SERVIÇO SOCIAL NO COMBATE À COVID-19: respostas profissionais durante a pandemia em Fortaleza - CE

Francisco Brenno Soares Cavalcante[1]

RESUMO

Neste artigo trago contribuições e reflexões através do relato de experiência profissional como assistente social no Hospital Campanha de atenção às vítimas da COVID-19 (HC) e na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Tratam-se de equipamentos públicos do município de Fortaleza-Ceará que tiveram a atuação do autor durante o período da pandemia entre os meses maio/agosto de 2020. Assim, propõe apresentar e discutir os impactos da pandemia no cenário brasileiro e socializar a experiência vivenciada na busca por estratégias profissionais no contexto de enfrentamento à crise sanitária do país.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Pandemia.

In this article I bring contributions and reflections through the report of professional experience as a social worker at the Hospital Campaign for the care of victims of COVID-19 (HC) and at the Emergency Care Unit (UPA). These are public facilities in the municipality of Fortaleza-Ceará that had the author's role during the period of the pandemic between May/August 2020. Thus, it proposes to present and discuss the impacts of the pandemic in the Brazilian scenario and socialize the lived experience in the search for professional strategies in the context of confronting the country's health crisis.

Keywords: Social Work. Health. Pandemic.

1 INTRODUÇÃO

O cenário de ataques nocivos que o governo Bolsonaro (2019 - 2021) vem intensificando causa um encadeamento de retrocessos em todo panorama nacional, caracterizado por danos em diversos âmbitos da vida social: na área ambiental, só no ano de 2020 o Pantanal sofreu a perda de 23 mil km² com queimadas, índice dez vezes maior que entre o período 2000 - 2018 com 2,1 mil km²[2]; o desemprego atinge o recorde do maior número da série histórica da Pesquisa Nacional de Amostra de

[1] Assistente Social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Email: brennosoarescavalcante@yahoo.com.br

[2] Consultar a notícia disponível em: https://cutt.ly/nhPy66b. Acessado em 12 de dez. 2020.

Domicílios Contínua - PNAD Contínua ao atingir no trimestre nov/2020 a jan/2021 14,3 milhões de brasileiros/as desempregados/as[3]; e a política de saúde não passa por esse processo incólume.

Se já existia um conhecimento acumulado que apontava a *insustentabilidade* do subfinanciamento que o Serviço Único de Saúde (SUS) enfrentava, nos últimos governos a situação é mais agravante com o *desfinanciamento* da esfera federal, isto é, se antes o financiamento era parco, hoje há um processo de *nulidade* a "conta-gotas" da participação da instância federativa no orçamento da saúde pública como apontam Mendes & Carnut (2020).

Assim, é esse o contexto em que o SUS se depara com a chegada da pandemia do *coronavírus* 2019 (COVID-19), também caracterizado pelo vírus *SARS-CoV-2* de expansão mundial. Após um ano, os primeiros meses de 2021, o país já começa a sequenciar recordes diários de mortes registradas em 24 horas pela COVID-19 ao alcançar a média de 2.400 casos e o pico de 3,6 mil.

Constata-se então que a COVID-19 tem rebatimentos diferenciados que incidem em cada país e unidades da federação, onde varia conforme a atenção que os governos nacionais e locais dispensam para a importância do enfrentamento, da conscientização da população, das condições orçamentárias que as instâncias federativas e estaduais dispõem entre outras variantes.

Um exemplo é que entre os governos estaduais da região nordeste estabeleceram iniciativas que contribuíram para amenizar os impactos nocivos e as medidas ultraneoliberais do governo federal. Destaca-se aqui a coalisão interfederativa chamada de Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio Nordeste) onde a calamidade pública da pandemia acrescentou ações na saúde ao passo em que houve o esvaziamento da instância federal e do Ministério da Saúde (MS) (FERNANDEZ & PINTO, 2020).

[3] Consultar a pesquisa disponível em: https://cutt.ly/Lv0am1E. Acessado em 24 de abr. 2021.

