

**PANDEMIA DA COVID-19 E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE A
POLÍTICA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: perspectivas profissionais do
Assistente Social na linha de frente hospitalar**

Luciana Sousa Alves ¹

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo apresentar a dinamicidade do trabalho profissional do Assistente Social frente às políticas de Saúde e Assistência Social diante do contexto de Pandemia da Covid -19, a partir de 02 (dois) momentos indissociáveis: o primeiro, demonstrando a importância e as possibilidades da Intersetorialidade como um instrumento de atuação interventivo do Serviço Social no âmbito hospitalar e; o segundo, busca apreender e ratificar as atribuições e competências profissionais no atendimento aos usuários na linha de frente hospitalar e assistencial. O método abordado para elaboração do referido estudo dar-se-á a partir do método crítico - dialético que, por sua vez, tende a analisar o objeto de estudo a partir da sua essencialidade, baseada pelo viés da criticidade. A metodologia parte da abordagem da pesquisa qualitativa, norteada pelas pesquisas bibliográfica e documental. Desta maneira, infere-se que a intervenção dos Assistentes Sociais no âmbito hospitalar, requer dos profissionais o reconhecimento e aplicabilidade da prática intersetorial e interdisciplinar, ratificando o processo de articulação pertinente para promover e ofertar o acesso a serviços e os cuidados necessários para a promoção da saúde e do cuidado tanto para o usuário quanto para a família.

Palavras-chave: Assistência Social, Saúde, Serviço Social, COVID-19, Intersetorialidade.

1. INTRODUÇÃO

A Carta Magna de 1988, ratificou no rol da Seguridade Social as políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social como políticas públicas consideradas como um conjunto integrado de ações que conferem tanto ao Poder Público quanto à sociedade, promovendo o direito às pessoas em situação de vulnerabilidade e à sociedade como um todo.

A política de Saúde, defendida como uma política integradora, universal e inclusiva, através do Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Lei 8.080/90, estabelece o acesso da população aos serviços ofertados, buscando promover ações humanizadas e de qualidade, orientados pelos princípios da integralidade, equidade e a universalidade como eixos norteadores, sinalizados por Paim e Silva (2010).

No que concerne à Assistência Social, efetivada pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS, Lei 8742/1993) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), se apresenta como uma política pública, dividida em serviços de Proteção Social Básica e Proteção Social de

¹ Mestre em Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), lucianasalves2016@gmail.com;

Média e Alta Complexidade, ofertando através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), considerada porta de entrada de acesso a política em questão e, do Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), o atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social que tiveram o seu direito violado ou não.

De tal maneira, a intervenção dos Assistentes Sociais no âmbito hospitalar, requer dos profissionais o reconhecimento e aplicabilidade da prática intersetorial e interdisciplinar, ratificando o processo de articulação pertinente para promover e ofertar o acesso a serviços e os cuidados necessários para a promoção da saúde e do cuidado tanto para o usuário quanto para a família como aponta o CFESS (2010).

O referido estudo tem por objetivo abordar as políticas de Saúde e Assistência Social como políticas articuladoras do exercício profissional do Assistente Social no âmbito Hospitalar. Logo, caracterizamos o estudo em questão como relevante para a categoria profissional, pois será utilizado como subsídio para o debate no que diz respeito à intervenção profissional e o processo de articulação aplicado como uma das estratégias para viabilizar o acesso ao direito dos usuários e familiares que necessitam dos serviços das políticas referenciadas. Utilizamos como metodologia a abordagem qualitativa, tendo como base a pesquisa bibliográfica, sendo utilizados autores reconhecidos no âmbito do Serviço Social.

