

COVID-19

questão social e resposta à crise capitalista

Organização:

Ana Samilly alexandre Moreira

Cynthia studart Albuquerque

Estenio ericson botelho de Azevedo

Teresa cristina Esmeraldo Bezerra

Volume 2

**Covid19, questão
social e respostas
à crise capitalista**

VOLUME 2



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

HIDELBRANDO DOS SANTOS SOARES

VICE-REITOR

DÁRCIO ÍTALO ALVES TEIXEIRA

EDITORA DA UECE

CLEUDENE DE OLIVEIRA ARAGÃO



CONSELHO EDITORIAL

ANTÔNIO LUCIANO PONTES

EDUARDO DIATAHY BEZERRA DE MENEZES

EMANUEL ANGELO DA ROCHA FRAGOSO

FRANCISCO HORÁCIO DA SILVA FROTA

FRANCISCO JOSÉ CAMELO PARENTE

GISAFRAN NAZARENO MOTA JUCÁ

JOSÉ FERREIRA NUNES

LIDUINA FARIAS ALMEIDA DA COSTA

LUCILI GRANGEIRO CORTEZ

LUIZ CRUZ LIMA

MANFREDO RAMOS

MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

MARCONY SILVA CUNHA

MARIA DO SOCORRO FERREIRA OSTERNE

MARIA SALETE BESSA JORGE

SILVIA MARIA NÓBREGA-THERRIEN

COMITÊ EDITORIAL DO SELO SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E QUESTÃO SOCIAL

CRISTIANE MARIA MARINHO (UECE)

LAURA MARIA CUNHA (UECE)

MÔNICA DUARTE CAVAIGNAC (UECE)

TERESA CRISTINA ESMERALDO BEZERRA (UECE)

CONSELHO EDITORIAL DO SELO SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E QUESTÃO SOCIAL

ALBA PINHO DE CARVALHO (UFC)

ANDREA PIRES ROCHA (UEL)

ANDRÉA PACHECO DE MESQUITA (UFAL)

ADRIANA DELBÔ (UFG)

DANIELE MAIA CRUZ (UNIFOR)

ELAINE BEHRING (UERJ)

ELIAS FERREIRA VERAS (UFAL)

ERNANI PINHEIRO CHAVES (UFPA)

EVELINE MEDEIROS PEREIRA (UFPE)

FERNANDA MARQUES DE QUEIROZ (UERN)

FRANCILENE DOS SANTOS RODRIGUES (UFRR)

GIOVANNI ALVES (UNESP)

GISELE CAROLINE RIBEIRO ANSELMO (UERN)

HAYESKA COSTA BARROSO (UNB)

JAIME OSÓRIO (UAM-X)

JOANA MARIA PEDRO (UFSC)

MAURO IASI (UFRJ)

MARCELO DIAS CARCANHOLO (UFF)

MATHIAS SEIBEL LUCE (UFRJ)

MARIA LÚCIA DURIGUETTO (UFJF)

MARIA JOÃO CANTINHO (UNIVERSIDADE DE LISBOA)

LALO WATANABE MINTO (UNICAMP)

LUZIA MARGARETH RAGO (UNICAMP)

MIRLA GISNE ALVARO (UERN)

ODÍLIO ALVES AGUIAR (UFC)

OLEGNA DE SOUZA GUEDES (UEL)

REGINALDO GHIRALDELLI (UNB)

SALYANNA DE SOUZA SILVA (UFES)

TATIANA BRETTS (UFRJ)

YOLANDA GUERRA (UFRJ)

ORGANIZAÇÃO
ANA SAMILLY ALEXANDRE MOREIRA
CYNTHIA STUDART ALBUQUERQUE
ESTENIO ERICSON BOTELHO DE AZEVEDO
TERESA CRISTINA ESMERALDO BEZERRA

Covid19, questão social e respostas à crise capitalista

VOLUME 2



1ª EDIÇÃO
FORTALEZA - 2022

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

VOLUME 2

© 2022 COPYRIGHT BY ANA SAMILLY ALEXANDRE MOREIRA, CYNTHIA STUDART ALBUQUERQUE, ESTENIO ERICSON BOTELHO DE AZEVEDO, TERESA CRISTINA ESMERALDO BEZERRA (ORGS).

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva do organizador. O *download* e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos ao organizador e aos tradutores. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – EdUECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893

www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



COORDENAÇÃO EDITORIAL

CLEUDENE DE OLIVEIRA ARAGÃO

CAPA, CONTRACAPA

BRENA KÁTIA XAVIER DA SILVA

EMANUEL ANGELO DA ROCHA FRAGOSO

EDITORACÃO

BRENA KÁTIA XAVIER DA SILVA

EMANUEL ANGELO DA ROCHA FRAGOSO

LEONARDO BRUNO DE ARAÚJO SANTOS

REVISÃO GERAL

BRUNA NOGUEIRA FERREIRA DE SOUSA

EMANUEL ANGELO DA ROCHA FRAGOSO

Imagem da Capa e contracapa

Foto “Pobreza” de Liliana Saeb - Licença *Creative commons*: Atribuição 2.0 Brasil (CC BY 2,0 BR).

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP) (CÂMARA BRASILEIRA DO LIVRO, SP, BRASIL)

Covid19, questão social e respostas à crise capitalista [livro eletrônico]
: volume 2 / organização Ana Samilly Alexandre Moreira...[et al].
-- 1. ed. -- Fortaleza, CE : Editora da UECE, 2022.

PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Cynthia Studart Albuquerque, Estenio Ericson Botelho de Azevedo, Teresa Cristina Esmeraldo Bezerra.

ISBN 978-85-7826-855-8

1. COVID-19 - Pandemia 2. Crise econômica 3. Políticas públicas
4. Políticas sociais I. Moreira, Ana Samilly Alexandre. II. Albuquerque, Cynthia Studart. III. Azevedo, Estenio Ericson Botelho de. IV. Bezerra, Teresa Cristina Esmeraldo.

22-135249

CDD-362

Índices para catálogo sistemático:

1. COVID-19 : Pandemia : Desigualdades : Aspectos socioeconômicos : Problemas sociais 362
Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

SUMÁRIO

Apresentação (v. 2)	7
SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19	
1 - Enfrentar a covid-19 e fortalecer vínculos sociais: desafios do Serviço Social na rede hospitalar pública em Fortaleza <i>Virgínia Márcia Assunção Viana, Luana Pereira do Nascimento Lima, Antonia Milena Elmiro Furtado Cid e Edvânia Custódio do Nascimento Albuquerque</i>	17
2 - A atuação das assistentes sociais do Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC no contexto da pandemia Covid-19 <i>Maria das Graças Fonseca Rocha</i>	39
3 - O Serviço Social e a interprofissionalidade no Hospital Regional Norte durante a Pandemia Covid-19 <i>Márcia Maria Santos da Silva, Joeline Gomes de Carvalho, Iara Pinto Moreira e Júlia Beatriz Faustino Moura</i>	57
4 - A experiência de Assistentes Sociais nas Clínicas de Hemodiálise diante da pandemia de COVID-19 <i>Aline Luiza de Paulo Evangelista, Maisa Bezerra Pinheiro e Maria Ilná Rocha Ramalho</i>	79

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

5 - Cenários de dor e resistência: a experiência do Serviço Social em um hospital da rede municipal de Fortaleza durante a pandemia do Covid-19 <i>Ana Sabrina de Oliveira Fernandes e Laurinete Sales de Andrade.....</i>	101
6 - O exercício profissional do/a assistente social: um relato das experiências no ambulatório de transplante renal em um contexto de pandemia <i>Maria Nayana Carvalho Tavares e Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho.....</i>	125
7 - Serviço Social na pandemia de Covid 19: a experiência das “visitas virtuais” <i>Dayanne de Moraes Ferreira e Maria Gomes Fernandes Escobar.....</i>	147
8 - Serviço Social, pandemia e humanização na saúde: relatos sobre mediação de videochamadas <i>Maria Erica Ribeiro Pereira, Ana Lúcia Pinto Tavares e Samantha de Almeida Nóbrega Soares.....</i>	167
9 - COVID-19 e o Serviço Social no âmbito hospitalar: O CoVIVE SOCIAL como estratégia de comunicação <i>Helaine Aparecida Maia, Ondina Maria Chagas Canuto e Socorro Letícia Fernandes Peixoto.....</i>	193
Autores/as e Organizadores/as (v. 2).....	213
Anexo: Conteúdo dos volumes 1 e 3.....	223

APRESENTAÇÃO

No final de 2019, a humanidade foi surpreendida pela emergência da pandemia de Covid-19, fato que levou milhões de pessoas ao adoecimento físico e psíquico e, também, a milhões de mortes em todo o planeta. Com um potencial de contaminação estarrecedor, o novo coronavírus atingiu diversos segmentos da população, mas, principalmente, aqueles que fazem parte de grupos vulneráveis, como pessoas negras, idosos, população de rua, mulheres, dentre outros/as. Em razão disso, até a conquista da vacinação em massa, a única medida preventiva factível e eficaz era o isolamento social.

Se para alguns foi possível exercer seus trabalhos em casa, ainda que de forma precária, em que pese sobre as mulheres a sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidado, para muitos, o chamado *home office* foi inviável. Em busca de sobrevivência, milhares de trabalhadoras e trabalhadores precarizados/os foram obrigadas/os a colocar em risco a própria saúde e a de suas famílias,

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

devido a insuficiência de meios para garantir a sua sobrevivência e a ausência de políticas públicas que atendessem às suas necessidades. Ademais, durante a pandemia, agravaram-se outras expressões da questão social, a exemplo da fome e insegurança alimentar, da violência doméstica contra as mulheres e crianças, ou mesmo, as múltiplas formas de sofrimento psíquico, em um cenário de crise generalizada com carência de perspectivas para o futuro e de desmonte das políticas sociais.

Este prolongado contexto pandêmico, um período de mais de dois anos, com sucessivas ondas de contaminação, produziu inúmeras consequências econômicas, políticas e sociais em todo o mundo e, de forma particular no Brasil, diante do negacionismo e da ineficiente resposta do governo federal. A crise humanitária capitalista, intensificada pela pandemia de Covid-19, tem desafiado inúmeras profissões a construir soluções para as novas demandas e necessidades sociais da população sobretudo das frações mais pauperizadas e sobranes para as necessidades do capital.

Considerando este contexto, observou-se que o Serviço Social brasileiro foi convocado a elaborar respostas profissionais, consonantes ao projeto ético-político, de enfrentamento à pandemia, produzindo inflexões do trabalho profissional de assistentes sociais nas políticas sociais. Nessa perspectiva, o Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social da UECE e o Conselho Regional de Serviço Social 3ª Região publicaram editais específicos para a recepção de textos que tratassem do tema. Surpreendeu-nos a quantidade de propostas recebidas, fato que nos levou a organizar este E-book em três volumes, composto por capítulos com reflexões sobre os diversos aspectos que caracterizam essa complexa

APRESENTAÇÃO (v. 2)

realidade contemporânea. O objetivo da obra é promover o acesso a leituras interdisciplinares que norteiam estudos, pesquisas e práticas profissionais em diversos campos de investigação e de intervenção, abordando múltiplas dimensões da crise sanitária, política e social em que nos encontramos atualmente.

O segundo volume, apresentado a seguir, intitulado **Serviço Social na saúde: estratégias de enfrentamento à pandemia de Covid-19**, é composta por textos que socializam reflexões e experiências do Serviço Social cearense na linha de frente à pandemia. Inicia-se com o capítulo *Enfrentar a covid-19 e fortalecer vínculos sociais: desafios do Serviço Social na rede hospitalar pública em Fortaleza*, um relato de experiência do Projeto “Implantação do atendimento humanizado por videoconferência aos pacientes atendidos nas unidades de isolamento por COVID-19”, que teve como lócus de atuação profissional um hospital terciário especialista em cuidado cardiopulmonar, situado na capital cearense. As autoras compartilham a utilização desta ferramenta como mediação do trabalho de assistentes sociais, visando aproximar usuários/as de seus/as familiares, contribuindo para o fortalecimento de vínculos, em um momento adverso como na pandemia.

Em seguida, o capítulo *A atuação das assistentes sociais do Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC no contexto da pandemia Covid-19*, destaca a atuação das assistentes sociais de um hospital público universitário, no contexto da pandemia. Desse modo, desenvolve-se uma análise sobre a atuação cotidiana do Serviço Social neste espaço ocupacional, com ênfase nas mudanças que foram necessárias no processo de trabalho das profissionais do setor para o enfrentamento da situação de emergência em saúde.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

No mesmo horizonte, apresenta-se o capítulo *O Serviço Social e a interprofissionalidade no Hospital Regional Norte durante a Pandemia Covid-19*, que relata a experiência interprofissional de assistentes sociais neste serviço durante a pandemia COVID-19, com apreensões críticas sobre aspectos teórico-metodológicos que permeiam a atuação do Serviço Social diante da reestruturação do serviço, no contexto da pandemia. Destacam-se as reflexões sobre as orientações da Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional (COFI) e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) acerca da importância da interprofissionalidade para práticas colaborativas e o trabalho coletivo em saúde, no intuito de melhoria para atenção aos/as usuários/as.

O capítulo *A experiência de Assistentes Sociais nas Clínicas de Hemodiálise diante da pandemia de COVID-19*, versa sobre a atuação profissional nas clínicas de hemodiálise no cenário pandêmico que, ao pautar-se pela viabilização de direitos das pessoas que vivem com Doença Renal Crônica, exigiu revisitar as dimensões da instrumentalidade do Serviço Social, considerando o conhecimento para saber fazer, a escolha do que de fato fazer e o como fazer, ou seja, as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão.

No capítulo *Cenários de dor e resistência: a experiência do Serviço Social durante a pandemia de Coronavírus*, relata-se a prática profissional do Serviço Social em um Hospital da Rede Municipal de Fortaleza, que atua na linha de frente da Covid-19, a partir das histórias de pacientes e familiares que enfrentaram a “Covid Reagente”, com dor e resistência. Ressalta-se o trabalho das assistentes sociais nesta realidade, que

APRESENTAÇÃO (v. 2)

possibilitou um reinventar diário, exigindo a competência ético-política, o trabalho em equipe e o cuidado de si.

Já o capítulo denominado *O exercício profissional do/a assistente social: um relato das experiências no ambulatório de transplante renal em um contexto de pandemia*, explicita as vivências de uma preceptora e uma residente no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional, em um Hospital Universitário de referência em Fortaleza, destacando-se reflexões acerca das atividades desempenhadas no ambulatório de transplante renal do referido hospital.

Segue-se o capítulo *Serviço Social na pandemia de Covid 19: a experiência das “visitas virtuais”*, no qual se tematiza, também, a realização das “visitas virtuais”, por chamada de vídeo, tornando-se ferramenta indispensável de mediação para presença de familiares junto aos pacientes, possibilitando um fazer profissional garantidor de direitos, sustentado no aporte teórico-metodológico e ético-político que direciona a prática profissional para um sistema de saúde melhor e mais humano.

Nesta segunda parte, apresenta-se ainda o capítulo *Serviço Social, pandemia e humanização na saúde: relatos sobre mediação de videochamadas*, que igualmente ao anterior, aborda o trabalho do Serviço Social na humanização do atendimento a usuários/as internados/as e acometidos/as pela Covid-19. Com base na mediação das relações entre famílias, usuários/as e profissionais em videochamadas, reafirma-se essa importante ferramenta de humanização, acesso e democratização da informação como instrumento de fortalecimento e manutenção de vínculos entre usuários/as internados/as e suas famílias, em um contexto de restrições às aproximações físicas dadas as determinações sanitárias.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Por fim, destaca-se nesta parte o capítulo *COVID-19 e o Serviço Social no âmbito hospitalar: O CoVIVE SOCIAL como estratégia de comunicação*. O referido capítulo trata da necessidade de reorganização das redes hospitalares públicas imposta pela realidade da pandemia, sobretudo no que diz respeito ao isolamento social, produzindo diversas consequências para quem está em internamento/acompanhamento hospitalar. No texto em questão, aborda-se a experiência de um grupo interprofissional de pesquisadores que buscam desenvolver “uma Plataforma de Colaboração, Informação e Comunicação entre o Serviço Social Hospitalar e as famílias no enfrentamento ao COVID-19”, o *CoVive Social*, com vistas aproximar pacientes e famílias, por meio da transmissão de informações sobre o/a paciente e sobre seus direitos sociais, contribuindo para um atendimento humanizado no âmbito da internação hospitalar.

Importa ainda destacar que esta obra, em sua totalidade, só se tornou possível por meio da histórica e relevante articulação entre o Conselho Regional de Serviço Social 3ª Região (CRESS/CE) e o Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social (MASS/UECE). A expressão da importância desta articulação se materializa neste livro, por meio de um rico debate que se apresenta no campo das reflexões que se produzem no espaço acadêmico e nos diversos espaços socio-ocupacionais.

Outro aspecto importante e fundamental para a realização desta publicação, diz respeito ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio de financiamento de algumas das pesquisas aqui apresentadas, sendo a primeira agência citada

APRESENTAÇÃO (v. 2)

também responsável pela disponibilização dos recursos necessários à produção deste livro, advindos do convênio 88881.591881/2020-1. Além deste apoio financeiro citado, importante destacar a colaboração do corpo funcional do CRESS/CE 3ª Região, bem como também o investimento de recursos econômicos por parte deste conselho, tanto no que diz respeito à finalização desta E-book, como da possibilidade de sua edição impressa.

Esperamos que as reflexões aqui presentes contribuam para pesquisas nos diversos campos, como os aqui destacados, e orientem as inúmeras práticas profissionais sociais de assistentes sociais e outros/as profissionais para os/as quais a pandemia foi um intenso desafio. Assim, parabenizamos todas, todos e todes que se ousaram pensar estes desafios, trazendo importantes contribuições para o adensamento da formação e do exercício profissional de modo crítico e propositivo. E não podemos deixar de manifestar nosso pesar pelas diversas vidas perdidas neste momento tão trágico e fazer referência àqueles e àquelas que estiveram na linha de frente de seu enfrentamento, sendo fundamentais para a construção de respostas para a superação deste momento.

Fortaleza, 30 de junho de 2022

Comissão de Organização

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE:
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO
À PANDEMIA DE COVID-19**

ENFRENTAR A COVID-19 E FORTALECER VÍNCULOS SOCIAIS: DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NA REDE HOSPITALAR PÚBLICA EM FORTALEZA

*Virgínia Márcia Assunção Viana
Luana Pereira do Nascimento Lima
Antonia Milena Elmiro Furtado Cid
Edvânia Custódio do Nascimento Albuquerque*

1 INTRODUÇÃO

Desde o espreiamento, por volta de dezembro de 2019, da transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2) que se iniciou na cidade de Wuhan, na China, e, em seguida, ampliada e disseminada para outros países (BRASIL, 2020), como uma pandemia de abrangência global que carrega em sua essência uma doença, Covid-19, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas até quadros graves, que têm desafiado, principalmente às/aos profissionais de saúde, à intervenção clínica e terapêutica e suas formas de sociabilidade em todas as partes do mundo.

No Brasil, o Ministério da Saúde recebeu a primeira notificação de Covid-19 em 26 de fevereiro de 2020 e, desde então, o número de casos no país vem ganhando destaque com impactos profundos no contexto sanitário e social. Em 11 de março de 2020, a Organização

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia do novo coronavírus, sendo urgente a tomada de medidas sanitárias para diminuir a transmissão da doença. O atual cenário que vem atingindo o mundo tem sido pauta de preocupações das autoridades competentes, bem como vem apresentando situações que exigem intervenções diferenciadas, especialmente dos governos, de gestores/as e de profissionais da saúde que atuam na assistência direta aos/às usuários/as suspeitos/as e/ou com diagnóstico de Covid-19.

O avanço das contaminações causadas pelo vírus tem impactado diretamente na condição de vida, trabalho, sociabilidade e sobrevivência, principalmente das classes menos favorecidas social e financeiramente. O contexto de COVID-19 vem acentuando as expressões da questão social, bem como as crises política e econômica já existentes, tornando-se cada vez mais latente as determinações sociais no processo de saúde-doença, representadas, por exemplo, pelo aumento das taxas de desemprego e subemprego condicionado pela precarização do trabalho, dos registros mais frequentes de violência doméstica e feminicídios, do afastamento e evasão da juventude das escolas, seja pela necessidade imediata do trabalho ou atividade remunerada para contribuir na renda familiar e/ou por uma proposta educativa não articulada aos anseios e expectativas juvenis, de gerações constituídas na era tecnológica, que não tem na escola pública esse lugar de aprendizagem.

As determinações sociais da saúde são agravadas com a gestão neoliberal das políticas públicas, no contexto de crise do estado capitalista, que impõe a restrição do estado social e lança ao mercado a prestação dos serviços públicos de forma terceirizada e, por vezes, privatizada. A crise sanitária da pandemia da covid-19 chega nesse cenário de precarização na prestação dos serviços de saúde no Brasil

com medidas implementadas, principalmente, desde a década de 1990, quando as jornadas de “contrarreformas” marcam o ajuste e reestruturação do estado brasileiro na proposta de Bresser Pereira no Governo Fernando Henrique Cardoso (PSDB-1994-1997; 1998-2002).

A conduta neoliberal no estado brasileiro continua nos governos de “conciliação de classes” do presidente Lula da Silva e Dilma Rousseff nos anos 2000 (PT-2003-2016), onde a política econômica seguiu as normas do mercado financeiro, de juros altos, de endividamento da classe trabalhadora, inclusive das famílias e indivíduos com renda de benefícios sociais do Cadastro Único, como o Benefício de Prestação Continuada - BPC e Bolsa Família. Mesmo que as políticas de ajuste do salário mínimo e fortalecimento da política de assistência social tenham sido incrementadas, isso não foi suficiente para barrar a crise política e de “governabilidade” permitida no limite do que impõe a classe dominante. Assim, o segundo mandato do governo Dilma Rousseff é interrompido com o impedimento da presidenta que teve repercussão mundial, identificada, posteriormente, ao “golpe parlamentar brasileiro” articulado pelos partidos PSDB e os do Centrão, principalmente, sob a regência do vice-presidente, Michel Temer (PMDB-2016-2018).¹

¹ “Conciliação de classe” é entendida como articulação política de interesse opostos, como ter em tese a defesa das políticas sociais pelo Partido dos Trabalhadores - PT, mas ter a defesa da política econômica através de ajuste fiscal, reestruturação do Estado Social reduzido pelo neoliberalismo, como é a tese do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e Partido Social Democrata Brasileiro (PSDB). Assim, o impedimento da Presidenta Dilma foi baseado em denúncia de irregularidade no processo de remanejamento fiscal do Estado, nomeado como “pedaladas fiscais”, que não foram confirmadas de fato, por isso relacionado ao “golpe”.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

É no governo interino assumido por Michel Temer que se efetiva a contrarreforma trabalhista, destacando-se a terceirização da força de trabalho no serviço público em todos os níveis das esferas do Estado brasileiro e não apenas para as atividades meio, como já era previsto. Isso é, parte do desmonte do aparato institucional de proteção ao trabalho que articulado à Emenda Constitucional nº 95/2016, do teto de gastos, deflagrou o golpe que impede o investimento público em políticas sociais por 20 anos.

Numa armadilha denominada Operação Lava Jato, comandada pelo juiz da Comarca do Paraná, Sérgio Moro, ocorreu a prisão do ex-presidente Lula, que impediu a participação deste no processo eleitoral de 2018, favorecendo a eleição do atual presidente Bolsonaro, empossado em 2019. A contrarreforma da Previdência Social se efetivou em 2019 na esfera federal, nos estados e segue em andamento a contrarreforma administrativa, com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC 32)², que é um golpe frontal nos princípios administrativos e na gestão pública do estado brasileiro.

Neste cenário de avanço da restrição do Estado Social brasileiro, o governo Bolsonaro ao longo do seu mandato tem efetivado drásticas medidas de fragilização dos direitos sociais, privatizações de serviços e empresas públicas, e, inclusive, mantendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos principais alvos de sucateamento, sem priorizar a garantia da imunização da população brasileira com a ampla vacinação e prevenção de novas contaminações e mortes pela Covid-19. A proposta de imunização de rebanho³ sugerida como orientação

2 Dados disponíveis em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc32.htm. Acesso em: 30 jun. 2021.

3 <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/100-imunidade-de-rebanho>

no combate ao Coronavírus no Brasil provocou o agravamento da pandemia, sendo uma evidente defesa negacionista da ciência e incremento da necropolítica⁴ no Governo Bolsonaro.

Em 2020, o Brasil, neste processo de desmonte das políticas e dos serviços públicos, é atravessado pela pandemia do coronavírus, tornando-se em 2020 e no primeiro trimestre de 2021 um epicentro mundial de contaminação e mortes por Covid-19. O SUS, como sistema de atendimento universal, foi a possibilidade de sobrevivência de muitas pessoas contaminadas, da atenção primária à secundária e terciária, onde receberam orientação de prevenção e promoção à vida, acompanhamento ambulatorial e de internação em unidades secundárias, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e internações hospitalares de médio e alto riscos.

Diante dos agravos provocados pelo vírus, a OMS também indicou que a maioria, cerca de 80%, de pacientes infectados pela Covid-19 podiam ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requererem atendimento hospitalar por apresentar

4 Análises filosóficas de Mbembe sobre as formas de gestão do Estado Capitalista que promove a opressão, perseguição e morte de segmentos mais pobres e vulnerabilizados da sociedade por sua condição de raça, etnia, gênero e condição social. Essas análises se entrelaçam à condução do Governo Bolsonaro no enfrentamento à Covid-19 com a proposta de “imunização de rebanho”, em que mortes são previstas até que a população esteja com antivírus produzidos pelos indivíduos contaminados e sem vacina, o que confirma o aumento excessivo de mortes, possíveis de serem prevenidas com a vacinação a toda população. Maiores esclarecimentos em MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Tradução Renata Santini. São Paulo: N-1 edições, 2018.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (BRASIL, 2020).

Atualmente o índice de óbitos ultrapassa mais de 615 mil vítimas fatais⁵ no Brasil e a marca de 23.488 no Ceará. No início da Pandemia, em março de 2020, as iniciativas adotadas pelo Estado do Ceará fez o enfrentamento às orientações do Ministério da Saúde em relação ao uso de medicamentos sem comprovações científicas, de eficácia no tratamento e prevenção à Covid-19, tal como a Cloroquina, droga geralmente indicada para o tratamento de doenças cancerígenas. A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) agiu de imediato com ações visando à ampliação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e enfermarias dos hospitais da rede estadual, com o avanço dos casos de Covid-19. Na capital e em diversos municípios do interior houve o apoio através de medidas de “lockdown” objetivando conter a propagação do vírus. Além disso, houve a abertura, na capital cearense, de um hospital de referência especializado em Covid-19.

Já em 2021, a SESA sinalizava avanços com a compra de lotes de vacinas, autorizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), iniciando o plano de imunização da população cearense, sem, contudo, garantir sua continuidade, tendo em vista a indisponibilidade de vacinas para todas/os. Assim, foram priorizados segmentos de profissionais de saúde no atendimento às/aos usuárias/os com Covid-19, pessoas com comorbidades, idosas/os e, na sequência, a definição de outras categorias prioritárias de profissionais no plano de imunização, considerando atividades com grupos

5 Dados disponíveis em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02.dez.2021, dados atualizados em 02/12/2021.

de pessoas, a exemplo dos profissionais da educação. Vale destacar que a movimentação no plano de imunização no Ceará tem relação direta com as pressões dos segmentos financeiros e comerciais para retorno das atividades presenciais, enquanto as pesquisas e orientações científicas de infectologistas e sanitaristas sugerem a manutenção de “lockdown”. Essas normas foram flexibilizadas, mesmo antes de garantir condições efetivas de biossegurança, como tem sido denunciado, por exemplo, na aglomeração em transportes coletivos, bancos, comércios, bares e restaurantes.

O elevado e crescente número de casos de contaminação e mortes confirmadas pelo vírus em questão, assim como cada mutação do coronavírus, desafiam profissionais e gestores/as da política de saúde, em especial no âmbito do SUS, o qual vem somando esforços no enfrentamento dessa situação de ampla magnitude que tanto ameaça e impacta a humanidade. Estudos, pesquisas e a organização dos serviços de saúde no combate à Covid-19 estão sendo construídos ao tempo em que são necessárias orientações e atendimentos às pessoas contaminadas.

Destacamos a relevância do presente relato, tendo em vista a defesa da vida social, campo da intervenção do/a assistente social nas múltiplas manifestações da questão social. Assim, as experiências aqui compartilhadas visam contribuir na compreensão dos desdobramentos advindos da Pandemia de Covid-19 junto ao serviço público de saúde na atenção terciária. Ademais, é imprescindível demarcar historicamente os desafios postos à prática profissional observando as estratégias adotadas neste cenário de atuação em tempo de não conformidades.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

2 COVID-19: LIMITES E POSSIBILIDADES NO TRATAMENTO HOSPITALAR

No Brasil, o contexto de disseminação da Covid-19 trouxe à tona questões referentes à implantação do projeto neoliberal que desde 1990 tem objetivado desmontar os direitos sociais conquistados na década anterior. Tais medidas contribuem para a precarização da condição de vida e trabalho da população. Esta nova tendência tem fortalecido a lógica do trabalho informal e as precárias condições laborais, atingindo grande parte dos profissionais, inclusive os assistentes sociais

Nesse cenário de contradições e crise sanitária, assistentes sociais foram convidadas/os para atuar na linha de frente, em consonância com o capítulo II, art 3º do Código de Ética Profissional, o qual estabelece que “é dever do assistente social participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (BRASIL, 2012. p. 27).

A internação hospitalar por Covid-19 trouxe novas configurações aos serviços de saúde. De acordo com os órgãos epidemiológicos a nível nacional e internacional, o isolamento social é a orientação universal para evitar a propagação do vírus. Tudo isso, com contaminação em larga escala, é uma grande novidade que desafia a prestação de serviços profissionais, em especial, no SUS, para onde acorrem as populações com maior incidência de contaminação, ou seja, os corpos mais fragilizados com deficiência de imunidade por falta de alimentação e nutrição adequadas, os mais pobres e aqueles em condição de desemprego. Desta forma, a Covid-19, bem como outras doenças contagiosas, é marcada pela cor, etnia, gênero e condição social dos povos originários e população periférica das cidades e do campo.

Assim, a condição de desigualdade social que encarna a Covid-19 revela que o Serviço Social como profissão é fundamental no âmbito das políticas sociais, considerando sua capacidade mediadora e integradora entre equipes multiprofissionais e famílias. No contexto hospitalar com isolamento a demanda de familiares por notícias de entes queridos, usuários/às internados/as trouxe incisivamente a demandas de comunicação entre famílias pacientes.

O primeiro questionamento dos familiares era de ordem clínica, pois diante das más notícias veiculadas na mídia e da letalidade da doença havia um terror instaurado. O desespero era real, as famílias exigiam com frequência a atualização do boletim médico, bem como pleiteavam o contato através de videochamadas, já que as visitas estavam suspensas e a condição de isolamento restringia a autorização de acompanhante.

Desse modo, as preocupações e angústias apresentadas por familiares surgiram como uma questão desafiadora à instituição hospitalar, requerendo um processo de reinvenção e criatividade, tendo em vista as modificações das rotinas e o enfrentamento de novas configurações no cotidiano profissional (GUERRA, 2009).

Enquanto intensificava-se a quantidade e a complexidade de atendimentos aos/às usuários/as, as instituições de saúde, no caso a instituição hospitalar, precisavam adaptar-se a uma nova realidade. Foi necessária, portanto, a criação de novos caminhos de intervenção, visando proteger os/as profissionais. Por isso, profissionais do grupo de risco (idosos, pacientes crônicos, etc.) tiveram que ser afastados dos locais de atendimento ao público, trazendo uma maior sobrecarga para a equipe enquanto a gestão providenciava reforço para os setores desfalcados.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

As mudanças e adaptações nas rotinas institucionais exigiam das equipes uma grande interlocução e estreitamento na comunicação interprofissional. O trabalho remoto no Serviço Social não teve adaptações no contexto desta unidade, pelo contrário, exigia-nos o árduo trabalho presencial, exceto às/aos profissionais com comorbidades e/ou a partir de 60 anos. Além disso, o Serviço Social foi convocado/a para intervir diretamente na grande lacuna trazida por usuários/as e familiares, relacionada a comunicação entre estes.

Diante disso, elucidamos aqui as propostas desenvolvidas pelo Serviço Social para mitigar os impactos ocasionados pelo isolamento rígido no contexto de internação hospitalar pela Covid-19. Em meio às atividades do cotidiano já desempenhadas, a categoria recriou, sugeriu e entrevistou pautando ações na política de humanização que define o acolhimento como “[...] reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações” (BRASIL, 2013, p. 06).

Em meio a tantos desafios cotidianos para atuação do/a Assistente Social na pandemia, neste relato de experiência apresentamos um projeto social desenvolvido pela equipe de Serviço Social de uma unidade hospitalar de atenção terciária do estado do Ceará com usuários/as internados/as com Covid-19. O Projeto “Implantação do atendimento humanizado por videoconferência aos pacientes atendidos nas unidades de isolamento por COVID-19” objetivou realizar a comunicação, de forma virtual, entre usuários/as internados/as e familiares, proporcionando a aproximação, contato, apoio e o fortalecimento de

vínculos sociais como enfrentamento à fragilização física e socioemocional condicionada pela Pandemia da Covid-19.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Na prática profissional, levando em consideração a Lei de Regulamentação da Profissão, Lei nº 8.662/93, a pesquisa é instrumento primordial para a qualificação de tal prática, pois além de indutora da reflexão crítica, busca ultrapassar as barreiras impostas pelo imediatismo, tendo em vista o aspecto investigativo que atravessa o fazer profissional do/a assistente social. De acordo com Minayo, “pesquisar [...] é uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação” (2010. p. 47).

Desse modo, a pesquisa está imersa em um contexto histórico, e, neste caso, o estudo ora apresentado traz aspectos e estratégias criadas e executadas por assistentes sociais em um contexto pandêmico, no qual as limitações foram imediatas e abruptas, revelando a necessidade de elaboração de ações estratégicas, criativas e interventivas em uma unidade terciária de saúde, considerando o conceito ampliado de saúde e a relevância dos determinantes sociais da saúde.

Este relato possui uma abordagem qualitativa, tendo como instrumentos metodológicos a pesquisa bibliográfica e documental, bem como a sistematização de experiências vivenciadas no contexto hospitalar no que se refere ao fortalecimento de vínculo entre usuários/as do serviço diagnosticados/as ou suspeitos/as de Covid-19 com seus familiares.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

4 PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO ATENDIMENTO HUMANIZADO POR VIDEOCONFERÊNCIA⁶

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde apresentam quatro grandes eixos, sendo eles: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2015). Os eixos supracitados comportam ações diversas e inferem no processo de articulação, visando um olhar ampliado direcionado para a totalidade que permeia o processo de saúde-doença na vida do indivíduo, compreendendo as particularidades e singularidades apresentadas no cotidiano profissional.

Dentre as principais ações desenvolvidas por assistentes sociais na saúde no eixo Atendimento direto aos usuários, destaca-se, “fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (CFESS, 2015, p. 43).

As novas rotinas postas no contexto hospitalar no cenário de pandemia ocasionada pelo Covid-19 trouxeram novas conformações e desafios a todas as categorias da saúde. No entanto, o Serviço Social por ter uma maior aproximação com a população usuária e por pautar intervenções baseadas no seu Projeto Ético Político, deve convergir e dialogar com conceitos fundamentais para atuação na referida área, tais como: a concepção de saúde, integralidade, intersetorialidade, participação social e interdisciplinaridade (CFESS,

6 No decorrer do texto mencionaremos a expressão “videochamada” em alusão ao termo videoconferência.

2015, p. 39). Foi considerando os elementos antes expostos que se implantou um projeto de intervenção com o objetivo de fortalecer a política de humanização em tempos de pandemia, possibilitando o estreitamento do vínculo social entre usuários/as e familiares através de videochamadas, minimizando, assim, os impactos do isolamento rígido provocado pelo coronavírus no contexto de internação.

A Instituição contemplada pelo projeto integra a Rede de Atenção à Saúde no nível da Atenção Terciária sendo referência em Cuidados Cardiopulmonares esta unidade contribuiu sobremaneira nos períodos mais críticos da pandemia somando esforços junto a Secretaria de Saúde do Estado, sendo também uma referência no tratamento e combate à doença em questão. Nesse contexto foram implementadas novas rotinas de atendimento, tais como: Equipe especializada com manejo para pacientes com Covid-19; Sala de Acolhimento para triagem, a fim de averiguar supostos pacientes acometidos pelo vírus; Atendimento durante 24 horas para acolhimento de novos/as usuário/as, dentre outras.

Ademais, foi ampliado o número de leitos nas enfermarias da Emergência para pacientes infectados pelo coronavírus, contando inclusive com a implantação de dois Hospitais de Campanha. Salientamos ainda que algumas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram adaptadas exclusivamente para atender pacientes diagnosticados com COVID-19.

De acordo com Matos (2020, p; 05), compreende-se que “assistentes sociais têm uma contribuição fundamental nos diferentes serviços de saúde e não é uma pandemia que altera sua importância. O que se altera é a forma como se dará o trabalho”. A categoria das/os

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

assistentes sociais compõe o rol de trabalhadores/as da saúde. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 287, de 8 de outubro de 1998, reconhece o Serviço Social como uma das quatorze (14) profissões que compõem as equipes de saúde. De forma complementar temos a Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social que vem ratificar tal questão e abre um leque de oportunidades de trabalho multi e interprofissional que são desafios cotidianos destes profissionais.