Vale ressaltar que a discrepância do impacto que o *coronavírus* alcança entre os estados pode atingir níveis alarmantes gerando solidários vínculos na busca pela superação das crises no sistema hospitalar e funerário que ocasiona[4]. Outra crise foi mencionada no relatório anual da ONU (Organização das Nações Unidas), a crise humanitária, caracterizada pelo retorno da fome extrema e os desafios globais como conflitos, migração forçada, aquecimento global juntamento ao novo corona vírus[5].

Por isso, a importância de trazer a socialização das experiências profissionais dos/as assistentes sociais nos diferentes territórios e equipamentos que atuam na busca por construir estratégias coletivas junto com as entidades representativas, saber as configurações que os espaços sócio-ocupacionais e as requisições que são postas .

Este artigo é um relato advindo da experiência alcançada nos equipamentos de saúde Hospital de Campanha COVID-19 (HC), construído em um estádio de futebol da cidade, e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) onde desempenhei a função de assistente social no período da pandemia entre os meses maio-julho/2020, ambos localizados em Fortaleza-Ceará.

2 COVID-19 E CRISE SANITÁRIA BRASILEIRA: uma leitura para o Serviço Social

A crise sanitária brasileira eclodida no período da pandemia e expandida até os dias atuais é marcada por posicionamentos negacionistas[6] do líder de Estado através do descrédito ao avanço da ciência (manifestado na recusa da vacina em

[4] O caso de Manaus-AM pode ser mencionado como exemplo da negligência do Estado no enfrentamento à doença manifesto na carência de cilindros de oxigênio, leitos de hospitais para os/as pacientes e nos necrotérios, o que sensibilizou os demais estados para oferecimento de suporte.

[5]Disponível em https://cutt.ly/iQ9OENh. Acessado em 20 de ago. de 2021.

[6] O negacionismo da pandemia no Brasil além de estar associado ao negacionismo científico tem uma estreita relação com a defesa política do governo de extrema-direita na gerência de Estado que se exime dos investimentos em saúde pública e minimiza a importância das políticas públicas. O resultado dessa equação é uma “política de morte” da população mais vulnerabilizada, o que resulta na necropolítica em um Estado neoliberal, o *necroliberalismo* (MOREL, 2021).

contraposição da valorização de medicamentos como a cloroquina) e respostas de banalização das mortes por COVID-19[7]. Além disso, a imposição de medidas arbitrárias do Bolsonaro na pasta do Ministério da Saúde ocasionou a crescente rotatividade do cargo de líder neste Ministério, o que intensificou o caos já instaurado em um período delicado da saúde pública do país.

O ano de 2021 marca um ano da pandemia e o "colapso da saúde" que o Brasil enfrenta neste período é a lentidão da vacinação devido a tardia adesão do país, a incompatibilidade numérica de doses para a população e a troca de mais um ministro da saúde. Outra característica do "colapso da saúde" no panorama nacional é o insuficiente número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTIs) nos estados. O aniversário da pandemia no Brasil registrou o pico de 04 (quatro) estados estarem com 100% ou mais dos leitos ocupados, 13 (treze) estados e o Distrito Federal estarem com mais de 90%, 07 (sete) estados com mais de 80% e apenas 02 (dois) abaixo de 80% de ocupação[8].

Estes dados afirmam que independente das melhoras que possam acontecer para reverter esse caótico quadro, o Brasil teve um dos piores desempenhos no enfrentamento a COVID-19 porque se trata de um país que historicamente foi caracterizado por possuir um sistema público de saúde estruturado, universalizado e fortemente referenciado internamente e no exterior. O corolário que o Brasil recebe com essa pandemia é de que o SUS sofre ataques cada vez mais severos onde, por um lado, a população usuária está minguada em hospitais e cemitérios e, do outro, profissionais de saúde desgastados e adoecidos por esforços sobre-humanos.

