUS, da reforma sanitária e de uma sociabilidade emancipada. Enfim, na resistência pela vida de todos (as) e contra a barbárie.

O Assistente Social esteve a todo momento tendo que responder demandas próprias do seu fazer profissional dentro do contexto dessa crise sanitária que afetou principalmente a classe trabalhadora que não puderam arcar com despesas para tratamentos particulares, ficando expostas ao vírus e as expressões da questão social, de escassez de medicamentos e aparelhos, mas também estivemos criando estratégias para combater um governo omissivo e desqualificado que contribuiu para que essa crise sanitária fosse maior que o esperado.

A pandemia afetou bastante o trabalho do assistente social em todos os campos de atuação, mas o Serviço Social não fugiu à luta. O Conjunto CFESS-CRESS desenvolveu um trabalho eficaz de acompanhamento e direcionamento dos Assistentes Sociais através de materiais e notas técnicas, mostrando e incentivando o trabalho de forma coletiva e participativa, ainda que remotamente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu os desafios da atuação do Assistente Social no período que ocorreu a pandemia de Covid-19 no Brasil, no período de abril de 2020 a abril de 2022, entendendo-o como um profissional essencial para a garantia de direitos do usuário.

O trabalho permitiu enveredar por um assunto bastante relevante e atual para o Serviço Social, proporcionando o levantamento de muitas indagações. A priori, foi necessário compreender o complexo tema sobre os desafios do Assistente Social no cenário da pandemia da Covid-19, sempre buscando trazer contribuições para a discussão do tema.

Um dos principais objetivos deste estudo foi demonstrar que a concretização do acesso à saúde deve ser indispensável na garantia de direitos. Por meio desse trabalho, ficou evidente o reconhecimento do Assistente Social no trabalho com os familiares dos usuários, modificando fluxos e priorizando ainda que remotamente o contato familiar através das atividades remotas.

Deste modo, com a rotina de trabalho modificada e readaptada, os profissionais atuaram dentro das suas competências e atribuições profissionais, considerando os desafios apresentados pela pandemia no âmbito da saúde pública e entendendo o contexto político por traz de toda administração da crise. Há todo momento o desafio era garantir o direito a saúde pública garantido constitucionalmente.

Acredita-se que através dessa experiência de trabalhar com um tema tão atual, consegue-se concluir, de forma exitosa, a discussão sobre os temas propostos.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M.I.S.; VASCONCELOS, A.M.; GAMA, A.S.; MONNERAT, G.L. **Saúde e Serviço Social**. 4ªed, Cortez Editora,2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **[Constituição de 1988]**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília- DF: 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 11 mar. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 639, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Brasília- DF: 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738>. Acesso em: 11 mar. 2023.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília-DF: CFESS, 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em: 01 de março de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do/a Assistente Social** – Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. 60 p. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Orientação Normativa n. 3/2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. CFESS, 31 de março de 2020.

COSTA, D. L. A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XX, n. 161, jun 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-161/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar/>. Acesso em: 11 mar. 2023.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**, São Paulo: Atlas, 1985.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

LANZA, L. M. B. *et al.* Exercício profissional do (a) assistente social: problematizações dos impactos da pandemia Covid-19, **Temporalis**, Brasília (DF), ano 21, n. 41, p. 119-135, jan./jun. 2021. ISSN 2238-1856. DOI: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n41p119-135>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34483>. Acesso em: 01 mar. 2022.

LIMA, Christiane. Serviço social e educação: Os desafios da atuação profissional pós-pandemia. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13696-13716set/out., 2020. ISSN 2595-6825. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-188>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/17530#:~:text=O%20assistente%20social%20possui%20atua%C3%A7%C3%A3o,o%20coloca%20pr%C3%B3xima%20essa%20realidade..> Acesso em: 01 mar. 2022.

LOIOLA, E.M; CAVALCANTE, N. C. Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social: desafios e impasses. **Cadernos ESP** [Internet]. 21º de maio de 2021 [citado 11º de março de 2023];15(1):110-21. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/344](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/344). Acesso em: 11 mar. 2023.

KRÜGER, Tânia Regina. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: ESPAÇOS DE ATUAÇÃO A PARTIR DO SUS. In: **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. p. 123-145, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=47814>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MATOS, M. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e->

o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf. Acesso em: 01 de mar. de 2023;

MORAES, A. **Direito Constitucional**. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde: Estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=O%20Sistema%20%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde,toda%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs>. Acesso em: 11 de mar. de 2023;

OLIVEIRA, J. A. A; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. 360 p.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho** – a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981. 324 p

ROCCA, K. *et al.* As ações profissionais da/o assistente social na atenção primária em saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **R. Katál.**, Florianópolis, v.24, n. 3, p. 595-606, set./dez. 2021. ISSN 1982-0259 DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77753>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Wsc3tZsQkS7qHXd4W6Bz3gv/>. Acesso em: 01 mar. de 2023;

SILVA, M. M.; OLIVEIRA, G. S. de; SILVA, G. O. da. A pesquisa bibliográfica nos estudos científicos de natureza qualitativos. **Revista Prisma**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 91-103, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/rayss/Downloads/45-Texto%20do%20artigo-135-1-10-20211225.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2022.

SOARES, R.; CORREIA, M.; SANTOS, V. Serviço Social na Política de Saúde no Enfretamento da Pandemia da Covid-19. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/#>. Acesso em: 11 mar. 2023.

VASCONCELOS, Rita de Kátia Ottes; SANTOS, Eliziane dos; GHIZZO, Fabrícia Destro. Atuação do assistente social no SUS e o espaço da ética nesse contexto. Curitiba, **ITECNE**, vol. 1, 2016. Disponível em: [http://itecne.com.br/social/edicoes/2016/artigos/Artigo%20\(8\).pdf](http://itecne.com.br/social/edicoes/2016/artigos/Artigo%20(8).pdf). Acesso em: 20 jan. 2023.