2. METODOLOGIA

O estudo baseia-se na pesquisa qualitativa, cujo procedimentos teórico-metodológicos norteiam-se pela pesquisa bibliográfica e documental. Para isso, foram escolhidos materiais previamente elaborados como artigos, textos, dissertações e teses que debatem a temática em questão, baseados nos seguintes descritores: “Pandemia e Serviço Social”; “Assistência Social e Sistema Hospitalar”; “Saúde e Serviço Social”, “Assistente Social e Saúde”; “Assistente Social e Assistência Social”; “Intersetorialidade e Serviço Social”. No que tange a pesquisa documental, foram selecionados os atos normativos legais que norteiam a atuação do Assistente Social nas políticas de Saúde e Assistência Social; bem como aqueles atos que norteiam as políticas em questão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. O contexto da política de Saúde brasileira e a implementação do SUS

Paim (2008) ao dialogar a respeito do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o sinaliza como um fenômeno histórico-social que delineou os princípios da saúde como um direito da sociedade e um dever do Estado a partir de três dimensões da saúde: a saúde enquanto área do saber; a saúde enquanto setor produtivo; a saúde enquanto estado de vida.

A saúde, enquanto área do saber, disponibiliza o conhecimento médico para intervir na recuperação, limitando os danos produzidos pela doença e evitando mortes e sequelas. [...]. A saúde enquanto setor produtivo era, antes do SUS, uma mistura de inúmeros componentes [...]. Já a saúde, enquanto estado vital das pessoas e da população, era descrita por indicadores limitados a dados de mortalidade, notificação de doenças infecciosas e acidentes de trabalho (Paim, 2008, p. 28-29).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surge como uma concepção vinculada à crítica realizada aos limites apresentados pela Medicina Preventiva, como também, pela busca incessante por alternativas que tratassem a crise sanitária e de saúde do período autoritário, como aponta Paim (2008).

Para Fleury (2009, p. 746), “a reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional”. Algumas concepções, a exemplo daquelas pautadas na concepção ampliada de saúde e na importância das lutas populares, foram propostas para a implementação do projeto da RSB. A autora ressalta que os elementos desta conjuntura partiram da

generalização da consciência sanitária; a construção de um paradigma analítico fundado na determinação social da saúde e da organização das práticas; o desenvolvimento de uma nova ética profissional; a construção de um arco de alianças políticas em torno da defesa do direito à saúde; a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social do sistema de saúde (Fleury, 2009, p.748).

Os debates acerca da política de saúde contaram com o apoio de novos sujeitos políticos – estudantes, representantes dos movimentos sanitaristas, profissionais da saúde, professores, entre outros, que apresentaram as reais condições de vida da população brasileira, ratificando a dimensão política vinculada à democracia (Silva, 2011).

Desta forma, as articulações realizadas pelos movimentos sanitaristas e demais movimentos sociais, perceberam a necessidade da efetivação da Reforma Sanitária Brasileira

que, por sua vez, corroborou veemente com a implementação da política de Saúde na Carta Magna de 1988, inserindo-a no rol da Seguridade Brasileira (Silva, 2011).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 apresentou, no plano jurídico, uma esperança de afirmação e ampliação dos direitos sociais diante do agravamento da ‘questão social’ decorrente da crise econômica que assolava o país. A política de Saúde passou a ser inserida no rol da Seguridade Social no Art. 196², apontando as reivindicações realizadas pelo Movimento Sanitarista que, por sua vez, apresentou os seguintes aspectos:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar [...] (Bravo, 2006, p.10-11).

Correia (2019) ressalta que o modelo de saúde centrado na doença é oferecido apenas àqueles trabalhadores que contribuem com a Previdência Social é rompido, passando a se concretizar como um sistema universal, partindo da aplicabilidade dos princípios da equidade, da integralidade, do controle social, da regionalização e hierarquização da oferta dos serviços. O processo de ruptura inserido no modelo de organização do SUS, representou uma nova roupagem na relação do Estado com a sociedade, como também, com as esferas de governos.