De acordo com a pesquisa de De Boni et al. (2020) os trabalhadores dos serviços essenciais no período da pandemia no Brasil estão mais propensos a adquirir ansiedade, depressão ou a ambas comorbidades por um somatório de

[7] Destaca-se aqui os posicionamentos de Bolsonaro na imprensa sobre o país no período de pandemia da Covid-19: "Todos nós vamos morrer um dia", "gripezinha ou resfriadinho", "E daí?", "País de maricas". Recomenda-se a compilação jornalística da Folha de São Paulo que relaciona os discursos e atitudes do Presidente com as curvas numéricas de morte no Brasil. Disponível em: https://cutt.ly/1Q9dPsD. Acesso em 21 de mar. de 2021.

[8] Disponível em: https://cutt.ly/3xhrTWj. Acessado em 21 de mar. 2021.

fatores. Neste estudo comparativo entre os países Espanha e Brasil, constatou-se que mesmo com os índices de mortes por COVID-19 no mês da pesquisa (maio/2020) ser maior na Espanha que no Brasil, este país por ter características de desigualdades sociais calcificadas em raízes históricas incidem mais fortemente como fardo na saúde mental dos trabalhadores dos serviços essenciais brasileiros.

Os efeitos da pandemia se agravam, mas ainda se alastram as mesmas medidas de prevenção para a COVID-19 estabelecidas pela OMS (Organização Mundial da Saúde) do ano de 2020 caracterizadas pelas campanhas como #FiqueEmCasa, lave as mãos e use máscara, além das recomendações do *home office* (trabalho remoto) para a realidade presente. No entanto, mesmo que essas recomendações estejam direcionadas para todos, assumindo um caráter universalizante, existem as condições objetivas desiguais que são produtos de uma sociedade hodierna marcada pela *questão social* (IAMAMOTO, 2004; NETTO, 2001).

Em outras palavras, considerar que a COVID-19 é uma ameaça à saúde pública de comprometimento mundial (LIN e*t al*., 2020; SPITERI *et al*., 2020 *apud* SILVA, PROCÓPIO, 2020) ainda é uma constatação insuficientemente pouca que revela mais sobre seu caráter clínico de alta transmissibilidade que sobre o impacto que atinge em um mundo com desigualdades sociais e econômicas. Na verdade, a COVID-19 também é *mais* uma ameaça que se soma e intensifica nas condições objetivas da população que sofre com as medidas ultraneoliberais da economia e do Estado.

Um exemplo significativo que demonstra as manifestações da questão social na realidade brasileira está na ausência de suprimento para as *necessidades humanas básicas* (PEREIRA, 2006) dos sujeitos que compõem a classe social alijada de direitos, submetidos ao pauperismo e excluídos das políticas públicas básicas como abastecimento de água e a habitação. Essa provocação se torna importante para trazer concretude às medidas que são estabelecidas pelas organizações sanitárias e uma leitura crítica indispensável para o Serviço Social, principalmente àqueles/as profissionais que estão diretamente atuando com a população usuária nos espaços sócio-ocupacionais.

Conforme dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) de 2019 apontam que no Brasil 83,7% dos municípios têm acesso ao atendimento de rede de água e o atendimento de esgotos chega na média de 54,1%, ou seja, que acesso à água e saneamento ainda não é uma realidade para a completa população do país. Além disso, o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal informa que no país cerca de 146.802 pessoas vivem em situação de rua, realidade caracteriza pela aglomeração nas noites frias, limitação de acesso a alimentos e locais para higienização com o fechamento de mercados e restaurantes e insuficiência de vagas para Serviços de Acolhimento Institucional (BRASIL, 2020).