Em 2020, com acentuados casos de Covid-19 no Ceará, grandes desafios chegaram à instituição e houve a implantação de novos processos de trabalho e protocolos. Diante do prolongamento do período de internação nas unidades hospitalares e frente às determinações de restrições através de condutas preventivas adotadas pela instituição tais como: redução das trocas de acompanhantes e suspensão destes, especialmente, quando o/a usuário/a estiver em unidades de não Covid-19, podendo desenvolver suas atividades de forma independente, como por exemplo, alimentar-se, higienizar-se e deambular; as restrições de visitas familiares, fato este que se apresentou como uma grande lacuna no processo de cuidado e recuperação; a orientação do não uso de aparelhos eletrônicos por usuários/as diagnosticados com Covid-19, a fim de evitar um índice maior de contaminação. Embora tais medidas fossem pertinentes no cenário pandêmico foi perceptível a fragilidade das redes de apoio social, emocional e afetiva, o qual repercutiu na dificuldade do tratamento, adesão e recuperação dos/as usuários/as.

Associado a isso, houve um grande tensionamento advindo de familiares objetivando contactar com os/as usuários/as, ver, ouvir e/ou conversar. O estarecimento das famílias, impedidas de acessar informações e até se

despedir de suas pessoas queridas, foi pauta de grande impacto para a Instituição. Isso nos faz lembrar, de acordo com Guerra (2009, p. 04), que “ao assistente social, no âmbito da sua inserção na divisão social e técnica do trabalho, cabe a este captar como as diversas expressões da questão social se particularizam [...] e chegam como demandas que dependem de sua intervenção”.

Segundo Loiola e Cavalcante (2021, p. 112), “é no terreno da vida social que o profissional atua para desvendar condições de respostas às demandas da população usuária dos serviços”. O Serviço Social no âmbito hospitalar, passou a lidar com um dos cenários mais intensos de dor, sofrimento e incertezas já expressos contemporaneamente. As angústias dos familiares eram latentes e apresentavam-se desde a admissão na unidade hospitalar. Após serem comunicados sobre a internação em decorrência da Covid-19 era corriqueiro o clamor de pais, filhos/as, esposos/as, tios/as e sobrinhos/as. Havia a certeza que estavam internando o seu/sua ente querido/a, mas não havia previsão de quando iriam ter alta ou se o/a paciente sobreviveria a este vírus letal.

Tratando-se de um Hospital que conta com serviço de Emergência 24 horas, referência para os diagnósticos de Covid-19, atendendo usuários/as de todo o Estado do Ceará e até mesmo de Estados vizinhos, como também pessoas estrangeiras, as demandas eram intensas e mais complexas do que as que já havíamos presenciado. Vivenciamos “cenários de guerra”. Estamos relatando casos de famílias que perderam pai e mãe na mesma hora.

Os/as Assistentes Sociais assumiram o dever de atender à população na linha de frente. No entanto, assim como usuários/as e familiares, estes/as profissionais também enfrentavam o receio e o medo do vírus, tudo era novo. Não tínhamos ainda vacina contra o Covid-19

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

no Brasil. As formas de precauções eram através do uso de EPIs, higienização das mãos e a tentativa de manter o distanciamento social.

Enquanto do lado de fora familiares aguardavam ansiosamente por notícias, as ligações telefônicas eram constantes, a solicitação por informações de usuários/as chegava a ser uma demanda extenuante! Além dos intensos atendimentos presenciais, o Serviço Social apresentou-se como importante ator neste cenário, sendo responsável por fazer esse elo mediador: família, usuário/a e profissionais, agora através de outros meios.

Vale ressaltar que o/a Assistente Social é um profissional de linha de frente nas diversas políticas intersetoriais. Contudo as demandas no cenário de pandemia intensificaram as manifestações da questão social, seja pelas formas de vida, trabalho, moradia, baixa orientação educacional, condições socioeconômicas com grande expressão da pobreza, diversas situações de violação de direitos, em suas expressões étnico-raciais, de gênero, geracionais e manifestadas até mesmo pelo abandono à pessoa idosa, pela sobrecarga de trabalho e de tensão para as mulheres e maior contexto de vulnerabilidades das pessoas negras.

O projeto de implantação das videochamadas⁷ surgiu como uma estratégia de fortalecimento de vínculos entre usuários/as e familiares, configurando-se como uma inovação nos processos de trabalho, trazendo uma possibilidade de aproximação e contato em meio a tantas angústias e incertezas.

⁷ Dados disponíveis em: http://www.hm.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1465:hospitais-da-rede-estadual-investem-em-tecnologia-para-aproximar-pacientes-e-familiares&catid=14:lista-de-noticias&Itemid=76. Acesso em: 24 jul. 2021.

As videochamadas que ocorreram durante o período de 2020 e 2021 foram registradas no prontuário eletrônico dos usuários/as, com detalhamento do procedimento na aba do Serviço Social.

Durante o planejamento das videochamadas é possível deparar-se com a imediatividade das demandas expressas através do distanciamento físico do/a paciente de seus/suas familiares, impulsionada pelo contexto pandêmico. De um lado, temos um ambiente direcionado ao atendimento e à internação de pacientes acometidos pela Covid-19 e do outro temos os/as familiares e os direitos dos/as usuários/as, e entre esses tensionamentos existe a figura do/a assistente social realizando as mediações necessárias para o desenvolvimento de um atendimento humanizado e de qualidade.

A realização das videochamadas⁸ iniciaram a partir da solicitação de familiares e/ou do/a próprio/a usuário/a internado/a no momento das visitas multiprofissionais nos postos e unidades de internação. Quando essa demanda não era identificada de imediato por assistentes sociais, outros profissionais da equipe repassavam para o Serviço Social a solicitação. As/Os usuários/as têm o/a Assistente Social como referência para a comunicação, pois há dinamicidade e variedade de motivações para o contato, tais como: preocupações com seus/suas dependentes. No caso de pais, mães, avós e avós internados/as era recorrente o questionamento se os/as demais componentes da família estavam em boa condição de saúde. Por se tratar de doença infectocontagiosa, o vírus acomete vários/as membros da família no mesmo período, o medo da morte era visível e latente, e por isso aterrorizante.

8 <https://www.ceara.gov.br/2021/07/22/pandemia-acesso-restrito-serie-documental-revela-atuacao-de-profissionais-da-saude-contra-a-covid-19-no-ceara/>

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

As preocupações dos/as usuários/as com as condições de vida e sobrevivência dos/as familiares é a uma demanda presente que afeta negativamente seu bem estar clínico e no longo tratamento, às vezes sem conseguir êxito na recuperação. Estes/as, em sua maioria, são trabalhadores/as autônomos/as que ganham os meios de sobrevivência no dia a dia, sem reservas financeiras familiares, e, por outro lado a grande quantidade de desempregados/as, aposentados/as e beneficiários/as do Benefício de Prestação Continuada (BPC), estes dois últimos, em muitos casos configuram-se como a única fonte de renda da família.

O desconforto respiratório, sintoma mais expressivo da Covid-19 causa muitas vezes pânico. Em alguns plantões haviam usuários/as chorosos/as querendo alta à pedido, sendo necessário um diálogo com a família na tentativa de amenizar o medo e o “desespero”. O ambiente hospitalar já possui características peculiares, o fato de ser cuidado por pessoas desconhecidas, não ter como falar com familiares, tornava o ambiente mais estressante e de grande sensibilidade ao/aos usuários/as. Nesse momento, o apoio das famílias entra em cena, a fim de tentar fortalecer-los/as trazendo palavras de conforto e esperança.

Diante do agravamento clínico haviam pacientes na iminência de intubação oro traqueal. Nestes casos, quando a/o usuário/a estava consciente e orientado/a, as equipes contactaram com o Serviço Social solicitando a videochamada. Por ser uma doença muito grave, em determinadas situações aquele era o último momento em vida daquele sujeito e seus/suas entes queridos/as. Eram atendimentos intensos com despedidas, choros, declarações de sentimentos, uma explosão de emoções e incertezas de ambos os lados.

No entanto, acompanhamos também casos exitosos em que as videochamadas contribuíram imensamente para o processo de tratamento e recuperação de usuários/as internados/as. A satisfação, alegria de usuários/as e familiares apresentou-se como motivo de grande contentamento e reconhecimento para o Serviço Social. Desde o acolhimento, acompanhamento social, a alta, atendimento aos/às familiares que perderam seus/suas entes queridos/as, orientação social, articulação intersetorial, encaminhamentos e intervenções às famílias com diversas configurações revelam processos de trabalho de assistentes sociais identificados como indispensáveis ao tratamento clínico, de assistência e cuidado em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que o ser humano não é um ser individual, mas coletivo e complexo, que demanda uma série de questões, respostas e articulações que perpassam a rede social, econômica, cultural, familiar e comunitária. É nesse terreno que a/o Assistente Social vai intervir diretamente nas manifestações da questão social.

A/O assistente social atua no horizonte da qualidade dos serviços prestados à população e na efetivação dos direitos sociais, sendo considerado/a nas equipes de saúde como elo mediador entre profissionais, usuários/as e famílias, compartilhando e fortalecendo a perspectiva de humanização nos processos de cuidado.

Diante do exposto, elucidamos que o Serviço Social teve e tem uma grande e reconhecida contribuição no processo de cuidado na área da saúde. Defronte os agravamentos causados pela pandemia, a profissão inserida no lócus de desenvolvimento do projeto,

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

reinventou-se e propôs saídas conjuntamente com a gestão hospitalar visando a qualidade do serviço assistencial de referência que impactam positivamente a vida de centenas de famílias e usuários/as atendidos/as no SUS.

Essa pandemia foi e ainda está sendo um dos maiores desafios para a humanidade. Tal doença veio colocar em cheque a importância do SUS no Brasil, demonstrando êxito na recuperação de muitas vidas atingidas por esse vírus. Vivenciar a atuação profissional em uma unidade hospitalar neste período tão desafiador leva-nos a dar notoriedade e compartilhar as vivências tanto para o trabalho dos/as profissionais de saúde quanto para vida de usuários/as e seus familiares.

Deste modo, destacamos que o momento pandêmico acentuou as refrações da questão social, requisitando o fortalecimento da função social do Estado para garantir o direito fundamental à vida através das políticas sociais. Ressaltamos ainda a grande contribuição e protagonismo do SUS em tempos de Covid-19, preconizando a assistência de forma holística, levando em conta as particularidades e singularidades dos sujeitos envolvidos. É mister elucidar que mesmo com todos os ataques que vem sofrendo com a lógica privatista e neoliberal intensificada no atual governo do presidente Bolsonaro através do desmonte das políticas públicas, da precarização e do sucateamento, o SUS permanece resistindo de forma universal, equânime, integral e de qualidade, sendo cada vez mais necessário sua defesa pela população brasileira.

REFERÊNCIAS

ABU-EL-HAJ, J. **Da era Vargas à FHC: transições políticas e reformas administrativas.** Dossiê: Economia e Política, 2005, v. 36, n. 1/2 p. 33-51.

Blog Coronavírus. **A “imunidade de rebanho” é eficaz no combate ao coronavírus?** Disponível em: <<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/100-imunidade-de-rebanho>>. Acesso em: 29 jul. 2021

BRASIL. **Política Nacional de Humanização (PNH).** Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 18 jul. 2021.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Hospitais da rede estadual investem em tecnologia para aproximar pacientes e familiares.** Disponível em: <http://www.hm.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1465:hospitais-da-rede-estadual-investem-em-tecnologia-para-aproximar-pacientes-e-familiares&catid=14:lista-de-noticias&Itemid=76>. Acesso em: 24 jul. 2021.

CEARÁ. Governo do Estado. **“Pandemia – acesso restrito”: série documental revela atuação de profissionais da Saúde contra a Covid-19 no Ceará.** Disponível em: <

<https://www.ceara.gov.br/2021/07/22/pandemia-acesso-restrito-serie-documental-revela-atuacao-de-profissionais-da-saude-contra-a-covid-19-no-ceara>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, DF, 2015.

Coronavírus Brasil. **Painel Coronavírus.** Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 31 jul. 2021, dados atualizados em 29/07/2021.

GUERRA, Y. A. dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS & ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília: CEAD/UnB/CFESS/ ABEPSS, 2009.

G1/CE. **Seis hospitais de campanha são montados no Ceará para atender pacientes com Covid-19.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2021/03/28/seis-hospitais-de-campanha-sao-montados-no-ceara-para-atender-pacientes-com-covid-19.ghtml>>. Acesso em 10 jul. 2021.

LOIOLA, E. M. CAVALCANTE, N. C. **Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a Assistente Social.** Cadernos ESP/CE - Revista Científica Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues. Ceará, 2021, p. 110-121.

MATOS, M. C. de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde** Disponível em: <<http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%3%BAde-2.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2021.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

A ATUAÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Maria das Graças Fonseca Rocha

1 INTRODUÇÃO

Os anos são marcados por eventos que ocorrem de forma aleatória em todo o planeta e, dependendo da sua importância histórica, ficam mais ou menos conhecidos mundialmente – é o caso das pandemias, sendo a gripe espanhola (1918), considerada a maior pandemia já ocorrida. O ano de 2019 finalizou sob a ameaça do vírus Sars-Cov-2, na China, sendo concretizada como pandemia em 2020, sob o nome Covid-19, e comparada com a gripe espanhola, pelo diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus (OLIVETO, 2020).

No início, as informações que a mídia divulgava sobre a Covid-19 não afetou a rotina dos brasileiros. Seguíamos nossas vidas tranquilos, embora solidários com os efeitos do vírus sobre a população de Wuhan, cidade onde se evidenciou a presença da doença – como

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

algo que pudesse ser controlado ali mesmo. Com a divulgação da pandemia, e a progressiva compreensão do que ela significava, passamos, todos, por uma avalanche de sentimentos desagradáveis como temor, angústia, aflição, e uma necessidade drástica e urgente de modificação de hábitos e costumes que influenciariam diretamente na preservação da saúde. Profissionais de saúde foram ainda mais requisitados, num esforço coletivo de enfrentamento ao vírus - Esse foi o clima que envolveu os profissionais e gestores do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará - UFC. Foram necessárias discussões e resoluções rápidas, eficientes e eficazes para o enfrentamento da situação.

Como os demais profissionais de saúde, diversos desafios foram colocados para as assistentes sociais. Enfrentamos momentos difíceis que exigiram proatividade e resolutividade, tanto na organização do serviço quanto no atendimento aos usuários. Dessa forma, o que trazemos aqui é a experiência da atuação das assistentes sociais do hospital universitário Walter Cantídio, que apesar de suas características próprias – hospital universitário e terciário – dedicou-se de forma especial ao enfrentamento da Covid-19. Cabe esclarecer que a referência ao termo “as assistentes sociais”, se dá pelo fato de que, até o momento, a equipe de serviço social do hospital Walter Cantídio é formada apenas por mulheres.

Acreditamos que para apresentar a atuação do assistente social no contexto da pandemia, faz-se necessária uma introdução do cotidiano profissional no seu ambiente de trabalho; sendo assim, consideramos, a partir da prática das assistentes sociais do hospital Walter Cantídio, que pode-se dizer, de um modo geral, que a atuação de assistentes sociais

no ambiente hospitalar configura-se nas ações de acolhida, prestação de informações e orientações, identificação e acompanhamento de situações sociais que demandam intervenção direta do assistente social, e acompanhamento no desfecho de alta hospitalar ou de morte – práticas cotidianas que ainda acontecem sob certa obscuridade, bem como indica Matos (2013):

[...] constitui um desafio a realização de estudos sobre o cotidiano profissional do assistente social nos serviços de saúde. Além de desafio, também uma necessidade, com vistas a buscar estratégias concretas de fortalecimento da efetividade da ação profissional visando a garantia de direitos por parte da população usuária (MATOS, 2013, p.18).

Conforme Pinheiro (1985 *apud* MATOS, 2013), o surgimento do serviço social em hospitais ocorre a partir da necessidade de construir-se um elo entre a instituição e a família; e com o próprio usuário, no sentido de garantir o tratamento após a alta, e realizar um trabalho com a família, sendo a intervenção do assistente social baseada no atendimento, com recurso à metodologia do Serviço Social de caso.

Não se pode negar que há, hoje, no ambiente hospitalar, mesmo não se utilizando a metodologia de caso, uma tendência da intervenção profissional ao atendimento individual – fato que se observa a partir da rotina de visitas aos usuários nos leitos, e, no atendimento individualizado nos ambulatórios - situação do hospital Walter Cantídio que presta também atendimento ambulatorial. Em alguns ambulatórios há assistente social de referência; nos demais, o atendimento com assistente social é por demanda espontânea – o serviço social não tem profissionais suficientes para atender toda a demanda dos ambulatórios do hospital.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Matos (2013) apresenta essa rotina ao apontar como elementos que dificultam o registro profissional, a forma como a intervenção do serviço social tem sido construída, aliada à dificuldade de compreensão do que faz o assistente social no trabalho coletivo em saúde. O autor refere que:

[...] nas unidades hospitalares, os profissionais se submetem a uma rotina diária de visitas a todos os leitos (usuários), que obviamente –devido a questões de tempo – não realizam, em geral, um trabalho concreto e depois ficam em dúvida sobre o que de relevante tem para ser registrado (MATOS, 2013, p. 129).

Ao contrário de Matos, percebemos que é compreensível e necessário esse atendimento para a identificação das demandas trazidas pelos usuários – demandas essas que devem ser analisadas a partir das expressões da questão social, que ultrapassam a situação individual. Consideramos essas visitas, a primeira intervenção social que fundamentará todo o acompanhamento do usuário pelo assistente social, inserido na equipe multiprofissional, ou como alguns preferem, no trabalho coletivo, cabendo ao profissional a compreensão da sua própria intervenção para definir a sua rotina de trabalho, pois conforme Neto (1997, *apud* PRATES, 2003), é preciso analisar a realidade com profundidade, para uma intervenção que tenha alcance e efetividade.

Analisar a realidade com profundidade foi o que a pandemia exigiu de todos os profissionais de saúde, e não poderia ser diferente com o serviço social – profissão que tem a realidade como matéria-prima de trabalho, sendo, pois, necessário, conhecê-la para que se impulsione um processo de mudança (IAMAMOTO, 2006).

Assim, este artigo tem como objetivo ilustrar a atuação das assistentes sociais do hospital universitário Walter Cantídio, no contexto da pandemia, tendo como referência o atendimento a usuários internados, fazendo-se um paralelo entre o cotidiano e as mudanças provocadas pela pandemia, promovendo também uma reflexão sobre a intervenção profissional, de modo geral.

2 O COTIDIANO E A PANDEMIA – REFLEXÃO SOBRE A ATUAÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL WALTER CANTÍDIO

O serviço social do hospital universitário Walter Cantídio–UFC, funciona diariamente das 7:00h às 19:00h, inclusive nos finais de semana e feriados. Os profissionais lidam com uma rotina intensa de atendimento a usuários internados e público externo que tanto pode ser usuários dos ambulatórios, com demandas diversas, ou usuários do sistema único de saúde, em busca de uma orientação sobre o acesso aos serviços prestados pelo hospital.

Sendo um hospital terciário, o Walter Cantídio dispõe de atendimento clínico e cirúrgico em diversas especialidades, realiza transplantes renal, hepático e de medula óssea, contando com unidades de internamento com leitos de enfermaria e UTI clínica e cirúrgica. Em cada uma dessas unidades tem uma assistente social de referência que deve prestar atendimento tanto aos usuários, como aos seus familiares.

O cotidiano das assistentes sociais neste hospital é composto por atendimentos nas unidades de internamento e atendimentos em sala – embora o setor tenha profissionais de sala, cada assistente social de referência das unidades, dispensa uma jornada semanal para auxiliar nesses atendimentos. Nos finais de semana e feriados, são realizados plantões, em sistema de

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

rodízio, devendo ter, no mínimo, duas profissionais em cada plantão. Em sala, os atendimentos são diversos, mas cotidianamente se realiza atendimento a familiares que ficarão como acompanhantes, sendo prestadas todas as orientações sobre a rotina hospitalar, direitos dos usuários internados, e dos acompanhantes; e intervimos também em algumas situações de troca de acompanhantes, e/ou visita hospitalar. O cotidiano das unidades de internamento, não só é formado por ações de rotina, como as visitas aos leitos, e a realização de entrevistas sociais, mas também por situações que surgem no decorrer dos acompanhamentos – daí a nossa observação da necessidade das visitas aos leitos, contrária ao pensamento de Matos (2013), que pela nossa compreensão, as vê como ação sem resultado prático, e que dificulta o registro profissional – embora concordemos com o autor em outras questões.

Compreendemos que as visitas aos leitos, tem como finalidade a identificação das demandas apresentadas pelos usuários, isto é, conhecer e analisar a realidade, para o processo de intervenção. Sendo assim, propomos a definição das visitas aos leitos em três tipos: a) a visita inicial, onde se mantém o primeiro contato com o usuário, e se realiza a entrevista social; b) as visitas de acompanhamento, a partir da identificação de demandas que necessitem de intervenção social; c) as visitas de rotina, realizadas com os usuários que, embora não tenham sido identificadas de início, poderão apresentar demandas posteriormente.

Assim, encontramos em Prates (2003), consonância com o nosso pensamento, quando esta refere que analisar a realidade já constitui um processo interventivo; e essa análise deve ser realizada pelo processo de reflexão, e não pode ser descontextualizada, mas um processo

dinâmico, permanente, durante toda a intervenção, e que envolve também o usuário.

Também encontramos em Matos (2013), justificativa para a defesa das visitas aos leitos, quando este refere que:

Entendemos que o Serviço Social se particulariza pelo seu trato com as diferentes expressões da questão social e que a depender do espaço socio-ocupacional onde o assistente social se inserir terá particularidades no seu trabalho, mas não especificidades. [...] na saúde está posto ao profissional de serviço social o desafio de identificar os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que atravessam o processo saúde-doença vivenciado pelos usuários, e seus familiares e amigos, mobilizando estratégias para o enfrentamento dessas questões. (MATOS, 2013, p. 119).

Dessa forma, compreendemos que para que o assistente social possa responder ao desafio de identificar os contextos sociais apresentados pelos usuários, partindo para uma análise macro, da questão social, para uma intervenção, é inevitável o atendimento individual. No entanto, o profissional deve ter compreensão da sua própria intervenção, de modo que não a realize de forma mecanizada. A ação pode ser de rotina, mas a forma de agir deve ser dinâmica – deve-se analisar as demandas apresentadas, bem como as estratégias de intervenção possíveis e mais adequadas ao seu enfrentamento, que pode ser tanto de questões mais simples, como uma orientação sobre benefício assistencial ou previdenciário, o qual o usuário tem direito e desconhece, ou não sabe os meios de acesso, quanto às mais complexas, que demandem uma interlocução com as demais políticas públicas, como situações de usuários moradores de rua que, devido a situação clínica, necessite de retorno ao ambiente familiar ou de uma vaga em abrigo.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

No tocante às demandas postas ao assistente social, vale lembrar que o profissional, como trabalhador, deve atender também às demandas requeridas pela instituição empregadora, pois que, como refere Iamamoto (2006),

O Serviço Social é uma atividade que, para se realizar no mercado, depende das instituições empregadoras, nas quais o assistente social dispõe de uma *relativa autonomia* no exercício do seu trabalho. Dela resulta que nem todos os trabalhos desses profissionais são idênticos, o que revela a importância dos componentes ético-políticos no exercício da profissão (IAMAMOTO, 2006, p. 70).

No exemplo acima indicado, referenciando situação com pendência social, trata-se de situação que além de demanda do usuário, se constitui também demanda da instituição, uma vez que é de interesse desta, a desospitalização na alta clínica, sendo imprescindível a intervenção social, mesmo que essa intervenção não apresente uma resposta que atenda a demanda de forma imediata, ou no período desejável, ou ainda que a resposta não seja satisfatória para o atendimento da demanda, pois existem situações que ultrapassam a capacidade de resposta das políticas públicas.

No processo de intervenção, o profissional utiliza elementos que lhe darão materialidade, ou seja, darão possibilidade de concretização da ação profissional – processos esses, definidos por Mioto e Lima (2009), em dois tipos: determinantes e condicionantes. Compreendemos, pela identificação das autoras, que os elementos determinantes são os que fundamentam a ação profissional (o projeto profissional; a natureza dos espaços socio-ocupacionais; as demandas dos usuários); os elementos estruturantes, como o próprio nome refere, são os que dão a estrutura, sustentabilidade,

ou a materialização propriamente, da ação, sendo identificados nessa categoria, o conhecimento, o planejamento e a documentação.

O serviço social do hospital Walter Cantídio sempre buscou imprimir qualidade ao processo de intervenção profissional, realizando periodicamente planejamento, avaliações, e revisões de ações, de instrumentais, e procedimentos padrões. Assim, pode-se dizer que há no nosso processo de intervenção, referência a esses elementos determinantes e estruturantes, tendo como principais documentos o livro de ocorrência, onde são registrados os atendimentos em sala, considerados relevantes e que possam demandar acompanhamentos posteriores, tais como atendimentos a familiares em situação de óbito, admissão de acompanhantes, outras demandas; o registro individual de atendimentos, o roteiro de entrevista social; o prontuário único onde são registradas as anameses e evoluções, que recentemente passou a ser de forma eletrônica, facilitando o acesso ao mesmo, e a comunicação entre os diversos profissionais envolvidos no atendimento a determinado usuário.

A pandemia da Covid-19 chegou revolvendo todos os terrenos “estruturados” do cotidiano humano e profissional, lançando seu enigma sobre nós, tal como a esfinge mitológica: “Decifra-me ou te devoro”, cabendo aos profissionais de saúde se posicionar na linha de frente do combate, buscando atuar de forma rápida e ágil, para encontrar meios de conter ou minimizar os efeitos do vírus, que repercutem abruptamente tanto no aspecto biológico quanto nos aspectos psicológico e social de pessoas acometidas com a doença – revelando ainda mais premente a atuação de equipes multiprofissionais.

Compreende-se que numa perspectiva de trabalho multiprofissional, no ambiente hospitalar, cabe a cada

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

categoria envolvida desvelar a sua especificidade para uma contribuição mútua de saberes, no atendimento das demandas dos usuários do serviço. Dessa forma, a atuação do assistente social é imprescindível de uma tonalidade com rigor ético-político-metodológico, evidenciando o caráter investigativo da profissão, a partir de uma concepção crítica da realidade.

É com esse critério que se pauta a atuação das assistentes sociais do hospital universitário Walter Cantídio, não sendo diferente no contexto da pandemia, que impôs a necessidade de adotar-se medidas de precaução, a partir das orientações do uso de equipamento de proteção (máscara, e quando necessário avental e *faceshield*), e de distanciamento social, optando-se por uma logística de reorganização da sala, com posicionamento de birôs e cadeiras, mantendo a distância adequada entre usuário e profissional, redução de quantidade de usuários no ambiente durante o atendimento, além da utilização de álcool em gel, e limpeza diária mais rigorosa do ambiente de trabalho. Apenas as assistentes sociais que apresentaram atestado de comorbidades tiveram afastamento de trabalho, no início da pandemia; a maioria permaneceu nos seus postos de atendimento. As assistentes sociais que atuavam em ambulatórios tiveram que concentrar-se no atendimento de sala, devido a suspensão temporária dos atendimentos ambulatoriais, e em cobertura dos serviços das unidades cujo profissional de referência estivesse afastado.

Nas unidades de internamento com pacientes acometidos pela covid-19, adotou-se como medida de precaução, a redução de visitas aos leitos, sendo o atendimento voltado para as famílias, via telefone, realizando-se a entrevista, a fim de identificar demandas para intervenção social, e garantir o direito a informações

clínicas, através de boletins fornecidos, também via telefone, por profissionais médicos. As visitas ao leito se realizariam a usuários sem identificação de familiares de referência, a fim de se obter diretamente, alguma informação que se pudesse tomar como ponto de partida da investigação social.

De início, o atendimento a pacientes internados por covid-19 era realizado por duas assistentes sociais, que se tornaram membros de uma equipe multiprofissional que desempenhava a função de comunicação com as famílias dos usuários – Ressalta-se que os profissionais dessa equipe não se desvincularam de seus postos habituais de trabalho.

O aumento do número de infectados na cidade, gerou uma demanda maior por leitos de enfermaria e UTI, sendo necessária a mudança de estratégia do hospital, para atendimento desses usuários. Dentre as mudanças ocorreu a dissolução da equipe de comunicação, adotando-se uma outra forma de comunicação com as famílias – o que provocou também a mudança de estratégia no atendimento do serviço social, com a participação de mais assistentes sociais no atendimento exclusivo de usuários com covid-19 – Ressalta-se que nesse período o hospital chegou a disponibilizar duas unidades de enfermarias e duas UTIs exclusivamente para usuários com covid-19, que chegavam transferidos de unidades de pronto atendimento – UPAs ou outros hospitais; hoje o hospital dispõe de uma UTI, e 04 enfermarias exclusivas para atendimento desses usuários, retomando-se os atendimentos regulares dos serviços de especialidades.

O que se pode observar no contexto da pandemia é que a letalidade do vírus covid-19 tornou visível uma realidade que receamos encarar, que é a morte, apresentada com maior proximidade, no seu espectro

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

mais assustador e cruel, tirando do moribundo, bem como das famílias, o direito ao rito do sepultamento, da despedida, tornando o processo de luto ainda mais dolorido. Assim, o internamento hospitalar representava, para usuários e familiares, significado contrário ao seu objetivo de tratamento e cura, tornando-se motivo maior de tensão e medo, deixando as famílias mais vulneráveis ao enfrentamento da realidade. Sem o direito a visitas, e, em muitos casos, sem direito a acompanhante – medidas de precaução adotadas pelas unidades de saúde - os familiares ansiavam por notícias dos seus parentes internados, sendo ainda mais relevante para eles a atuação das assistentes sociais, encontrando nessas profissionais, um ponto de apoio e canal mais estreito de comunicação, mesmo sabendo que não passávamos informações clínicas, sendo essa atribuição dos médicos – o que ocorria diariamente num determinado horário.

Percebe-se, então, que no contexto da pandemia, a atuação das assistentes sociais estava focada no atendimento às famílias, e, isso nos leva a refletir – embora não tenhamos essa percepção – se, pode-se considerar se houve mudança no objeto de intervenção, a partir da proposição de Baptista (1995 *apud* FALEIROS, 2011, p. 30) que considera que “o objeto de intervenção profissional do assistente social é o segmento da realidade que lhe é posto como desafio, aspecto determinado de uma realidade total sobre o qual irá formular um conjunto de reflexão e de proposições para intervenção”.

Faleiros (2011), refere que é possível desconstruir e construir o objeto do serviço social, ao apontar que:

A discussão sobre o objeto parece, e de fato é, inesgotável pela mesma dinâmica de sua inserção histórica e teórica, podendo-se construir e desconstruir o objeto

de intervenção profissional, conforme as diferentes perspectivas de análise nas diversas conjunturas. Situando metodologicamente a questão, é somente através dessa perspectiva histórica que poderemos, por sua vez, falar em construção e desconstrução do objeto de intervenção profissional (FALEIROS, 2011, p. 1)

Outro tema que nos parece pertinente trazer à discussão e reflexão é a categoria mediação, que consideramos presente na atuação profissional, embora a rotina de trabalho não nos faça percebê-la claramente. Conforme Faleiros (1985, *apud* Pontes, 2016), o assistente social tem a função de controlador e disciplinador do espaço da cotidianidade da população, e a instituição é o espaço privilegiado na execução dessas funções – onde se verifica o confronto de forças que muda as relações entre os profissionais e as normas da instituição. Nesse sentido, Pontes (2016) refere que

A categoria de mediação, nesta passagem, exprime a aceção de espaço de confrontos e de contradições, no qual se podem conquistar, ou não, avanços no trabalho de conquistas institucionais e políticas da população cliente das políticas sociais (PONTES, 2016, p. 119).

Podemos exemplificar a presença dessa categoria durante a pandemia, quando surgiu a necessidade de repasse de boletins, de modo a manter os familiares tranquilos em relação ao tratamento médico, e afastados do ambiente hospitalar, como medida de proteção. A determinação inicial da instituição era que essa seria função das assistentes sociais. No entanto, após várias pesquisas e numa discussão mais profunda sobre o tema, demonstramos não ser nossa essa atribuição, uma vez que se trata de competência de profissional qualificado para prestar informações clínicas, e ainda, que o repasse

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

dessas informações por assistentes sociais seriam superficiais e não atenderia aos anseios da família, nem o propósito da instituição. Então, coube às assistentes sociais a apresentação de uma contraproposta, que foi a elaboração de uma planilha contendo os nomes dos usuários internados, e, nome e telefone de dois familiares de referência, como alternativas para receber informações (boletins) de profissionais médicos, sendo essa planilha atualizada diariamente, facilitando, assim, a comunicação entre médico e familiares dos usuários internados. A contraproposta foi implementada e aprovada tanto pelos profissionais (assistentes sociais e médicos), quanto pelos familiares, alcançando o objetivo da instituição, sendo ainda hoje utilizada nas unidades que mantêm a necessidade desse contato.

Vale ressaltar que o repasse de boletins seguia critérios, voltando-se para usuários que não conseguiam manter contatos com seus familiares, seja devido a sua situação clínica, ou por não dispor de aparelho celular. Usuários com acompanhantes recebiam informações diretamente, não sendo necessário contato via telefone. Consideramos relevante essa mediação para a garantia das famílias, do direito à informação, de modo eficiente e seguro; por outro lado, a satisfação dessa necessidade das famílias, reduzia o fluxo de pessoas que transitavam nas ruas, e no ambiente hospitalar, atendendo, dessa forma, as medidas de precaução, e contribuindo para a redução da disseminação do vírus.

Então, compreendemos que a mediação envolve os interesses da instituição e dos usuários, sendo o assistente social o profissional que assume o papel de mediador, cabendo a esse profissional apresentar as respostas para a superação do conflito, pois conforme Faleiros (1992, *apud* PONTES, 2016).

As questões postas aos assistentes sociais são questões de imediato, pertinentes às necessidades não satisfeitas ou não providas na vida social; e aí as mediações vão surgir num *processo de complexidade*. Por esse caminho é que vejo que deva ser estudada a mediação, já que o imediato se torna complexo, na medida em que é pensado e que é trabalhado na prática (FALEIROS, 1992, *apud* PONTES, 2016, p. 124).

Outro ponto que trazemos como destaque, é a entrevista social, que, em tempos normais, se realiza diretamente com o usuário e /ou acompanhante, durante a visita ao leito. Na pandemia, a entrevista passou a ser realizada via telefone, e excepcionalmente presencial, quando o familiar procurava o setor de serviço social, em busca de informação. Na análise do instrumental utilizado, que denominamos simplesmente Entrevista Social, verificamos que, para o público específico da covid-19, seria necessário reduzir itens da entrevista, devendo-se coletar as informações de forma rápida e objetiva, concentrando-se nos dados de identificação do usuário, de familiares de referência, e na identificação de demandas.

Muitos usuários chegavam ao hospital sem as informações de contato familiar, obrigando as assistentes sociais a uma corrida contra o tempo para identificar um telefone de contato, realizar a entrevista, e alimentar a planilha para fornecer aos médicos que passariam os boletins – uma vez que estes estabeleciam um horário para essa atividade. Compreendemos que essa ação caracteriza -se de forma mecanizada, individualizada, no entanto necessária, por se tratar de uma investigação que compete ao assistente social, e que atenderia à demanda do usuário, no seu direito de ter sua família acompanhando o seu tratamento, embora de forma

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

remota; da mesma forma, a investigação atende à demanda institucional da desospitalização – daí a necessidade de objetividade na entrevista, devendo-se, ainda, realizar o registro no prontuário eletrônico – anamnese e evoluções. As anamneses são impressas e adicionadas ao prontuário físico.

Assim, compreendemos, que o assistente social na saúde tem um papel fundamental na concretização de direitos dos usuários, sendo importante também para atender as demandas da instituição, no trato com os usuários, assumindo o papel de mediador. No entanto, há uma desvalorização do trabalho pelo próprio profissional, o que não lhe deixa perceber que a sua atuação poderá promover impacto positivo ou negativo para os usuários, e que, quem imprime qualidade ao trabalho, é o próprio trabalhador.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que a forma como se estruturou o trabalho do assistente social no campo da saúde – a partir do modelo médico-clínico, estigmatizou a atuação dos profissionais que hoje optam por essa área, apresentando-se com forte dicotomia entre teoria e prática, e fragilizada na perspectiva de análise crítica da realidade – o que lhe dá pouca, ou nenhuma credibilidade numa atuação compromissada com os direitos dos usuários, com o projeto ético-político da profissão, e com os princípios da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde.

As pesquisas realizadas por Vasconcelos (2002, *apud* MATOS, 2013), e Matos (2013), sobre a atuação dos assistentes sociais na saúde apresentam dados que parecem unânimes de uma prática fadada ao imediatismo, e a apatia – Matos aponta como fator dessa característica, a

prevalência dos atendimentos individuais. Consideramos que os atendimentos individuais não são exclusividade da saúde, estando esse tipo de atendimento amplamente presente na assistência social e também no campo jurídico, portanto, compreendemos que o problema não se apresenta apenas no tipo de atendimento, mas na forma de atuação, pois Costa (2000, *apud* MATOS, 2013), identificou em sua pesquisa, um discurso reiterado de imprecisão técnica e não legitimação do seu trabalho, por parte significativa dos assistentes sociais. Trouxemos nesse artigo a atuação do assistente social num determinado hospital, discorrendo sobre o cotidiano e o contexto da pandemia - o que pode perfeitamente ser a realidade de assistentes sociais que atuam em outros hospitais; no entanto, o que pode se apresentar diferente, até num mesmo ambiente de trabalho, é a percepção dos profissionais acerca da sua atuação e da sua competência técnica, que fundamentará uma intervenção alinhada ao projeto ético-político da profissão, e ao aspecto teórico-metodológico do fazer profissional.