Em sentido histórico, a política de saúde apresenta um maior acúmulo político-teórico no processo de consolidação do SUS, ocorrendo uma descentralização em termos de planejamento e gestão setorial. E, para isso, foram efetivados alguns instrumentos de gestão que possibilitaram a concretização do SUS, como por exemplo a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), a Conferência Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Monerrat e Souza, 2011).

É na década de 1990 que, de fato, ocorre a implementação do Sistema Único de Saúde, através da Lei 8.080/90 e da Lei 8.142/90 que, foram editadas gradativamente, pelo Ministério da Saúde, através das Normas Operacionais Básicas (NOB's), que tem por objetivo definir os aspectos operacionais, o orçamento e o financiamento, como também, estruturar o modelo de atenção do setor.

²A 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, Art. 196).

As NOBs aumentaram pontos de veto a possíveis ataques ao SUS e conferiram legitimidade democrática ao sistema, incorporando a participação de novos atores. Entretanto, acabariam por contribuir para o surgimento de uma estrutura institucional que reserva à burocracia estatal controle sobre as principais decisões, com um peso elevado ao gestor federal, às comissões intergestores e às associações de secretários municipais e estaduais de saúde (Gesrchman e Santos, 2006, p. 182).

A NOB/SUS estrutura o modelo de saúde a partir de três níveis de atenção - primária, secundária e terciária. A atenção primária, direciona para o atendimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde Família, com o intuito de promover o acesso às políticas de saúde, como também viabilizando o acesso à prevenção dos acometimentos de doenças por parte da população no território. Podendo ser considerada como Porta de Entrada do Sistema Único de Saúde.

A secundária, denota em uma complexidade de atendimento, direcionada para o atendimento especializado de média complexidade, sendo necessária a realização de intervenções e tratamentos emergenciais e crônicos. Há dentro desse modelo de atenção, a oferta dos serviços de forma especializada. O nível Terciário trata do funcionamento da Rede Hospitalar de grande porte e alta complexidade, ofertando serviços público-privados. O nível de complexidade se apresenta de forma intensificada que, o objetivo dos atendimentos é o da manutenção da vida do usuário que busca por atendimento.

O capítulo II da Constituição Federal de 1988, trata no art. 195 a base de financiamento da Seguridade Social, mediante recursos provenientes do orçamento público da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, bem como, daquelas contribuições advindas de forma direta e indireta de toda sociedade, conforme descrito abaixo:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social; III - sobre a receita de concursos de prognósticos. IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988, art. 195).

A política de Saúde, assim como as políticas de Assistência Social e Previdência Social, inseridas no rol da Seguridade Social, não possui uma base de financiamento exclusiva, como aponta Alves (2021). O orçamento destinado para o funcionamento das políticas da Seguridade

Social é oriundo da tributação sobre o trabalho assalariado, das contribuições sociais e é desvinculado do orçamento fiscal [...] (Silva, 2012, p.34).

3.2. A intersectorialidade como instrumento de atuação interventiva do serviço social no âmbito hospital

O Serviço Social historicamente se apresenta em uma conjuntura de mobilização e pautas reivindicatórias com o objetivo de promover ações de cidadania e viabilização de direitos à classe trabalhadora a partir da década de 1980. Esse período, é caracterizado pelo processo de reivindicações do direito à Saúde e da necessidade de uma política de Assistência Social efetiva que corrobora com os anseios da população, pois não haviam intervenções, além das ações de caridade e filantrópicas, por parte do Estado que ofertasse serviços direcionados para “amenizar” os problemas sociais que atingiam drasticamente as pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social.

O espaço sócio-ocupacional dos Assistentes Sociais na área da Saúde a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) corroborou para as ações multidisciplinares, interdisciplinares e intersectoriais, podendo atuar no âmbito da Gestão, na elaboração e planejamento e execução, como aponta Kruguer (2010).