Assim, como garantir higienização das mãos e isolamento social para essa significativa fração da população? Por outro lado, a população que é assistida por políticas públicas e possuem minimamente um padrão de consumo também enfrentam “barreiras” que dificultam à adesão das medidas de prevenção, trato aqui não das construídas pelo Estado, mas sim, pelo mercado. Conforme Silva & Procópio (2020) o preço do álcool em gel e máscaras cirúrgicas entre os meses fevereiro e março de 2020 (início da pandemia) aumentou cerca de 500% em algumas regiões do país como aponta a pesquisa realizada pelo Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (Procon). Daí compreender que não só o Estado revela sua face elitista como o mercado demonstra seu nefasto perfil predatório pelo lucro no contexto pandêmico.

No governo brasileiro o típico caráter que o Estado assume de “amortecer” as crises que o capitalismo financeiro enfrentou durante a pandemia demonstrou a tônica mais ultraneoliberal que se poderia alcançar no cenário da calamidade pública. Isso se comprova pelo fato do Banco Central injetou na economia R$ 1,2 trilhão como um conjunto de medidas para amenizar os impactos da COVID-19 no início da quarentena, por outro lado, pequenos comerciantes, trabalhadores informais e desempregados foram submetidos ao auxílio de caráter emergencial onde o valor corresponde apenas a 60% do salário mínimo (GUIMARÃES; PINHEIRO, 2021, p. 34).

Demonstrações como essa são provas da parcialidade do Estado na "amortização" das crises econômicas oriundas da própria natureza do modo de produção e eclodida atualmente pelo coronavírus junto com as crises sanitária, ambiental e humanitária que o país sofre. Se por um lado temos a mão solidária do Estado que afaga os impactos na economia para o capital, no outro, a negligência para a classe que vive do trabalho reverbera em consequências alarmantes como a marca de 19,1 milhões de brasileiros com insegurança alimentar grave no ano de 2020, conforme aponta o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil.

Na mesma pesquisa é comprovado que existe uma dimensão de sexo, classe social, raça/cor e escolaridade no perfil das pessoas atingidas pela insegurança alimentar e fome durante a pandemia onde famílias e domicílios chefiados por mulheres de raça/cor preta ou parda e com baixa escolaridade são vulnerabilizadas fortemente (IBGE, 2020, apud VIGISAN, 2021, p. 53)[9].

Assim, é emergente a construção de estratégias de intervenção frente ao contexto de pandemia em que a profissão é conclamada para atuar seja por estar amparada no reconhecimento interno expresso nas normativas como o artigo 3º inciso *d* do Código de Ética do/a Assistente Social onde assume o caráter de *dever* e da Resolução do CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) nº 383/1999 que classifica o/a assistente social como profissional de saúde ou externamente por já ter o reconhecimento do CNS (Conselho Nacional da Saúde) na resolução nº218/1997 e do debate dos determinantes e condicionantes sociais na saúde expressos no artigo 3º da LOS (Lei Orgânica da Saúde).

Tal fato associado à natureza da profissão ser eminentemente interventiva (MARTINELLI, 2007) traz à tona a necessidade de explorar o cenário marcadamente novo para o mundo e quais as respostas frente ao contexto da COVID-19,

[9] Os cruzamentos de sexo, classe social, raça/cor e outras variantes são bem discutidos e amaduracidos no interior da profissão no Brasil por assistentes sociais feministas como o debate da consubstancialidade de Cisne (2016) e de interseccionalidade de Akotirene (2019).

principalmente ao considerar as diferenças regionais que os estados brasileiros são caracterizados.

3 A EXPERIÊNCIA HOSPITALAR DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO SANITÁRIO DA COVID-19 EM FORTALEZA - CE

O estado do Ceará foi considerado pelos pesquisadores como um dos epicentros da doença durante os meses iniciais da pandemia ao alcançar posições de segundo estado com maior número de contaminados e o terceiro maior em número de óbitos do país (LIMA et al., 2020, p. 02). Vale ressaltar que o referido estado está inserido no Consórcio Nordeste, logo, existe o protagonismo da iniciativa cooperativa entre os governos estaduais da região nordeste no enfrentamento à COVID-19. Esse é o cenário que será descrito o relato de experiência do profissional de serviço social em equipamentos no âmbito hospitalar.