Esperamos que as reflexões propostas neste trabalho possam contribuir para novas discussões e reflexões acerca da atuação profissional, que possam desfazer o estigma dos assistentes sociais da saúde e que estes se percebam como profissionais que fazem a diferença para o usuário – o que significa dizer, conforme Yamamoto (2006), que somos profissionais com competência na leitura e acompanhamento dos processos sociais, assim como no estabelecimento de relações e vínculos sociais com os sujeitos sociais junto aos quais atuamos, pois disso depende as nossas atividades.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

REFERÊNCIAS

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MIOTO, R. Célio Tamasso; LIMA, Telma Cristiane Sasso. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Textos & Contextos**, v. 8, n1, p. 22-48, 2009.

OLIVETO, Marina. **Covid-19 e outras pandemias da história em África e no mundo**. Em 04/06/2020. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/covid-19-e-outras-pandemias-da-historia-em-áfrica-e-no-mundo/a-53679139>.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2016

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnicos-operativos numa perspectiva dialética crítica de inspiração Marxiana. **Textos & Contextos**, v. 8, n.1, p. 22-48, 2009.

O SERVIÇO SOCIAL E A INTERPROFISSIONALIDADE NO HOSPITAL REGIONAL NORTE DURANTE A PANDEMIA COVID-19

*Márcia Maria Santos da Silva
Joeline Gomes de Carvalho
Iara Pinto Moreira
Júlia Beatriz Faustino Moura*

1 REFLEXÕES INTRODUTÓRIAS: PANDEMIA, BARBÁRIE E SERVIÇO SOCIAL

*“Pelos campos há fome em grandes plantações
Pelas ruas marchando indecisos cordões
Ainda fazem da flor seu mais forte refrão
E acreditam nas flores vencendo o canhão”*

O cenário de desmonte das políticas públicas e agravamento das desigualdades sociais no Brasil, intensificado a partir de 2016, revela o avanço das articulações neoliberais e a sobreposição de interesses mercadológicos às necessidades emergentes das classes trabalhadoras e populações mais vulneráveis. O chamado “tripé da seguridade social¹” tem sido alvo

1 O Art. 194 da Constituição Federal de 1988 institui o tripé da seguridade social ao dispor: A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

constante de medidas que o fragilizam e buscam reduzir as responsabilidades do Estado quanto a agravos como a fome, a miséria, o desemprego e as violências.

O ano de 2020 trouxe um desafio ainda maior aos brasileiros, com a pandemia da Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS CoV-2), a qual foi anunciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março/2020. Embora seja considerada uma pandemia por sua expansão em todos o mundo, os reveses se intensificam em nosso país pela grotesca condução da crise epidemiológica. A população tem vivenciado um longo período que já contempla mais de 540.000 vidas perdidas em meio a uma gestão confusa, marcada por medidas negacionistas que refutam a racionalidade científica e seguem na contramão das orientações sanitárias globalmente adotadas (como adotar o teletrabalho, evitar aglomerações e usar máscara de proteção).

A pandemia, inquestionavelmente, revelou ao país e ao mundo o que o país insistia em ocultar: o desmonte da seguridade social e dos direitos trabalhistas pelos sucessivos ajustes fiscais deixaram o Brasil imensamente vulnerável diante da devastação do acelerado processo de contágio (Boschetti; Behring, 2021: 76).

A despeito de ter recebido algumas manifestações de apoio, a postura de não adoção de estratégias únicas e coesas e a rejeição de medidas protetivas básicas enfrentou resistência e questionamentos de diversos segmentos, sobretudo pesquisadores e profissionais cuja atuação é pautada nos princípios da Reforma Sanitária brasileira. Matos (2020) ressalta que, em virtude dos impactos das políticas neoliberais, o SUS não estava preparado para passar pelos desdobramentos de uma pandemia, sobretudo em meio à crise de políticas estruturantes, como a economia e a saúde.

A complexidade na saúde pública requereu a atuação de diversos trabalhadores desta área, graduados ou não. A mobilização destes foi ampliada tanto em decorrência do célere aumento de demandas em instituições de saúde, quanto ao adoecimento, bem como ao número de profissionais com fatores de risco de contrair o vírus que precisaram se afastar de atividades presenciais. Todavia, além de garantir quantitativo adequado, pairavam incertezas sobre estratégias mais assertivas de atuação em meio à crise instaurada.

Nesta perspectiva o Ministério da Saúde determinou, por meio da Estratégia Brasil Conta Comigo² o cadastro de profissionais da área da saúde para atuar durante a pandemia e alguns conselhos de classe lançaram normativas e guias orientadores de condutas profissionais, a exemplo do Conselho Federal do Serviço Social (CFESS), que emitiu material abordando muitas das dúvidas que se disseminavam.

Ainda assim, a pandemia moveu os profissionais a rotinas e demandas diferentes, e isso estimulou a busca de novas alternativas de resolução de demandas, reorganização de rotinas e redefinição de estratégias, para atuação - tanto individual quanto coletiva. Neste sentido, as práticas colaborativas mostram-se cada vez mais necessárias, e a atuação interprofissional reluz como um caminho possível e efetivo.

Raichellis e Arregui (2021:143) analisam a metamorfose do trabalho resultante das inevitáveis

2 A Portaria 639 do Ministério da Saúde, publicada em 31 de Março de 2020 instituiu a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde” com o propósito de realizar o cadastramento e a capacitação dos profissionais da área de saúde nos Protocolos de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19), para o enfrentamento à COVID-19, com possibilidade de serem, para trabalhar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no combate ao novo coronavírus.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

mudanças decorrentes da pandemia e apontam reflexões sobre alguns impactos no processo de trabalho dos assistentes sociais, os quais vêm “atingindo o núcleo das atribuições e competências profissionais e desencadeando inúmeras pressões e tensões aos(as) assistentes sociais nos diferentes espaços de trabalho”.

Este manuscrito representa a voz de profissionais que atuam na linha de frente de atenção às vítimas da Covid-19 e tem por finalidade compartilhar a experiência interprofissional das assistentes sociais no Hospital Regional Norte durante a pandemia COVID-19.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

*“Os amores na mente, as flores no chão
A certeza na frente, a história na mão”*

A política de saúde no Brasil galgou importantes avanços nas últimas décadas, sobretudo no que tange à ampliação da oferta e do acesso aos serviços e espelha o resultado de intensas lutas pela reforma sanitária no país. A Constituição Federal Brasileira de 1988 define a “saúde como direito de todos e dever do Estado” em seu artigo 196, o que legitima a incessante busca de ações governamentais que coadunem com a garantia deste direito. A lei suprema instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), ancorado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, pretensas pedras basilares para a estruturação de serviços e redes de atenção à saúde.

No que tange à organização e oferta dos serviços de saúde no Brasil, a Lei Orgânica da Saúde³

3 A Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 regulamenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

orienta a que a gestão e a oferta ocorram de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada. Ressalte-se que a estruturação dos serviços contempla os níveis primário, secundário e terciário, conforme a complexidade das demandas e atendimentos/equipamentos disponibilizados.

Com vistas a promover a oferta em todo o território brasileiro, respeitando-se as características e prioridades apontadas pelo cenário epidemiológico local, a regionalização também contribui para a organização do SUS, possibilitando maior eficiência, eficácia e efetividade da gestão. Fernandes (2017) ressalta que a Regionalização emerge enquanto diretriz que fomenta o compartilhamento de responsabilidades entre gestores sanitários, com o propósito de mitigar desigualdades sociais historicamente intensificadas na realidade brasileira.

Não obstante, desde sua gênese, o SUS enfrenta diversos ataques, tanto para sua estruturação quanto para seu desenvolvimento e ampliação, sobretudo confrontando-se com interesses do mercado privado que há muito flertam com o esfacelamento desta política. Dentre as tentativas de desmonte do SUS, Matos (2020:01) destaca “o desfinanciamento público, a sistemática alteração do modelo de gestão para perspectivas privatizantes e o avanço do setor privado criando uma ideologia da impossibilidade da assistência pública à saúde de qualidade...”

Tais propostas vêm sendo ampliadas nos últimos anos e ganham força nos discursos conservadores e neoliberais que invariavelmente visam o retorno financeiro para a iniciativa privada e a desresponsabilização indiscriminada do Estado nas políticas públicas.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

3 LÓCUS DA NARRATIVA: O HOSPITAL REGIONAL NORTE

*Nas escolas, nas ruas, campos, construções
Somos todos soldados, armados ou não*

A região norte do Ceará, sobretudo no ano de 2020, concentrou a maioria dos municípios em situação de alerta quanto ao elevado número de casos de Covid-19. Boletins epidemiológicos da Secretaria da Saúde do estado evidenciavam a constante elevação do número de casos positivos da doença e das taxas de ocupação de leitos em unidades hospitalares da região. O comportamento de populações e gestores diante deste cenário, porém, não foi unânime. Em algumas cidades foram adotadas medidas rígidas, enquanto em outras permaneceu a reprodução dos discursos negacionistas desprovidos de qualquer responsabilidade sanitária, mesmo com normativas da gestão estadual.

O município de Sobral, por sua vez, elaborou um plano de enfrentamento à Covid-19, associando medidas rígidas no enfrentamento da pandemia, tais como o fechamento de comércios e serviços, a adoção de teletrabalho em serviços não essenciais, proibição de atividades coletivas. Também foram buscadas estratégias de cuidado com as pessoas mais vulneráveis diretamente afetadas pela pandemia, com a disponibilização de auxílio financeiro e outros itens (alimentos, itens de higiene e limpeza, máscaras de proteção) para famílias em situação de risco social.

Situado em Sobral, o Hospital Regional Norte (HRN) configura-se como equipamento da atenção terciária à saúde pública, voltado para demandas de média e alta complexidade. Este equipamento público existe há 08 anos e é referência de atendimento para os 55 municípios da macrorregião norte de saúde do

Ceará e contempla aproximadamente 1.550.000 pessoas (Bastos, Ferreira e Oliveira, 2018).

No contexto pandêmico, o HRN segue como principal unidade de tratamento para pacientes acometidos por Covid-19 na região. Em virtude do crescimento dos agravos decorrentes da doença, os serviços e setores foram totalmente reorganizados, sendo necessário a suspensão de cirurgias eletivas e consultas em ambulatorios, a realocação física de setores, a ampliação do quadro de trabalhadores, além da mudança de fluxos e rotinas internas e externas.

Este conjunto de alterações provocou consequências imediatas que afetaram trabalhadores e usuários. Para estes, o impacto direto decorreu da suspensão de visitas e restrição de acompanhantes nos setores. Por conseguinte, pacientes e famílias evidenciavam angústia e sofrimento com a impossibilidade de comunicação presencial entre si ou com os profissionais para repasse de quadro clínico. Em conformidade foram definidas diversas estratégias, respeitando o cenário epidemiológico local, as orientações sanitárias vigentes, as situações sinalizadas através da ouvidoria da instituição e os *feedbacks* dos profissionais por meio de contato com as coordenações de setores.

Para os trabalhadores, os reflexos da pandemia se expressaram na sobrecarga de demandas, no adoecimento por franca exposição ao vírus, na tensão pelas incertezas de condutas diante de uma doença ainda pouco conhecida pela ciência, no excesso de novas informações decorrentes de novos fluxos e rotinas, na pressão emocional pela cobrança de usuários e familiares, além do afastamento que muitos profissionais vivenciaram em relação a seus parentes, como medida de precaução de contágio.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Todos estes elementos expressam a realidade dos serviços de saúde pública durante a pandemia. Ademais, fatores como a necessidade de se desdobrar entre mais de um emprego, a restrição de recursos públicos e a contratação de profissionais para atuação imediata, sem tempo hábil para a inserção gradativa nos setores figuraram como desafios constantes na ampliação da qualidade da assistência prestada. Este cenário, também identificado no HRN, evidenciou dilemas constantes de trabalhadores que vivenciam as “contradições de uma política extremamente precarizada, desfinanciada e privatizada, instrumentalizada a serviço dos interesses do mercado privado da saúde” (YAZBEK, BRAVO, MARTINELLI, 2021).

4 QUEM SABE FAZ A HORA, NÃO ESPERA ACONTECER: A REESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

*Vem, vamos embora, que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer*

O Serviço Social no Hospital Regional Norte foi implantado em 2013, delineando e estruturando suas ações alicerçadas no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão. A equipe contempla 16 profissionais, que atuam nos setores Emergência, Internações Adultas, Pediatria e Neonatologia, além da coordenação de Serviço Social. A rotina de atuação profissional contempla ações individuais e coletivas, além de registros sistemáticos em meios digitais. A estrutura física do setor possibilita a escuta individualizada, a privacidade e o sigilo, bem como o registro e compartilhamento das atividades realizadas.

A chegada da pandemia de Covid-19, porém, provocou a necessidade de redefinição de fluxos e rotinas,

além da mudança de salas, o redesenho da carga horária para modalidade de plantão e a contratação de mais 05 profissionais face ao aumento de demandas em todos os setores, tal qual descrito por SOARES, CORREIAS e SANTOS:

[...] no momento da pandemia houve um aprofundamento da plantonização da organização do trabalho profissional — inclusive utilizada como estratégia de menor exposição e risco do(a) trabalhador(a) [...] Importa ressaltar que houve uma pequena expansão de vínculos profissionais de assistentes sociais em serviços de saúde nesse período (SOARES, CORREIA, SANTOS, 2021, p. 124).

Este conjunto de readequações impulsionou o desenvolvimento de novas competências por parte de todas as assistentes sociais da instituição. Novas percepções sobre as relações com as equipes, os pacientes e as famílias. A chamada plantonização da carga horária mostrou-se uma forma de menor exposição dos profissionais ao vírus, ao reduzir os deslocamentos para o Hospital e foi uma mudança bem acolhida pelo grupo. Por outro lado, as sequências de horas de trabalho provocavam cansaço físico e mental, tanto pela extensão geográfica do hospital quanto pela repetição constante de cobranças, angústias e insatisfações, direcionadas ao SS por parte de famílias, bem como as dúvidas diante a condução de situações novas e o redimensionamento frequente dos setores.

Apresentamos a seguir o consolidado de ações desenvolvidas sistematicamente pelo Serviço Social na instituição com indicativo de sua continuidade durante a Pandemia, conforme apontado no Quadro 01.

**COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À
CRISE CAPITALISTA**

QUADRO 1. AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO HRN

Ação	Permanência durante a pandemia	
	Sim	Não
Articulação e Orientações para Liberação de Corpo e Membros (Óbito)	X	
Acompanhamento das Visitas de Familiares em Setores Clínicos		X
Acompanhamento das visitas de familiares em ambientes de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI)		X
Articulação com a rede socioassistencial	X	
Articulação e Medição de contato do médico com a família para repasse de situação clínica do paciente	X	
Articulação para suporte a Alta Hospitalar	X	
Atividades de Educação em Saúde com equipe e com usuários e familiares		X
Atividades de Educação em Saúde com familiares, pacientes e equipe multiprofissional		X
Ficha de Avaliação Social (FAS)	X	
Ficha de Identificação do Paciente (FIP)	X	
Mediação de conflitos entre usuários, acompanhantes/familiares e equipe multiprofissional	X	
Notificação Compulsória de Violências	X	
Orientação sobre Direitos Sociais	X	
Orientações sobre Normas, Fluxos e Rotinas do HRN	X	
Participação de Entrevista junto com a Comissão Intra Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)	X	
Pesquisa de Satisfação	X	
Relatórios e Encaminhamentos Sociais	X	
Reuniões com Acompanhantes/familiares		X
Restrição de Visitas		X
Viabilização de Chamadas de Vídeo	X	

Fonte: Autoria Própria

Conforme os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde (2010), as ações que predominam no atendimento direto ao usuário são: as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Estas por sua vez, não acontecem isoladas, mas integram um processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.

Dentre as ações realizadas pela categoria o preenchimento de alguns instrumentais é fundamental, pois possibilitam informações estratégicas sobre o paciente e a família, tais como a **Ficha de Avaliação Social**. Ela busca apreender os determinantes sociais do paciente e família, para que suas reais necessidades possam ser identificadas e encaminhadas por meio do acompanhamento social durante a internação.

Outro importante instrumental é a **Ficha de Identificação do Paciente**, que viabiliza identificar civilmente o paciente, com cópia de documentos e contatos telefônicos estratégicos para comunicação com a família. É utilizada prioritariamente em pacientes internados em UTI.

O terceiro instrumental de uso diário pelo Serviço Social é a **Pesquisa de Satisfação**, que busca identificar as expectativas e percepções dos usuários sobre os serviços oferecidos, avaliando sua jornada na instituição, apontando indicativos para a melhoria da qualidade dos serviços. Realizada com pacientes e/ou acompanhantes, ela é aplicada durante a internação, sendo instrumento fundamental para a pactuação do contrato de gestão hospitalar, no qual se é exigido uma taxa de 90% de satisfação dos usuários.

Além da utilização diária de instrumentais, o Serviço Social realiza outras ações, conforme descritas

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

no Quadro 1. Estas contemplam a articulação com a rede socioassistencial de vários municípios, orientações necessárias em situações de óbito, orientações sobre benefícios socioassistenciais, mediação de conflitos, atividades de educação em saúde, acompanhamento de visitas a pacientes internados, notificação de violências, orientações a pacientes e acompanhantes, participação de entrevista junto com a CIHDOTT para orientações relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, orientações sobre normas, fluxos e rotinas do HRN e articulação para alta hospitalar busca garantir ao paciente/familiar ou grupo de referência os meios necessários para que a desospitalização ocorra sem risco.

Com a pandemia da Covid-19, a Comissão de Orientação e Fiscalização (COFI) do Conselho Regional de Serviço Social trouxe várias reflexões e orientações sobre a atuação profissional neste contexto, sinalizando caminhos de intervenção profissional. Das ações elencadas anteriormente neste manuscrito, algumas permaneceram, outras foram adaptadas e algumas foram suspensas, visando a proteção de usuários, familiares e profissionais.

Não obstante, algumas mudanças requereram a adoção de tecnologias leves do cuidado, pois a reorganização do Hospital teve impacto tanto em pacientes de setores para tratamento de Covid-19 quanto nos demais setores. Os sentimentos de medo e ansiedade eram constantemente compartilhados por usuários, dentro e fora do Hospital. Várias tentativas eram feitas para viabilizar o contato entre paciente e família, em busca de maior conforto para ambos.

Merhy (2002) denomina tecnologias leves aquelas que correspondem à produção de vínculos, de relações de confiança e autonomia, além da gestão de processos

de trabalho. Ao referir tecnologias do cuidado em saúde reporta-se aos instrumentos/estratégias para viabilizar cuidado a outras pessoas. Assim, a interação do profissional com o usuário, a competência na mobilização de conhecimentos e recursos, bem como a forma como operacionaliza as intervenções podem ser consideradas tecnologias leves de cuidado.

Foi viabilizado o canal de contato audiovisual, por meio de vídeo chamadas, nos casos em que o paciente estivesse consciente, orientado e concordasse com tal contato. Para assegurar maior suporte, foram criados mapas diários de contatos telefônicos, constantemente atualizados, para facilitar esta comunicação, que ocorria por meio de aparelho disponibilizado pela instituição.

Outra estratégia que contribuiu significativamente para a redução das demandas relacionadas à comunicação com as famílias foi a criação de um setor denominado Acolhimento Familiar. Por meio de atendimento telefônico, este setor foi responsável por acolher as necessidades e dúvidas dos familiares internados, e repassar as informações pertinentes. A implementação de um canal específico para esta finalidade possibilitou maior conforto aos familiares ávidos por informações.

A não presença dos familiares no Hospital e o cenário mundial de alerta, com crescente número de óbitos, suscitou um lastro de medo entre familiares e destes com as equipes de saúde. A expectativa por informações diárias por vezes era direcionada ao assistente social e usuários queixavam-se ao ouvir que este profissional não tem competência para repasse de quadro clínico dos pacientes.

A miscelânea de insatisfação, medo, tristeza e angústia trazida por pacientes e famílias, associada à intensidade de mudanças nos setores e maior valorização

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

de algumas categorias profissionais em detrimento de outros, tanto para definição de prioridade para gratificações (“Adicional Covid”) quanto para restrição do acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) foram fatores que fomentaram desgastes para assistentes sociais neste período.

Portanto, os assistentes sociais no HRN buscaram se equilibrar em um cenário intempestivo, sem receitas prontas, onde o experienciar foi o caminho possível para ressignificar práticas. Mantiveram sua atuação pautada nas orientações do CFESS, guardando coerência com o Código de Ética Profissional, compartilhando experiências, estratégias e informações, intensificando diálogos e articulações, se indignando e resistindo coletivamente.

5 PERCEPÇÕES SOBRE A INTERPROFISSIONALIDADE

*Caminhando e cantando e seguindo a canção
Aprendendo e ensinando uma nova lição*

A atuação do Serviço Social no HRN é permeada de atividades que requerem o diálogo de saberes e práticas com outros profissionais. A intensificação das demandas no último ano, ao passo que imprimiu um ritmo frenético ao cotidiano profissional, fez emergir mais oportunidades de atuação com outros trabalhadores. Iamamoto (2001:53) enfatiza que o assistente social não desenvolve seu trabalho isoladamente e que “sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras.” Assim, alerta sobre a importância de compreender o assistente social na condição de trabalhador assalariado e as relações sociais que perpassam esta condição.

Embora os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2011) contemplem a orientação para trabalho em equipe, é comum haver entraves neste sentido. Muitos se restringem às ações individuais, seja pela praticidade de condução, seja pela não compreensão da aprendizagem e da efetividade de resultados quando as ações são compartilhadas com outros profissionais, seja pelas barreiras impostas por demais membros das equipes.

Iamamoto (2001, p. 41) chama a atenção para a importância da interface de saberes e práticas, ressaltando que “São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. É importante observar que o receio de compartilhar saberes ainda é recorrente dentre profissionais, seja pelo medo de que o outro adentre um campo privativo, seja pela concepção que cada um deve “cuidar dos seus afazeres”.

No cotidiano estas barreiras se somam ao predomínio das práticas médico centradas, elemento que fragiliza a possibilidade de atuação interprofissional e, por conseguinte, limitam as práticas que poderiam contribuir para serviços mais humanizados e resolutivos. A interprofissionalidade vincula-se à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012).

No HRN, embora não tenha sido uma concepção predominante, a interprofissionalidade durante a pandemia foi possível para as assistentes sociais na

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

atuação com trabalhadores de diversas categorias, tais como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos e técnicos de enfermagem. As práticas colaborativas contemplaram desde a readequação de fluxos até as medidas necessárias para promover melhor atenção aos pacientes e às famílias. O reconhecimento do papel específico de cada categoria não inviabilizou o compartilhamento de demandas, e criou um ambiente mais favorável à intervenção, potencializando as expertises individuais.

D'Amour *et al.* (2008) chamam de colaboração as situações em que profissionais de diferentes áreas querem trabalhar juntos para prover a melhor atenção à saúde dos usuários, mas que ao mesmo tempo reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia. Ao invés de reforçar a expectativa de autonomia e independência plena de cada profissão, na prática colaborativa os profissionais buscam reduzir a competição e substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva (D'AMOUR *et al.*, 2008; KHALILI; HALL; DELUCA, 2014).

Cabe, porém, ressaltar que o desconhecimento das atribuições dos membros da equipe é um elemento que visivelmente limita as práticas colaborativas e causa desgastes tanto pela destinação de demandas incoerentes com a atuação do profissional (o que tende a gerar expectativa e frustração no usuário) quanto pela não otimização dos saberes disponíveis na própria equipe.

A incursão da interprofissionalidade reafirma a necessidade de investir nas relações do trabalho em saúde, pois estas dependem de uma abertura para o diálogo e construção dos modos diferentes de pensar e fazer saúde, que ampliem a sensibilidade e o compromisso

ético e técnico. Destaque-se que tal investimento deve contemplar diversas facetas que coadunem para a valorização dos trabalhadores, sejam elas no campo da formação, das relações trabalhistas e da garantia das condições dignas de trabalho, sobretudo em ambientes hospitalares.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia Covid-19 desvelou uma série de reflexões sufocadas no Brasil, e evidenciou o lado mais cruel dos projetos neoliberais: a banalização da vida (dos pobres), a priorização do lucro e as tentativas constantes de legitimar e naturalizar a barbárie no país. A crise sanitária se somou à crise social, econômica e política brasileira, que vem trazendo consequências como o retorno do país ao mapa mundial fome. A omissão ou o posicionamento negacionista vem sendo a tônica da gestão destas crises.

A falta de articulação técnica num cenário em que a ciência foi a principal válvula de escape, produziu como resultados dados assustadores da doença, milhares de vidas perdidas, milhares de famílias transformadas. Ao contrário dos frutos esperados pelos negacionistas, a pandemia vem evidenciando cada vez mais a importância de um Sistema Único de Saúde fortalecido.

Enquanto trabalhadoras do SUS, a equipe de assistentes sociais do HRN vem acompanhando, desde o primeiro dia anunciado da pandemia, os reflexos dos boicotes contra as políticas públicas, os quais se espraiam sobretudo dentre as populações mais vulnerabilizadas. Compreender que a saúde pública se entrelaça com outros fatores que possibilitam condições dignas de vida é reconhecer que a defesa do SUS não pode ser uma bandeira isolada.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Neste aspecto as experiências coletivas podem ser potencializadas para ampliar reflexões sobre a interface das políticas públicas, a integralidade do cuidado e a efetividade das práticas colaborativas. No HRN ficou evidente que urge fortalecer a interprofissionalidade, e que o Serviço Social tem potencial ético e crítico para contribuir nesta discussão e na busca de equacionar a satisfação da tríade paciente-família-equipe.

Diante de muitas mudanças, o enfrentamento das perdas, a resiliência foi imprescindível para o fortalecimento da categoria profissional. Uma situação desafiadora para toda a humanidade. No Hospital prevaleceu a priorização na reorganização dos diversos serviços e envolvimento dos profissionais no enfrentamento da maior crise sanitária e epidemiológica do século. E, individual ou coletivamente, todos os profissionais se confrontaram com reais necessidades da saúde pública e com oportunidades singulares de vivenciar os desafios e as potências do Sistema de Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Francisco Elinaldo Santiago; FERREIRA, Glaucirene Siebra Moura; OLIVEIRA, Osvaldo Moraes de. **Relato de Experiência prática no Hospital Regional Norte (HRN) em Unidade de Observação Intermediária Adulto II no Serviço de Emergência**. Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA, v. 18, n. 1, 2017.

BATISTA, N. A. **Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas**. Cad. FNEPAS. v.2, p. 25-28, 2012.

BOSCHETTI, Ivanete e BEHRING, Elaine Rossetti. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Congresso Nacional**, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080**. Setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 10 julho 2021.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1155-1164, 2017.

CFESS. **Lei de Regulamentação da Profissão**. Lei 8.662, de 07 de Junho de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm> **Acesso em 07 junho 2021**.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

CFESS. CFESS Manifesta. **Os impactos da pandemia do Coronavírus no trabalho do/a Assistente Social.** Brasília, 23 de março de 2020b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010.

CFESS. Conselho Federal de Assistentes Sociais. **Código de Ética.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em 07 junho 2021.

D'AMOUR, D. *et al.* **A model and typology of collaboration between professional in healthcare organization.** BMC Health Serv Res. v.8, 2008. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350615002632>. Acesso em 01 de julho de 2020.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1311-1320, 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação.** 5 edição. São Paulo: Cortez, 2001.

KHALILI, H.; HALL, J.; DELUCA, S. **Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice.** J Interprof Care. v. 28, n. 2, p. 92-7, 2014.

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

Merhy EE, Feuerwerker LCM. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** In Mandarino ACS, Gomberg E (org). Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: UFS; 2009; p. 29-56.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. **Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar.** Psicologia em estudo, v. 11, p. 323-330, 2006.

RAICHELIS, R. e ARREGUI, C.C. **O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021

SILVA, Paloma Beatriz da, *et al.* **O trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde: breve análise da produção teórica da área.** 2019.

YAZBEK, Maria Carmelita *et al.* A conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo, n. 140, p. 5-12, jan./abr. 2021.

A EXPERIÊNCIA DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS CLÍNICAS DE HEMODIÁLISE DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19

*Aline Luiza de Paulo Evangelista
Maise Bezerra Pinheiro
Maria Ilná Rocha Ramalho*

1 INTRODUÇÃO

As festas de final de ano costumam despertar novos planos para muitas pessoas, com expectativas positivas para o novo ano que se inicia. No final de 2019, em Wuhan (China), o Sar-Cov-2, nomeado novo coronavírus, que origina a doença infecciosa COVID-19, apresenta-se com rápida disseminação de infecção em seres humanos, preocupando as autoridades sanitárias e tornando a virada para o ano de 2020 de forma atípica, pois alterou a vida de toda a população.

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o surto da doença como pandemia de COVID-19. No Brasil, o Senado aprovou o Decreto nº 6/2020 reconhecendo o estado de calamidade pública em função desta pandemia e estabelecendo respostas do poder público no enfrentamento da doença (BRASIL, 2020).

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

No país, até o dia 01 de dezembro de 2021, havia o registro de 615 mil óbitos (BRASIL, 2021), sem considerar as subnotificações, mas também, evidenciou-se o agravamento das desigualdades sociais já existentes e o acentuamento das expressões da questão social com a pandemia de COVID-19, tais como desemprego, violência doméstica, precarização do trabalho, suicídio, não acesso a auxílios assistenciais e previdenciários.

A pandemia chegou ao Brasil em um momento político e econômico instável, no governo Bolsonaro, representado por forças heterogêneas que dialogam com o projeto ultraneoliberal (TEJADAS & JUNQUEIRA, 2021). Não é novidade que a política de austeridade intensifica as desigualdades sociais (STUCKLER & BASU, 2014) e, no país, o cenário não seria diferente, inclusive após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos com a saúde pelo período de 20 anos, precarizando o Sistema Único de Saúde (SUS). De fato, os 30 anos de implementação do SUS não foram lineares e as disputas foram acirradas, sobretudo, por seu financiamento (SILVA & KRÜGER, 2018).

Após essa severa medida, chegamos a indagar, o SUS vai acabar? Paim (2018) ao analisar os 30 anos do SUS afirma não ser plausível a extinção do SUS, apesar dos insuficientes recursos, dos problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, bem como dos limitados investimentos para ampliação da infraestrutura pública e dos boicotes ao Estado Brasileiro. Tal análise é reafirmada com o contexto da pandemia de COVID-19, reforçando a necessidade de um SUS para todos e não apenas para os pobres.

No Estado do Ceará, até às 16h do dia 02 de dezembro de 2021, foram confirmados 951.559 casos

de COVID-19 e 24.667 óbitos pela doença, segundo a Plataforma IntegraSUS (CEARÁ, 2021). O município de Fortaleza foi o que registrou o maior número de casos e óbitos referente ao mesmo período, sendo 259.201 casos confirmados e 9.887 óbitos (CEARÁ, 2021).

Do ponto de vista nefrológico, mais precisamente, do contexto de pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) em tratamento de hemodiálise, a COVID-19 tem importantes implicações na rotina de cuidados exigida para este grupo de risco. O tratamento de hemodiálise não pode ser interrompido, apesar da gravidade da pandemia, gerando desafios aos profissionais de saúde, gestores dos centros de diálise, autoridades sanitárias, pessoas com DRC e seus familiares, ao precisarem adotar procedimentos e protocolos para garantir o acesso seguro (ABREU *et al.*, 2020).

O Serviço Social como uma profissão socialmente determinada no interior da divisão sociotécnica do trabalho e como uma profissão da saúde foi também desafiada em razão da pandemia de COVID-19, já que está inserida nas equipes multiprofissionais dos centros dialíticos, ancorada no aporte teórico-metodológico e ético-político que orienta o exercício profissional.

O projeto ético-político do Serviço Social tem posicionamento a favor da ampliação da cidadania, da democracia, da equidade e justiça social, em diálogo com os princípios e diretrizes que fundamentam o SUS. Entretanto, diante da conjuntura de restrição dos direitos sociais, de empobrecimento da classe trabalhadora e seus rebatimentos no Projeto da Reforma Sanitária e no Projeto Ético-político do Serviço Social, desafiam a atuação de assistentes sociais, que não podem se restringir às demandas emergentes e focalizadas (SILVA & KRÜGER, 2018).

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

A atuação de assistentes sociais na política de saúde pauta-se na identificação dos aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais presentes no processo saúde-doença para mobilização de recursos frente às demandas, considerando a prática educativa das suas intervenções (MATOS, 2020). Assim, considera-se a inexistência de fórmulas prontas para o enfrentamento profissional à crise causada pela COVID-19, não sendo tarefa somente de uma categoria profissional produzir as respostas necessárias. Todavia, de acordo com Silva (2021), não devemos nos acuar frente aos obstáculos e nem desconsiderar o leque de intervenções possíveis por assistentes sociais (SILVA, 2021).

Nesse sentido, com base na contextualização realizada, o capítulo aqui apresentado tem como objetivo refletir sobre a atuação profissional de assistentes sociais nas clínicas de hemodiálise em Fortaleza-CE no cenário de pandemia de COVID-19. Trata-se de um relato de experiência referente ao período de março de 2020 a maio de 2021, sistematizado a partir da observação participante e de instrumentos técnicos do Serviço Social utilizados, considerando a natureza descritiva e qualitativa da vivência, está permeada pela organização de contextos que ocorrem no âmbito da história coletiva dos grupos envolvidos, pela observação crítica e reflexiva das autoras a fim de refletir sobre o processo vivenciado (MINAYO, 2012; 2014).

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS CLÍNICAS DE HEMODIÁLISE

A terapia renal substitutiva é um tratamento de alto custo, disponibilizado pelo SUS e administrado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, junto às clínicas de hemodiálise particulares conveniadas.

Conforme a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080), no que diz respeito sobre os serviços privados de assistência à saúde, e a participação complementar, “[...] Será formalizada mediante contrato ou convênio, observados, a respeito, as normas de direito público” (BRASIL, 1990, Art. 24).

O tratamento de hemodiálise é vital para as pessoas com DRC, pois são indivíduos que por algum motivo tiveram sua função renal prejudicada, sendo este procedimento uma terapia substitutiva da função renal. As pessoas que fazem esse tipo de tratamento, normalmente, fazem três sessões de hemodiálise por semana e cada sessão tem duração em média de quatro horas. Essa terapia favorece aos acometidos pela doença a possibilidade de sobrevida maior, contudo, não é um tratamento que promove a cura. A hemodiálise é um tratamento contínuo, por tempo indeterminado na vida dos seus dependentes, permitindo que eles deem continuidade na sua vida e com qualidade.

Tendo em vista o conceito ampliado de saúde, estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), definindo saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, na perspectiva de oferecer à pessoa com DRC uma assistência de forma integral. É garantido pela resolução nº 154, de 15 de junho de 2004, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento de diálise, a obrigatoriedade de uma equipe multidisciplinar nas clínicas de hemodiálise composta por profissionais de Serviço Social, Nutrição e Psicologia. Contudo, é importante destacar que desde o ano 2000, antes da resolução citada, já havia a existência do Serviço Social nas clínicas de hemodiálise em Fortaleza.

O Serviço Social nas clínicas de hemodiálise atua intervindo nas expressões da questão social relacionadas

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

às pessoas com DRC e seus familiares. A questão social se expressa no cotidiano desses usuários, a partir das demandas, sejam elas espontâneas ou não, neste caso, os (as) assistentes sociais criam estratégias para acessar o contexto de vulnerabilidade social e intervir em consonância com a garantia de direitos.

Esse movimento de transformar as condições objetivas e subjetivas de trabalho, inclusive nas relações interpessoais, é uma capacidade inerente do (a) Assistente Social (GUERRA, 1995). No serviço de hemodiálise existe um fator importante que é a criação de vínculo permanente com os usuários, isto favorece maiores possibilidades de intervenções contínuas, acompanhando as transformações possíveis no contexto social em que estão inseridos.

O cotidiano do Serviço Social nas clínicas de hemodiálise é marcado por uma rotina dinâmica, incluindo a visita aos usuários durante sua sessão de hemodiálise, identificando as necessidades para realizar as devidas intervenções, realizando os encaminhamentos necessários aos outros profissionais ou serviços. As principais demandas apresentadas ao Serviço Social nas clínicas de hemodiálise a partir da experiência vivenciada são:

- 1) transporte para o acesso ao tratamento, que acontece por meio de crédito do bilhete único ou transporte social, ambos disponibilizados pela Prefeitura, através da Secretaria Municipal de Saúde, pois é um tratamento por tempo indeterminado, com regularidade de três vezes por semana gerando um custo fixo o qual a maioria dos usuários não tem como manter;
- 2) orientações e encaminhamentos sobre os direitos previdenciários, sendo os mais solicitados,

auxílio-doença, aposentadoria por invalidez ou aposentadoria por idade, para os contribuintes da Previdência Social; e sobre o Benefício da Prestação Continuada (BPC), considerando a DRC no âmbito de deficiência;

3) orientações e encaminhamentos quanto ao transplante renal, ao passe livre intermunicipal e interestadual, incluindo o passe livre para o idoso;

4) acolhimento de novo usuário e familiar para admissão social com orientações sobre a rotina de tratamento e os direitos disponíveis;

5) investigação social da não adesão ao tratamento, incluindo faltas, atrasos, abandono, buscando identificar os determinantes sociais da saúde que possam interferir no acesso à saúde;

6) reuniões da equipe multidisciplinar tanto exclusiva para os (as) profissionais de saúde quanto com a presença dos usuários no momento do tratamento, dependendo das demandas e do plano de ações necessário;

7) ações socioeducativas no âmbito do Serviço Social e disponibilidade para atendimento às demandas espontâneas.