A área da saúde incorporou a diretriz da intersectorialidade em sua lei orgânica de 1990. Tal diretriz aparece como uma das dimensões que prevêm, na sua concepção, a integração intrasetorial da rede assistencial com a intersectorial, ou seja, a ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde. [...]. Assim, a articulação da saúde com outros setores de política social não tem sido a perspectiva predominante adotada pelos gestores dos três níveis de governo responsáveis pela execução da política de saúde. [...]. [...], a intersectorialidade tem sido pensada como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença (Monerrat e Souza,, 2011, p. 43-44).

Os determinantes sociais se configuram como base do modelo de atenção à saúde, estipulado pelo SUS, pois compreende-se que afetam diretamente na vida dos usuários, passando, assim, os Assistentes Sociais a intervirem proporcionando aos usuários da saúde o direito aos serviços ofertados de forma humanizada, respeitosa e de qualidade em consonância com os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

O CFESS, por meio da Resolução nº 383/1999, ao caracterizar o Assistente Social como profissional da Saúde, reafirma a profissão na divisão social e técnica do trabalho, colocando para a categoria a efetivação de um espaço sócio-ocupacional solidificado. Desta forma, os

fundamentos estabelecidos pelo Projeto Ético-Político apresentam determinadas semelhanças com os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, possibilitando aos profissionais estabelecer uma prática profissional ética, ofertando promoção, prevenção e o cuidado com os usuários.

Netto (2006) ratifica que a intervenção pautada no Projeto Ético-Político, deve-se ser realizada a partir das dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativa e ético-política, compreendendo que as expressões da ‘questão social’, como desemprego, falta de acesso a moradia, a saúde, a miserabilidade, a fome, entre outras-, são consequências do capital, passando aos profissionais a realizarem uma análise acerca da realidade social e do contexto que se apresenta no cotidiano da vida do usuário e no interior do Serviço Social.

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (Paulo Netto, 2006, p. 32).

O CFESS (2010, p. 21) explica que há uma necessidade imediata dos profissionais por intermédio das práticas interdisciplinares e intersetoriais compreenderem o processo de cuidados com os usuários e familiares diante das necessidades apresentadas e quais são as articulações pertinentes a serem realizadas para que possa viabilizar o acesso aos direitos sociais que em algum momento foram fragilizados. Nesse sentido, um dos objetivos é entender que no âmbito da Saúde essas expressões “repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica”.

Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde elaborado pelo CFESS no ano de 2010, tendo como base o Código de Ética e a Lei N° 8662/1993, coloca para o Serviço Social a oportunidade de ter uma base de intervenções necessárias no campo da saúde, incluindo o contexto hospitalar, possibilitando à categoria profissional uma clareza a respeito das suas competências e atribuições profissionais. Logo, as demandas postas ao serviço social no âmbito da saúde, parte das intervenções imediatas apresentadas no cotidiano; resolutividade das demandas reprimidas que tem a tendência de agravar as condições de saúde dos usuários; articulação com as políticas setoriais e com a rede de saúde e socioassistencial; a promoção de formação continuada dos profissionais; a realização da escuta; orientação pertinente aos direitos dos usuários e as possibilidades de acesso; como apontado por Alcântara e Vieira (2013).

De acordo com Martinelli (2011, p. 502) o trabalho profissional do Assistente Social ultrapassa os “muros” do âmbito hospitalar, diante do contato necessário com a família, com a comunidade e demais serviços setoriais que corroborem com o cuidado do usuário. A autora coloca que, ao realizarmos o exercer da profissão partindo de uma prática humanizada, colocamos, por um lado, os nossos valores individuais na busca pela qualidade no atendimento, mas não dissociamos do fazer profissional ético, “daí a importância da ética dos cuidados, pois se o trabalho é um uso de si, pressupõe na mesma medida um cuidado de si”.