No ano de 2020, período de eleições municipais, a epidemia do coronavírus esteve como alvo de disputas político-partidária nos municípios seja nos de pequeno porte ou nas capitais. A instalação do HC como iniciativa municipal em abril/2020 e desativado em setembro/2020 foi assunto das discussões nos debates eleitorais tanto com posicionamentos contrários com acusações de fraude e irregularidades[10] quanto favoráveis entre os candidatos.

Logo, o caráter dúbio e controverso do equipamento se deve ao contraponto de, por um lado, o HC ser instalado em um contexto de eleições municipais onde opera uma fiscalização contrária no intuito de angariar influência partidária ou na busca pela transparência do Estado e, por outro, nos resultados exitosos que alcançou em curto período de tempo.

Nas UPAs o período inicial foi dedicado predominantemente às vítimas infectadas pela COVID-19 onde as rotinas e fluxos deste equipamento estiveram

[10] Trata-se aqui de mencionar a Operação “Caldeirão” ainda em curso pelo Ministério Público do Ceará (MP/CE). Disponível em: https://cutt.ly/lQGBpiQ. Acesso em 13 de Ago. 2021.

adaptados no objetivo de evitar a circulação do coronavírus. Daí compreender que as medidas institucionais de contenção como suspensão de visitas familiares, a restrição da presença de familiares no ambiente hospitalar e o incremento forte de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) repercutiram diretamente nos processos de trabalho dos assistentes sociais que estiveram na linha de frente.

Ainda que estes equipamentos destinassem atenção ao mesmo público alvo (as vítimas da COVID-19), é possível fazer um paralelo comparativo entre UPAs e o HC que demonstra a peculiaridade de cada um. Enquanto o HC já foi construído com as restrições necessárias para responder aos impactos da pandemia da COVID-19, as UPAs locais sofreram adaptações nas suas rotinas de funcionamento. Estas compartilham de uma realidade próxima a dos hospitais terciários na capital cearense, conforme é possível identificar pelo relato de Pereira (2020).

O setor do serviço social no HC foi construído no início deste equipamento novo, ou seja, um setor que como qualquer outro nasce com todo caráter de brevidade e imediaticidade que um Hospital Campanha modela seus serviços. Isso está expresso visivelmente, por exemplo, quando se destinou um ônibus, estacionado em frente ao portão de entrada como espaço para o serviço social realizar atendimentos, armazenar seus documentos e instrumentais e ser local de referência[11].

Além disso, cabe aqui mencionar que o equipamento HC, por ser novo e caracteristicamente “improvisado” com a competência de conter e dar respostas aos números expressivos que o estado do Ceará estava acometido durante a pandemia, incidiu fortemente nas respostas do serviço social expressas na criação dos seus fluxos, nos procedimentos operacionais, no amazenamento dos documentos produzidos, na articulação com a rede de proteção social e dos demais serviços de saúde.

[11] Pereira (2020) aponta que a gerência da saúde atualmente é marcada por escassez, grandes filas e estruturalmente improvisada. Isso incide frontalmente nas mínimas condições éticas e técnicas para o trabalho do/a assistente social e o quão importante a munição do arcabouço normativo da resolução nº 493/2006 pelos/as profissionais para subsidiar a defesa da prestação de um serviço público qualificado para a população usuária bem como no fortalecimento da categoria.

Dessa forma, o serviço social do HC foi se consolidando e amadurecendo a *pari passu* do seu espaço sócio-ocupacional. As respostas profissionais com o tempo se alcançaram maior robustez que no início, inclusive até se distanciavam da prematuridade. Acrescenta-se também que o equipamento foi ganhando notoriedade e reconhecimento entre os demais que compunham a rede de serviços do município.