Outras requisições recorrentes dos usuários consistem na necessidade de aquisição de documentação; orientações para inclusão nos programas de doação de cesta básica; informação sobre o processo para fazer o tratamento em outro estado ou país. Também, usuários em conflito familiar e/ou que não aderem o tratamento da forma necessária, apresentando dificuldade de compreender a rotina de tratamento e a sua importância.

As expressões da questão social acima relacionadas, exigem políticas sociais como resposta do Estado.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Esse movimento resultante da luta de classes e da acumulação do capital é viabilizado pela exploração do trabalhador que, atualmente, caracteriza-se, inclusive, pela extrema precarização do trabalho, decorrente da adesão de políticas cada vez mais neoliberais. Como fala Iamamoto (2010, p. 142) “ampliam-se as desigualdades distribuídas territorialmente, as distâncias entre as rendas de trabalho e do capital e entre os rendimentos dos trabalhadores qualificados e não qualificados”. Dessa forma, faz-se necessário assistentes sociais com um perfil crítico, analítico, capaz de desenvolver trabalhos com propostas que atinjam a democratização das relações sociais e diminuição das desigualdades sociais (IAMAMOTO, 2010).

A atuação do (a) assistente social nas clínicas de hemodiálise está referenciada, principalmente, pelo Código de Ética do/a Assistente Social, pela Lei que Regulamenta a profissão, pelos Estatutos do Idoso, da Criança e do Adolescente e da Pessoa com deficiência, pelos princípios do SUS e da Política de Humanização, pela Lei Orgânica da Assistência Social, pela legislação previdenciária e pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Além das demais legislações e discussões contemporâneas que reafirmam a garantia de direitos e eliminação de qualquer forma de preconceito, objetivando a defesa intransigente dos direitos humanos, equidade, justiça social e emancipação humana (CFESS, 1993).

Segundo Netto (1999, p. 95), qualquer prática em uma sociedade de classes se refere a uma posição política, dessa forma, os projetos profissionais reflexivos se referem a um projeto societário, que por sua vez, está inserido na dinâmica dos projetos coletivos, podendo ele ser fundamentado por diversas vertentes. O serviço

social tem como projeto societário hegemônico o Projeto Ético Político que visa a formação de uma nova ordem social, capaz de superar toda e qualquer forma de desigualdades sociais. É necessário que cada profissional reflita sobre sua auto imagem diante desse cenário, e como está sendo a sua reafirmação individual perante a necessidade de um posicionamento político, inclusive nas intervenções profissionais, junto aos usuários.

A profissão de Serviço Social mobiliza três dimensões, segundo Yamamoto (2010), a teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política que, embora distintas, estão organicamente articuladas no cotidiano profissional. Cada uma é fundamental para a execução de um serviço de qualidade e coerente aos fundamentos éticos políticos da profissão. Toda ação realizada pelo Serviço Social deve ser apropriada de um conjunto de produções teóricas capazes de nortear o contexto em que a demanda está inserida, projetando uma leitura baseada na ciência que estuda as relações sociais.

A exemplo, pode-se destacar a importância dos profissionais compreenderem as políticas e legislações sociais, para a partir do conhecimento desses conteúdos, articular as intervenções com os direitos assegurados. Dessa forma, as reflexões a seguir foram pautadas nesse olhar integral que sugere a própria dinâmica da política de saúde através dos seus princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade.

3 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS CLÍNICAS DE HEMODIÁLISE NA PANDEMIA DE COVID-19

A política de saúde é um dos campos de atuação do Serviço Social e se trata de uma política pública bem estruturada, apesar dos sucateamentos, contribui para

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

a garantia dos direitos sociais através do SUS. Nesse sentido, a profissão encontra-se em múltiplos espaços socio-ocupacionais, desde a Atenção Primária à Saúde, compondo o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, aos serviços especializados da rede terciária. Em cada campo de atuação os/as assistentes sociais são requisitados/as a responder demandas particulares, porém, boa parte se refere, estruturalmente, à garantia de direitos e acesso a políticas públicas.

Dentre esses diversos serviços disponibilizados pelo SUS, o tratamento da DRC, terapêutica de alto custo e de função indispensável para a sobrevivência dos usuários em hemodiálise, é também um importante espaço de atuação do Serviço Social. Os usuários que precisam desse tratamento compõem um público com direitos específicos devido à condição limitante imposta pela rotina do tratamento dialítico, uma vez que, segue uma frequência de sessões de hemodiálise, dificultando a realização de outras atividades como trabalho e/ou estudo. Essa realidade impacta a vida social dos usuários, além de outras dimensões como psicológica, familiar e social. Portanto, são incluídos no conceito amplo de pessoa com deficiência, inclusive com acesso ao BPC (BRASIL, 2015).

Nas unidades dialíticas, o Serviço Social executa ações de orientações e mediações de direitos sociais, acesso às demais políticas públicas, inclusão em programas e projetos específicos da pessoa com DRC. Elabora, coordena, executa, avalia planos e projetos que objetivam adesão ao tratamento, acolhimento entre a equipe e os usuários, humanização do serviço, escuta qualificada, aproximação com a rede de apoio dos usuários, dentre outras competências (BRASIL, 1993).

Com a pandemia de COVID-19, assim como todos os equipamentos de saúde, as clínicas de hemodiálise também foram condicionadas a reorganizar o seu fluxo, objetivando maior segurança para os usuários em tratamento e os (as) profissionais dos serviços, conforme orienta as autoridades sanitárias do Brasil e do mundo, impactando, obviamente, nos atendimentos do Serviço Social e nas demandas apresentadas (FORTALEZA, 2020).

Na experiência relatada diante dos casos de COVID-19, a atuação profissional deu-se em um contexto de altos índices de contaminação e óbito, mudança de hábitos e isolamento social. O medo é o sentimento mais relatado pelos usuários e seus familiares, medo de adoecer, medo de se contaminar, medo de precisar de uma emergência, medo de internação, de intubação e da morte. Medo este ressaltado pelo fato dos usuários com DRC precisarem do tratamento para tal condição crônica, independente do cenário pandêmico, ficando mais exposto aos riscos de contaminação.

Os (as) assistentes sociais, compondo a equipe multidisciplinar das clínicas de hemodiálise, foram desafiados a desenvolver novas estratégias de intervenção que respondessem às novas demandas diante dessa realidade. Muitas práticas que fazem parte do cotidiano profissional permaneceram, tais como os já citados: acolhimento e admissão social, encaminhamentos para os benefícios assistenciais, previdenciários, acompanhamento em relação à adesão do usuário ao tratamento, solicitação de transporte e orientação aos familiares.

No entanto, em paralelo, a prática profissional foi reinventada pelas mudanças provocadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, a exemplo:

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

- 1) ausência de transplante renal;
- 2) acentuada crise financeira na vida dos usuários pela falta de acesso aos benefícios assistenciais e previdenciários, tendo em vista a demora nos processos via o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);
- 3) familiares das pessoas com DRC desempregados e sem acesso ao auxílio emergencial;
- 4) dificuldade em acessar as tecnologias digitais, considerando a informatização necessária pelo contexto de isolamento social;
- 5) aumento da quantidade de solicitação de transporte social da Prefeitura devido os usuários ficarem temerosos em utilizar o transporte coletivo, por maior risco de contaminação;
- 6) aumento do número de faltas ao tratamento de hemodiálise;
- 7) maior procura de benefícios eventuais como cesta básica;
- 8) aumento da taxa de mortalidade das pessoas com DRC em tratamento de hemodiálise.

Esses reflexos da pandemia do COVID-19 na vida das pessoas com DRC, desafiaram aos (as) assistentes sociais das clínicas de hemodiálise a desenvolver novas habilidades e intensificar práticas para amenizar os prejuízos causados pelo cenário pandêmico, visando a qualidade de vida e o bem-estar destes usuários.

Com isso, foi necessário entender o contexto sociopolítico em que a pandemia ocorre, bem como se atualizar em relação à doença, aos cuidados, à prevenção, além das mudanças em relação à assistência como o auxílio emergencial, precisando entender como a atuação profissional do Serviço Social poderia

intervir, subsidiando uma prática profissional reflexiva, consciente e crítica.

A lenta resposta de requerimentos ao INSS, de benefícios assistenciais e previdenciários é bastante perceptível na atualidade. O cenário pandêmico intensifica a vulnerabilidade social, em que a maioria da população brasileira vive, milhares de pessoas sem acesso a políticas públicas refletidas nas imensas filas de bancos para recebimento do auxílio emergencial. Essa realidade não é “nova” para o Serviço Social, pois este sempre esteve na linha de frente na luta pelo enfrentamento das desigualdades sociais no Brasil (CFESS, 2020).

Diante dessa realidade, foi identificado a necessidade de enfoque no trabalho de “humanização” com os usuários e a equipe de saúde, através do acolhimento individual e coletivo, escuta qualificada, reaproximação dos usuários em outros espaços da unidade de saúde, como na pesagem antes da hemodiálise, e em outros momentos como na chegada à clínica. Abordagem de outros temas como campanhas de outubro rosa, novembro azul, setembro amarelo, de forma lúdica e leve (ex: caça-palavras temático, com palavras de prevenção à doença e promoção da saúde). Entendendo o acolhimento como uma ferramenta de aproximação de vínculos, humanização nas relações sociais e acesso a integralidade do cuidado, esse elemento ganha prioridade nas ações e projetos pensados (CHUPEL & MIOTO, 2015).

Outra experiência relevante foi a execução do projeto “Corrente do Cuidado”, realizado nos meses de setembro a dezembro de 2020, tendo como foco estimular o fortalecimento de vínculos entre os usuários e a equipe de saúde e os cuidados em saúde, um espaço para demonstrações de carinho e cuidado, através de

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

bilhetes abertos e disponibilizados para serem guardados em uma urna de fácil acesso. Nos meses de novembro e dezembro, esses bilhetes foram expostos na árvore de Natal, como os adereços principais e disponíveis para os destinatários das mensagens. Uma estratégia de corrente de cuidado coletivo, contando com uma boa adesão dos envolvidos, conseguindo aliar a educação em saúde e o conceito ampliado de saúde.

Outra intervenção realizada contou com ações de orientações aos usuários e familiares sobre as principais informações, cuidados e proteção em relação à COVID-19. Um trabalho pensado e executado de forma interdisciplinar pela equipe multiprofissional (Serviço Social, Psicologia e Enfermagem). Foram realizados encontros dentro das salas de diálise, com a participação dos usuários enquanto estavam no tratamento. Neste momento, percebe-se a relevância do trabalho interdisciplinar, cada profissional precisou reinventar-se, alinhando a comunicação entre os integrantes da equipe e com os usuários para melhor compreensão das orientações realizadas.

É importante evidenciar que o trabalho interdisciplinar segue as orientações apontadas pela Yamamoto (2002), cada especialidade contribui com suas respectivas atribuições e competências, desmistificando a ideia de que a equipe desenvolve algo próprio, sem definição da identidade de cada categoria. As ações desenvolvidas no serviço, são pensadas a partir do princípio em que cada profissional tem as suas particularidades e estas devem ser respeitadas e consideradas na construção de um trabalho interdisciplinar potente.

O (a) Assistente Social possui competências e atribuições privativas, conforme rege a lei de

regulamentação da profissão, apresentando de forma objetiva o que lhe é atribuído enquanto disciplina técnica. Esse aporte é um instrumento de conduta profissional, contribuindo para demarcação de um trabalho interdisciplinar caracterizado pelas especificidades do Serviço Social perante as ações em conjunto com outras categorias (CFESS, 1993).

Outra demanda bem pertinente neste momento de pandemia para o Serviço Social nas clínicas de hemodiálise foi o negacionismo de alguns usuários diante da COVID-19, omitindo os sintomas, minimizando a doença, comparando a uma “gripezinha”, resistindo à conduta médica e ao isolamento necessário. Evidenciou-se a questão de conflitos por divergência política entre os usuários, sendo necessária a mediação de conflitos e trabalho socioeducativo. Nestes casos, o Serviço Social realizava uma abordagem de escuta qualificada e de acolhimento, trabalhando na perspectiva de sensibilização dos usuários para entender o processo da doença, dos cuidados e do tratamento.

Anteriormente à pandemia, os usuários antes de entrarem para o tratamento aguardavam na “sala de espera” e para começar a sessão de hemodiálise subiam na balança para verificar o seu peso antes do início. Com a pandemia, a enfermagem precisou usar esse momento para realizar a triagem de acordo como era determinado aos estabelecimentos de saúde, como aferir a temperatura e constatar se havia algum sintoma que sinalizasse a possibilidade do COVID-19.

O Serviço Social permanecia como suporte, realizando as orientações dos cuidados, ressaltando a importância do distanciamento, evitando que acontecesse momentos de aglomeração dentro da clínica. Reforçando o dever de todos em referir os sintomas para conduzir

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

todo o protocolo em caso de suspeita e ou confirmação da doença, incentivando a responsabilidade sanitária de forma coletiva.

Profissionais do Serviço Social e da Enfermagem analisaram a realidade e organizaram uma sala específica para casos suspeitos e confirmados de COVID-19, favorecendo maior controle nos cuidados e minimizando os riscos de proliferação de contaminação. Estes usuários realizaram o tratamento de hemodiálise em uma sala isolada com uma rotina diferenciada, como chegar à clínica meia hora depois do tratamento dos demais iniciado, evitando contato entre pessoas positivas e negativas para COVID-19. As ações contam com o “Radar Diário” no qual consiste em ligações telefônicas diárias com usuários ou familiares para acompanhamento e orientações necessárias, incluindo encaminhamentos para a rede de atendimento do SUS e a rede intersetorial.

Os usuários positivos para COVID-19 eram transportados para o tratamento em veículo exclusivo do transporte social, sendo a comunicação e a articulação realizada pelo Serviço Social com a Prefeitura, fortalecendo a comunicação com toda a rede de apoio ao serviço para que todos tomassem os devidos cuidados. Nesse contexto, o Serviço Social percebeu a necessidade de diminuir a circulação de pessoas na parte interna da clínica para favorecer a sua higienização e controle nos casos de contaminação, realizando a campanha “Fique em Casa” para os familiares dos usuários, explicando os riscos que estavam relacionados e favorecendo a reflexão sobre a real necessidade de acompanhamento.

Neste cenário, também foi identificado o aumento da taxa de mortalidade das pessoas com DRC, assim provocando maior contato com a finitude, gerando

demanda ao Serviço Social para intervir junto aos familiares na perspectiva do acolhimento, da escuta, e realizar as devidas orientações no quesito de auxílio-funeral e orientações quanto aos direitos sociais e demais benefícios como seguro de vida, a depender da situação socioeconômica e familiar. Vale destacar o fato das pessoas com DRC estarem em grupo de risco, sendo acometidas em sua maioria por comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Contudo, mesmo com todas essas problemáticas e por estarem em grupo de risco, inicialmente, os usuários não tiveram acesso à vacina contra COVID-19. Assim, foi necessário realizar articulação junto com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e a Sociedade Cearense de Nefrologia no intuito de garantir o acesso deste público como prioritário, resultando também na sua vacinação dentro dos centros dialíticos. Nesse momento, o Serviço Social assumiu a orientação dos usuários sobre o cadastro para o recebimento da vacina, garantindo os meios necessários como computador e internet.

De acordo com a experiência relatada, é preciso enfatizar a contribuição de assistentes sociais para o serviço com a sua dimensão ético-política, na condição de um profissional articulador, tanto com a gestão da saúde pública, como com os movimentos de organização social. A exemplo disso, ressalta-se a parceria com a Associação dos Pacientes Renais do Ceará (ASPRECE), que teve como resultado, a aplicação de vacinas contra COVID-19 aos usuários em tratamento nas clínicas de hemodiálise, garantindo o acesso à imunização.

Defender as políticas públicas, a unidade entre a seguridade social e as políticas afirmativas, fortalecer uma potente rede de garantia de direitos pautadas pela participação social como espaço legítimo e obrigatório

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

nas políticas públicas, através dos conselhos de representação social (BRASIL, 1990), está no âmbito da atuação de assistentes sociais. A atuação profissional não se faz de forma isolada das demais políticas e da conjuntura, pelo contrário, é preciso manifestar o caráter articulador e mobilizador do (da) Assistente Social em defesa do projeto ético-político, logo da emancipação humana e do combate a toda forma de preconceito e negação de direitos (CFESS, 1993).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social sempre esteve na linha de frente para intervenção nas expressões da questão social, no contexto de enfrentamento da pandemia de COVID-19 não seria diferente. A profissão reafirmou a luta por uma saúde pública de qualidade, a luta por um SUS universal no qual realmente toda a população tenha acesso e o compreenda em sua universalidade.

A atuação de assistentes sociais nas clínicas de hemodiálise pauta-se na viabilização de direitos das pessoas que vivem com DRC em seus diversos contextos socioeconômicos, incluindo os aspectos culturais e familiares. O desafio da atuação frente à negação e à privação de direitos é intensificado no cenário pandêmico, exigindo revisitar as dimensões da instrumentalidade do Serviço Social, considerando o conhecimento para saber fazer, o que fazer e o como fazer, ou seja, as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

É importante pontuar, ainda, que a pandemia de COVID-19 no Brasil intensificou o contexto de alta vulnerabilidade social já existente, um país com enormes desigualdades sociais, diversas manifestações das expressões da questão social, tanto as de ordem socioeconômicas, quanto as opressões a determinados

**VOLUME 2 - SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE:
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19**

grupos específicas, como população negra, LGBTQI+, indígena, remanescentes quilombolas, periféricas, ribeirinhas, entre outras. Sendo estes indivíduos, os usuários do Serviço Social em todos os espaços socio-ocupacionais, inclusive nas clínicas de hemodiálise.

Ao final da escrita do presente relato de experiência, o Brasil alcança a marca de 615 mil (615.000) mortes em decorrência da COVID-19. Mortes evitáveis, caso a vacinação da população brasileira estivesse disponível de forma antecipada, como ocorreu em outros países. Portanto, é indispensável fortalecer o SUS, estando este dentro de uma pandemia de forma sucateada e sofrendo ataques orçamentários, despolitização acerca dos direitos sociais e dever do Estado. Os (as) assistentes sociais seguem na linha de frente e na defesa intransigente dos direitos humanos!

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

REFERÊNCIAS

ABREU, Andrea Pio de. RIELLA, Miguel Carlos. NASCIMENTO, Marcelo Mazza do. A Sociedade Brasileira de Nefrologia e a pandemia pela COVID-19. **Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)** 2020;42(2 Supl. 1):1-3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-S101>> Acesso em 02 de junho de 2021.

BRASIL registra 1.184 novas mortes por COVID em 24 horas, e total passa de 470 mil. **G1 Globo**. Publicado em 01 de dezembro de 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2021/12/01/brasil-chega-a-marca-de-615-mil-mortos-por-COVID-media-movel-e-de-229-vitimas-diarias.ghhtml>> Acesso em 02 de dezembro de 2021.

BRASIL. Atividade Legislativa. **Decreto legislativo nº 6, de março de 2020**. Legislação. Disponível em: <<https://bit.ly/2LN5nkw>> Acesso em 04 de junho de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de dezembro de 2016**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm> Acesso em 05 de junho de 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Plataforma IntegraSUS. Disponível em: <<https://coronavirus.ceara.gov.br/project/boletim-epidemiologico-no-21-de-04-de-junho-de-2021/>> Acesso em 02 de dezembro de 2021.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**, Brasília, 2010.

CFESS. **Código de ética do Assistente Social**, Brasília, 1993.

CFESS. **Lei de regulamentação da profissão**, Lei 8.662, Brasília, 1993.

FONTES DA SILVA, Welison Matheus. Serviço Social e COVID-19: reflexões críticas. **Serviço Social em Perspectiva**, v. 5, n.1, p. 87-103, jan./jun. 2021. DOI: 10.46551/rssp.202105. Disponível em: <<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/3418>> Acesso em 03 de junho de 2021.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche**, 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MATOS, Maurílio de Castro. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Vitória: CRESS-17a Região, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2Xevgiy>> Acesso em 03 de junho de 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 14 edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 17, n. 3. Rio de Janeiro, 2012. Disponível

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>>. Acesso em 05 de junho de 2021.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2018, v. 23, n. 6, pp.1723-1728. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>> Acesso em 03 de junho de 2021.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. BACKX, Sheila. GUERRA, Yolanda (orgs). **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social desafios contemporâneos**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SILVA, Débora Cristina da. KRÜGER, Tânia Regina. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 18, n. 35, jan./jun. 2018. Disponível em: <DOI 10.22422/temporalis.2018v18n35p265-288> Acesso em: 02 de junho de 2021.

STUCKLER, David. BASU, Sanjay. **A economia desumana: porque mata a austeridade**. Lisboa: Bizâncio, 2014.

TEJADAS, Silvia da Silva. JUNQUEIRA, Maiz Ramos. Serviço Social e pandemia: desafios e perspectivas para a atuação no Sociojurídico. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 101-117, jan./abr. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.240>>. Acesso em 03 de junho de 2021.

**CENÁRIOS DE DOR E RESISTÊNCIA:
A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL EM UM
HOSPITAL DA REDE MUNICIPAL DE FORTALEZA
DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

*Ana Sabrina de Oliveira Fernandes
Laurinete Sales de Andrade*

1 INTRODUÇÃO

No final do ano de 2019, o mundo foi surpreendido com a Covid-19, uma doença infecciosa que modificou a vida de toda a população. Trata-se de uma infecção respiratória aguda causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. O vírus foi identificado inicialmente na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019 (BRASIL, 2020). Nas circunstâncias atuais de um mundo globalizado, a doença se expandiu de forma inesperada e rápida, atingindo todos os países. Estávamos diante de uma nova pandemia em que se buscou esforços da ciência para compreender esse vírus tão avassalador.

No Brasil, os primeiros casos foram identificados em fevereiro de 2020, sendo a vida de toda a população modificada diante da incursão dessa doença em que

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

tudo estava ainda sem respostas, não havia tratamento e nem vacinas para enfrentar tão grave problema de saúde pública. O caos se instalou na vida de todos, de forma bastante agressiva e assustadora. As medidas de cuidados se definiram pelo isolamento social, uso de máscara e de álcool em gel. Esses dispositivos de segurança são medievais, utilizados em contextos epidêmicos anteriores, ao longo da história. (GRISOTTI, 2020). Segundo o Boletim epidemiológico de 27/07/2021, chegamos a 19.342.448 casos de Covid-19 e 541.26 óbitos. (BRASIL, 2021). No Estado do Ceará foram confirmados 909.498 casos de Covid-19 até 17/07/2021. (CEARÁ, 2021).

Assim, nos deparamos com um mundo de incertezas e a necessidade de mudanças na rotina diária. O distanciamento social passou a ser cobrado como uma forma de conter o avanço da pandemia e trouxe sérias consequências para a população no âmbito social, cultural e econômico. O sistema de saúde entrou em colapso não dando conta do número de novos casos.

Diante desse contexto pandêmico, os serviços de saúde passaram a enfrentar uma longa batalha na linha de cuidado às pessoas acometidas pelo novo coronavírus. No Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS, assumiu bravamente o seu papel na garantia dos direitos. A Lei 8.080/90, no Art. 2, tem se mantido forte e necessária: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990).

Novos desenhos foram delineados para subsidiar os casos que cresciam de forma avassaladora, tais como a criação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI's, definição de fluxos, contratação de mão de obra, compra de Equipamentos de Proteção Individual - EPI's,

ventiladores mecânicos e construção de hospitais de campanhas.

Os hospitais, que acolhem os casos na sua forma mais grave, tiveram que rapidamente construir fluxos de trabalho diferenciados, e as linhas de cuidados específicos de cada serviço foram colocadas “de lado” para gerar leitos para a Covid-19. Os profissionais de saúde assumiram esse desafio em meio ao “inimigo desconhecido”. No hospital em que estamos inseridas foram direcionados leitos para internamento como retaguarda para as Unidades de Pronto Atendimento – UPA’s e Hospitais de Emergência. Na primeira onda da pandemia, foram destinados dois postos clínicos para esse atendimento, e na segunda onda, tivemos o hospital inteiro com leitos de Covid, sendo enfermarias clínicas e UTI’s. O contexto é tenso e intenso, as práticas são desenhadas para dar suporte a essa nova problemática. E o Serviço Social? Como ficam nossas intervenções? O objeto de nossas ações tem sido historicamente a questão social.

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade [...]. (CFESS, 2010, p. 37).

Dessa forma, com base nesses conceitos, a nossa luta para a consolidação das intervenções tem sido diária, pois esse novo contexto pandêmico nos trouxe desafios que nos fizeram reinventar estratégias de ação e enfrentamentos em consolidar o que “É nosso” dentro do contexto ampliado de saúde e firmeza no que “Não é nosso” em meio as especificidades de cada profissão.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Diante desse contexto, nos propomos nesse trabalho a discorrer sobre histórias de Dor e Resistência dos usuários de um Hospital da Rede Municipal de Fortaleza que atua na linha de frente da Covid-19, e sobre as intervenções realizadas pelo serviço social nesse percurso. O relato foi dividido em 4 partes: Na primeira, discorreremos sobre nosso processo de resistência diante das novas demandas postas com a pandemia e nas três partes seguintes, escrevemos sobre histórias de pacientes acometidos pela Covid-19, com os quais convivemos e cujas demandas buscamos atender por meio de nossa intervenção profissional durante esse período. Denominamos os nomes de rosas para cada caso, relacionando os significados com a história de cada um. Reviver essas histórias nos remete a sofrimentos, mas também aprendizados e crescimentos no âmbito pessoal e profissional. Acreditamos que o compartilhar será contributivo para a categoria como um todo.

2 SERVIÇO SOCIAL: TEMPO DE RESISTIR E SONHAR

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários. (IAMAMOTO, 2020, p. 23).

Como citado anteriormente, a Covid-19 veio de forma inesperada e pegou a população mundial de surpresa, ainda não tínhamos fármacos direcionados para tratar o vírus e a vacinação não caminhou na velocidade que o mundo precisava, pois além do tempo necessário para os cientistas desenvolverem a vacina, tivemos as

questões políticas que dificultaram o processo. Foi imposto um grande volume de atendimentos às unidades de saúde, e estas, rapidamente precisaram redesenhar seus fluxos, protocolos, redirecionar profissionais, dentre outras mudanças.

Sem dúvida todas essas mudanças trouxeram para o serviço social um contexto desafiador. Ao assistente social, mais do que nunca, foi exigido a habilidade de conciliar os interesses dos usuários, elaborando respostas eficazes dentro das possibilidades e dos limites impostos pelas instituições. Parafraseando Yamamoto (2014), o assistente social dispõe de uma relativa autonomia que nos permite direcionar o exercício profissional, contudo, estamos constantemente em terreno de tensões em que é exigido do profissional a capacidade de mediar os conflitos. “Sendo a profissão atravessada por relações de poder, ela dispõe de um caráter essencialmente político, o que não decorre apenas das intenções pessoais do assistente social, mas dos condicionantes históricos-sociais dos contextos em que se insere e atua.” (p. 171).

Nesta conjuntura, sob o argumento de que estamos “vivendo uma guerra”, houve a tentativa de impor ao serviço social a função do repasse de boletins médicos. Assim, uma grande batalha travada pelo serviço social em tempos de pandemia, foi sem dúvidas, o repasse das informações clínicas para familiares de pacientes internados por Covid-19.

Os protocolos de isolamento adotados pelas unidades de saúde levaram em consideração a urgência em frear a disseminação do vírus, haja vista seu alto grau de transmissibilidade. Dessa forma, foram abolidas as visitas e retirado dos pacientes o direito de permanecerem acompanhados em unidades hospitalares. De tal modo, nos tornamos o principal

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

elo entre a família e os profissionais da assistência ao paciente. As consequências dessas medidas foram plantões intensos, exaustivos, com o telefone tocando incansavelmente, famílias angustiadas vindo ao hospital em busca de notícias de pacientes, muitas vezes também adoecidos de Covid e expondo outras pessoas a doença.

Em uma dessas ligações com um familiar extremamente alterado, foi dita a seguinte frase: “eu não quero falar com médico, eu quero é que você, assistente social, levante-se dessa cadeira e vá lá no leito do meu familiar e me diga como ele está, eu ordeno, vá agora! Você não é assistente social? É sua função! (sic)”. Essa e outras falas se tornaram comuns no dia a dia de um plantão em unidade Covid. No imaginário da família, é o serviço social quem deve repassar os boletins médicos. Ressaltamos aqui, que não só a família, mas funcionários do hospital, de modo geral pensam dessa forma, inclusive, muitas vezes nos deparamos com o próprio médico nos “orientando” a falar com a família acerca do quadro clínico do paciente.

Dessa forma, em março de 2020 o CFESS lançou uma Orientação Normativa de Nº 3/2020 31, que dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Preconiza que o assistente social deve se ater às suas atribuições e competências profissionais, e está desobrigado de realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente. De forma mais clara, a Orientação Normativa, salienta que: “Ao/À assistente social não cabe informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos, direitos estes que devem ser garantidos e assumidos por profissionais que tenham competência para tal.” (ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº. 3/2020).

Assim, coube ao serviço social elaborar propostas e alternativas na tentativa de minimizar os impactos causados pelo distanciamento entre familiares e pacientes. Com a expansão dos leitos de Covid-19 na segunda onda da pandemia, a demanda do serviço social mais que triplicou e fomos fortemente pressionadas a respondê-las de forma hábil. O serviço social apresentou como proposta a realização das videochamadas, uma ferramenta que aproxima o paciente dos familiares. Além disso, foram definidas profissionais de referência para as unidades Covid, onde passamos a adentrar no isolamento e dialogar diretamente com os pacientes e também com a equipe. Essa estratégia foi fundamental para a aproximação da equipe multidisciplinar, momento em que o serviço social passou a se antecipar às demandas e traçar estratégias visando o momento da alta do paciente.

Neste sentido, sabemos que o SUS tem como um dos seus princípios a integralidade do atendimento, entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso. Esse princípio faz com que os cuidados em saúde não se restrinjam somente ao indivíduo, mas também abrangam a coletividade à qual ele pertence, prevendo assistência de forma integral. Aliado à integralidade, o trabalho interdisciplinar, por sua vez, vem buscar integrar os saberes e práticas, entendendo os limites de cada profissão. Podemos dizer então que as atribuições de cada profissional de saúde são específicas, com diferentes perspectivas, porém, elas se complementam.

Contudo, é importante ressaltar que nós, assistentes sociais, por vezes esbarramos em demandas que não estão ao nosso alcance, gerando uma frustração por parte do

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

usuário e até mesmo da equipe, pois têm-se a ideia de que o assistente social pode tudo e ajuda a todos. Para além disso, a prática do assistente social está diretamente entrelaçada aos limites e possibilidades institucionais, ou seja, “as ações profissionais e institucionais caminham juntas, embora não se confundam, pois têm naturezas distintas, porém complementares”. (MIOTO, 2014, p. 287).

2.1 A GIRASSOL¹

Falaremos de uma mulher octogenária, viúva, a grande matriarca da família que tem muita fé e nos trouxe uma linda história de superação. A conhecemos, inicialmente, através de uma das filhas afetuosas e presente. Quando os pacientes são internados na área Covid, o serviço social faz o contato telefônico com a família. Nesse momento, conhecemos a história dessa pessoa, acolhemos as dúvidas e as tensões advindas da internação por parte dos familiares. O distanciamento a ser mantido devido ao risco de contaminação findou no contato remoto. A escuta das famílias e as intervenções por meio virtual se tornaram parte do nosso cotidiano de forma intensa. Somos os profissionais que recebem essas primeiras dúvidas e estabelecemos a comunicação com os demais profissionais. É realizada uma admissão social, permitindo conhecer o perfil socioeconômico e os determinantes sociais que permeiam essa realidade.

Essa construção possibilita a condução de estratégias de intervenção e subsidia a equipe multiprofissional em suas intervenções. Com base

¹ De acordo com a sabedoria popular, a flor de girassol significa felicidade. Sua cor amarela ou tons de laranja das pétalas podem simbolizar **calor, lealdade, entusiasmo e vitalidade**, refletindo a **energia positiva** que emana do sol. O girassol também pode representar **altivez**.

nesse perfil social construído, o serviço social realiza orientações sociais, trabalhistas, previdenciárias e nesse contexto pandêmico, se configuram novas orientações sobre o acesso ao sistema vacinal, auxílio emergencial, isolamento social, dentre outras orientações. Através desses contatos telefônicos, conhecemos inúmeras histórias e acompanhamos o sofrimento advindo pelo internamento da Covid-19.

Segundo Yolanda Guerra (2011) o assistente social deve ir além de ações imediatas e tecnicistas e deve exercer um papel crítico diante dos processos de trabalhos. Dessa forma, os novos instrumentos que se apresentaram nessa pandemia devem estar vinculados ao projeto profissional com referenciais teóricos e princípios ético-políticos.

A *Girassol* se apresentou inicialmente bastante ativa, o desejo dela era sempre falar com a família. Uma idosa que, com a morte do esposo há 5 anos, assumiu o comando da família, tem cinco filhos, sendo quatro mulheres e um homem. A filha refere que a idosa é muito querida por todos, pessoa de fé e coragem que gosta de estar sempre rodeada pelos netos. Ela falava de saudade e preocupação com os familiares para todos os profissionais que a visitavam em seu leito. A grande matriarca, que tudo conduzia no seu lar, não queria perder esse controle. As chamadas de vídeo apareceram como uma forte alternativa de amenizar as saudades, constituindo o momento em que entramos nas casas e na vida das famílias. A *Girassol* perguntava sobre o café do neto, a saúde dos filhos. Esses encontros virtuais vêm, durante a pandemia, se constituindo como uma forma de interação com o mundo. A vivência com essas chamadas de vídeo nos permite identificar as relações familiares, contextos de vulnerabilidade, idosos em situação de

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

maus tratos. Favorece a manutenção dos vínculos e potencializa o pertencimento ao núcleo familiar.

No caso da *Girassol*, a identificação era de uma família afetuosa e presente. O quadro de saúde dessa paciente foi bastante surpreendente. No 7º dia de internamento, teve um rebaixamento sensorial, com suspeita de Acidente Vascular Cerebral - AVC, após ser transferida para outra Unidade de Saúde, em virtude do suposto AVC, retornou ao hospital de origem, uma vez que foi descartada a suspeita, todavia, precisou ser entubada. As filhas ficaram desesperadas, o serviço social possibilitou o acolhimento diante dessa mudança do quadro clínico, e a luta passou a ser por uma vaga de UTI. Apesar do aumento das ofertas de leitos em UTI para Covid-19, o grande número de casos graves não consegue absorver os leitos oferecidos na rede pública. Segundo a Constituição 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,1988)

Com base no Direito constitucional, a família foi orientada pelo serviço social quanto à possibilidade de buscar através da Defensoria Pública uma vaga via judicial. Quais as perspectivas de um idoso na fila de uma UTI em um cenário de crise com o sistema colapsado? Qual seria a prioridade da *Girassol*? O laudo emitido pelo médico a colocou em Prioridade 5². No contexto de crise, a decisão das vagas perpassa pelas pessoas

2 Prioridade 5: última classificação, aplicada para pacientes em estágio final. Para padronizar a priorização, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 895/2017.

que tem maior chance de sobrevivência, e, diante dessa classificação, o pedido judicial de UTI para dona *Girassol* foi negado. A família, extremamente sofrida, não aceitava a negação do Juiz e sempre mantinha a fé na recuperação da octogenária. Dessa forma, foram estabelecidos diálogos com equipe médica e informada sobre gravidade do quadro. A família, sempre dizia: “Doutor (a), altere essa prioridade”. Os comentários que se ouvia da equipe eram que a família era negacionista com relação ao agravamento do quadro da paciente.

Os dias se passaram e surpreendentemente, em uma sexta feira, a *Girassol* foi extubada. Ela estava de volta, consciente e como sempre querendo informações sobre seus entes queridos. O que aconteceu? Indo contra os prognósticos, ela estava em processo de recuperação. No dia seguinte, tínhamos a celebração da sua vida, ela estava completando 83 anos. A comemoração de fé e afeto foi celebrada por toda a equipe e a visita presencial de uma filha. Entre parabéns e balões, dona *Girassol* foi se apresentando com mais força no caminho da recuperação.

A promoção dessas ações revela um cuidado humanizado que na conjuntura atual se torna cada vez mais necessário para fortalecer o tratamento para além do modelo biomédico. Tendo claro que esse cuidado está inserido em uma Política de Humanização que nos remete ao dispositivo da clínica ampliada:

[...] é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. (BRASIL:2013).

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Alguns dias depois, a nossa paciente teve alta hospitalar, segue na sua residência com todo amor e cuidado da família. Ela venceu a Covid-19 com uma linda história de fé e superação.