Carmo e Guizardi (2018) explicam que a centralidade voltada para a família diante da

expansão da cobertura do SUS a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção primária e a adoção da matricialidade sociofamiliar como eixo estruturante do SUAS, não denuncia o ineditismo do olhar das políticas para a família, uma vez que sua entrada na agenda pública estatal remete aos primórdios do desenho da seguridade social brasileira. Essa instituição dinâmica, espaço de socialização primária, cuidado, reprodução social, mas também de violação de direitos, que no decurso da história estabelece influências mútuas com a sociedade, adquire a posição dúbia de alvo e parceira para a consecução dos objetivos das políticas públicas sociais (Carmo e Guizardi, 2018, p.08).

Para as autoras Carmo e Guizardi (2018) ao tratar os usuários como sujeitos de direitos inseridos no rol da política de Assistência Social e da Saúde, os profissionais corroboram com a autonomia do grupo familiar como meio de enfrentamento aos processos de desproteção e desresponsabilização do Estado que coloca a responsabilidade, como exclusiva e unilateral, às famílias diante das situações de vulnerabilidades existentes.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) promove a centralidade na família “para a concepção e implementação dos benefícios, serviços e projetos”, e como um de seus objetivos “assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2004, p. 33).

Desta forma, o CFESS realizou algumas orientações técnica para o favorecimento do exercício profissional tanto na área da Saúde, incluindo o contexto hospitalar, quando na área da Assistência Social, como forma de promover ações ética e cidadã, inserindo nessa conjuntura não só os usuários individualmente, mas englobando a família, ratificando, assim, o direito da família.

3.3. A atribuições e competências dos Assistentes Sociais no atendimento dos usuários do Sistema Hospitalar e a participação da política de Assistência Social frente à Pandemia da Covid-19

Entre os anos de 2019 a 2020, nos deparamos com uma Pandemia oriunda da Covid-19 que assolou o mundo drasticamente, atingindo cerca de 630.825.679 milhões de pessoas, configurando cerca de 6.592.852 milhões de mortes, de acordo com os dados disponibilizados pelo *Our world in data*. No caso brasileiro, a pandemia afetou o país no mês de fevereiro de 2020, atingindo até o momento cerca de 34.837.035 de casos, ocasionado cerca de 688.219 mortes.

O que chama a atenção é o fato de que as formas de enfrentamento mundialmente foram divulgadas para que os demais países começassem a intervir na proliferação da doença, porém no caso brasileiro, a perspectiva negacionista e negligenciada tomou conta do contexto pandêmico corroborando com a elevação no número de mortes como afirmam Behring e Boschetti (2021). As autoras ressaltam que o não reconhecimento da gravidade da doença e a não estipulação de medidas emergenciais de promoção e prevenção do combate à doença por parte do Governo Federal consubstanciou no alastramento da contaminação levando aos hospitais a ocupação de todos os leitos sem estruturas para o atendimento adequado bem como acarretou no quadro de mortes elevados diariamente.

Logicamente, ressaltamos que a realidade da Saúde, anteriormente a Pandemia, já se apresentava a passos largos diante dos retrocessos sofridos desde a sua promulgação como política de Seguridade Social, bem como os processos de contingenciamento decorrentes da Emenda Constitucional N° 95/2016, como aponta Soares et. al. (2021).

Soares et. al. (2021) explicam que dentro desse contexto emergencial, o Serviço Social é chamado para intervir junto às famílias das vítimas do Covid-19 que se encontravam em atendimento no âmbito hospitalar, bem como nas ações diretas com os usuários da Assistência Social que foram atingidos gradativamente, pelo agravamento do Desemprego Estrutural, o aumento do índice da violência doméstica e pessoas sem acesso à moradia.