Se o equipamento foi alcançando reconhecimento dentro da rede de serviços que já se encontrava estruturada, não está distante o desconhecimento que a grande massa populacional do público usuário e de suas famílias teria do HC devido seu ineditismo e as medidas de restrições que estavam imbuídas nele. Fato este que gerou diversas incompreensões e conflitos entre familiares e o equipamento. Nesse ínterim, o serviço social, por ter historicamente forte relação de trabalho com as famílias, inclusive pairando em hospitais como *o profissional da família* (BARBOSA, 2019), esteve presente com mediações entre os conflitos que causaram repercussões que reconfiguraram os serviços do equipamento.

Longe de parecer unívoca, reitera-se aqui que a relação mencionada anteriormente entre o HC e o serviço social foi dialética, ou seja, o serviço social também incidiu ativamente na instituição mudando seus protocolos e acrescentando serviços que se tornaram necessários para validar e defender as atribuições históricas que a profissão conquistou. Sobre isso cabe expor o nascimento do NIF (Núcleo de Informação da Família), um núcleo composto por profissionais de enfermagem instaurado para dar informações clínicas dos pacientes para os familiares por telefone, e até a criação de outros canais via *app* e *site* onde se tem acesso ao boletim de saúde do paciente[12].

A errônea compreensão de que assistentes sociais têm competência para repassar informações clínicas para familiares esteve presente dentro do serviço e a pressão de familiares manifestada como demanda emanou como tradução da *questão social* no cotidiano de trabalho. Assim, o serviço social ao defender as

[12]Disponível em: https://cutt.ly/GQ3u4yE. Acesso em 20 de ago. de 2021.

competências e atribuições profissionais respaldadas em lei, consequentemente, protagonizou essa conquista ao lado da família dos usuários atendidos[13].

Em casos mais preocupantes, existiam profissionais que compunham a equipe se fundamentando de normas técnicas, aprovadas no tempo da pandemia para a operacionalização dos equipamentos de saúde, no objetivo de tentar atribuir competências e atribuições alheias ao serviço social como resposta diante da precariedade do serviço. Exemplifico aqui a *Norma Técnica de Procedimentos Relacionados ao Óbito por Coronavírus (COVID-19)* de 27 de Março de 2020, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, que sugere reconhecimento do corpo em óbito pelo familiar "(...) por meio de fotografias, evitando contato ou exposição".

O fato do Serviço Social estar próximo às famílias durante o óbito associado à incompreensão da profissão pelas demais categorias da equipe multiprofissional, buscou-se por vezes tentar responsabilizar o assistente social pelo processo de reconhecimento do corpo em óbito pelos familiares através de envio de fotos por celulares pessoais. Fato que não se efetivou por a) não ser atribuição do assistente social o reconhecimento do corpo em óbito pelo familiar, b) por respeito à integridade da imagem das vítimas; e c) por não ser ofertado tecnologias do próprio serviço para esse processo.

Vale ressaltar que a defesa das atribuições e competências do assistente social dentro do espaço hospitalar é uma luta cotidiana recorrente onde a saída ainda se prova pela construção de espaços para o fortalecimento coletivo da categoria no enfrentamento às adversidades seja na construção de documentos orientadores para a equipe multiprofissional, no caso de Pereira (2020), ou na construção de serviços que respondam às demandas de sua população usuária.

Diante da mudança na dinâmica e rotina dos equipamentos sócio-ocupacionais, a suspensão das atividades dos grupos de educação em saúde para

[13] Pereira (2020) socializa a vivência de episódios similares onde a resposta foi a construção coletiva do Plano de Contingência do Serviço Social. Em suma, experiências dessas demonstram que a defesa da profissão nas adversidades enriquece a categoria dentro da equipe multiprofissional por respeitar suas especificidades e distancia da subalternidade que a lógica hospitalocêntrica impõe.

evitar aglomerações não significou a ausência ou irrelevância da dimensão pedagógica do assistente social. Esta esteve presente nos atendimentos individuais com famílias e pacientes ou, lamentavelmente, ao surgir aglomerações de familiares reivindicando informações no HC nos meses iniciais.