E quem um dia irá dizer que não existe razão nas coisas feitas pelo coração... E quem me irá dizer que não existe razão ... (Renato Russo)

2.2 O CASAL: A ROSA DO DESERTO³ E A FLOR DO MANDACARU⁴

O casal *Rosa do Deserto e Flor de Mandacaru*, era uma família domiciliada em outro país, apenas uma filha residia em Fortaleza, esta, adoeceu de Covid-19 e foi hospitalizada. Os pais, ao tomarem conhecimento do quadro de gravidade da filha, vieram para o Brasil. Aqui chegando, também foram acometidos pelo vírus, o idoso veio para o nosso hospital e a idosa permaneceu se tratando em casa. O paciente em questão, muito ansioso, tentou evadir-se do hospital, relatando querer ir embora para obter notícias da esposa. Desta forma, em acordo com o médico da unidade, solicitamos a presença de uma filha ao hospital com o objetivo de que ela o visitasse e tentasse convencê-lo a colaborar com a equipe e aceitar as terapias.

Quando aquela filha chegou ao hospital, estava tensa, ansiosa, a voz trêmula. Enquanto a

3 O seu nome popular como **Rosa do Deserto** foi dado devido a sua capacidade de resistência a solos áridos como o próprio deserto e por isso mesmo, ela possui um caule mais desenvolvido que armazena a água no interior e dá maior resistência quanto aos ventos mais fortes.

4 As folhas se transformam em espinhos - elementos de defesa - e o nascimento das **flores** - brancas em meio à noite - simboliza o fim da seca; como cantava Luiz Gonzaga: “**mandacaru** quando ‘fulora’ na seca é o sinal que a chuva chega no sertão”. O **mandacaru** é forte e resistente.

acompanhamos para visitar o pai, ela relatou sobre os últimos acontecimentos na família. A irmã já havia saído da UTI, traqueostomizada, teria alta no dia seguinte.

Ao chegarmos na enfermaria, percebemos o afeto daquela filha pelo pai, ela dialogou com ele, acariciou sua cabeça e por fim ele aceitou permanecer no hospital. Tratava-se de um paciente com sintomas leves, em uso de pouco oxigênio, porém, pouco colaborativo.

O isolamento, condição imposta a pacientes com Covid, é um fator que desencadeia, dentre outras coisas, ansiedade, medo, insegurança. Por vezes, servimos de “pombos correio” para levar palavras de conforto: “sua filha pediu pra dizer que te ama muito, e que está a sua espera”, dentre outros recadinhos e cartinhas afetuosas que levávamos e podíamos ver a mudança de olhar daqueles pacientes, às vezes o choro era inevitável.

Além da sensação de solidão, a Covid-19 também desencadeia sintomas de desorientação em algumas pessoas. Esse quadro de desorientação em pacientes com Covid-19 é muito comum, de acordo com artigo publicado na revista Medicina S/A de 10/02/2021, o neurocirurgião Feres Chaddad afirma que cerca de 50% dos pacientes diagnosticados com Sars-CoV-2 apresentaram problemas neurológicos⁵. Ou seja, a doença que inicialmente era considerada como uma síndrome respiratória, se mostrou que pode evoluir com acometimentos renais, cardíacos, hepáticos e neurológicos.

Voltando a história do casal *Rosa do Deserto e Flor de Mandacaru*, os dias seguintes foram intensos. A esposa teve uma piora e também precisou se hospitalizar, veio para o nosso hospital. A partir de então, a família

5 Disponível em: <https://medicinasa.com.br/covid-feres-chaddad/>
Acesso em 15/07/2021.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

passou a vir diariamente ao hospital em busca de maiores informações, alegavam que o Boletim Médico não era eficaz, queriam visitar os pacientes, queriam a possibilidade de acompanhá-los, tinham muitas reivindicações e queixas.

Todas essas cobranças postas no serviço social, como se pudéssemos resolver num passe de mágica. Por um lado, tínhamos uma família com uma grande demanda emocional, inseguros, assustados com a situação de saúde dos pais, e por outro lado, nos era cobrado a resolução de questões que estavam além do poder do serviço social, pois como já citado anteriormente, existem limites institucionais na atuação do assistente social. Aos poucos fomos conseguindo algumas concessões, mas nunca foram suficientes para atender as solicitações daquela família.

O casal de idosos, que chegou ao hospital com sintomas leves, foi agravando dia após dia. A esposa, foi transferida primeiro para a UTI, lá ficou fazendo terapias como Elmo e Alto fluxo⁶. Logo em seguida o esposo foi entubado ainda na enfermaria e também foi para a UTI.

Após vinte e oito dias de internamento o patriarca veio a óbito, na ocasião, a esposa ainda relutava para ser entubada, contudo, mediante agravamento no quadro clínico, a equipe optou por entubá-la de forma emergencial. Ela não chegou a ter conhecimento sobre o quadro do esposo, passaram dias na UTI, separados por biombos. De acordo com a filha, durante as visitas, a idosa não perguntava por ele, estava se protegendo emocionalmente. E assim, a equipe respeitou a decisão

6 O Capacete Elmo e o Cateter Nasal de Alto Fluxo, são terapias utilizadas em casos de insuficiência respiratória, e tem o objetivo de evitar ou reduzir a necessidade de entubação.

da família, que, durante a estadia do casal na UTI, eram referenciados pelo número do leito e nunca pelo nome.

Após a morte do pai, outras duas filhas também vieram para o Brasil, e diariamente se revezavam nas visitas, entoavam louvores e faziam orações, se apegavam a qualquer fio de esperança de que a mãe retornaria ao seio familiar. Os médicos, bem como toda a equipe conversaram por diversas vezes sobre a gravidade do caso e que a situação era irreversível, mas as filhas se apegaram a fé de que a mãe iria retornar. Contudo, ela veio a óbito após mais de cinquenta dias de internação, metade deles entubada.

O atendimento daquela família no dia do óbito da mãe foi difícil, vieram as quatro filhas, estavam abaladas, questionavam a equipe médica sobre as terapias utilizadas, a forma que conduziram a doença dos pais. Trouxeram à tona a morte do pai, e expuseram incontáveis críticas e apontamentos ao hospital. Elas procuravam um culpado, tinham perdido o pai não fazia um mês, e posteriormente a mãe. Em muitos dos momentos que tivemos a oportunidade de dialogar com aquelas filhas, elas mostravam vídeos e fotos do casal que gostavam de aproveitar a aposentadoria viajando, eram cheios de vida.

A não aceitação da doença é algo que vivenciamos de forma muito intensa, no caso dessa família, eles tinham a esperança de levar o pai para casa, já haviam vivenciado a internação da irmã que também foi dada como um caso perdido pelos médicos e após mais de cinquenta dias de internamento ela se recuperou e retomou a vida. Certa vez, em uma conversa com as filhas, elas disseram que estavam arrependidas de terem levado os pais para o pronto-socorro, deveriam ter tratado deles em casa, “talvez os dois estivessem vivos” (sic).

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

De acordo com Ana Cláudia Quintana Arantes, médica especialista em Cuidados Paliativos, as pessoas entram em sofrimento desde o diagnóstico de uma doença grave, e a família adocece junto. A partir daí o processo de morte se torna longo e doloroso. Cabe a equipe conduzir com sabedoria e sensibilidade. “Pode não haver tratamentos disponíveis para a doença, mas há muito mais a fazer pela pessoa que tem a doença.” (ARANTES, 2017, p. 44). Neste caso, ambos os pacientes estavam entubados, em estado grave, com poucas chances de vida, então concentramos nossos esforços na família, tentamos proporcionar o mínimo de humanização àquela situação de morte eminente. A UTI, ambiente frio e cheio de regras, se tornou um ambiente flexível a dor daquelas filhas, que tiveram a oportunidade de visitar os pais diariamente, a equipe esteve continuamente disposta a conceder suas solicitações na medida do que foi possível.

Dentre as muitas coisas que a Covid-19 nos tirou, ela nos roubou o direito de uma morte digna, perto de pessoas queridas, muitos morreram sozinhos, sem ter a oportunidade de dizer um último adeus. Em nosso dia a dia, atendemos muitas famílias devastadas pela doença, pois todos os membros contraíram Covid e tiveram mais de uma morte em seus núcleos familiares, pais e filhos internados na mesma unidade e somente um voltou para casa, ou nenhum retornou. Casas vazias, filhos sem pais e pais sem filhos, esta era a nova realidade de muitos lares.

Nem sei por que você se foi, quantas saudades eu senti e de tristezas vou viver. E aquele adeus, não pude dar. Você marcou em minha vida. Viveu, morreu na minha história. Chego a ter medo do futuro e da solidão, que em minha porta bate. E eu gostava tanto de você, gostava tanto de você. (Tim Maia)

2.3 A MARGARIDA⁷

Conhecemos a paciente *Margarida* através do filho que toda tarde estava no hospital e gentilmente perguntava pela mãe, deixava claro que sabia que não era atribuição do assistente social repassar o boletim, mas “não custava nada perguntar mesmo assim” (sic).

Esse filho afetuoso, com seu carisma, conquistou muitos funcionários do hospital que sempre davam “um jeitinho” de informá-lo sobre a condição de saúde de sua mãe. Certa vez, ele chegou ao serviço social apreensivo, tinha recebido a informação de que a idosa seria entubada. Ligamos imediatamente para o posto em que a paciente estava para confirmar a informação, e, na ocasião a enfermeira informou que já estavam se preparando para realizar o procedimento. Diante de tal informação, aquele filho recebeu a notícia de forma aparentemente tranquila, não fez questionamentos, apenas solicitou que enviássemos um áudio para a mãe ouvir antes de ser entubada. Fomos correndo a enfermaria e pedimos para a equipe, que já estava iniciando o procedimento, mostrar aquele áudio que continha palavras encorajadoras e afetuosas, ela sorriu e fez sinal positivo com o mão.

Ao fim daquele plantão, retomamos contato com o posto para saber se o procedimento tinha ocorrido de forma tranquila, sem intercorrências, contudo, fomos surpreendidas com a informação de que a paciente havia tido uma discreta melhora e a equipe optou por adiar a entubação. Prontamente ligamos para o filho para atualizá-lo da informação, ocasião em que ele desabou em lágrimas e agradeceu ao serviço social pela boa notícia.

7 A flor margarida significa inocência, juventude, virgindade, sensibilidade, pureza, paz, bondade e afeto.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Nos próximos dias o filho permaneceu comparecendo ao hospital diariamente, devido sua insistência, o médico já havia desenvolvido afinidade com ele, e sempre que podia, o atendia pessoalmente para falar da situação de saúde da paciente que não estava boa, continuava com muito comprometimento pulmonar e a única saída seria a entubação. Assim aconteceu, e logo após, a idosa foi transferida para nossa UTI.

Passados alguns dias a paciente foi extubada, o filho permanecia comparecendo diariamente ao hospital, dessa vez, ele vinha ao guarda volumes e pedia a moça do setor para entregar na UTI, bilhetinhos que ele trazia para a mãe.

Após a *Margarida* sair da UTI e retornar à enfermaria, tivemos a oportunidade de conhecê-la pessoalmente. Uma pessoa alegre, grata pela vida, gostava de falar sobre sua experiência de “quase morte” durante os dias que permaneceu entubada. Em sua cabeceira, fotos dos filhos e netos amenizavam a distância da família. O filho, por sua vez, tinha uma preocupação em mente, a avó, mãe da *Margarida*, havia falecido de Covid enquanto ela estava hospitalizada. Ele temia pela reação da mãe ao receber a notícia, pois as duas tinham uma forte ligação. E esse elo foi percebido em uma de nossas conversas, quando *Margarida* nos relatou ter sonhado com a mãe durante os dias que esteve na UTI, lembrou também do seu aniversário que passara há poucos dias.

Mesmo em meio a dor da perda da avó, aquela família optou por celebrar a grande vitória que foi a recuperação da *Margarida*. Após 28 dias de internação, a família estava radiante com a notícia da alta, os filhos que trabalham no setor de eventos, trouxeram uma

banda de batucque para tocar no grande momento da alta, confeccionaram faixas, cartazes e camisas. Este episódio foi divulgado em um telejornal local, e posteriormente, saiu a matéria em uma plataforma digital. Dentre as categorias homenageadas pela família, o serviço social foi mencionado pelo trabalho humanizado e acolhedor: “Eu nunca vi nem uma rede particular fazer o que eles fizeram. O pessoal, principalmente da UTI, é sem igual. Super atenciosos, todos os médicos me ligavam, o pessoal do Serviço Social me dava total atenção.”⁸

A celebração da alta vem se configurando como uma ação de destaque no cenário da pandemia como uma atividade humanizada e interdisciplinar. Diante de tantas restrições sanitárias devido a contaminação, nunca se “festejou” de forma tão unificada uma alta hospitalar. Músicas, orações, mensagens, balões são representações de alegria pela vida e gratidão pelo atendimento recebido.

“Eu tenho tanto pra lhe falar, mas com palavras não sei dizer Como é grande o meu amor por você [...]” (Roberto Carlos)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessas três histórias distintas, pudemos compartilhar um pouco das nossas vivências em um Hospital Municipal de referência para pacientes com Covid-19 durante a segunda onda da doença. Ousamos dizer que foi um período de grande aprendizado profissional e pessoal. Contudo é válido mencionar também o excesso de sobrecarga emocional a qual os profissionais de modo geral, e em particular, o assistente

8 Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/dias-melhores/1500-pacientes-ja-foram-internados-com-covid-19-no-hospital-da-mulher-1.3065617> Acesso em: 20/07/2021.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

social esteve exposto. Atuando de forma corajosa na luta pela garantia de direitos do usuário, o cenário desafiador, cobrou do assistente social sua capacidade de mediação. De um lado atendendo as necessidades da instituição, e do outro lado, atendendo as demandas do usuário. Aliado a isso, ainda tivemos que gerenciar a grande sobrecarga de atividades burocráticas que são impostas rotineiramente ao serviço social.

Este contingente de novas demandas e consequentemente novas rotinas, impôs ao serviço social um fazer profissional imediatista, com respostas emergenciais. Neste sentido, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, preconiza que o trabalho profissional perpassa pela:

[...] compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. (2010, p. 28, 29).

A realização dos prontuários sociais como instrumento de captação de informações representou a base do nosso processo de trabalho, pois norteavam as ações socioassistenciais. Contudo existiram momentos em que as fichas sociais eram apenas mais um papel, em meio a tantos, e, em algumas vezes não conseguíamos nos antecipar as demandas, haja vista o grande volume de trabalho imposto ao assistente social. Assim, no início da segunda onda, período em que o hospital sofreu uma mudança brusca em relação ao perfil de pacientes e rotinas, somente conseguíamos resolver as demandas

imediatas, pois não tínhamos tempo para refletir ou dialogar em equipe. Eram inúmeros atendimentos que se estendiam desde o início ao fim do plantão, excessos de ligações e as mais variadas demandas.

Sobre essa sobrecarga de trabalho imposto ao serviço social, consideramos que é imprescindível refletir sobre o perfil profissional do assistente social na contemporaneidade, principalmente em tempos de pandemia. De acordo com Iamamoto (2020), é necessário que haja uma ruptura da visão endógena da profissão, rompendo com as atividades burocráticas que são impostas no dia a dia. Assim, urge que o assistente social seja um profissional que proponha, que seja capaz de negociar e defender o campo de atuação profissional.

Dessa forma, após muito diálogo, conseguimos garantir o direito de que pacientes com transtorno mental, idosos acamados e sequelados pudessem ficar acompanhados, bem como, em alguns casos, o serviço social, juntamente com a psicologia e equipe médica, autorizava visitas na unidade Covid. Ressaltamos que todos essas concessões eram devidamente avaliadas pela equipe multidisciplinar e garantida a paramentação necessária para os familiares.

De tal modo, podemos dizer que, com o passar dos dias o trabalho foi se estruturando lentamente, as rotinas foram sendo implementadas de acordo com o surgimento das demandas e à medida que a equipe ia construindo certo grau de afinidade, o serviço social foi conseguindo garantir alguns direitos até então roubados pela pandemia. Podemos dizer, finalmente, que as normas que eram irreversíveis e rígidas foram se reconfigurando através do trabalho multidisciplinar na busca pela garantia de uma assistência à saúde

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo de forma integral e reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar.

Como exemplo, citamos o dia em que vivenciamos a emoção de participar da despedida de três filhos à mãe que teve o diagnóstico de morte encefálica. Foi uma experiência única, na UTI improvisada de uma enfermaria, onde o serviço social e a psicologia participaram desse momento. Os filhos tiveram o tempo necessário para ver a matriarca antes que a equipe desligasse os aparelhos. Ali, em seu leito de morte, acariciavam seu rosto e seus cabelos que tinham sido arrumados cuidadosamente pela equipe para que os filhos pudessem ter uma última visão da mãe. Indagamos qual seria a música preferida dela, responderam que era a Oração Pela Família, do Padre Zezinho. Assim, colocamos a música para tocar. Foi um momento permeado por sentimentos e emoções. Aquela mulher sairia dali em um caixão lacrado, sem direito a velório ou honrarias, mas pudemos proporcionar aos filhos aquele último encontro.

Por fim, é imensurável a quantidade de histórias que ouvimos e acompanhamos durante a segunda onda de Covid-19. Muitas delas tiveram finais felizes, outras tiveram finais catastróficos. Ao serviço social, enquanto porta de entrada da maioria das unidades de saúde, foi imposto a missão de gerenciar o caos de famílias enlutadas, amedrontadas, fragilizadas emocionalmente, insatisfeitas. E, claro, também pudemos desfrutar do prazer de conhecer histórias incríveis de superação, e poder receber agradecimentos sinceros e ver olhares cheios de esperança de dias melhores.

REFERÊNCIAS

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver.** Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10/06/2021.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 08/06/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL. Doença pelo Novo Coronavírus- COVID 19.** Semana Epidemiológica 28. 11 a 17/07/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19. Brasília, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

CEARA. SecretariadeSaúde. **BoletimEpidemiológico. Doença pelo novo Coronavírus (COVID-19) N° 26** Ceará – 22/07/2021.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

GRISOTTI. M. Pandemia de Covid-19: agenda de pesquisas em contextos de incertezas e contribuições das ciências sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(2), 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/i/2020.v30n2/>>. Acesso em 08/05/ 2021.

GUERRA. Y. **A instrumentalidade do Serviço Social.** – 9. Ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO. M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** – 27. Ed. - São Paulo: Cortez, 2020.

IAMAMOTO. M. V. **As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo.** In: MOTA, A. E. *et al.* Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2014. P. 161-196.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA. V. M. R. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde.** In: MOTA, A. E. *et al.* Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2014. P. 273-303.

ORIENTAÇÃO NORMATIVA. Nº 3 de 31 de março de 2020. **Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais.** CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2020.

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: UM RELATO DAS EXPERIÊNCIAS NO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL EM UM CONTEXTO DE PANDEMIA

*Maria Nayana Carvalho Tavares
Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho*

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é produto das vivências de uma preceptora e de uma residente em um Programa de Residência Multiprofissional em um Hospital Universitário de referência em Fortaleza - Ceará e das atividades desempenhadas no ambulatório de transplante renal do referido hospital, sendo esta produção elaborada no mês de julho de 2020.

A Residência em Área Profissional da Saúde, de acordo com o artigo 13º, da Lei 11.129/2005, configura-se como uma Pós-Graduação *lato sensu*, voltada aos profissionais de saúde de diversas categorias, com exceção da medicina (BRASIL, 2005). Conforme o § 1 da referida lei, a residência “constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde”. (BRASIL, 2005).

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

A Portaria Interministerial nº 1.077/2009, legislação que trata sobre o Programa de Residência, expressa que:

Art. 1º A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos. (BRASIL, 2009).

A área de concentração abordada neste trabalho é a ênfase de assistência em transplante, estando uma das autoras vinculada ao programa de residência, a qual é composta pelas seguintes categorias: Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem e Nutrição. As diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde possuem saberes e responsabilidades diferenciadas, que articuladas, são fundamentais para a realização dos serviços de saúde e para a saúde dos/as usuários/as. (CASTRO, 2013).

No programa de residência multiprofissional, um dos campos em que o Serviço Social se insere é o ambulatório de pré e pós transplante renal, atuando na orientação aos/às usuários/as que acessam os serviços; na viabilização de benefícios aos quais os/as usuários/as têm direito; na realização de entrevistas sociais a pacientes e acompanhantes, para fins de avaliação social em transplante renal, bem como a elaboração de parecer social.

Por meio da entrevista social se realiza um contato inicial com o usuário, tem-se uma visão sobre sua história de vida, sobre a trajetória de seu tratamento. A partir daí se pode ainda perceber o contexto socioeconômico, suas circunstâncias sociais, suas

referências familiares/afetivas, as novas configurações familiares, as desigualdades de sexo, racismo, condições de habitabilidade, dentre outras questões, que se fazem importantes para a realização do transplante. Guedes e Castro (2009) apontam a importância da abordagem de outros determinantes sociais no processo saúde-doença, que se fazem importantes no diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Logo, é através daquele instrumental, que se identifica “sobre as condições de vida da/o usuária/o e sua família, numa perspectiva de aproximação à realidade social que interfere na produção da saúde.” (ANDRADE, FÉLIX, ALCÂNTARA, 2020, p. 143). O/a assistente social atua também no acompanhamento social aos/às usuários/as que estão inseridos/as na lista de transplante, além do atendimento de demandas espontâneas¹.

Com a pandemia do novo coronavírus², as atividades no ambulatório foram redimensionadas em decorrência das medidas de controle determinadas pelo Decreto Estadual nº 33.510/2020³, como também pelo hospital o qual o ambulatório está vinculado, com vistas a evitar a aglomeração de pessoas e a conter a expansão do vírus. Dessa forma, as ações desenvolvidas pelo

1 Orientação sobre Passe Livre, Tratamento Fora de Domicílio (TFD), benefícios assistenciais e previdenciários, fornecimento de declarações, elaboração de relatórios sociais, dentre outros.

2 Recentemente, em dezembro de 2019, houve a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o qual foi identificado em Wuhan na China e causou a COVID-19, sendo em seguida disseminada e transmitida pessoa a pessoa”. Fonte: < <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/perguntaserespostas>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

3 O Decreto Estadual, de 16 de março de 2020, determinou estado de emergência em saúde no contexto estadual em virtude do novo coronavírus (CEARÁ, 2020).

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Serviço Social também foram reconfiguradas, haja vista que a profissão precisou se adequar às novas formas de atendimento.

Integrando a equipe multiprofissional do ambulatório de transplante renal e tendo em vista a amplitude e a relevância das ações desempenhadas pelo Serviço Social neste campo, será apresentado neste trabalho a atuação do/da assistente social no ambulatório supracitado e as reconfigurações nas atividades desenvolvidas em decorrência da pandemia do novo coronavírus.

De acordo com a temática já apontada, este trabalho encontra-se estruturado em dois tópicos de análise e discussão: o primeiro item denominado “Serviço Social na saúde: a inserção no ambulatório de transplante renal” visa explicar sobre a atuação profissional nesse campo e no respectivo ambulatório. O segundo ponto, intitulado “As reconfigurações na atuação do/a assistente social no ambulatório de transplante renal diante da pandemia”, busca explicitar sobre as ações do Serviço Social no ambulatório, que foram redefinidas a partir da expansão da epidemia.

Para a construção deste trabalho, a metodologia utilizada foi a pesquisa do tipo bibliográfica, por oferecer um aporte teórico já formulado por demais autores sobre a temática, que se expressa em livros, artigos e outras publicações. (GIL, 2008).

Também foi utilizada como técnica a observação participante, que corresponde à “participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada”. (GIL, 2008, p. 103). A observação participante pode ser classificada em natural e artificial e nesta pesquisa utilizou-se a forma natural, onde o/a observador/a faz parte do grupo ao qual está pesquisando. Esta técnica se expressa em virtude da

profissão estar introduzida no campo que está sendo investigado, e por este estudo descrever a respeito do conhecimento adquirido com as experiências vivenciadas.

Vale ressaltar que este trabalho foi construído durante o mês de julho de 2020, diante das inquietações e provocações advindas pelo novo contexto causado pela pandemia. Logo, as transformações ocorridas no ambulatório de transplante renal se constituíram como subsídios para o desenvolvimento desta pesquisa, já que aquelas impactaram diretamente nas ações desempenhadas pelo Serviço Social e no cotidiano de atendimento e do trabalho do/a assistente social.

1 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: A INSERÇÃO NO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL

O Serviço Social é uma profissão que tem por objeto de trabalho a questão social, que se configura como produto das contradições do modo de produção capitalista⁴. O/A assistente social é um/a profissional apto e qualificado para compor o quadro de categorias em distintos espaços socio-ocupacionais, dentre os quais podemos citar o campo da saúde.

A introdução da profissão nestas áreas é mediada pela legitimação da profissão e pelas insuficiências que se determinam e se rearranjam conforme o contexto histórico da política de saúde brasileira (COSTA, 2000). A inserção da profissão na saúde se dá desde a sua institucionalização, conforme explicita Sposati (2013, p. 667):

A inserção do Serviço Social no âmbito de serviços de saúde se dá no Brasil ainda na década de 1940 do século

4 Como aponta Iamamoto (2014), a questão social se configura como as manifestações do “processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade”. (p. 84).

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

passado. Em 1948, foi atribuída importância ímpar à instalação do Serviço Social na dinâmica de gestão do Hospital das Clínicas a forma inédita de hospital público de excelência com atração de pacientes de âmbito nacional e internacional. [...] Não se configurava, ainda, o direito universal à saúde. Só após 40 anos com a CF88 é que este direito configura a universalidade de atenção o que retira toda e qualquer necessidade de prova de meios para que o cidadão seja atendido em um serviço de saúde pública.

Conforme explicitado acima a inserção do Serviço Social no contexto dos serviços de saúde expressa-se através da “questão social”, que neste período dos anos 1930 precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão de política e não de polícia. Seguindo essa mesma lógica de tratamento, a saúde pública é também sinalizada como questão preocupante, constituindo-se uma estratégia do poder central no trato da “questão social” (BRAVO, 2013).

O Estado, através da organização e prestação de serviços inicia um novo modo de enfrentamento, com medidas a serem consideradas o ponto de partida da construção do sistema previdenciário brasileiro. A exemplo das caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), conhecidas como Lei Eloy Chaves, que eram organizadas pelas empresas, com a participação financeira da União e contribuições dos empregados. Os benefícios eram proporcionais às contribuições, destacando-se: assistência médico-curativa, medicamentos, as modalidades de aposentadorias por tempo de serviço, invalidez, velhice, distribuição de medicamentos. (BRAVO, 2013).

A partir da Constituição Federal de 1988 é que a saúde é expressa como direito universal, diferenciando do modelo de saúde pública engendrado na década de 1920, que era assegurada somente aos trabalhadores

contribuintes, cujos benefícios previdenciários só eram adquiridos por trabalhadores de grandes empresas e pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões. (BOSCHETTI, 2009).

A carta constitucional de 1988 é resultante das mobilizações empreendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária, em meados da década de 1970. Os princípios expressos no projeto da Reforma Sanitária⁵ possuem intrínseca relação com os conceitos referidos no projeto ético político profissional⁶, em que se pode destacar que:

[...] o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. [...] há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e

5 Conforme CFESS (2010), na década de 1990, havia o embate de dois projetos políticos na saúde, que demandavam distintas exigências para o Serviço Social: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária. (p. 26).

6 A construção do projeto ético-político data-se de meados da década de 1970, marcado por um momento em que o Serviço Social buscava a rejeição ao conservadorismo arraigado na profissão (NETTO, 2006, p. 1). O referido tem a liberdade como princípio primordial e está intrinsecamente relacionado a um projeto que visa mudanças societárias. (BRAZ; BARATA, 2009). Conforme estes últimos autores, o projeto ético-político é formado pelas partes que o firmam, que são: “explicitação de princípios e valores ético político, a matriz teórico metodológica em que se ancora, a crítica radical à ordem social vigente e lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política” (p. 7 e 8).

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. (CFESS, 2010, p. 26).

Considerando as competências e atribuições desenvolvidas pela profissão, a Resolução nº 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), define o assistente social como profissional de saúde, contudo não o tornando exclusivo desse campo. Na saúde, os assistentes sociais trabalham em quatro núcleos, conforme destacado pelo CFESS (2010, p. 41): “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”⁷, tendo suas competências profissionais e atribuições privativas delineadas na Lei de Regulamentação da Profissão⁸ e as incumbências específicas do campo da saúde esboçados no referido documento.

Segundo Bravo e Matos (2006, p. 17), as ações desenvolvidas pelo Serviço Social na saúde têm por objetivo “compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões”. Isto posto, pode-se asseverar que o campo da saúde foi tradicionalmente um campo de atuação do Serviço Social e dada esta afirmativa é que se pode compreender como a profissão se insere, especificamente no campo aqui discutido.

Uma recente produção intitulada “A Residência Multiprofissional e os desafios da dimensão técnico-

7 Para a compreensão de cada eixo de atuação e a prática profissional do/da assistente social ler “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. (CFESS, 2010).

8 Na Lei nº 8.662/1993, os artigos 4º e 5º apresentam as competências e atribuições privativas do/a assistente social, respectivamente.

operativa da instrumentalidade no cotidiano profissional da/o assistente social” (ANDRADE; FÉLIX; ALCÂNTARA, 2020), pertencente à obra “Instrumentos e técnicas do Serviço Social: desafios cotidianos para uma instrumentalidade mediada” (ALVES; VALE; CAMELO, 2020) discorre sobre a atuação do Serviço Social na unidade ambulatorial de transplante. No ambulatório, o/a assistente social atua nos programas de pré e pós transplante renal, juntamente com a equipe multiprofissional.

As atividades desenvolvidas pelas/os profissionais frente às demandas específicas compreendem: atendimento social ambulatorial; acompanhamento junto à/ao paciente e família/acompanhante; realização de entrevista social com paciente de pré-transplante; articulação e contato com outros serviços e políticas setoriais; encaminhamentos para a rede de proteção social; orientações previdenciárias, assistenciais e de demais direitos sociais; articulação e contato com outros serviços e políticas setoriais; encaminhamentos para a rede de proteção social (ANDRADE; FÉLIX; ALCANTARA, 2020, p. 143 e 144).

As atribuições desenvolvidas pelo assistente social no ambulatório, assim como as ações realizadas em quaisquer campos de atuação, visam garantir às pessoas que utilizam um serviço, acesso aos benefícios que por muitas vezes são desconhecidos pelos/as pacientes. Portanto, cabe ao/à assistente social, socializar estas informações, já que segundo o Código de Ética Profissional, em sua relação com os/as usuários/as é um “dever democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional” (CFESS, 2012, p. 29).

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

2 As RECONFIGURAÇÕES NA ATUAÇÃO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL NO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL DIANTE DA PANDEMIA

O novo coronavírus foi identificado em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China (LANA *et al*, 2020) e desde então se espalhou por várias partes do mundo, configurando-se como uma pandemia que assolou e assola diversos países do globo.

Em 9 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus. No dia seguinte, a primeira sequência do SARS-CoV-2 foi publicada por pesquisadores chineses. Em 16 de janeiro, foi notificada a primeira importação em território japonês. No dia 21 de janeiro, os Estados Unidos reportaram seu primeiro caso importado. Em 30 de janeiro, a OMS declarou a epidemia uma emergência internacional (PHEIC). Ao final do mês de janeiro, diversos países já haviam confirmado importações de caso, incluindo Estados Unidos, Canadá e Austrália. No Brasil, em 7 de fevereiro, havia 9 casos em investigação, mas sem registros de casos confirmados. (LANA *et al*, 2020, p. 1).

Diante desse contexto, as atividades desenvolvidas nos mais diversos setores da sociedade, como econômicos, educacionais, dentre outros, obrigatoriamente foram redimensionadas e um “expressivo segmento dos/as trabalhadores/as formais está desenvolvendo seu trabalho em casa, no chamado trabalho remoto ou *home office*”. (MATOS, 2020, p. 1).

Os serviços de saúde, tido como essenciais foram mantidos, no entanto, suas atividades foram reestruturadas, incluindo aqui, já que é o campo desta pesquisa, o ambulatório de transplante renal.

[...] A pandemia impôs aos serviços de saúde reestruturações: suspensão de cirurgias eletivas nos

**VOLUME 2 - SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE:
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19**

ambulatoriais especializados e hospitais; “transformação” de leitos direcionados para os agravos decorrentes do COVID-19; suspensão de consultas ambulatoriais de rotina para evitar aglomerações e etc. Nessa reestruturação cada serviço de saúde estabeleceu suas prioridades de atendimento (MATOS, 2020, p. 2 e 3).

O Serviço Social também redefiniu suas formas de atendimento em decorrência das mudanças nas formas de assistência prestadas no ambulatório. Denota-se a relevância daquela categoria para que o usuário possa ter acesso aos seus direitos em meio a uma conjuntura tão adversa como a pandemia. Todavia, sua importância deve ser reconhecida para além desse fenômeno. (MATOS, 2020, p. 5).

A profissão contribuiu para minimizar as situações de vulnerabilidades psicossociais causadas pelo confinamento, sendo imprescindível o atendimento no cuidado e na escuta de usuários/as e acompanhantes que buscavam suporte e acesso aos serviços que necessitavam de uma recondução. As ações desenvolvidas pelo/a assistente social se reconfiguraram diante das novas demandas surgidas com a pandemia, entretanto, sem alterar as competências e atribuições privativas, para que não fossem atribuídas funções e práticas que não são específicas do/da assistente social.

Assim, é importante referir a orientação normativa nº3/2020, do dia 31/03/2020, do CFESS, que “Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais”, no sentido de fortalecer quais as atribuições próprias ao Serviço Social, assegurando que:

4. 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

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

prestados, não estando obrigado/a à realizar atividade incompatível com a legislação profissional vigente.

Antes de discorrer sobre as demandas postas ao Serviço Social, é preciso destacar as mudanças nas formas de atendimento, a partir do cumprimento de medidas de segurança no que tange à proteção individual e coletiva em relação aos/às usuários/as⁹. O CFESS, por meio de uma nota denominada “CFESS Manifesta: Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social”, de março de 2020, aborda sobre esta precaução:

Pela natureza da nossa atuação profissional e pelo reconhecimento de que somos profissionais de saúde, assim como médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as, farmacêuticos/as, dentre outras categorias profissionais, precisamos atender diretamente à população. Isto implica que precisamos ter maior rigor no processo de higienização e na utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC).

Vale ressaltar também acerca da importância de se elaborar novas estratégias de atendimento que possam garantir a segurança do profissional e a dos usuários que acessam os serviços, com vistas a assegurar o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população”, conforme o princípio X, do Código de Ética Profissional (CFESS, 2010, p. 24). Essas estratégias precisam ser repassadas aos/às usuários/as para que estes/as compreendam como vem se construindo a assistência e acesso aos serviços diante de um novo contexto sanitário.

⁹ Em 2020, ano em que foi produzido este estudo, foram publicados diversos decretos estaduais sobre as ações de enfrentamento e providências diante da pandemia de Covid-19. Para saber mais acesse: <<https://www.ceara.gov.br/decretos-do-governo-do-ceara-com-aco-es-contra-o-coronavirus/>>.

Sobre as principais demandas desempenhadas pelo Serviço Social no ambulatório de transplante renal no contexto pandêmico, pode-se citar algumas, dentre elas as orientações para os/as pacientes sobre o Tratamento Fora de Domicílio (TFD)¹⁰, na permanência desses em Fortaleza, uma vez que estavam impedidos/as, temporariamente, de retornar ao seu Estado de origem, já que os serviços se reconfiguraram em decorrência da epidemia.

Contatos telefônicos, vídeo atendimento foram os meios utilizados com os coordenadores e representantes dos TFD, a fim de dar resolutividade às diversas demandas trazidas pelos/as usuários/as do programa, a exemplo de: relatórios de comprovação de permanência, ajuda de custo e as novas medidas de funcionamento do ambulatório de pré e pós transplante.

A intermediação com a equipe multiprofissional continuou desenvolvendo-se, visando oferecer o atendimento mais adequado aos/às pacientes naquele momento, além de demandas espontâneas, que fazem parte e são intrínsecas ao processo de trabalho do Serviço Social.

Para além do encaminhamento das demandas, é necessário apreender que a dimensão educativa é inerente ao trabalho e é a partir dessa intervenção que é assegurado o acesso aos serviços, a compreensão de como se configura a rotina ambulatorial em tempos de pandemia e reafirmar junto aos/às usuários/as quais as competências profissionais e atribuições privativas, que

10 O Tratamento Fora de Domicilio (TFD), criado pela Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, do Ministério da Saúde, dispõe sobre a viabilização de tratamento de saúde fora do município de origem. Para conferir documento na íntegra, acesse: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html>.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

por vezes estes desconhecem ou conferem práticas que não são do domínio da profissão.

Cabe ressaltar também acerca da dimensão pedagógica na intervenção profissional, que segundo Conceição (2010, p. 54) “a prática profissional do assistente social possui um cunho eminentemente pedagógico”. Isso se expressa quando no cotidiano, por muitas vezes, aquele/a profissional é o que explica, orienta, já que o Serviço Social é, em muitas ocasiões, o primeiro espaço a ser procurado pelos/as usuários/as quando estes/as buscam algum tipo de orientação, daí a imprescindibilidade da profissão.