O CFESS (2020) através da Orientação Normativa N° 03/2020 colocou para os profissionais que se encontravam na linha de frente no âmbito hospitalar, algumas orientações acerca da emissão de boletins de saúde de pacientes bem como as notificações de óbito aos familiares. Essa problemática já vem sendo pautas de discussões e debates no interior da profissão, tendo em vista que é de responsabilidade exclusiva dos profissionais da Medicina o

realizarem, porém, a rede hospitalar impõe aos profissionais a prática do “noticiamento” do óbito. Nesse mesmo período, o CFESS (2020) coloca que

nas políticas de assistência social e saúde, a principal questão tem sido assegurar condições de trabalho frente à precariedade, à ausência de EPIs, à intensificação das demandas e à fragilidade dos vínculos de trabalho decorrentes das contratações temporárias e urgentes. Nos serviços presenciais, algumas atividades foram consideradas não essenciais e, desse modo, foram suspensas (BRASIL, 2020, p. 3).

Dentro dessa realidade o CFESS (2020) enfatiza algumas ações articuladas entre o Serviço Social da Saúde e da Assistência Social que foram realizadas nesse contexto de pandemia da Covid-19, mesmo diante do trabalho presencial e o trabalho híbrido realizado pelos profissionais com o objetivo de atender a população dentro das possibilidades que se apresentam.

Assim, os Assistentes Sociais passam a realizar ações socioeducativas, levando aos usuários e familiares informações de acesso aos direitos sociais, assistenciais e previdenciários, conforme a demanda emergencial posta; realizaram articulações com entre o âmbito hospital e o CRAS buscando proporcionar aos familiares das vítimas da Covid-19, os benefícios socioassistenciais – alimentação, moradia, Auxílio Funeral em casos de óbito - bem como, inseri-los em algum programa do SUAS; a realização de encaminhamentos para os demais serviços da saúde, seja advindos do âmbito hospital seja da Assistência Social, tendo em visto a dimensão do número de pessoas que acabaram acometidas por doenças psicossomáticas oriundas do isolamento social; entre outras demandas.

Diante do exposto, os profissionais do Serviço Social, independentemente do espaço sócio-ocupacional que atuam, buscam atender as demandas que lhes são postas de forma humanizada, colocando o usuário e seus familiares como prioridade, mesmo enfrentando os limites postos pela Gestão ou por falta de recursos destinados à manutenção das ofertas dos serviços.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender que as demandas postas aos Assistentes Sociais e as dificuldades para efetivação da política de Saúde e da Assistência Social consubstanciam com a regressão do acesso aos serviços ofertados pela referida política. Porém, os profissionais do Serviço Social se colocam como necessário nos serviços de Saúde, propondo aos Assistentes Sociais a luta

pela permanência de uma política pública universalista e de qualidade que atenda, de fato, a população usuária dos serviços de saúde e dos serviços sócio-ocupacionais sem discriminação.

Com isso, os Assistentes Sociais durante o contexto da Pandemia da Covid-19, se colocaram como força integradora de trabalhadores do SUS e da Assistência Social, que lutaram pela promoção da assistência à saúde e oferecem benefícios socioassistenciais às pessoas acometidas pelo Vírus e aos seus familiares, em meio ao retrocesso. Os profissionais do Serviço Social através do Projeto Ético-Político, promoveram respostas imediatas e qualificadas frente às demandas apresentadas pela crise sanitária e da ampliação das expressões da "questão social", frente a precarização do trabalho e risco à vida.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. da S.; VIEIRA, J. M. W. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, vol. 12, nº 02, 2013.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Assistência Social na pandemia da Covid-19: proteção para quem?. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021

BRASIL. **Números de casos de covid-19 no mundo**. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>. Acesso em: 31/10/2022.

BRASIL. **Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia**. Disponível: <http://www.cfess.org.br/arquivos/teletrabalho-telepericia2020-nota.pdf>. Acesso em: 31/10/2022.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). 2004.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

CFESS. **Orientação Normativa Nº03, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 123-145, 2010.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do Assistente Social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.



MONERRAT, G.L; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à Intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **R. Katál., Florianópolis**, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

PAULO NETTO, J. **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, Brasília, 2006.

SOARES, R. C; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de Saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021.