O HC vivenciou episódios difíceis nos períodos iniciais de implantação com as aglomerações de familiares reivindicando e confrontando os profissionais por informações de pacientes, na maioria das vezes, influenciados e reproduzindo notícias falsas com teor político-partidário circuladas nas redes sociais. Aqui o perfil pedagógico da profissão ao se direcionar para os familiares das vítimas foi indispensável para se contrapor às *fakenews* e notícias de cunho negacionista. Assim, é pungente resgatar o que Iammamoto (2006) elucida de que a atuação profissional do assistente social não se restringe *sobre* a realidade, pelo contrário, é *na* realidade, ou seja, os aspectos conjunturais devem ser encarados como parte constitutiva do fazer profissional e não como um *pano de fundo*.

> Pode-se concluir que articular a profissão e a realidade é um dos maiores desafios, pois entende-se que o Serviço Social não atua apenas *sobre* a realidade, mas atua *na* realidade. Nesta perspectiva, compreende-se que as análises de conjuntura - com o foco privilegiado na questão social -, não são apenas o *pano de fundo que emolduram o exercício profissiona*l; ao contrário, são partes constitutivas da configuração do trabalho do Serviço Social, devendo ser apreendidas como tais. O esforço está em *romper qualquer relação de exterioridade entre profissão e realidade*, atribuindo-lhe a centralidade que deve ter no exercício profissional (p. 55, grifos da autora).

Daí compreender que o assistente social necessita estar sempre atento ao contexto conjuntural não apenas para alinhar as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política na busca pela materialização do projeto ético político profissional, mas para investigar como a incidência conjuntural incide na profissão e reconhecê-la nesse processo.

No contexto da pandemia do COVID-19, Matos (2020) alerta que, nesse momento inédito da história, é indispensável a apropriação das competências profissionais e atribuições privativas expressas pelos documentos normativos da profissão no intuito de preservar nosso agir profissional e evitar a desprofissionalização.

Uma das experiências inéditas em que os assistentes sociais estiveram protagonizando no contexto hospitalar foi a criação de canais que permitiam estreitar os vínculos dos pacientes internados com familiares. Isso foi possível devido ao forte incremento das TICs nos processos de trabalho. Caso emblemático foi o dia das mães de mulheres que estavam hospitalizadas no HC onde a Jandira[14] permitiu o contato através de videochamadas com os familiares durante um momento em que estavam isoladas no limiar entre a recuperação ou a morte. Resultou em emoção ao alimentar esperança por dias melhores e resignificar o episódio que as mães vítimas acometidas pela COVID-19 passavam longe de suas famílias.

Dessa forma, trazer a importância e a contribuição do Serviço Social no período de pandemia instaurado demarca nas linhas da história o significado da profissão no período de enfrentamento às adversidades. O Serviço Social com seus agentes mais uma vez protagonizam, ao lado das demais profissões, a linha de frente ao refletir estratégias de intervenções que minimizem o impacto da pandemia na vida dos paciente e famílias brasileiras.

4 CONCLUSÃO

A pandemia da COVID-19 encontrou um Brasil em crise sanitária que já se prolongava por anos e se agudiza com as medidas adotadas pelo atual governo. Assim, o “colapso da saúde” passou a ser uma realidade presente em todos os estados do país, o que nos instiga a buscar conhecer como os assistentes sociais enfrentam essa pandemia na linha de frente.

Em Fortaleza-CE, enquanto as UPAs foram equipamentos que mudaram seus fluxos e rotinas de funcionamento, o HC foi implantado com todas as medidas de contenção do vírus. Além do desconhecimento/incompreensão por parte dos familiares e da rede de proteção social acerca do equipamento novo, em ambos espaços, os assistente sociais passam por desafios no cotidiano em que a saída aponta para a defesa das atribuições profissionais e competências privativas e o

[14] Nome dados aos Tablets que realizam videochamadas entre pacientes e familiares durante o processo de internação. Disponível em: https://cutt.ly/GQ3u4yE. Acesso em 20 de ago. de 2021.

comprometimento na elaboração coletiva de estratégias para o enfrentamento dos obstáculos no contexto de crise.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

BARBOSA, V. C. Serviço Social e Saúde: relação antiga, desafios presentes. **Em Pauta**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 240- 254, 2019.