Nossa atuação profissional é fundamental, nesse momento, para que a população tenha acesso aos serviços de saúde, assistência e previdência social, além de benefícios eventuais que serão essenciais para a manutenção da vida da população mais empobrecida. Nós, assistentes sociais, estivemos sempre na luta por uma sociedade mais justa e igualitária e não podemos, nesse momento, recuar das nossas defesas e das nossas funções (CFESS, 2020).

Portanto, diante do que foi exposto, pode-se asseverar que a atuação do/da assistente social é indispensável para a garantia de acesso aos serviços que são demandados pela população e que nesse contexto de pandemia, sua intervenção é ainda mais desafiadora, pois é necessário à vista de um cenário tão amedrontador que o vírus origina e de uma conjuntura de excessivo desmonte de direitos.

Em meio a esse contexto com implicações tão devastadoras, principalmente para as políticas sociais e para as condições de vida da classe trabalhadora, é importante alertarmos para a compreensão desse cenário de forma mais crítica, sem cair em ações voluntaristas e pragmáticas.

Os processos de trabalho no campo da Residência Multiprofissional são de fundamental importância na formação e aprendizagem dos sujeitos envolvidos, principalmente na indissociabilidade entre o desenvolvimento das ações de trabalho e a formação profissional. O projeto de formação profissional apresentado pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) defende a capacitação dos/as assistentes sociais teórica, metodológica e politicamente para uma intervenção qualificada, comprometida e orientada por valores radicalmente democráticos (CASTRO, 2013). O/A residente apresenta-se como sujeito constitutivo do trabalho em saúde, na posição particular de estar em processo de formação, articulado com os valores expressos no Projeto Ético-Político do Serviço Social e no Projeto de Reforma Sanitária e contribuindo para a melhoria do atendimento dos usuários do SUS.

Nesse espaço de formação e trabalho em saúde o preceptor desempenha a função de acompanhamento e orientação ao residente no cotidiano do seu trabalho, esclarecendo dúvidas, propondo atividades de produção do conhecimento, socializando, intermediando e facilitando a interlocução com outros profissionais da saúde, a fim de contribuir com o processo de formação da residência ancorada no projeto ético-político do Serviço Social.

O trabalho desenvolvido entre preceptoria e residência foi decisivo para não incorrer no risco de ações pragmáticas. Assim sendo, conforme coloca Behring e Boschetti (2016):

[...] na saúde, as atividades de prevenção, promoção e educação em saúde são importantes estratégias para a realização de um movimento de reflexão entre

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

profissionais e usuários, por meio da informação e do diálogo, na busca por alternativas e resoluções para as demandas e necessidades dos usuários. (BEHRING E BOSCHETTI, 2016 apud SILVA e CASTRO, 2020, p. 110).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi a partir de um lugar, enquanto profissionais de Serviço Social, preceptora e residente, em um momento no qual o mundo foi invadido por um vírus, que emergiram novos aprendizados e reflexões acerca do trabalho da/do assistente social. As ideias aqui colocadas refletem as experiências vividas, onde diversos desafios foram apontados.

Como profissionais havia necessidade de uma postura firme, acolhedora e também de escuta. Mesmo em momentos de desamparo e medo, tinha-se a necessidade de dar respostas à população usuária do serviço, onde cada vez mais se confirmava a importância do trabalho do Serviço Social.

As atividades realizadas pelo Serviço Social no ambulatório não deixaram de ser desenvolvidas, entretanto tiveram de ser reconfiguradas para garantir a segurança do usuário sem deixar de atender as medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias no combate ao novo coronavírus.

É importante ressaltar que para atender os cuidados impostos pelo contexto pandêmico, foram tomados todos os cuidados necessários relacionados à proteção do vírus, com a utilização dos EPIs e as medidas de distanciamento físico necessárias para a proteção individual de cada profissional.

É dever da/do assistente social, conforme é preconizado no Código de Ética Profissional, atuar junto à população em contextos de calamidade pública e

mesmo que as ações desempenhadas se redimensionem devido à pandemia, as referidas são adotadas para o cumprimento daquele dever e para garantir o acesso aos serviços demandados pelos/as usuários/as.

Portanto, as experiências descritas neste trabalho tiveram por objetivo ressaltar a importância das atividades realizadas pelo/a assistente social e como a atuação deste profissional, especificamente no espaço aqui estudado, foi de fundamental relevância para que os/as usuários/as acompanhados/as pelo ambulatório de transplante renal não deixassem de ser assistidos e terem seus direitos garantidos.

Uma travessia em tempos em que se faz necessário reinventar-se, ressignificar-se, percorrer novos caminhos, novos conceitos e mediações frente ao processo pedagógico e projeto ético-político profissional e, principalmente em defesa do SUS.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maria Derleide; FÉLIX, Flaviane da Rocha; ALCÂNTARA, Gabriela Veras. A Residência Multiprofissional e os desafios da dimensão técnico-operativa da instrumentalidade no cotidiano profissional da/o assistente social. In: ALVES, Danielle Coelho; VALE, Erlenia Sobral do; CAMELO, Renata Albuquerque (org.). Instrumentos e Técnicas do Serviço Social: desafios cotidianos para uma instrumentalidade mediada. Fortaleza: Eduece, 2020. p. 411.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social. (org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009. p. 323-340. Disponível em: < http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf > Acesso: 18 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de maio de 2005. Institui O Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; Cria O Conselho Nacional da Juventude – Cnj e A Secretaria Nacional de Juventude; Altera As Leis Nº s 10.683, de 28 de Maio de 2003, e 10.429, de 24 de Abril de 2002; e Dá Outras Providências. Brasília, DF, 30 maio 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11129.htm#:~:text=Fica%20institui%C3%ADda%20a%20Resid%C3%A2ncia%20em,de%20sa%C3%BAde%2C%20excetuada%20a%20m%C3%A9dica>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2020. Sobre a doença. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 13 nov. 2009. Disponível em: %3Alegislacaoespecifica&option=com_content&view=article> Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993: Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF, 07 jun. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro, Cortez, 2006. p.1-22 Disponível em:<<https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-Projeto-%C3%89tico-Pol%C3%ADtico-do-Servi%C3%A7o-Social-e-sua-Rela%C3%A7%C3%A3o-com-a-Reforma.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 349-360, jul/dez. 2013. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/>>Acesso em: 20 jul. 2020.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

CEARÁ. DECRETO Nº 33.510, de 16 de março de 2020. Decreta situação de emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. Disponível em: <>. Acesso em: 29 jun. 2020.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CFESS. Código de Ética do Assistente Social e Lei 8.662/93 (10ª edição, revista e atualizada). Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CFESS. CFESS Manifesta: Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social. Brasília, DF, 23 de março de 2020. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2020.

CFESS. Orientação Normativa nº 3/2020, que dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília, DF. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1682#:~:text=A%20normativa%20explica%2C%20dentre%20outras,profissional%20do%2Fa%20assistente%20social.>> Acesso em 25 jul. 2020.

CFESS. RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 que caracteriza o assistente social como profissional da saúde. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [1999]. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2020.

CONCEIÇÃO, Débora Guimarães da. O serviço social e prática pedagógica: a arte como instrumento de intervenção social. *Serviço Social em Revista*, v. 12, n. 2, p. 50-67, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7542>> Acesso em 18 jul. 2020.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, nº62, Cortez, 2000. Disponível em: < http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf> Aceso em: 19 jul. 2020.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 12, n. 1, p. 4-26, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41.ed. São Paulo: Cortez, 2014. 400 p.

LANA, Raquel Martins *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00019620, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000300301> Acesso em: 18 jul. 2020.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

MATOS, Maurílio Castro de. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. Disponível em: <<http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%3%A7%3A3o-do-Projeto-%C3%89tico-Pol%3ADtico-do-Servi%C3%A7o-Social.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro, Cortez, 2006. p.1-22 Disponível em:< <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-A-Constru%C3%A7%C3%A3o-do-Projeto-%C3%89tico-Pol%C3%ADtico-do-Servi%C3%A7o-Social.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

SILVA, Letícia Batista da; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Serviço Social e Residência em Saúde: trabalho e formação. Campinas: Papel Social, 2020. 142 p.

SPOSATI, Aldaíza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. Serviço Social & Sociedade, n. 116, p. 652-674, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010166282013000400005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 jul. 2020.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social. (org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009. p. 1-18. Disponível em: < https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_-braz-marcelo-201608060407431902860.pdf >. Acesso em: 29 jun. 2022.

SERVIÇO SOCIAL NA PANDEMIA DE COVID 19: A EXPERIÊNCIA DAS “VISITAS VIRTUAIS”

*Dayanne de Moraes Ferreira
Maria Gomes Fernandes Escobar*

1 INTRODUÇÃO

O luto é uma forma cruel de aprendizado. Você aprende como ele pode ser pouco suave, raivoso. Aprende como os pésames podem soar rasos. Aprende quanto do luto tem a ver com palavras, com a derrota das palavras e com a busca das palavras. (ADICHIE, 2021, p. 03)

No contexto das contribuições e dos novos desafios que estão postos ao Serviço Social a partir da pandemia de COVID19 é que o presente artigo espera contribuir como relato da experiência na realização de “visitas virtuais” realizadas diariamente em Unidades de Pronto Atendimento em Fortaleza.

Assim, objetiva-se contribuir para o compartilhamento de informações, inquietações e direcionamento de condutas que possam subsidiar a ação profissional em um contexto de crise, tendo como norte a garantia de um atendimento

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

de qualidade à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recebeu o alerta de que inúmeros casos de pneumonia estavam sendo identificados na cidade de *Wuhan*, província de *Hubei*, na República Popular da China. Tratava-se de um novo tipo (cepa) de coronavírus ainda não identificado em seres humanos.

Um mês depois, em janeiro de 2020, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública (ESPII) na busca de alertar quanto ao surto da doença e aprimorar medidas para a contenção e a propagação do vírus. Em março, a COVID-19¹ foi caracterizada como pandemia² pela OMS.

Ainda em março, foi identificado no Brasil o primeiro caso da doença provocada pelo SARS-Cov2. A pandemia nos alcançou incrédulos de seus efeitos e abrangência

1 A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente. Algumas pessoas são infectadas, mas apresentam apenas sintomas muito leves. A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar. As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode pegar a COVID-19 e ficar gravemente doente. Informações mais detalhadas disponíveis em <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 10/06/2021.

2 O termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo. Disponível em <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 10/06/2021.

e despreparados em relação às formas de atuação e medidas sanitárias que precisavam ser adotadas. No entanto, das poucas coisas que sabíamos em relação ao vírus, algo incontestemente era a alta taxa de transmissão da doença e a necessidade de medidas de isolamento social, principalmente daqueles indivíduos já doentes.

Além da repercussão desastrosa no âmbito da saúde com milhares de óbitos³ e o colapso dos sistemas de saúde pública e privado, a pandemia também repercutiu negativamente nos âmbitos econômico, político e social.

As Unidades de Pronto Atendimento que, via de regra, deveriam receber pacientes enquanto “porta de entrada do SUS” e encaminhá-los a hospitais específicos, se viram transformadas em unidades de internação com diversos pacientes em perfil de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A gravidade da doença aliada a um número crescente de informações, muitas delas falsas⁴, o

3 No momento em que escrevemos este texto já são mais de 500 mil mortes no Brasil, de acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde. No Ceará já foram confirmados 865 mil casos com 22.043 óbitos por COVID-19. Após uma inflexão na segunda quinzena de abril de 2021, o crescimento do número de mortes a cada 24 horas ganhou velocidade e se estendeu até a última semana de maio de 2021, indicando um padrão exponencial de incremento de óbitos. A partir daí, iniciou-se uma tendência de estabilização da curva de casos e óbitos seguido do relaxamento gradual das medidas restritivas que visam o isolamento social rígido. Dados do Boletim Epidemiológico de Fortaleza disponível em: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>. Acesso em 20/06/2021.

4 Dentre as muitas notícias falsas que circulam na internet, notadamente em grupos de *Whats App*, uma delas contesta o número de óbitos por COVID19, questiona a causa das mortes e afirma que profissionais da saúde mentem nos diagnósticos para fazer com que os números da doença pareçam maiores e assim, segundo a *fake news*, o Estado possa arrecadar mais dinheiro. Outra notícia falsa seria que doentes estariam sendo enterrados ainda vivos ou que se colocavam tijolos em caixões no lugar dos corpos.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

negacionismo⁵, e as posturas contraproducentes advindas principalmente da esfera do Governo Federal transformaram a pandemia de COVID19 em uma doença que exigiu e ainda exige uma postura e uma atuação diferenciada por parte dos profissionais assistentes sociais. A necessidade do combate diário à desconfiança das famílias e a construção de um vínculo fortalecido na empatia e no entendimento de que diante de tamanha fragilidade, precisávamos assumir nossas “trincheiras dentro da linha de frente”.

Assim, a dinâmica das demandas que se apresentavam ao Serviço Social acabaram por forjar maneiras de estruturação da nossa prática, posto que nos termos de Netto (1992, p. 68), uma profissão não “se constitui para criar um dado espaço, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional”.

Diante da necessidade de que as equipes de assistência direta aos pacientes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) estivessem voltados quase que exclusivamente a eles, levando-se em consideração também a alta demanda, as instâncias de gerenciamento das unidades de saúde, chamavam a atenção para a necessidade da ação profissional direta junto às famílias e a busca de formas de garantir a manutenção do contato entre o doente e seus familiares, mesmo diante das restrições de contato físico e do isolamento imposto pelas medidas sanitárias.

5 Vivemos no Brasil uma luta cotidiana não somente contra o coronavírus, mas também contra “poderes” que atacam o Estado Democrático de Direito e fomentam o caos. Direcionados principalmente pelo gestor do executivo federal, vivemos tempos de demonização da imprensa, combate explícito e perseguição a intelectuais e pensadores que se posicionam contrários a gestão federal em uma postura absolutamente antidemocrática sem, no entanto, assumir a postura militarizada e bélica comum a regimes ditatoriais.

Na base dessa atribuição estavam implicadas de um lado, as limitações de atendimento do SUS mediante a alta demanda, a falta de medicamentos e insumos, o cansaço e o esgotamento físico e mental que acometeu diversos profissionais e, de outro, as múltiplas expressões da “questão social” que assolavam as famílias em um contexto de crise sanitária e social.

No entanto, compreendemos que o trabalho dos assistentes sociais se desenvolve a partir de circunstâncias históricas e demandas concretas. A partir deste processo, os objetivos institucionais, profissionais e dos usuários precisaram ser organizados e direcionados a partir das necessidades postas.

O relato das “visitas virtuais” oportunizadas diretamente pelo Serviço Social em Unidades de Pronto Atendimento busca descrever, ainda que de modo superficial, uma ação que passou a compor o cotidiano profissional das autoras e se tornou um dos momentos mais esperados pelas famílias e pacientes e emocionantes para todos os envolvidos na ação. É certo que o apresentado manifesta uma leitura da realidade vivenciada sob a ótica das autoras e a partir de particularidades próprias do lócus de atuação.

Ao tratarmos da experiência enquanto vivência, nos aproximamos da perspectiva de Walter Benjamin⁶ para quem a experiência tem o sentido da partilha de

6 Walter Benjamin foi um filósofo, ensaísta, crítico literário e tradutor alemão que deixou vasta obra literária, além de ter contribuído para a teoria estética, para o pensamento político, para a filosofia e para a história. Entre as diversas temáticas abordadas o pensador se detém sobre as ideais de narração, experiência, memória e modernidade. O artigo “Walter Benjamin: memória e conhecimento do presente” de Filipe Volz poderá ajudar na aproximação ao pensamento do autor sobre essas e outras temáticas. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/voluntas/article/view/40395/pdf>>.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

conhecimento que nos faz refletir criticamente sobre o que nos acontece tendo assim a possibilidade de mudar a existência.

Bastos e Souza (2020) trazem um recorte do pensamento de Benjamin expresso em Larossa (2017). Para Benjamin, “a experiência não é propriamente tudo aquilo que nos acontece, mas sim aquilo que nos toca, desassossega e, principalmente, inspira reflexões e esforços para que realmente aconteçam mudanças significativas, tanto do ponto de vista pessoal quanto do ponto de vista coletivo”. (BASTOS E SOUZA 2020, p. 122 *apud* LAROSSA, 2017)

É nesse processo que buscamos refutar o imediatismo das ações, ainda que dentro de uma instituição de atendimento emergencial. A dinâmica profissional se assenta em um processo de cooperação entre a equipe de profissionais e a realização de ações continuadas, articuladas e centradas na instrumentalidade do fazer profissional que se materializa na indissociabilidade das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas e na construção de uma atuação profissional garantidora de direitos.

2. ACOLHIMENTO, ORIENTAÇÃO, ESCUTA

Elias (2001) diz logo no início de seu livro “A Solidão dos Moribundos” que “há várias maneiras de lidar com o fato de que todas as vidas, incluídas as das pessoas que amamos, tem um fim” (p. 01). A chegada da COVID19 entre nós, nos obrigou a encarar a ideia e a concretude da morte de quem amamos e nos colocou de maneira incontestante, a iminência da nossa própria morte.

E nós, assistentes sociais, profissionais da saúde que estamos na linha de frente dos atendimentos

às populações dentro do SUS, nos vimos lançadas a uma realidade de atendimento que, por mais que não fosse diferente em sua essência, se mostrava algo completamente novo, tamanha eram e são, as particularidades do acolhimento a famílias e cidadãos acometidos pela doença.

O isolamento tácito a que são submetidos os doentes e a impossibilidade da presença de familiares que os acompanhe e/ou visitem durante o quase sempre longo período de internação, é algo que não tem precedentes gerando uma separação e um sofrimento incontestes. Separados abruptamente de seus familiares, amigos e de suas relações sociais, em um afastamento de tudo que simboliza “o mundo dos vivos”, os acometidos pela doença se percebem sós, sem a presença e o conforto dos seus.

Do outro lado, famílias apreensivas, buscando notícias e informações do quadro de saúde de seus familiares, implorando para vê-los, mesmo que de longe e, muitas vezes desconfiados de que algo de ruim esteja sendo feito ao doente que, naquele momento encontra-se completamente entregue às mãos dos profissionais de saúde.

A situação do isolamento se relaciona também ao medo da morte, e da consciência da gravidade e da letalidade da doença⁷, notadamente em seus momentos

7 Pesquisa divulgada pela Agência Brasil comparou a quantidade de óbitos por causas naturais esperada em 2020 e a quantidade de óbitos observada para o mesmo ano, revelando que cerca de 270 mil brasileiros morreram acima do esperado no ano passado em comparação com os anos anteriores. Dessas 270 mil, 153 mil ocorreram entre negros e 117 entre brancos, ou seja, foram 30% mais negros dentre as mortes em excesso. Pesquisa disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-03/especialista-aponta-recorte-racial-como-prioridade-de-vacinacao>. Acesso em 25/04/2021.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

de pico de contaminação em que as unidades hospitalares operam em franco colapso.

As Unidades de Pronto Atendimento se tornaram unidade de internação de longa permanência e, nesse sentido, algumas rotinas precisaram ser modificadas⁸ a fim de atender uma maior quantidade de doentes e familiares que permaneciam também por mais tempo na unidade. Dentre muitas atribuições, destacamos o acolhimento/suporte familiar como uma das principais ações realizadas pelos assistentes sociais dentro das UPAS.

A partir da reestruturação dos serviços e da urgência das demandas que surgiam, nossa atuação dentro da unidade de saúde ficou voltada particularmente para o atendimento familiar, repasse de orientações gerais e passamos a buscar meios de garantir o contato das famílias aos pacientes, ainda que não fosse possível de forma presencial.

Além disso, passamos a priorizar nossa contribuição fundamental em relação a orientações sobre afastamento de atividades laborativas, acesso a benefícios sociais, medicamentos, socialização de informações quanto a judicialização de leitos e informações relativas à prevenção de contágio e normas de higiene para o cuidado a pessoa doente em domicílio.

Ainda que em um momento considerado de “calamidade pública em saúde” as normativas da profissão - Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão, Resoluções do CFESS - e os Parâmetros

⁸ Nas Upas administradas pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, no município de Fortaleza, nos momentos de pico da COVID19, o Serviço Social contou com duas assistentes sociais nos plantões diurnos e uma assistente social no plantão noturno.

para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde continuaram a nortear as ações realizadas como referências para o trabalho profissional (CFESS, 2010).

Nosso primeiro contato com as famílias, normalmente aquele familiar que está presente na internação como acompanhante, acontece logo após a comunicação pelo médico de que o paciente precisará ficar internado. Ao repassar essa informação, o médico encaminha o familiar para a sala do Serviço Social para que seja feito a admissão, repassadas as orientações gerais, as normas e rotinas da unidade e esclarecimentos quanto ao protocolo do isolamento respiratório.

Este momento é aquele em que talvez, paciente e familiar se olhem pessoalmente pela última vez, pelo menos até que venha a alta hospitalar. Ali no Serviço Social, comunicamos ao familiar que o paciente, a partir daquele momento ficará sozinho, sem telefone celular, sem possibilidade de receber visitas e que as comunicações e repasse de informações serão realizadas diariamente por um profissional da unidade que tenha competência para tal.

Preenchemos uma ficha de identificação com os dados gerais do paciente e tiramos todas as dúvidas do familiar em relação a internação. E as dúvidas não são poucas. Os sentimentos são contraditórios, por vezes a equipe que presta a assistência é vista como inimiga, responsável por aquela situação e acabamos por receber toda raiva e revolta da família. A raiva e a revolta se somam a percepção da dificuldade em se conseguir um leito para internação hospitalar, especialmente em leitos de UTI, a sensação de “mãos atadas” que se apresenta constante.

Do outro lado, doentes atordoados pela ideia de permanecerem sozinhos em um lugar desconhecido,

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

sendo cuidado por pessoas desconhecidas, ao lado de outros doentes que compartilham o mesmo horror, diante de cenas que, para muitos, só viam em filmes. É um cenário de solidão extrema, a partir da percepção de que quem está a seu lado não tem significado, não conhece sua história. Sua existência parece não fazer diferença.

Ainda trazendo Elias (2001) o autor afirma que estarem cercados da presença de familiares e/ou amigos

[...] pode ser uma das grandes alegrias dos moribundos – última prova de amor, último sinal de que significam alguma coisa para os outros. É um grande apoio – encontrar eco dos seus sentimentos nos outros que se ama e a quem se está apegado, e cuja presença faz surgir um sentimento terno de pertencer à família humana [...] - afeição recíproca, por assim dizer, até o fim. (ELIAS, 2001, p. 52).

A pandemia de COVID19 retirou dos doentes e das famílias esta possibilidade. Nesse sentido, entre nossas funções cotidianas, está a necessidade de fazer com que pacientes e familiares percebam a busca da construção de identidade e empatia, demonstrando que, ainda que em meio ao caos, ainda seguimos lutando.

3 As “VISITAS VIRTUAIS” COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO ENTRE PACIENTES E FAMILIARES NO CONTEXTO DE PANDEMIA

“Alô! É a senhora Judite⁹? Informamos que em alguns instantes realizaremos contato telefônico por videochamada para a senhora se comunicar com seu esposo, Sr. Geraldo.” Após esta comunicação, escutamos suspiros de alívio,

9 Os nomes usados no texto são fictícios para preservar a identidade dos usuários, no entanto, os acontecimentos narrados são reais e vivenciados pelas autoras.

gritos de felicidade e palavras de gratidão por parte dos familiares que estão do outro lado da linha telefônica. É assim que se inicia as novas formas de comunicação entre as famílias e os pacientes no contexto da pandemia de COVID19, as “visitas virtuais”.

Com o aparecimento dos primeiros casos de COVID19 e as orientações de isolamento social como medida sanitária fundamental para evitar o avanço da contaminação, o acesso de pessoas às unidades de saúde ficou ainda mais restrito. As visitas de familiares que em tempos “normais” aconteciam diariamente foram completamente suspensas. Os profissionais de saúde também eram orientados a evitar entrar nos setores em que os pacientes estavam internados, sendo recomendado apenas aos profissionais da assistência direta o acesso às enfermarias de isolamento respiratório.

O contexto de isolamento social exigia, portanto, a realização de ações que, além de tratar a doença, garantisse o cuidado ao doente de forma integral, compreendendo-o como indivíduo inserido em uma totalidade de relações sociais, culturais, comunitárias e familiares, conforme defende a Política Nacional de Humanização, PNH2¹⁰.

10 No Brasil, o Programa Nacional de Direitos Humanos possui 3 versões: a primeira de 1996; a segunda de 2002 e a mais recente de 2009. Em cada plano é dado um foco específico a determinados direitos, mas sempre com um objetivo em comum: aprimorar a proteção daqueles. A PNH2 criada em 2002, traz a perspectiva da humanização para o SUS, defende a produção de novas atitudes por parte dos trabalhadores, da gestão e dos usuários a valorização do protagonismo dos sujeitos, a identificação das necessidades sociais da saúde e etc. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 29/11/2021.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

O direito que as famílias e o próprio doente têm em se comunicar esbarrava na imposição das normas sanitárias e gerou na gestão das unidades a necessidade de se pensar em maneiras de responder¹¹ a situação apresentada. Era preciso organizar um fluxo de comunicação pois eram urgentes as demandas apresentadas, não somente pelo desejo de ver o doente, ouvir dele próprio se estava bem, como estava sendo o tratamento ofertado, etc., mas também por questões econômicas e/ou emergenciais ocorridas ao longo do tempo de internação. Além disso, os pacientes saíam muitas vezes de forma repentina de suas casas, sem atentar para a possibilidade de internação, ficando várias pendências a serem resolvidas.

Por outro lado, era grande a ansiedade dos próprios pacientes em saber notícias de quem ficou em casa, muitas vezes também doentes. Havia a angústia pelos filhos menores que ficaram sob os cuidados de terceiros, a preocupação com o trabalho, com dívidas que chegavam e precisavam ser pagas, com a subsistência de quem ficou em casa e, certamente, o medo de deixá-los sem sua presença.

A partir dessas demandas recebidas no cotidiano de atuação, a gestão das UPAS providenciou aparelhos celulares e acesso à internet para que fosse possível a realização de chamadas de vídeo. Àqueles familiares que não tem esse recurso disponível, são feitas chamadas telefônicas.

11 Em relação ao repasse de informações clínicas do estado de saúde dos doentes, foi estabelecido o fluxo de uma ligação diária, normalmente realizada pelo médico plantonista ao final da tarde, a um familiar de referência com a atualização do quadro clínico. No entanto, ainda que fosse informado tal rotina, os familiares procuravam as unidades diariamente sendo encaminhados ao Serviço Social. Além disso, as ligações telefônicas eram constantes de pessoas que solicitavam saber notícias.

Outra forma de possibilitar o contato entre familiares e pacientes é o recebimento de cartas, desenhos, fotos que são lidas por profissionais da assistência e coladas ao redor dos leitos para que o doente se sinta mais próximo a família. As cartas tem sido utilizadas principalmente pelas crianças, que se comunicam com os pacientes por meio de imagens e desenhos, além de buscarem deixar aos doentes mensagens de confiança e esperança na recuperação e volta para casa.

O momento da leitura das cartas é sempre acompanhado de muita emoção por parte dos pacientes e também dos profissionais que participam da ação. As mensagens emocionam pelas declarações de amor, histórias contadas, vivências partilhadas, pedidos de perdão. O assistente social, ao mesmo tempo em que recebe as cartas, muitas vezes ajuda também na escrita de algumas delas e também na leitura.

Junto ao leito, o assistente social se torna o elo entre a família e o doente e assume uma presença marcante enquanto profissional comprometido com o bem-estar e a melhoria das condições de saúde daqueles que atende e para quem seu fazer é direcionado.

As chamadas de vídeo tem sido a forma de comunicação mais aceita entre os pacientes e familiares, principalmente pela possibilidade de se olharem. Importante deixar claro que são as famílias e o próprio doente que decidem pela melhor forma de contato e os meios de comunicação. Assim, cabe ao doente a decisão pela realização ou não das chamadas, levando-se em consideração o momento de fragilidade psicológica e tristeza que muitos vivenciam. Além disso, as “visitas virtuais” são realizadas somente com aqueles pacientes que estão em quadro clínico que os permita interagir com seus familiares e após avaliação da equipe de assistência.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Para Iamamoto (2008) o Serviço Social no contexto contemporâneo¹² se desenvolve como uma especialização do trabalho coletivo na sociedade e para responder as demandas presentes é necessário que o assistente social esteja apto a propor, negociar, gerir e construir novas propostas de trabalho. Sendo um profissional propositivo e não somente executor de políticas públicas.

Da mesma forma, Guerra (2017) aponta que o exercício profissional se constitui numa totalidade atravessada pelas dimensões técnico-operativa, teórico metodológica¹³ e ético política¹⁴, formando uma relação de unidade, mesmo que cada dimensão apresente suas diferenças.

A realidade social imposta pela pandemia de COVID19 exigiu a formulação de novas estratégias de trabalho a partir do contexto vivenciado e a construção de mediações qualificadas que possibilitem o exercício de um fazer profissional garantidor de direitos. Essas novas formas de agir representadas na dimensão técnico-operativa¹⁵ do Serviço Social, foram e são aprimoradas a partir de um aporte teórico e ético-político que direciona nossa prática

12 Para Iamamoto (2008) a contemporaneidade no Serviço Social é compreendida como a fase de adesão ao conhecimento crítico, sob base dos pensamentos de Marx e de atuação nas diversas formas de apresentação da “questão social”, ou seja, na realidade inserida.

13 Segundo Guerra (2017), a dimensão teórico metodológica se manifesta pelo conhecimento e saberes, nos capacita para analisar das características singulares de uma situação que se manifesta no cotidiano de trabalho e direciona as estratégias de ação da profissão.

14 A dimensão ético política acrescenta os componentes valorativos a ação, permite a escolha dentre alternativas existentes, assim como aponta Guerra (2017).

15 Em relação à dimensão técnico-operativa Guerra (2017) estabelece que esta é a forma de aparecer da profissão, como se manifesta. Dela é transmitida a imagem social da profissão. É carregada de representações e aspectos culturais da profissão.

profissional e nos torna responsáveis pela construção de um sistema de saúde melhor e mais humano.

E foi com lágrima nos olhos que o Sr. Geraldo, esposo da Sra. Judite, citado no início do tópico aceitou participar da “visita virtual”. A família, previamente contactada já aguardava nossa ligação e através da chamada de vídeo do *Whats App* a interação entre paciente, esposa e filhos aconteceu. Foi um misto de alegria, palavras de ânimo e esperança, notícias de casa e perguntas em relação a como o paciente estava se sentindo, se comeu, se tomou banho. A cada filho que se apresentava na conversa, Sr. Geraldo apontava e dizia o nome para que a assistente social ao seu lado pudesse conhecer seus familiares.

Ao final ouvimos aquele “*Deus te abençoe meu filho*” e um “*até amanhã*”. Sr. Geraldo era um homem negro, de pouco mais de 60 anos, durante toda a sua vida nunca havia ficado internado em hospital. Todo aquele contexto para ele era muito doloroso. Os dias não foram fáceis na luta contra a doença até que foi intubado. Momentos antes do procedimento, ao perguntar ao Sr. Geraldo o que ele desejava, vimos novamente as lágrimas nos olhos e ouvimos que seu único desejo era voltar para casa.

Dias após ser intubado, Sra. Judite recebeu a comunicação do óbito do Sr. Geraldo. Foi mais um paciente perdido, mais uma família de luto. Ainda assim, recebemos a gratidão da família e o reconhecimento pelo trabalho realizado. Para ela, como para inúmeras outras famílias, as “visitas virtuais” eram o momento mais esperado do dia, um balsamo em meio a um período de muita dor.

Além dos *feedbacks* positivos que recebemos diretamente das famílias em relação a importância das “visitas virtuais”, também recebemos retorno positivo

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

pelos meios formais de comunicação institucional como as Ouvidorias sobre a execução dessas novas estratégias de comunicação. Essa ação também diminui sobremaneira a ansiedade de familiares e de pacientes e melhora o “clima” dentro da unidade de saúde.

Guerra (2011) diz que a instrumentalidade possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É possível alteramos o cotidiano profissional e o as relações sociais que demandam intervenção. Modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições ao alcance necessário para concretização da ação.

Assim, as ações realizadas no contexto da pandemia de COVID19 estão centradas no entendimento de que nosso fazer deve se afastar de ações puramente instrumentais e compreender a necessidade de ações qualificadas e direcionadas ao alcance de intencionalidades previamente estabelecidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de mais de um ano de realização diária de “visitas virtuais” e diante das respostas positivas recebidas de pacientes e familiares, consideramos que esta ação a partir da comunicação telefônica ou por chamada de vídeo se tornou indispensável enquanto ferramenta de garantia do direito a presença de familiares junto aos doentes, ainda que em circunstância adversas.

A “visita virtual” permite ao paciente a comunicação com vários familiares ao mesmo tempo, a partir das chamadas em grupo e em horários mais acessíveis. Permite também a comunicação com familiares residentes em outros Estados ou mesmo em outros países. Ainda que não seja possível o toque, o abraço, a possibilidade de ver o familiar internado, mesmo que

por vídeo, é algo que se mostra essencial na rotina das unidades de saúde.

A pandemia de COVID19 lançou toda a sociedade a um desafio de repensar seu modo de vida e de se relacionar com os outros. Ao Serviço Social exigiu que fossem pensadas novas formas de atuação profissional que, se são novas em relação a sua forma, permanecem em sua essência ligadas ao fundamento central que se assenta na garantia de direitos e na superação das desigualdades que se tornaram ainda mais latentes nos últimos anos.

Assim é que buscamos, nos termos de Moreira (2020, p. 54), iluminar o caminho da “prática profissional” e abrir o campo de possibilidades para decifrar as armadilhas do real, penetrar em suas múltiplas determinações e nos capacitar a uma atuação comprometida com a reversão no quadro sistemático de negação dos direitos sociais.

Pensar em novas formas de ação e atuar em meio a um cotidiano por vezes caótico, levou muitas de nós, assistentes sociais que trabalham em unidades hospitalares a vivenciar, em nossas vidas privadas uma pesada carga mental e uma exaustão diante do sentimento de “mãos atadas” em meio a tragédia que ainda vivenciamos.

Perdemos na pandemia muitos pacientes, mas perdemos também muitos amigos, colegas de trabalho, familiares. Fomos e somos profundamente afetadas todos os dias e seguimos na tentativa de encontrar uma linguagem, uma forma de expressar aquilo que vivemos, aquele sentimento que nos acompanha e que ainda carece de ser dito, tamanha a sensação de ausência gerado pelo luto coletivo mundial. Esperamos conseguir preencher um pouco dessa ausência com pequenas gotas de esperança e compaixão.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

REFERÊNCIAS

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **Notas sobre o luto.** São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

BASTOS, Rogério Lustosa; SOUZA, Lizete Quelha de. **Pandemia, experiência e sociedade atual: Contribuições de Walter Benjamin.** In: MOREIRA, Elaine. *et al.* (Org.) Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais – Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 155 p., 2020. Versão on-line. Disponível em: <<https://bit.ly/2LN6yQY>>.

BRASIL. **Ministério da Saúde Política de Humanização do SUS,** 2003. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 10/06/2021.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 13/06/2021.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos.** São Paulo: Zahar, 2001.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2011.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa do exercício profissional.** In: SANTOS, M; BACKX, S; GUERA, Y. *et al.* (Orgs.) A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos - São Paulo: Cortez, 2017.

IAMAMOTO, Marilda. Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2008.

MOREIRA, Ana Izabel Moura de Carvalho. **Sobre a premência do debate da dimensão da tecnalidade no trabalho da(o) assistente social.** In: MOREIRA, Elaine. *et al.* (Org.) Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais – Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 155 p., 2020. Versão on-line. Disponível em: <<https://bit.ly/2LN6yQY>>.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1992.

SERVIÇO SOCIAL, PANDEMIA E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: RELATOS SOBRE MEDIÇÃO DE VIDEOCHAMADAS

*Maria Erica Ribeiro Pereira
Ana Lúcia Pinto Tavares
Samantha de Almeida Nóbrega Soares*

1 INTRODUÇÃO

A pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, denominada de Covid-19, vem alterando o cenário social, econômico, político e cultural mundialmente desde que foi descoberto no final de 2019. Segundo dados do Painel Covid de 01 de dezembro de 2021 (com dados compilados até 30.11.21), o Brasil computa 22.094.459 casos confirmados, 21.321.631 recuperados, 158.147 casos em observação, 614.681 óbitos confirmados. No Estado do Ceará, os números demonstram haver no mesmo período 949.800 casos e 24.659 óbitos, não tendo o número de recuperados (BRASIL, 2021). No mesmo período, assiste-se ao avanço da vacinação e a diminuição de internações pela doença.

Esses dados evidenciam um desafio histórico ao Sistema Único de Saúde (SUS), colocando à gestão e aos/às profissionais a necessidade de reconfiguração do

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

cotidiano laborativo. Inserindo-se no rol de profissionais da saúde, o/a assistente social vê-se compelido/a por um conjunto de demandas, em um contexto de trabalho único e desafiador, que exige ações rápidas e ousadas, às quais muitas das respostas tradicionais às demandas solicitadas vêm se mostrando insuficientes – especialmente – quando se refere ao atendimento de usuários/as em tratamento para Covi-19 e suas famílias.

Destarte, como imperativo do distanciamento social, a questão da humanização do atendimento mostrou-se nodal. Assim, o uso das Tecnologias da Informação de Comunicação (TICs) por meio do acesso à internet vem aproximando os/as usuários/as internados/as e suas famílias diminuindo o distanciamento físico proporcionado pela impossibilidade da visita ao leito, do abraço, das despedidas. Isso deu destaque ao trabalho remoto, virtualizado, *online*, à internet e ao usual celular e computador como instrumento laborativo.

Nesse sentido, este artigo apresenta a experiência profissional de assistentes sociais na mediação da relação entre usuários/as internados/as por Covid-19, suas famílias e profissionais mediante o uso de videochamadas realizadas em um hospital terciário Fortalezaense, o qual passou a atender pessoas acometidas pela doença, em consonância com sua demanda tradicional (traumas de alta complexidade, problemas vasculares graves, queimaduras e intoxicações). Isso exigiu reorganização e reestruturação de serviços para acolher em qualidade essa complexidade de ações, o que implicou também o cotidiano de trabalho do corpo profissional, incluindo o Serviço Social.

Esta sistematização da prática de abordagem qualitativa se embasa na pesquisa bibliográfica e documental para lançar luz às vivências cotidianas das escritoras, as quais atuam como assistentes sociais no

locus de debate, cujos elementos serão evidenciados nos tópicos seguintes.

2 SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E HUMANIZAÇÃO NA PANDEMIA

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surgimento de uma nova doença provocada pelo vírus SARS-COV-2, denominada Covid-19. A China foi o primeiro país a apresentar casos e, em março de 2020, a OMS avaliou que a doença se caracterizava como uma pandemia. Esse termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa.

Enquanto imperativo das desigualdades impostas pelo modelo societário vigente, as classes sociais vivenciam o problema de modo diferenciado. Assim, doenças, catástrofes e problemas com repercussões coletivas são sentidas segundo a capacidade de resistência de cada classe, a qual é valorada em termos de poder econômico e social. Pode-se, pois, asseverar que os grupamentos mais vulneráveis e em risco socioeconômico e cultural sentem os efeitos deletérios da pandemia de modo mais agudo.

Nesse sentido, Werneck e Carvalho (2020) informam que o insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, geram incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo. No Brasil, os desafios são ainda maiores, posto que em contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

situação de aglomeração, a contenção da transmissão é dificultada.

A Covid-19 é transmitida por gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, acompanhado por contato pela boca, nariz ou olhos, ou até mesmo, por meio de objetos e superfícies contaminadas (WHO, 2020). Assim, as estratégias de contenção do vírus utilizam a higienização constante das mãos, uso de máscaras, distanciamento social, isolamento, quarentena. Outros fatores são a necessidade de alimentação e ambientes saudáveis visando o fortalecimento do corpo e da saúde mental, sobretudo, diante dos chamados *lockdowns*. Esse receituário entra em choque com a realidade brasileira profundamente desigual, cujas refrações da questão social se aprofundam diante de restrição do Estado e flexibilização das relações e condições de trabalho.

Além disso, assiste-se a um panorama político inédito no País, onde a ciência e os pressupostos científicos são atacados, em tentativas de desmoralizar as pesquisas e conhecimentos coletivamente construídos visando conter o vírus. Assistiu-se a isso no ano passado quando das medidas restritivas norteadas, especialmente, pelos entes subnacionais e, mais recentemente, com a negação da vacina para a Covid-19. O negacionismo e o movimento anticiência em voga têm corroborado para a manutenção das mortes e casos da doença, sendo mais um elemento a impactar no cotidiano de trabalho na área da saúde, à medida que esse receituário capta seguidores/as, os/as quais são propulsores/as de desconhecimentos e comportamentos de risco que redundam na propagação e descontrole da contenção das variantes da doença no Brasil.

Tudo isso implica um desafio histórico ao SUS, cuja previsão legal na Constituição Federal de 1988 como direito

de todos e dever do Estado impõe-lhe a responsabilidade pelas respostas sanitárias necessárias diante do problema. Isso contrasta com o aprofundamento do desfinanciamento da saúde nos últimos anos, especialmente, com a Emenda Constitucional nº 95 de 2016.

O sistema público é o grande responsável pelos cuidados de saúde no País, posto que, em janeiro de 2021, apenas 24,5% da população brasileira tinham algum plano de saúde com ou sem plano odontológico e, apenas, 14,0% tem plano restrito à cobertura odontológica – segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2021). O Estado do Ceará não se desloca deste panorama. No mesmo período, a cobertura por planos de saúde era de apenas 14,6% da população. Ademais, 1.031.739 pessoas são usuárias de planos exclusivamente odontológicos.

Nesse sentido, o campo da saúde pública traz as marcas da desigualdade. A Lei 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de 1990 demarcam um ganho ao informar que dizem sobre a saúde garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Ademais, os determinantes e condicionantes da saúde enfocam os elementos socioeconômicos e culturais do país, dos quais se destacam: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

A perspectiva ampliada de saúde requisita as especificidades de variadas profissões, das quais o Serviço Social¹. Essa categoria atua em equipes voltadas

1 Cujas regulamentação como profissional da saúde ocorreu mediante as Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além da Resolução Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

a dar respostas coletivas às “expressões” da Questão Social, demarcada como fruto da

formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 84).

Segundo Silva e Silva (2013), o/a assistente social trabalha para combater as desigualdades sociais e promover a cidadania, visto que, devido à precarização das condições de vida de parte da população, as expressões da questão social, como o desemprego, a violência e o envelhecimento se somam às dificuldades do acesso ao atendimento qualificado na rede de saúde, exigindo profissionais que contribuam para a efetivação da lógica da integralidade nos sistemas de saúde.

O/a assistente social é um trabalhador/a que se insere na divisão social e técnica do trabalho, logo deve se guiar pelos elementos ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico operativos que fundamentam sua função social. Nesse sentido, o/a assistente Social tem habilidade em atuar identificando e intervindo nos determinantes sociais, que tendem a afetar a qualidade de vida e saúde da população usuária.

Os Parâmetros de atuação de assistentes sociais na Política de Saúde informam que nessa área o/a profissional atua no atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010). Assim, esses elementos são postos em movimento respondendo a

perguntas socialmente postas à categoria, a qual se viu compelida a ser criativa e propositiva na pandemia.

No curso da pandemia, quando os/as usuários/as acometidos pela doença foram isolados em seus lares ou em instituições de saúde, como cumprimento de medidas sanitárias, o conceito de humanização veio à tona. Cabe referenciar que o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) no ano de 2001, tendo como proposta desenvolver um conjunto de ações integradas para proporcionar uma mudança no padrão de assistência ao/a usuário/a nos hospitais públicos do Brasil visando melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços que são prestados por estas instituições.

A pandemia impôs recomendações sanitárias de distanciamento social, isolamento social, quarentena e os *lockdown*. A humanização do cuidado se mostrou evidente em todo o contexto de saúde, pública e privada, – marcadas pela falta de leitos, insegurança nos protocolos de cuidado, dentre outros. É esperado que as pessoas estejam frequentemente em estado de alerta, preocupadas, confusas, estressadas e com sensação de falta de controle diante das incertezas do momento (FIOCRUZ, 2020). No contexto de internação, os/as pacientes ficaram isolados/as de suas famílias, o que por si pode trazer repercussões negativas na recuperação dos usuários. Promover, pois, ações de cuidado que possibilitam fortalecer conexões entre os/as sujeitos/as envolvidos/as no cuidado com os/as usuários/as acometidos pela doença é uma necessidade.

As pessoas chegam ao Serviço Social do Hospital em análise, presencial ou virtualmente, dado o caráter porta aberta do setor, exigindo respostas as quais muitas vezes não dizem respeito à categoria, implicando também

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

a subjetividade do/a trabalhador/a. Assim, a escuta qualificada, a identificação de demandas, a compreensão da realidade social de usuários/as, possibilitam traçar estratégias, contribuindo para a construção de propostas de humanização no atendimento e nos ambientes de trabalho, promovendo um conceito ampliado de saúde.

3 As Mutações no Cotidiano de Trabalho do/a Assistente Social na Pandemia

O espaço de trabalho em foco neste capítulo é uma unidade hospitalar de urgência e emergência tradicionalmente referência em traumas de alta complexidade, lesões vasculares graves, queimaduras e intoxicações diversas - atendendo em atenção terciária na cidade de Fortaleza usuários/as de vários outros municípios. Dado o porte do Hospital e sua centralidade na saúde pública cearense, houve significativa ampliação de estrutura física, leitos e equipe recentemente.

Em março de 2020, o Ceará confirmou o primeiro caso de Covid-19, alterando o panorama da saúde pública no estado. Assim, no mesmo período, no Hospital em análise, houve um processo de reestruturação dos atendimentos e serviços e adoção de novas rotinas, posto que ele passou a ser referência para pacientes acometidos/as pela doença. Inicialmente, o atendimento era focado em casos graves e/ou positivados já internados no hospital. À medida que a pandemia avançou, o hospital passou a abrir também enfermarias destinadas a esse público. Durante os picos de casos, toda a parte recém-construída da unidade foi direcionada para atenção aos/às usuários/as acometidos/as pela doença. Tudo isso impôs readaptações na estrutura hospitalar, nas equipes multiprofissionais, nos padrões de atendimento, convivência e relação com os atores (gestão, corpo

profissional, família e paciente) envolvidos nos processos de cuidado hospitalar, incluindo, o Serviço Social. Apenas em outubro de 2021, as alas de atendimento desse perfil de usuários/as foram fechadas, o que expressa o quadro de relativo controle da transmissão da Covid-19 no Ceará.

Dentre as medidas institucionais adotadas destacam-se a destinação de setores inteiros para atender Covid-19, ampliação das equipes, incluindo extensão de carga horária e contratos flexíveis e precários, retirada de acompanhantes das unidades hospitalares, mantendo-os apenas em casos previstos em lei (criança, adolescente, pessoa com deficiência e idoso) e casos cuja gravidade clínica se justificasse, suspensão de visitas familiares, dentre outros.

O Serviço Social do Hospital compõe um núcleo específico, cuja história completa 60 anos em 2021. A equipe em dezembro do corrente ano é composta por 70 (setenta) assistentes sociais estatutárias, das quais 55 (cinquenta e cinco) estão ativas, 09 (nove) afastadas para aposentadoria, 05 (cinco) em licença prêmio e 01 (uma) em licença saúde. Além disso, conta com 04 (quatro) residentes em Serviço Social e 10 (dez) secretários/as, dos/as quais 05 (cinco) estão na ativa, 01 (uma) está afastada para aposentadoria, 02 (dois) estão em licença prêmio e 02 (dois) em licença médica. Trata-se de espaço tradicional como campo de estágio à categoria, os quais estão ainda suspensos em decorrência da condição sanitária vigente. Esse número variou conforme a pandemia e as estratégias gerenciais de contingenciamento da Covid-19.

Destarte, entre maio de 2020 e outubro de 2021 o contingente do núcleo contou com assistentes sociais temporários/as vinculados/as ao trabalho nas unidades

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

de tratamento para Covid-19, incluindo, a realização de videochamadas entre familiares e pacientes. De maio de 2020 até junho de 2021, houve a presença de contratadas/os por Recebimento de Pagamento Autônomo (RPA), o número variou conforme o cenário pandêmico chegando a 06 (seis) pessoas no último mês, os/as quais foram selecionados/as por processos não publicizados no setor. Com a saída de RPAs em junho, entre julho e outubro, entraram 05 (cinco) contratadas mediante chamamento público para trabalhadores/as de saúde atuarem no combate à pandemia. Ademais, a ampliação de profissionais em caráter emergencial incluiu extensão de carga horária de algumas estatutárias, segundo critérios gerenciais do Hospital, e o pagamento de plantões extras, segundo a necessidade do setor.

Elemento-chave aqui é o fato de que o quadro de assistentes sociais estatutário é composto em sua integralidade por mulheres, demarcando o caráter de gênero que permeia o Serviço Social, cuja maioria assumiu o cargo há menos de três anos. Cabe referenciar que a posição da categoria é um prol da chamada das demais colegas que compõem cadastro de reserva de concurso vigente. A questão do vínculo precário no setor público se coloca como espaço de entranhamento de interesses pessoalizados que não corroboram com o projeto ético-político da profissão. Nesse sentido, há o dever de composição do núcleo por profissionais concursadas, preenchendo as necessidades da escala, a qual tende a se aprofundar com progressiva aposentadoria na equipe.

A constituição das equipes de assistentes sociais conta em média com 16 profissionais no plantão diário e três à noite. Esse número é insuficiente para o atendimento dado o tamanho do hospital e complexidade

das demandas. Na pandemia, além da manutenção da equipe-base para continuar atendendo a demanda tradicional do Hospital, conforme os picos numéricos de internações na unidade, foram sendo incorporados mais profissionais para atender especificamente nas unidades de internação por Covid-19. Isso exigiu a constituição de um trabalho específico dentro do setor orientado para atender usuários/as e familiares de pacientes acometidos/as pela Covid-19.

Nesse ponto, é preciso falar sobre questões éticas e técnicas do exercício da profissão; tomam-se como referência as normativas do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) na Resolução 493 de 2006, que coloca como imprescindíveis condições básicas de dignidade no atendimento, com respeito ao sigilo. Pode-se dizer que esses elementos se colocam como um dever no espaço de trabalho, o qual carece de estrutura física adequada. Além disso, no cenário pandêmico, as condições de disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) se mostram insuficiente levando as/os profissionais a comparem-nos com recursos próprios – destacadamente a máscara tipo N95 que é disponibilizada apenas uma ao mês para cada profissional.

Deste modo, houve a ampliação da equipe, sem respectiva estrutura de trabalho, a qual se mostra atualmente improvisada, desrespeitando o/a profissional e o/a usuário. No cotidiano, lida-se com pessoas vítimas de variadas violações de direitos, sendo esse espaço adequado um meio de humanização do atendimento e garantia de qualidade e sigilo de informações que podem ser fundamentais para a vida daquela pessoa, fato expresso, por exemplo nos casos em que há a necessidade de encaminhamentos para programas de proteção.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

As expressões da questão social para pacientes acometidos ou não pelo novo coronavírus evidentes no ano passado no Hospital foram variados, destacando-se: violências contra criança e adolescente, idosos, mulheres, pessoas em situação de rua; um número significativo de pessoas sem identificação ou sem documentação legal; violência autoprovocada; questões envolvendo a falta ou precariedade de recursos como os que implicam o auxílio funeral, transporte social, encaminhamentos para recebimento de benefícios e orientações para acesso a tratamentos de alto custo ou especializados a exemplo de medicações, alimentação nasoenteral, respectivamente.

A violência em 2020 é um indicador da questão social no hospital. Em termos exemplificativos, apenas as fichas de Sistema de Informações de Agravos Notificação (SINAN) foram notificados: 1.173 casos relativos contra criança e adolescente; 119 casos de violência doméstica e familiar contra mulheres, 91 casos de idosos, 15 relativos à população LGBTQIA +, violência urbana foram 220 casos envolvendo mulheres e 64 envolvendo homens, 68 casos de violência autoprovocada, 04 relativas à pessoa com deficiência. Ademais, houve 178 notificações de pessoas desconhecidas, 319 de pessoa em situação de rua, e 127 casos de acidentes de trabalho.

As medidas postas impuseram ao Serviço Social um trabalho desafiador, principalmente, pelas tentativas por parte da instituição, da sociedade, usuários/as e suas famílias de impor à categoria atribuições e competências que não são compatíveis com os pressupostos da Lei 8.662/1993 que regulamenta a profissão, o Código de Ética Profissional e as Diretrizes Curriculares de 1996 que guiam a formação e o fazer profissional.

Dentre as demandas indevidamente postas, citam-se a comunicação de boletins clínicos, recebimento e entrega

de pertences nas unidades de internação, incluindo, as de covid-19, avaliação de pacientes quanto à necessidade ou não de acompanhamento mediante critérios frutos de determinação clínica (tipos de fratura e cirurgia, por exemplo), os quais não consideram os elementos socioeconômicos do/a usuário/a e de sua família. Destaca-se também a imposição de gerenciamento de telefones para os contatos familiares pelos/as médicos/as de unidades com pacientes graves. Cabe explicar que essa ligação era feita somente para pacientes que estão em estado grave, independentemente de estarem ou não com Covid-19.

Além disso, o Serviço Social funcionou como único serviço de acesso aos familiares tanto presencial quanto via telefone, sobretudo, para o recebimento de demandas de informações de pacientes, já que o hospital suspendeu as visitas e houve casos em que as famílias registraram dificuldades em ter esse acesso ao estado de saúde de pacientes internados, tanto os que estão ou não com Covid-19. Isso acontece sistematicamente com a tentativa de substituição do trabalho de recepção e de unidade de transferência de insumos e pertences de usuários/as no hospital pelos/as assistentes sociais, o qual busca referendar tais atribuições como prerrogativa da profissão. Caso emblemático dessa situação ocorreu quando institucionalmente a direção publicou em diário oficial fluxo em que o Serviço Social seria o responsável pelo recebimento de medicações de pacientes que estavam fora da lista de insumos oferecidos pelo hospital. Fato alterado devido a repercussão no núcleo, mas que demonstra a fragilidade de clareza quanto à função social do núcleo na instituição.

Outro fator que se colocou nodal nesse momento foi o fato de a Ouvidoria ter passado algum tempo atendendo apenas no modo virtual. Isso implicou

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

barreiras ao acesso ao direito ao elogio, sugestões e reclamações, as quais eram direcionadas para o Serviço Social dado o caráter de setor porta – aberta. Isso implicou sobremaneira o cotidiano laborativo, o qual tende a receber constantemente, virtual e presencialmente, as insatisfações de familiares e pacientes, conquanto isso fuja ao conjunto de atribuições e competências de assistentes sociais na unidade. Isso redundou em pressão à categoria, a quem coube o papel de orientar as famílias sobre os fluxos institucionais.

Dada a necessidade de esclarecer para o público usuário, para a instituição e para a própria categoria qual a função social do/a assistente social neste espaço em cenário pandêmico, foi construído, após diálogos críticos entre a equipe e com as instituições da categoria profissional, o **Plano de Trabalho do Serviço Social** na instituição, o qual serviu de bússola para responder aos desafios do momento.

Parte-se do pressuposto que a dignidade do atendimento é um direito do/a usuário/a e familiar, o qual deve ser garantido institucionalmente, mas sem violar os direitos das profissões. Nesse escopo, cabe nota quanto aos determinantes e notas do conjunto CFESS-CRESS que orientaram a categoria para a tomada de decisões e reforçam os compromissos que guiam o cotidiano profissional. Esse embate não é fácil e exige a participação da categoria nos espaços de decisão e gerência do hospital, o qual vem sendo constituído por muitos gargalos.

4 VIDEOCHAMADAS COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO

A pandemia de Covid-19 evidenciou a tecnologia como elemento crescente no cotidiano de mediação das relações humanas. O cenário cultural, bancário, escolar,

e medicinal foi invadido pelo uso de ferramentas tecnológicas vinculadas à internet; para além do uso de computadores, impressoras, telefones. Isso também se colocou presente no cotidiano de trabalho do Hospital em análise, o qual promoveu o contato entre os/as pacientes acometidos pela doença e sua família através de videochamadas usando um programa de *software* (aplicativo) de comunicação que permite olhar e conversar com várias pessoas ao mesmo e em tempo real. Essa atividade vigeu de maio de 2020 a outubro de 2021, quando as unidades de tratamento de pacientes com Covid-19 foram fechadas na instituição, voltando-se ao atendimento de sua demanda tradicional anteriormente apresentada.

Na pandemia, convém salientar que devido ao rápido avanço da doença e o excesso de informações disponíveis, algumas vezes discordantes, criou-se um momento favorável para alterações comportamentais impulsionadoras de adoecimento psicológico, que podem gerar consequências graves na Saúde Mental das pessoas. Ela é primordial para a habilidade coletiva e individual, pois as pessoas pensam, se emocionam, interagem entre si, ganham e desfrutam a vida. Deste modo, a promoção, proteção e restauração de saúde mental são consideradas vitais ao ser humano, comunidades e sociedades ao redor do mundo (WHO, 2018).

O projeto das videochamadas visou amenizar o distanciamento e o sofrimento entre familiares e pacientes internados, os quais se veem muitas vezes em sofrimento mental devido às incertezas que envolvem a doença e a distância da sua vida cotidiana, cujos dias passam a ser marcados por profissionais em roupas especificamente desenhadas para o não contato físico. Encampada pelo Serviço Social, essa ação contou com a participação dos

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

demais profissionais das unidades de internação sempre que necessário e possível.

Em relação ao atendimento específico de assistentes sociais relativo à Covid-19 houve duas linhas integradas de trabalho: uma com profissionais que atendiam na sala do Serviço Social e outra que atuou dentro das unidades de tratamento da doença.

A equipe que atendia em sala era responsável pelo acolhimento de demandas da família, de pacientes, instituição e demais profissionais das unidades. O trabalho iniciava na admissão do/a usuário/a abrindo uma ficha social específica, na qual constam informações socioeconômicas, culturais, cópias de documentação pessoal por meio das quais são identificadas demandas sob as quais o Serviço Social ou a instituição precisou responder internamente e/ou mediante outros postos da rede de saúde e/ou de outras políticas públicas. Nesse conjunto destacam-se: situações de violações de direitos, pessoa em situação de rua, desconhecidos, pessoa sem documentação legal, encaminhamentos para a rede, orientações de direitos e benefícios previdenciários, trabalhistas, assistenciais, notificações compulsórias, dentre outros. Esse atendimento ocorreu prioritariamente via telefone, conquanto desde o início houve resistência das famílias em não comparecerem ao hospital, especificamente, ao Serviço Social.

Na primeira abordagem, pedia-se para a família eleger familiar de referência para o contato instituição-família. Essa pessoa fica responsável por receber o quadro clínico do/a paciente, cujo repasse é diário pelo/a médico/a das unidades. É essa pessoa também a inicialmente contactada para as videochamadas, inserindo os demais familiares, se for da vontade do/a usuário/a internado/a.

Os/as assistentes sociais que visitaram as unidades de internação por Covid-19 executaram diretamente o Projeto, indo de leito em leito, diariamente, conversar com os/as pacientes, levantar demandas e oferecer videochamadas por meio do uso de aplicativo de imagem (com uso de tablet institucional e aparelho de celular da família). Cabe referenciar que esse contato se restringia a pacientes em condições de manterem interação com familiares. Todavia, mediante avaliação conjunta com a equipe multiprofissional, houve exceções. Assim, no aceite do/a paciente, a família era contactada, por telefone, através do/a familiar de referência, verificada a disposição para realização da videochamada e em seguida, disponibilizado o *link* para o início da visita virtual que possui duração média de 10 minutos – não sendo um tempo inflexível, conforme o caso.

Outra atividade que era realizada pelos/as assistentes sociais que entravam nas unidades de tratamento de Covid-19 que impactam na humanização são as visitas. Essa prática era restritiva a casos de pacientes em que haja uma justificativa clínica, dialogada entre a equipe, geralmente, estando atrelada a visita de despedida para que a família possa fazer os seus ritos diante da possibilidade iminente de falecimento de algum parente. Nesses casos, o Serviço Social acompanhava o familiar até a unidade (após assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade quanto aos riscos envolvidos em adentrar ao espaço). Nesse tipo de atividade, o visitante acessava o/a familiar e a equipe de cuidados.

Quanto a videochamadas, havia momentos variados de interação paciente-família-equipe com o uso deste recurso. Isso porque, com os picos de casos da pandemia, conforme anteriormente dito, o hospital passou a

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

disponibilizar além de leitos de UTIs vagas de enfermagem para tratamento de pacientes. Esses/as advindos/as de outras pontas da rede de saúde, sobretudo as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e outros/as que estavam fazendo tratamento para outros problemas de saúde no hospital e diante do diagnóstico tiveram que ser isolados por conta da Covid-19. Independentemente da origem, eles podem começar e terminar o tratamento para Covid-19 conscientes, orientados e com capacidade para falar com suas famílias, tendo no/a assistente social um mediador da interação, posta autonomia do/a usuário/a. Outros casos, o/a paciente está entrando ou saindo de um quadro de agravamento, o que exige mais do/a profissional e da equipe para a condução do contato.

Dentre experiências deste tipo, podem-se destacar os casos de pacientes em uso de Traqueostomia que não conseguem falar e precisam de estímulo da equipe para manter a interação, havendo a necessidade de participação e suporte por parte de técnicos e enfermeiros.

O Projeto proporcionou à pessoa internada uma aproximação entre a família e a equipe multiprofissional envolvido em sua assistência. Por meio dele, continuou mantendo suas relações com seus familiares impossibilitados de visitá-los, proporcionando-lhe essa manutenção de vínculo, troca de afetos, amenizando angústias, preocupações oferecendo-lhe um suporte emocional e favorecendo sua recuperação.

Para a família, por sua vez, foi um momento de alegria, emoção e, às vezes, de consolo, pois em algumas situações, seu ente foi internado para cuidados mais complexos, mergulhado na incerteza do desfecho da internação. O medo e o sofrimento emergido durante o período de internação do familiar colocam-no numa situação de vulnerabilidade para surgimento

ou agravamento de doenças psicossomáticas e outros transtornos mentais. Nesse cenário, durante uma pandemia, o medo intensifica os níveis de estresse e ansiedade em pessoas saudáveis e aumenta os sintomas daquelas com transtornos mentais preexistentes (RAMÍREZ-ORTIZ *et al.*, 2020). Diminuir esses vetores implica certamente promover saúde em um conceito ampliado.

Assim, ganhou importância o uso de tecnologias de comunicação no dia a dia das pessoas. Na área da saúde, os resultados dessa ação são indiscutíveis, pelos benefícios e facilidades ao/a paciente e ao/a profissional de saúde nesse momento atual de pandemia. A tecnologia da informação vem proporcionando uma mudança na forma como o/a usuário/a é tratado/a possibilitando uma maior segurança nos procedimentos dos profissionais de saúde e maior agilidade nos processos de trabalho, dentre outras questões, conquanto haja casos em que o atendimento presencial é imprescindível.

Nesse sentido, o acesso à internet vem aproximando as pessoas nesse momento de isolamento social devido à pandemia. Todavia, tem-se que colocar que esse acesso ainda não é possibilitado para todos os/as cidadãos/ãs. Assim, algumas famílias tinham que usar aparelhos telefônicos de vizinhos para receber a videochamada e o contato telefônico médico, especialmente, nos casos de pessoas advindas das regiões distritais do interior – não sendo esse recorte espacial exclusivo.

Outro fator limitador reside no fato que as pessoas, especialmente, as mais velhas e/ou com baixo acesso à educação e ao hábito do uso da tecnologia tiveram dificuldades no manuseio cotidiano dos aplicativos, o que exigia a habilidade da/o profissional para elaborar com a família estratégias para superar essas limitações

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

que refletem também o recorte de classe de usuários/as do SUS no Ceará.

Nesse sentido, reforça-se que a humanização do trabalho e da relação construída não se dá devido a tecnologia ou a virtualização do atendimento, mas diz sobre a capacidade técnica, ética, política, teórica e metodológica do/a profissional em identificar as demandas sociais, econômicas, riscos e vulnerabilidades familiares para fazer a devida intervenção. Todavia, não se pode negar que esses recursos tem sido fundamentais para contornar os limites sanitários impostos pelo momento presente, mantendo e fortalecendo os vínculos familiares e com a equipe profissional auxiliando o/a usuário/a internado/a em sua recuperação e à família se sentir segura quanto aos cuidados ao familiar.

Do ponto de vista profissional, pode-se dizer que é um momento de grande carga emocional durante a realização desta atividade, posto que muitas vezes o/a usuário/a internado ao entrar em contato com a família apresenta-se de modo diferente em relação ao momento em que a família o deixou na unidade inicial de tratamento. Isso tornou o primeiro contato muito importante, principalmente, para aqueles/as saindo de situações graves, como intubação; nesse momento, a equipe clínica participava no sentido de esclarecer o quadro clínico para a família cuidados para auxiliá-la a compreender o momento atual de seus entes queridos/as. Nesse mesmo processo, é importante para o/a usuário/a ser estimulado a manter o contato com a família e se reconectar a esse processo de recuperação, no qual a interação com conhecidos/as e pessoas amadas é fundamental.

A saúde mental de assistentes sociais também se coloca como ponto basilar. Dado o caráter imprevisível

da doença, especialmente, como no contexto do contato diário com a família, que leva a esse acompanhar expectativas, medos, organizações para saber o que falar, o como falar entre família e usuários/as. Tudo isso aproxima profissional, família e usuário/a internado, construindo-se vínculos que implicam não somente a família, mas também o/a profissional no caso das complicações e de óbitos. Conquanto à clareza do papel desempenhado, o caráter subjetivo do/a trabalhador/a tende a manter conexão com as particularidades familiares, sendo esse um elemento de fortalecimento da prática profissional.

Há que se referenciar também que nem todas as pessoas que entram nas unidades de internação para tratamento de Covid-19 têm ou mantem vínculos familiares identificados. Há os casos de pessoas que foram abandonados por suas famílias ou não querem manter relação com elas e os de pessoas que chegam sem identificação, os quais exigem a abordagem do Serviço Social na retomada do contato, identificação de parentes – sempre respeitando a vontade de usuários/as.

As videochamadas tornam-se ferramenta para alívio do sofrimento de usuários/as, uma vez que diminui o distanciamento, a saudade, recuperando, preservando e fortalecendo os vínculos familiares no processo de tratamento da Covid-19. Essa ferramenta, pois, soma-se às demais (que vai da escuta qualificada, da fala coerente com as necessidades e competente nas demandas) para garantir cuidado humanizado para aqueles/as que estão vivenciando a doença.

Conquanto a carga de sofrimento coletivo hodierno, há momentos de realização e motivação aos/as envolvidos/as nesse processo de trabalho. É fato comum a família demonstrar seu afeto e agradecimento à equipe,

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

com cartas, vídeos de seus familiares em recuperação em casa, com relatos *in loco* no hospital e virtualmente. Essas estratégias de cuidado vêm fazendo a diferença no cotidiano das pessoas acometidas pela doença, suas famílias e a equipe de saúde, as quais são aproximadas pela tecnologia de comunicação, assegurando os direitos de usuários/as ao atendimento seguro e humanizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contradições e desafios enfrentados pelo Serviço Social em meio à pandemia impõem a defesa das atribuições e competências profissionais. No saber-fazer diário, é relevante voltar os olhos para os princípios éticos e políticos que balizam o trabalho, o qual somado aos elementos técnico-operativos e teórico-metodológicos guiam-no para além de demandas imediatas.

Com a necessidade de isolamento social, proibição de visitas a pessoas acometidas pela Covid-19 em unidades de internação, lançou-se mão de estratégias de humanização dos cuidados prestados a esse público e a sua família. Assim, o Serviço Social da unidade hospitalar em análise utilizou videochamadas como ferramenta para a humanização da assistência hospitalar, uma vez que possibilitou o acesso à informação, ao olhar, ao ouvir e sentir entre sujeitos/as envolvidos/as no processo de cuidado do/a internado/a.

Em conclusão, pode-se dizer que o Serviço Social cearense e brasileiro se vê compelido atualmente a reforçar a escolha do seu projeto de classe, o que implica a responsabilização estatal para garantir condições básicas de sobrevivência aos/às que mais sofrem com os efeitos socioeconômicos da pandemia: a classe trabalhadora. Assim, evidencia-se no labor diário a necessidade de defesa do SUS, investimento

**VOLUME 2 - SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE:
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19**

em ciência, pesquisa e educação, vacinação universal em tempo hábil, bem como se mostra premente fazer frente às demandas societárias e institucionais impostas, em direção a defesa intransigente da democracia, da autonomia, da liberdade e dos direitos humanos na perspectiva de garantir direitos dos/as usuários/as.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

REFERÊNCIAS

ANS. **Dados Gerais**. Disponível em: <<https://url.gratis/20rjaL>>. Acesso em: 29 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política**

Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização:

Documentos para discussão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 29 maio 2021.

BRASIL. **Painel coronavírus**: atualizado em 01.12.21. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 dez., 2021.

CFESS. **Parâmetros de atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília; CFESS, 2010.

FIOCRUZ. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Disponível em: <<https://url.gratis/NcMwgb>>. Acesso em: 15 maio 2021.

IAMAMOTO, M.V. **Relações sociais e serviço social**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 40 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

RAMIREZ-ORTIZ, J. *et al.* Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. **Rev. colomb. anesthesiol.**, Bogotá, v. 48, n. 4, dec., 2020.

WERNECK, G.L.; CARVALHO, M.S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária

anunciada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v, 15, n.5, p. 1-4, 2020. Disponível em: <<https://url.gratis/qNG0ou>>. Acesso em: 22 Abril 2018.

WHO, World Health Organization. (2018). **Mental health: strengthening our response**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthstrengthening-our-response>>. Acesso em: 17 de maio 2021.

WHO, World Health Organization. (2018). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 17 maio 2021.

COVID-19 E O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: O CoVIVE SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO

*Helaine Aparecida Maia
Ondina Maria Chagas Canuto
Socorro Letícia Fernandes Peixoto*

1 INTRODUÇÃO

No Brasil do século XXI, os desafios impostos para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS em todos os níveis de atenção à saúde ganham maior exigência com os impactos de medidas governamentais adotadas em 2016, sobretudo com a aprovação da Emenda Constitucional Nº 95/2016, impondo um teto de gastos públicos, comprometendo a sua organização e alcance, como um sistema público universal, integral e equânime. O SUS compõe a Seguridade Social brasileira concebida pela Constituição Federal de 1988, cujo tripé dar-se em torno de três políticas públicas: previdência social, saúde e assistência social. A ofensiva do mercado concomitante aos retrocessos neoconservadores atuais configura processos de desestruturação do trabalho e de crescentes níveis de pobreza que ampliam as desigualdades sociais no Brasil.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

No tocante à saúde, nesse contexto de crise sanitária brasileira, o mundo assiste uma pandemia, com forte impacto no Brasil, caracterizada como surto de uma doença com distribuição geográfica mundial muito alargada e simultânea. A denominada Covid-19 é caracterizada como uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARSCoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e letalidade.

O ano de 2020 passa a ser um marco quando foi anunciada, logo em março, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a pandemia, impondo, assim, aos continentes complexos desafios, que exigiram fortes medidas de isolamento social e reorganização dos serviços de saúde. O Brasil, em agosto daquele ano já contabilizava mais de 100 (cem) mil mortos, vítimas da COVID-19. O cenário político e social de desigualdade já fortemente presente, ganha maior visibilidade, denunciando, nas áreas social e da saúde, o desmonte imposto ao SUS nos últimos anos.

O Serviço Social enquanto profissão que se articula em meio a um contexto neoliberal reiterado pela engrenagem do sistema capitalista é uma profissão que tem estado na “linha de frente” nos inúmeros determinantes e condicionantes sociais de saúde advindos da COVID 19. Ao atuar nos diversos espaços socio-ocupacionais, e em especial no campo hospitalar, a profissão precisou em meio a um cenário caótico de pandemia se reestruturar para o atendimento às necessidades sociais da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto hospitalar, as informações sobre a situação clínica dos/as usuários/as é uma atribuição exclusivamente médica, mas mediada pelo Serviço Social, que durante o período mais forte da pandemia,

assumiu a organização dos contatos e informações sobre a jornada do paciente, junto as pessoas de maior vínculo familiar, a partir das entrevistas sociais de admissão e subsequentes, compreendendo a comunicação como um direito da família.

Assim, no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), unidade de alta complexidade pertencente a Rede Estadual de Saúde, situado no município de Fortaleza, sendo o maior em abrangência do estado do Ceará, surge a ideia do CoVIVE SOCIAL - Uma Plataforma de Colaboração, Informação e Comunicação entre o Serviço Social Hospitalar e as famílias no enfrentamento ao COVID-19. Nasce de uma parceria entre assistentes sociais do HGF com pesquisadores/as da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-CE), agregando outras instituições nos campos da saúde e tecnologia da informação. Aprovado no Edital Programa INOVA Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) N° 001/2020. Recebeu apoio de instituições, dentre elas a do Conselho Regional de Serviço Social 3ª Região; Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Fortaleza – Curso Sistemas e Mídias Digitais; UFC – Campus Sobral – Faculdade de Medicina e Curso de Engenharia da Computação; Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará – campus Fortaleza e Aracati; Universidade Nova de Lisboa (Portugal) e Instituto de Comunicação da Nova (ICNova); Universidade de Aveiro (Portugal) – Digital Media and Interaction Research Centre (DigiMedia). Objetivou desenvolver um protótipo de uma solução tecnológica de comunicação entre o Serviço Social e a família do paciente visando promover informações sobre a sua jornada e o acesso aos direitos sociais no contexto hospitalar da pandemia do Covid-19.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

O Serviço Social profissão e área de conhecimento está presente, como uma área estratégica no enfrentamento da COVID-19, posto que acompanha a jornada do(a) usuário(a) no seu processo de tratamento e tece o elo de ligação entre a unidade hospitalar e sua família. Enquanto profissão de saúde que atua no âmbito hospitalar e que compõe uma equipe interprofissional, o Serviço Social, em tempos de pandemia, reestruturou seu trabalho, modificando suas ações cotidianas.

É sobre este local de atuação, se percebendo em contexto ampliado e também localizado, com interação entre diferentes sujeitos, que os desafios se impuseram e exigiram do profissional assistente social, abordagens e iniciativas colaborativas na defesa de direitos, humanização e zelo pelo compromisso com o seu fazer profissional.

Tecnologias leves, assim entendidas aquelas no campo relacional, envolvendo vínculo, comunicação, mediação, dentre outras, buscaram ser aperfeiçoadas observando as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do Serviço Social.