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: https://cutt.ly/IQ2t2zK. Acessado em 19 de ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Norma Técnica nº 5**. 2020. Disponível em: https://cutt.ly/rkZpqkp Acessado em: 12 de fev. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento – SNS. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. **25º Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2019**. Brasília: SNS/MDR, 2020. 183 p.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10ª ed. Brasília: CFESS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 218, 06 de março de 1997**. Disponível em: https://cutt.ly/qQ9Rzeo. Acessado em 20 de ago. de 2021.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do estado do Ceará. **Norma Técnica de Procedimentos Relacionados ao Óbito por Coronavírus (COVID-19)**, Fortaleza, 2020. Disponível em: https://cutt.ly/pQLgmWy. Acesso em 15 de Ago. de 2021.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução nº 383/99 - Caracteriza o Assistente Social como Profissional da Saúde**. Disponível em https://cutt.ly/uQ9EnSz. Acessado em 20 de ago. de 2021.

CISNE, Mirla. **Feminismo e Consciência Classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2016.

DE BONI, R. B. et al. Depressão, Ansiedade e Estilo de Vida entre Trabalhadores Essenciais: uma pesquisa na web do Brasil e da Espanha durante a pandemia do COVID-19. **Journal of Medical Internet Reserch**, Toronto, v. 22. n. 10. 2020.

Fernandez, M.; Pinto, H. A. Estratégia Intergovernamental de Atuação dos Estados Brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Redes**. n. 6 (Supl.2), p. 7-21, 2020.

GUIMARÃES, K. C.; PINHEIRO, S. S. M. O Desgoverno Bolsonaro e o Novo Coronavírus: uma análise preliminar sobre o impacto social dessa combinação no Brasil. Montes Claros: **Serviço Social em Perspectiva**. v. 5, n. 1, p. 32 - 50, 2021.

IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no Capitalismo. **Temporalis**. Brasília, n. 3, p. 09-31, jan./jul. 2001.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

LIMA, D. L. F. et al. Cuidados com a Transmissão: o que levou o Ceará ao epicentro da COVID-19. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 33, 11054, 2020.

MARTINELLI, M. L. O Exercício Profissional do Assistente Social na Área da Saúde: algumas reflexões éticas. **Serviço Social & Saúde**. Campinas, v. 6, n. 6, p. 21 - 34, 2007.

MATOS, M. **A pandemia do conoravírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Vitória: CRESS-17ª região, 2020. Disponível em: https://cutt.ly/NQ9hJJf. Acesso em 20 de ago. de 2021.

MENDES, A.; CANUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública Brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**. Brasília, v. 22, n. 6, p. 09 - 32, 2020.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da COVID-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trab. educ. saúde**. v. 19, e00315147, 2021.

NETTO, J. P. Cinco Notas a Propósito da "Questão Social". **Temporalis**, Brasília: ABEPSS, ano 2, n. 3, p. 41-49, jan./jul. 2001.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, M. E. R. Sobre o Trabalho do Assistente Social na Pandemia: um relato de experiência. **Realize**, Campina Grande: Anais IV CONBRACIS, 2021. Disponível em: https://cutt.ly/6QLFNna. Acessado em 15 de ago. De 2021.

SILVA, M. H. A.; PROCÓPIO, I. M. A Fragilidade do Sistema de Saúde Brasileiro e a Vulnerabilidade Social Diante da COVID-19. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 10724, 2020.

VIGISAN. **Insegurança Alimentar e COVID-19 no Brasil**. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. 2021. Disponível em https://cutt.ly/7Q9fToH. Acessado em 20 de ago. de 2021.