Inicialmente, para desenvolver a abordagem social relacionada ao acesso a direitos sociais, um grupo multiprofissional, liderado por assistentes sociais, produziu um Catálogo Eletrônico de Serviços da Rede Socioassistencial, jurídica e de Saúde do Ceará, a partir de um acervo físico com atualizações permanentes. Este catálogo tornou-se um instrumento com contatos e informações de instituições que compõem a rede de serviços supracitadas e que busca subsidiar a atuação dos assistentes sociais. Contudo, apesar da iniciativa, outras dificuldades emergiram na comunicação com familiares imposta pelo isolamento social, ocasionando tensionamento e insatisfação desses frente a ausência

de informações diversas, sobretudo clínicas, dos pacientes.

O principal propósito do CoVIVE Social, ora em andamento, é desenvolver um protótipo baseado nas necessidades, lacunas e desejos dos futuros usuários, ou seja, assistentes sociais, usuários(as) do SUS e demais membros da comunidade hospitalar. Cumpre, portanto, um percurso metodológico que consta de: Pesquisa etnográfica com estudo de campo (CREWSWELL, 2009) e revisão de literatura para levantamento do referencial teórico. Para coleta de dados realiza entrevista com usuários, observação de campo, sessões generativas (VIANNA, 2012); desenvolvimento de protótipo funcional, validação online e avaliação do protótipo com design gráfico elaborado, com relação ao layout. O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com Parecer Nº 4.396.735, encontrando-se o protótipo em fase de validação.

O presente artigo objetiva compartilhar esta experiência constituída em contexto pandêmico, reunindo saberes multiprofissionais, intersetoriais e interinstitucionais que nasce “das dores” do Serviço Social nas práticas cotidianas no âmbito hospitalar, dando lugar a uma iniciativa que olha para os demais profissionais da saúde na perspectiva colaborativa e para os usuários do SUS como sujeitos de direito.

Este artigo segue um fio condutor abordando o contexto pandêmico: marcos e impactos; SUS e atenção hospitalar: lugar de atuação do Serviço Social, seus desafios e o repensar das práticas profissionais. Por fim, apresenta-se a iniciativa CoVIVE SOCIAL como uma inovação tecnológica na perspectiva de garantia de direitos.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

2 O CONTEXTO PANDÊMICO: MARCOS E IMPACTOS

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus¹. Conforme o Portal de Notícias da Fiocruz², a pandemia de Covid-19, causada pelo vírus SARSCoV-2 ou Novo Coronavírus, produziu repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias”.

Em junho de 2021 o Brasil já ultrapassava meio milhão de mortes por COVID-19 causando uma comoção nacional. Embora com números de contágio e óbitos decrescentes, pesquisadores/as orientam para a necessidade de manter-se alerta e com uso das medidas sanitárias de segurança. O hospital segue sendo o destino dos/as usuários/as que apresentam sintomas mais graves associados aos sintomas do COVID-19.

Assim, é o sistema público de saúde que, mediante sua capilaridade territorial passa a responder ao complexo contexto ocasionado pela pandemia. À rede hospitalar, especialmente do SUS, por meio da reorganização e incremento de sua logística, ampliou e reorientou sua estrutura física, tecnológica e de profissionais para acolher

1 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 02 de agosto de 2021.

2 Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em: 03 de agosto de 2021.

e realizar o tratamento intensivo dos casos mais graves do COVID-19, com nova dinâmica de funcionamento, alterando rotinas e fluxos e impactando na relação hospital – usuário/a – família. Promoveu ainda, uma sobrecarga física e mental dos/as trabalhadores/as da saúde aliada as competências e requisições profissionais solicitadas a esses/as trabalhadores para ofertar um atendimento qualificado às demandas advindas dessa nova realidade.

3 SUS E ATENÇÃO HOSPITALAR: LUGAR DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL, SEUS DESAFIOS E O REPENSAR DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

O Serviço Social é uma profissão que está presente em diferentes espaços socio-ocupacionais brasileiro, afirmando seu compromisso com o reconhecimento da liberdade como valor ético, os direitos humanos, a democracia, e posicionando-se firmemente em favor da equidade e justiça social. Princípios estes presentes no seu Código de Ética Profissional e que constroem as bases de seu Projeto Ético-Político. Acrescenta-se ainda a defesa intransigente do Movimento de Reforma Sanitária inaugurado na década de 1970 e que tem como ênfase a democratização do acesso à saúde, elencando-a como direito do cidadão e dever do Estado, o que culminou na construção do Sistema Único de Saúde.

O(a) assistente social adentra os espaços de exercício profissional, a exemplo da saúde, compondo uma equipe multiprofissional, mas com competências e atribuições ainda pouco reconhecidas na sua essência, quando não, invisibilizadas em contextos ainda fortemente centrados na doença, no profissional médico e num modelo hospitalocêntrico. Está presente de maneira destacada na elaboração, implementação e avaliação de políticas sociais públicas, entre pares, ou na ação colaborativa,

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

envolvendo gestores/as, trabalhadores/as de diferentes áreas e usuários dos serviços.

Inserido em contextos hospitalares no Brasil desde 1945, e reconhecido como uma profissão de nível superior da área da saúde em 06/03/1997, através da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Serviço Social cumpre o dever ético de “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades”, assim como, reafirmam o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (Código de Ética Profissional).

O Serviço Social, enquanto categoria profissional cujo objeto de intervenção é a questão social, reconhece as políticas públicas como meios para viabilização de direitos, e, em sua dimensão educativa na relação com os usuários, aponta os caminhos para sua efetivação. Desse modo, o(a) assistente social orienta a população usuária quanto aos direitos, programas e benefícios, assim como os modos de acessá-los, através da rede socioassistencial, sociojurídica, saúde, dentre outras. Segundo Matos (2013), o Serviço Social é um dos serviços na unidade de saúde que trata do contato com a rede familiar do usuário. Assim, de acordo com o autor, o Serviço Social vem sendo o responsável pela articulação da vida do usuário para além dos serviços de saúde.

A profissão segue fazendo história, portanto encontrando nos desafios cotidianos e nos projetos coletivos, o caráter político de sua prática em uma sociedade de classes, mediando seu fazer entre sujeitos e direitos sociais, observando a autonomia dos indivíduos. Faz “opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária,

sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero” (Código de Ética Profissional dos Assistente Sociais, VIII)

É com este compromisso que o Serviço Social está a exigir dos(as) assistentes sociais, enquanto trabalhadores da saúde, o engajamento nos diferentes níveis de atenção através do desenvolvimento de competências que garantam aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) os direitos que são enunciados na Lei 8080/1990, assim como nas políticas dele derivadas, fortemente realçadas no seu Projeto Ético-Político. É, portanto, neste sistema público de saúde que, mediante sua capilaridade territorial os/as assistentes sociais a exemplo dos demais profissionais da rede hospitalar passam a responder ao complexo contexto ocasionado pela pandemia.

Baseado no Decreto nº 33.510, publicado pelo Governo do Ceará em 16/03/2020, que decretou situação de emergência em saúde e as medidas para o enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus no Ceará, o Hospital Geral de Fortaleza divulgou mudanças no funcionamento de seus serviços como a suspensão, por tempo indeterminado da marcação e realização de consultas ambulatoriais, exames e cirurgias eletivas. Assim como, a alteração na Emergência Geral e nos setores eletivos que viram suas demandas, por causas gerais, reduzidas em virtude do receio da população em adentrar um espaço com demandas intensas por cuidados para COVID-19. Mudanças ocorreram ainda no perfil de atendimento na emergência obstétrica, anteriormente de “portas abertas³”, que passa à admissão por vaga regulada por

3 Somente em agosto de 2021, a Emergência Obstétrica deixou de ser Unidade Covid, retornando a atender de “portas abertas” às pacientes ou através da Central de Regulação de Leitos do Estado do Ceará.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

meio da Central de Regulação de Leitos. Sendo o espaço físico da emergência obstétrica utilizado ao atendimento emergencial de pacientes com suspeita de Covid-19. Além de disponibilizar leitos para pacientes graves e intermediários com COVID em outros setores da unidade hospitalar, conforme expostos acima. Com efeito, foram exigidos novos leitos de emergência, enfermarias eletivas e unidades de tratamento intensivo. Acrescenta-se a estas mudanças, a suspensão de acompanhantes e de visitas para todo paciente internado no HGF.

Além da reordenação das unidades assistenciais que passaram a ceder lugar para responder ao incremento das demandas ocasionadas pela COVID-19, foram montadas duas grandes estruturas, conhecidas como hospital campanha/anexos, incrementando em mais 143 leitos no Hospital Geral de Fortaleza.

No momento mais crítico da pandemia, pacientes passaram a ser admitidos sem acompanhantes e as visitas de familiares foram suspensas, gerando insegurança e sofrimento. Frente à essa realidade, os mecanismos de informação e comunicação dos profissionais de Serviço Social foram reconfigurados, estreitando a relação com familiares por meio de ligações telefônicas, vídeo chamadas ou, em alguns casos, presencialmente, orientando familiares quanto admissão, altas hospitalares, transferências internas e externas dos pacientes. Reafirmou suas atribuições quanto aos encaminhamentos e acionamento da rede de serviços, quanto aos benefícios socioassistenciais, trabalhistas e previdenciários decorrentes de óbitos, dentre outros, como o acesso aos direitos sociais. O teletrabalho também foi implantado sob a responsabilidade de assistentes sociais afastadas por idade ou grupo de risco.

Dentre os atendimentos mais demandados à categoria profissional de assistentes sociais estavam as solicitações por informações da condição de saúde do (a) usuário(a). As profissionais interviam gerando listas de contato telefônico, onde constavam os familiares de referência, facilitando o repasse de informação clínica pelos médicos. Mediaram, ainda, situações que demandavam atestados médicos e outros instrumentais para o acesso a direitos. Ademais, foram realizados acolhimentos e orientações em decorrência de óbitos, momento de muita comoção, em especial nos casos de COVID-19, tendo em vista o distanciamento gerado pela internação com isolamento e a impossibilidade de realização dos rituais de despedidas pela família.

Acrescente-se a isso, o fato que ao passo que ocorre o acirramento das expressões das questões sociais, em especial aquelas relacionadas ao emprego e renda da população, observa-se inúmeras mudanças nas modalidades de atendimento dos equipamentos públicos que viabilizam políticas públicas de acesso aos recursos disponíveis (programas e benefícios). Estes atendimentos passaram a ser realizados, em grande parte, de forma remota, por meios eletrônicos, sendo criados novos fluxos e canais de atendimento (telefones e emails para contato) de forma compensatória a redução aos atendimentos presenciais. Medidas estas imprescindíveis para reduzir o risco de contágio pelo novo coronavírus, posto que diminuem a necessidade de deslocamentos, reduzem filas e o tempo de espera para atendimento, assim como, a quantidade do uso e contato com papel.

Esta mudança revela-se eficaz para parcela da população. No entanto, para aqueles(as) cujo acesso é limitado ou inexistente, este contexto representa novas barreiras para a efetivação de direitos, em

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

especial as pessoas que vivem em situação de maior vulnerabilidade. Populações que, em sua condição tão desigual, necessitam da articulação de profissionais para tornar possível a viabilização de direitos.

Acrescente-se a isso a grande demanda familiar por informações em contexto de pandemia, as limitações na comunicação, com linhas telefônicas congestionadas gerou uma sobrecarga e estresse no trabalho de profissionais de Serviço Social e na relação com usuários(as) e familiares.

Presente ainda no contexto pandêmico, no âmbito hospitalar, tensionamentos da categoria junto à gestão, aos demais profissionais e familiares acerca da reorientação e esclarecimentos das atribuições específicas da categoria, nas tentativas de designar ao Serviço Social, diante de um clima de sofrimento humano inigualável, atribuições incompatíveis com a prática profissional, a exemplo da comunicação de óbitos, mediação para assinaturas de Termo de Responsabilidade de Internação, dentre outras.

O respaldo da Orientação Normativa n. 3/2020 31 de março de 2020 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que “Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais”, deixa evidente que a comunicação de óbito não se constitui atribuição ou competência profissional do/a assistente social. Deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa *mortis* dos/as usuários/as dos serviços de saúde, em um trabalho de equipe multiprofissional. Cabe ao Assistente Social a responsabilidade por informar a respeito dos benefícios e direitos, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais, bem como, informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais

providências. Ao/À assistente social não cabe informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos. Da mesma forma, não cabe ao /à assistente social a divulgação de boletins médicos, nem tampouco o atendimento prévio de paciente.

O engajamento e a colaboração do Serviço Social no âmbito da atenção hospitalar no contexto pandêmico observaram ainda seu dever de “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (Código de Ética do/a Assistente Social, art. 3º, d)

O excesso de trabalho exercido em plantões de 12 horas, diurnos ou noturnos, assim como a ameaça de contaminação pelo vírus, não afastaram estes profissionais da “linha de frente”, mas impuseram muitos desafios. Um conjunto de atividades passaram a organizar o cotidiano profissional dos assistentes sociais a partir de debates internos, com consensos e dissensos com a gestão e comunidade de prática local, com o importante respaldo pelas entidades representativas da categoria profissional e da classe trabalhadora no que concerne as competências gerais e específicas do(a) assistente social.

Destaque-se como um importante desafio para o Serviço Social, e como uma oportunidade realçada em tempos de pandemia, foi o ensaio ao uso da tecnologia da informação como estratégia de garantir a comunicação entre pares, na equipe e com familiares de pacientes internados. Realizar pesquisas on-line para informações sobre a rede socioassistencial, comunicação virtual com as equipes das unidades, com familiares, reuniões virtuais de alinhamento profissional, acesso e

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

evolução em prontuários eletrônicos, possibilitaram aos profissionais do Serviço Social adentrar o mundo virtual, demonstrando sua capacidade de interagir em rede com demais profissionais de saúde e usuários do SUS, dando maior visibilidade ao seu trabalho técnico-operativo. O CoVIVE Social nasce então nesta direção.

4 O CoVIVE SOCIAL COMO INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NA PERSPECTIVA DE GARANTIA DE DIREITOS

O CoVIVE SOCIAL é uma Plataforma de Colaboração, Informação e Comunicação entre o Serviço Social Hospitalar e as famílias no enfrentamento ao COVID-19. Busca potencializar a atividade laboral do profissional do Serviço Social e demais membros da equipe multiprofissional, especialmente na relação com familiares de pacientes internados no HGF. Almejou-se, por meio de um método de cocriação, em uma relação colaborativa com profissionais da tecnologia da informação e áreas afins, desenvolver um protótipo de uma solução tecnológica de comunicação entre o Hospital e a família do paciente, para promover informações sobre sua jornada hospitalar e facilitar o acesso aos direitos sociais em um contexto pandêmico.

A iniciativa parte de uma “dor do Serviço Social” que se torna mais sentida com o advento da pandemia da COVID-19, se estruturando em forma de projeto para busca de parceiros e financiamento para sua materialização. O principal objetivo do projeto é desenvolver um protótipo que esteja firmemente baseado nas necessidades, lacunas e desejos dos futuros usuários, quais sejam, profissionais e usuários da comunidade hospitalar em pauta.

Para contemplar este objetivo optou-se, como principal abordagem, pelo Design Centrado no Usuário

(NORMAN, 2006) que compreende que a gestão de projeto, o desenvolvimento de tecnologia e a concepção do produto tenha como o seu foco o usuário. O projeto encontra-se em fase de desenvolvimento e almeja-se um produto que fomente experiências positivas como fruto de um trabalho coletivo através de um planejamento funcional e estético, que reflita a perspectiva dos usuários. Sua metodologia desenvolve-se através das diversas fases de construção da solução tecnológica, cumprindo etapas de reconhecimento do contexto e da cultura hospitalar.

Visita de pesquisadores *in loco* para conhecer e observar o ambiente, os fluxos nas diferentes unidades que compõem a assistência hospitalar, assim como realização de entrevistas semiestruturadas com diferentes sujeitos envolvidos (gestores, profissionais de diferentes áreas, familiares e pacientes). Isto de forma a desenvolver o produto, permitindo harmonia com as demandas das diversas áreas disciplinares dos pesquisadores integrantes do projeto.

Outra etapa da pesquisa foi a realização de Sessões Generativas envolvendo profissionais de diferentes áreas de inserção hospitalar consistindo em um conjunto de encontros, nos quais a equipe multiprofissional compartilha as suas experiências e realiza juntos uma série de atividades, nas quais expõem as suas inserções sobre os temas do projeto. Foram realizadas 4 (quatro) sessões generativas, *on line*, com duração de 2 horas cada, onde assistentes sociais compuseram cada um destes grupos, envolvendo outros profissionais.

Como profissional transversal a todo o processo de desenvolvimento da solução digital - CoVIVE Social, as assistentes sociais que compõem a equipe do projeto, na condição de pesquisadoras e profissionais da saúde no

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

âmbito hospitalar, subsidiaram com suas experiências, a descrição da jornada dos pacientes internados por COVID-19 emprestando seus conhecimentos, compromissos na consecução dos objetivos almejados.

Instalados em dispositivos móveis, a plataforma estará disponível à familiares de usuários(as) internados(as) que poderão acompanhar à distância a sua jornada hospitalar e obter informações sociais e de saúde. O CoVIVE Social passou por um processo de avaliação de usabilidade do protótipo inicial concebido pelos pesquisadores da área de tecnologia da informação e de *Design* junto a assistentes sociais. Os protótipos de alta fidelidade da solução digital estão prontos e a equipe de TI está no desenvolvimento do aplicativo devendo apresentar os modelos com conteúdos nos próximos 3 meses. A expectativa com esta plataforma é de colaborar para a humanização da relação do serviço hospitalar com as famílias dos pacientes internados no Hospital Geral de Fortaleza.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 tem desafiado o mundo exigindo de gestores(as) de políticas públicas, epidemiologistas, profissionais de saúde e população em geral esforços redobrados ao seu enfrentamento em diferentes frentes. No Brasil, o desmonte das políticas públicas, especialmente no âmbito social, nos últimos cinco anos, expõe a crescente desigualdade social, impondo, com a pandemia, maiores níveis de vulnerabilidade social.

O SUS enquanto política de saúde de alto alcance social, também sofreu seu desmonte com congelamento de seu orçamento por vinte anos. Contudo, a chegada da pandemia passa a colocá-lo em evidência frente

a sua extraordinária capacidade de promover as respostas de cuidado nos diferentes níveis de atenção com capilaridade em estados e municípios brasileiros. Assim, seus serviços são demandados e passa a se reorganizar para atender a população acometida pela COVID-19.

A rede hospitalar pública reestruturou-se modificando temporariamente seu perfil assistencial, ofertando leitos de unidades de terapia intensiva aos casos graves de COVID, assim como montando hospitais campanha para responder aos números crescentes de infecção respiratória grave pelo Sars-Cov-2.

Os(As) trabalhadores(as) da saúde também se desafiaram reorientando suas práticas cotidianas, respondendo as demandas em quantidade e gravidade, expondo-se a riscos de vida, assim como assumindo compromissos com a vida da população.

O HGF, hospital quaternário, reorienta seu perfil de atendimento, rotinas e fluxos de trabalho interprofissional, exigindo dos(as) assistentes sociais, assim como dos demais, um conjunto de medidas de atenção à saúde. O Serviço Social enfrentou desafios importantes tanto na sua reestruturação profissional como na relação com familiares de paciente internados. A comunicação hospital/Serviço Social com pessoas de referência dos(as) pacientes foi um dos problemas mais fortemente sentidos na prática cotidiana dos(as) assistentes sociais.

O CoVIVE Social nasce, conforme relato anterior, da “dor do Serviço Social” e ao ser desenvolvido, precedido por pesquisas de campo, amplia-se como uma solução que observa a perspectiva multiprofissional desta estratégia de comunicação em saúde no ambiente hospitalar. Espera-se dessa solução digital fortalecer

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

a relação/vínculo dos(as) profissionais e as famílias na jornada hospitalar do(a) usuário(a), primando pelo acolhimento, a escuta qualificada, a dimensão educativa, a atenção resolutiva e em tempo oportuno, a resolutividade da abordagem profissional, assim como a garantia de acesso a direitos e aos serviços de saúde de forma democrática, tendo como foco as dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas do exercício profissional do assistente social.

A capacidade interventiva de leitura das singularidades dos determinantes sociais de saúde que assolam a vida dos(as) usuários (as) no cotidiano, através da mediação das determinações socioeconômicas e culturais inerentes à sociedade capitalista proporciona aos(à)s profissionais de Serviço Social, em interface com as políticas sociais, respostas ancoradas à perspectiva crítico-dialética das atuais expressões da questão social diante de contextos adversos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. Brasília: CNS; 1997. CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CFESS. Orientação Normativa n. 3/2020 [online] Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 04 de agosto de 2020

CEARÁ. Decreto Nº 33.510 de 16 de março 2020. Decreta emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. Diário Oficial do Estado: Fortaleza, CE, série 3, ano 12, n. 053, 16 mar. 2020.

CRESWELL, J. W. **Research design**: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Thousand Oaks, California: Sage, 2009.

IAMAMOTO. Marilda. **O Serviço Social na Cena Contemporânea**. CFESS, ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. CEAD/UnB. Brasília. 2009.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde**. Reflexões sobre o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

NORMAN, D. **O design do dia a dia**. Tradução: Ana Deiró. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.

VIANNA, M. *et al.* Design thinking: inovação em negócios. Rio de Janeiro: MJV, 2012.

AUTORES/AS E ORGANIZADORES/AS **(VOLUME 2)**

Aline Luiza de Paulo Evangelista: Assistente Social CRESS/CE 6751 com experiência em centros de hemodiálise, Atenção Primária à Saúde e gestão em saúde. Mestre em Saúde Pública (UFC). Especialista em Saúde Coletiva (ESP-CE).

Ana Lúcia Pinto Tavares: Assistente Social no Instituto Dr. José Frota (IJF), Especialista em Gestão de Serviços Públicos de Saúde (UNICAMP).

Ana Sabrina de Oliveira Fernandes: Graduação em Serviço Social - UECE/2015 Especialização em Gestão em Saúde – UNILAB/ 2020 Assistente Social do Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann – HMDZAN (SMS)

Ana Samilly Alexandre Moreira (Org.): Professora do curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Serviço Social, Trabalho e

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Questão Social pela mesma Universidade. Especialista em Serviço Social, Política Social e Seguridade Social pela Faculdade Vale do Salgado (FVS). Graduada em Serviço Social pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE). Pesquisadora do Laboratório de Pesquisas e Estudos em Serviço Social (LAPESS) da Universidade Estadual do Ceará, onde coordena grupo de estudos sobre conservadorismo e realidade brasileira. Conselheira do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS-CE) - Gestão “Ver Cores nas Cinzas e a Vida Reinventar” - Triênio 2020-2022. Conselheira titular do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos Humanos do Ceará (CEDDH).

Antonia Milena Elmiro Furtado Cid: Assistente Social graduada pela Universidade Estácio de Sá e Mestra em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará. Atua como Assistente Social Residente em Cuidado Cardiopulmonar pela Escola de Saúde Pública do Ceará no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

Cynthia Studart Albuquerque (Org.): Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2018). Mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (2006). Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (2003). Professora do quadro efetivo do Curso de Serviço Social do Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE - campus Iguatu). Professora colaboradora do Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social (MASS/UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Educação, Políticas Sociais e Serviço Social - NEPSSS. Pesquisadora nas áreas de juventude, políticas públicas sobre drogas, saúde mental e Serviço Social. Vice-presidente do Conselho Regional de Serviço Social

- Cress 3ª região, gestão 2020-2023 “Ver cores nas cinzas e a vida reinventar”.

Dayanne de Moraes Ferreira: Graduada e Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista Serviço Social, Direitos Sociais e Políticas Públicas pela UECE. Assistente Social do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH.

Edvânia Custódio do Nascimento Albuquerque: Assistente Social graduada pela Universidade Estadual do Ceará. Atua como Assistente Social Residente em Cuidado Cardiopulmonar pela Escola de Saúde Pública do Ceará no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

Estenio Ericson Botelho de Azevedo (Org.): Doutor em Filosofia pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre em Filosofia pela Universidade Estadual do Ceará (2008) e Graduado em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (2005). Tem experiência na área de Filosofia, com ênfase em Ética e Filosofia Social e Política e na área de Serviço Social com ênfase em Trabalho, Ética e Direitos Humanos. Atua principalmente, nos seguintes temas: Estado; Estado no capitalismo contemporâneo, estado de exceção, Estado penal, paradigma da segurança, criminalização da Questão Social e Movimentos Sociais. Coordenador e Professor do Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social (UECE) e docente do Mestrado Acadêmico em Filosofia (UECE).

Helaine Aparecida Maia: Especialista em Neurologia e Neurocirurgia. Atuação no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Assistente social pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Neurologia e Neurocirurgia na modalidade de residência multiprofissional pela

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Escola de Saúde Pública do Ceará. Assistente social concursada do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Foi representante do Núcleo de Gestão do Serviço Social do HGF. Foi preceptora de núcleo e de campo nas ênfases de Neurologia e Neurocirurgia e de Canceerologia da Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). É membro da equipe técnica do Projeto CoVive Social da FIOCRUZ-CE.

Iara Pinto Moreira: Graduada em Serviço Social (UECE), Especialista em Saúde da Família pela Universidade Vale do Acaraú (UVA). Assistente Social e Coordenadora de Serviço Social no Hospital Regional Norte. Assistente Social no Colégio Sant’Ana.

Joeline Gomes de Carvalho: Graduada em Serviço Social (UNOPAR), Especializanda em Saúde da Família (UNINTA) e Especializanda em Gestão Social: Políticas públicas, rede e defesa de direitos. Assistente Social no Hospital Regional Norte.

Júlia Beatriz Faustino Moura: Graduada em Serviço Social (UNINTA), Especializanda em Saúde Pública e Saúde da Família (UNINTA). Assistente Social no Hospital Regional Norte. Assistente Social na Escola São Francisco de Assis.

Laurinete Sales de Andrade: Graduação em Serviço Social - UECE/1992 Mestrado Saúde Pública - UECE/2002 Assistente Social do Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann – HMDZAN (SMS) Assistente Social do Hospital São José de Doenças Infecciosas – HSJ (SESA).

Luana Pereira do Nascimento Lima: Assistente Social graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestranda acadêmica em Serviço

Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará. Atua como Assistente Social no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes no serviço de Transplante Cardíaco e Pulmonar Adulto e na Emergência. Atua ainda, como Assistente Social no Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira.

Maisa Bezerra Pinheiro: Assistente Social CRESS/CE 11.848 com experiência em centros de hemodiálise e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Pós-graduanda em Serviço Social, Política Social e Seguridade Social (Pótere Social - FMB).

Márcia Maria Santos da Silva: Graduada em Serviço Social (UECE), Mestre em Ensino na Saúde (UECE), Especialista com Caráter de Residência em Saúde da Família (ESP-VS/UVA). Assistente Social no Hospital Regional Norte. Coordenadora de Projeto no Instituto Teias da Juventude.

Maria das Graças Fonseca Rocha: Assistente Social do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/EBSERH. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará-UECE; Mestre em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará – UFC; Especialização em Cuidados Paliativos e Bioética pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR; Especialização em Administração e Planejamento do SUAS pela UECE; Especialização em Planejamento e Administração de Projetos Sociais pela Universidade Gama Filho.

Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho: Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). É graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestranda em Avaliação de políticas públicas pelo Programa de pós graduação em Avaliação de Políticas Públicas

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

da Universidade Federal do Ceará (UFC). Possui especialização em Administração de Recursos Humanos pela Universidade Federal do Ceará (UFC). É Assistente Social lotada no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará atuando também como Preceptora da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde na área de concentração: Assistência em Transplante.

Maria Erica Ribeiro Pereira: Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ); Assistente Social no Instituto Dr. José Frota (IJF); Assistente social na Policlínica Municipal de São Gonçalo do Amarante-CE; Mestra em Políticas Públicas e Sociedade (UECE); Especialista em Gestão Pública Municipal – UECE; Especialista em Gestão Pública em Saúde (UECE); Especialista em Serviço Social, Seguridade Social e Legislação Previdenciária (RATIO).

Maria Gomes Fernandes Escobar: Doutoranda em Sociologia, Graduada e Mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista Residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA). Assistente Social do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH e membro do Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética (Labvida).

Maria Ilná Rocha Ramalho: Assistente Social CRESS/CE 4703 com experiência em centros de hemodiálise; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e maternidade. Especialista em Nefrologia Multidisciplinar (UFMA), Especialista em Políticas Públicas, Serviço Social e Direitos Sociais (UECE).

Maria Nayana Carvalho Tavares: Assistente Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Residente

no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde – Assistência em Transplante – da Universidade Federal do Ceará – Hospital Universitário Walter Cantídio.

Ondina Maria Chagas Canuto Doutora em Educação. Atua no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/CE). Assistente social pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Gerontologia Social, pela Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Gestão e Modernização Pública pela Universidade Estadual Vale do Acaraú em parceria com a Universidade Internacional de Lisboa e Doutora em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará - UFC, com realização de estágio doutoral na Universidade de Montreal - Quebec - Canada. Foi gestora de políticas públicas em diferentes áreas e municípios do estado do Ceará, com ênfase na relação EDUCAÇÃO-SAÚDE. Atualmente atua na área assistencial em hospital de grande porte do estado, onde coordenou o projeto Comunidade de Prática do Serviço Social no HGF. É membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Tem experiência nas áreas Social, Saúde e Educação, com ênfase em Desenvolvimento Urbano/Habitação Popular, Assistência Social, Saúde Pública, Educação em Saúde e Formação Profissional Técnica, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas, intersectorialidade, planejamento em saúde, educação e saúde, Sistema Municipal de Saúde Escola, Currículo por competências, Formação Profissional Técnica na área da saúde e Serviço Social na atenção hospitalar. É pesquisadora do Projeto CoVive Social da Fiocruz-CE. Atualmente coordena a área de gestão de pessoas da Unidade de Apoio ao Diagnóstico da COVID-19/Fiocruz/CE.

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

Samantha de Almeida Nóbrega Soares: Assistente Social no Instituto Dr. José Frota (IJF), Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial da Prefeitura Municipal de Acopiara – CE, Especialista em Saúde Pública com ênfase em saúde da família (UVA-CE), Residente em Saúde mental coletiva (ESP-CE).

Socorro Leticia Fernandes Peixoto: Atuação no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Docente em Serviço Social da Faculdade Rodolfo Teófilo. Assistente social pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre pelo Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Sociologia, pela Universidade Federal do Ceará. Foi bolsista do Programa Especial de Treinamento - PET do Curso de Serviço Social, através da CAPES. É assistente social concursada do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). É docente do Curso de Serviço Social da Faculdade Rodolfo Teófilo – FRT e da Faculdade Cearense - FAC e presta serviços como docente em cursos de Pós-graduação na Pótere Assessoria Social e na FIC/Estácio. É membro do Comitê de Ética e Pesquisa do HGF. É membro Ad hoc do Comitê Técnico Científico da Faculdade Rodolfo Teófilo (FRT). Foi preceptora e coordenadora de núcleo da Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). É pesquisadora do Projeto CoVive Social da FIOCRUZ-CE. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Maternidades, Parentalidade e Sociedade - GMATER, vinculado à Universidade de Brasília - UnB / CNPQ. É pesquisadora e orienta pesquisas nas áreas de Serviço Social, saúde, relações de gênero, família, maternidade, pobreza e políticas públicas.

Teresa Cristina Esmeraldo Bezerra (Org.): Possui graduação em Serviço Social pela Universidade

Estadual do Ceará (1989), mestrado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (1999) e doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2013). Atualmente é professora permanente do Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social (MASS-UECE), coordenadora do Núcleo de Acolhimento Humanizado às Mulheres em Situação de Violência (NAH-UECE) e professora adjunta do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência nas áreas de Serviço Social e Sociologia, com ênfase em Sociologia das Juventudes, atuando principalmente nos seguintes temas: gênero, violência de gênero contra as mulheres, juventudes e culturas juvenis.

Virgínia Márcia Assunção Viana: Assistente Social, ex-funcionária do INSS. Mestre em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora Adjunta do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará (Movimentos Sociais, Educação Popular e Escola). Doutorado Intercalar no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa com bolsa sanduíche do PDSE/CAPES.

ANEXO:
CONTEÚDO DOS VOLUMES 1 E 3

VOLUME 1
QUESTÃO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICAS SOCIAIS EM
TEMPOS DE COVID-19

Apresentação (v. 1)

Prefácio

Crises capitalistas, pandemia e Serviço Social:
lições, tarefas e desafios
Alba Maria Pinho de Carvalho

CAPÍTULO 1

A crise sanitária provocada pelo novo coronavírus e as
respostas dos sistemas de saúde
Diógenes Farias Gomes
Lucia Conde de Oliveira

CAPÍTULO 2

“Nós estamos em guerra”:
O governo Emmanuel Macron frente à crise sanitária
Antonio V. B. Mota Filho

**COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À
CRISE CAPITALISTA**

CAPÍTULO 3

Trabajo social y pandemia en Cataluña:
implicaciones en los ámbitos académico, social y sanitario

Eveline Chagas Lemos

Maria Antonia Buenaventura Rubio

CAPÍTULO 4

Empresas y derechos humanos en tiempos de Covid-19

Javier Mujica Petit

CAPÍTULO 5

O acirramento da “questão social” em tempos de
pandemia: a herança colonial brasileira atualizada

Heloísa Teles

Laís Duarte Corrêa

Eduarda Salla Marcelino

Milene Luíza Mahs

CAPÍTULO 6

Políticas públicas para mulheres em situação de violência
em tempos de pandemia de Covid 19

Fernanda Marques de Queiroz

Maílla Morais da Silva

Raissa Kelly Bezerra Silva

CAPÍTULO 7

Capital pandêmico e covid-19:
crise do capital, desigualdades, inviabilização e invisibilidade
das mulheres no mercado de trabalho brasileiro

Eveline de Sousa Landim

Salyanna de Souza Silva

CAPÍTULO 8

Informalidade e pandemia um olhar sobre trabalhadores
da Feira Livre de Aracati-Ce

Karine Carneiro de Oliveira Silva

Maria Andreia Lima Silva

Mônica Duarte Cavaignac

ANEXO
CONTEÚDO DOS VOLUMES 1 E 3

CAPÍTULO 09

Pandemia e medidas socioeducativas:
normativas e corpos enlutáveis

Luara da Costa França

CAPÍTULO 10

Pandemia da Covid-19 e saúde mental em tempos de
neoliberalismo

Maria Cristina de Queiroz Nobre
Regina Cláudia Barroso Cavalcante
Waleska Fernandes de Oliveira Sobreira

Autores/as e Organizadores/as (v. 1)

VOLUME 3

SERVIÇO SOCIAL CEARENSE:

**EXPERIÊNCIAS E COMPROMISSOS PROFISSIONAIS EM TEMPOS
DE PANDEMIA**

Apresentação (v. 3)

CAPÍTULO 1

A defesa da profissão de Serviço Social em tempos de
crise: a atuação do Cress Ceará no contexto pandêmico

Ana Paula Silveira de Moraes Vasconcelos
Ana Samilly Alexandre Moreira
Cynthia Studart Albuquerque

CAPÍTULO 2

Comissão de orientação e fiscalização (COFI) – CRESS
3ª. Região Ceará no enfrentamento da pandemia da
covid 19

Kelly Diniz Viana Barbosa
Liana Brito de Castro Araújo
Maria Auxiliadora de Araújo
Suzany de Castro Lopes

COVID19, QUESTÃO SOCIAL E RESPOSTAS À CRISE CAPITALISTA

CAPÍTULO 3

O Serviço Social no INSS Digital: respostas profissionais
na pandemia da COVID19 no Ceará

*Tatiana do Nascimento Mendonça
Evânia Maria Oliveira Severiano*

CAPÍTULO 4

O trabalho do profissional do Sistema Único da
Assistência Social em tempos da pandemia Covid-19

Maria Goretti de Sousa Melo

CAPÍTULO 5

Podcast como estratégia profissional no SUAS em tempos
de pandemia

*Leiliane Martinz de Oliveira
Nara Cesar Cavalcante
Leiriane de Araújo Silva*

CAPÍTULO 6

Gestão do processo de regularização fundiária em
Fortaleza-Ce: desafios da prática em período de pandemia

*Aline Alves da Costa
Telviane Norberta Barboza Rocha
Lucileila de Sousa Cardoso Almeida*

CAPÍTULO 7

Conjugando o verbo enfrentar em tempos de Covid-19:
experiências exitosas na docência em Serviço Social

Cecília Bezerra Leite

CAPÍTULO 8

Dimensão Educativa na Supervisão de Estágio em
Serviço Social:

diálogos sobre Projeto de Intervenção

Keile Pinheiro

ANEXO
CONTEÚDO DOS VOLUMES 1 E 3

CAPÍTULO 9

Tensões da pandemia – Covid-19 e tramas do “Bolsonarismo”
na política de previdência social: imposições do trabalho
por produtividade e teleavaliação no Serviço Social

Evania Maria Oliveira Severiano

Maria Crizeuda Freire de Castro

Margarida Emília Albano de Oliveira Cabó

Wanessa Cláudia Beleza Teixeira

Autores/as e Organizadores/as (v. 3)

Esta obra foi composta em Charter BT, Davys
Dingbats 1 e Book Antiqua, em plataforma PDF para
a EdUECE e o MASS em agosto/setembro de 2022.



Cress
3ª Região - Ceará



Volume 2

ISBN 85-7826-855-8



9 782685 782685 58