

ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE INTERPROFISSIONAL DE UMA UNIDADE COVID-19: RELATO DE UMA PROFISSIONAL RESIDENTE¹

SOCIAL WORKERS' PERFORMANCE ON AN INTERDISCIPLINARY TEAM IN A COVID-19 UNIT: REPORT FROM AN INTERN'S PROFESSIONAL PERSPECTIVE

ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL GRUPO INTERPROFESIONAL DE UNA UNIDAD COVID-19: RELATO DE UNA PROFESIONAL RESIDENTE

Millena Karla Campelo Santos²

Resumo

Considerando o histórico da saúde pública brasileira, assim como seus retrocessos, desmonte de direitos e o atual cenário pandêmico ocasionado pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, objetiva-se, neste trabalho, relatar a experiência de uma assistente social residente do Programa Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, na equipe multidisciplinar de assistência hospitalar da Unidade Covid-19 do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). Metodologicamente, recorreu-se a Harvey (2020) e Mota e Amaral (1998), além de aparatos legais do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e o instrumental EcoMapa. Para apreender o objeto de estudo, foi utilizado o relato de experiência na Unidade de Covid-19. Identificou-se como possibilidade de atuação a utilização de novos instrumentos (EcoMapa) e estratégias de intervenção profissional (telessaúde), que possibilitaram o acesso de usuários aos serviços de saúde, em atenção a seus direitos. Observou-se que a prática da interprofissionalidade na saúde é desafiadora; além disso, implica reorganização dos processos de trabalho do assistente social. Portanto, o contexto da assistência hospitalar à COVID-19, orientada à humanização e ao cuidado integral e interdisciplinar, considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), é um desafio a ser enfrentado.

Palavras-chave: interprofissionalidade; pandemia; saúde pública; serviço social.

Abstract

Considering Brazilian's public health history, as well as its backwards, dismantling of rights and the current pandemic scenario, caused by the SARS-CoV-2, the new coronavirus, this paper aims to report a social worker's internship experience in a Multiprofessional Program in Adult and Elderly Health, on a multidisciplinary team in hospital care at Professor Alberto Antunes University Hospital Covid-19's Unit. Methodologically, a bibliographic search referenced by Harvey (2020) and Mota & Amaral (1998) was used; in addition to documents, such as the CFESS legal apparatus and the instrumental EcoMap. To apprehend the object of study, we used the experience in the COVID-19 Unit. It was identified as a possibility of action: to apply new instruments (EcoMap) and professional intervention strategies (telehealth) that allowed users to access health services from a rights-based perspective. The exercise of interprofessionalism in healthcare was found to be challenging, besides requiring social worker's labor processes reorganization. Therefore, the context of hospital assistance to COVID-19, from the perspective of promoting humanization and comprehensive and interdisciplinary care, considering the principles and guidelines of Brazilian's public unified health system, constitutes a challenge for its effectiveness.

Keywords: interprofessionalism; pandemic; public health; social work.

Resumen

¹ Estudo orientado por Milena Gomes Medeiros. Mestre e Doutora em Serviço Social. E-mail: milenagmedeiros@yahoo.com.br.

² Graduada em Serviço Social e especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL. E-mail: millena_karla16@hotmail.com.

Tomándose en consideración el recorrido histórico de la salud pública brasileña, así como sus retrocesos, eliminación de derechos y el actual escenario pandémico producido por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, se pretende, en este trabajo, relatar la experiencia de una trabajadora social residente del Programa Multiprofesional en Salud de Adultos y Personas Mayores, en el grupo multidisciplinario de asistencia hospitalaria de la Unidad Covid-19 del Hospital Universitario Profesor Alberto Antunes (HUPAA). Metodológicamente, se recurrió a Harvey (2020) y Mota y Amaral (1998), además de documentos legales del Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) y el instrumento EcoMapa. Para aprehender el objeto de estudio, se utilizó el relato de experiencia en la Unidad de Covid-19. Se identificó como posibilidad de experimentación la utilización de nuevos instrumentos (EcoMapa) y estrategias de intervención profesional (telesalud), que permitieron el acceso de usuarios a los servicios de salud, en atención a sus derechos. Se observó que la práctica multiprofesional es un reto; además, implica la reorganización de los procesos laborales del trabajador social. Por lo tanto, el contexto de la asistencia hospitalaria al Covid-19, orientada a la humanización y al cuidado integral e interdisciplinario, considerándose los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), es un reto que se debe asumir.

Palabras-clave: interprofesionalidad; pandemia; salud pública; trabajo social.

1 Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegura, especificamente nos artigos 194 a 204, um conjunto integrado de ações que efetivam direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, promovendo e consolidando o sistema de proteção social, também chamado de Seguridade Social (BRASIL, 2006, p. 127).

A década de 80 marca uma intensa mobilização social e a luta da classe trabalhadora em busca de melhores condições de vida e de trabalho no Brasil. Significativamente, as conquistas obtidas foram de âmbito político e social, garantindo direitos não reconhecidos até então; a universalização do acesso, a concepção de direito social e a participação popular na gestão das políticas de seguridade social foram princípios firmados e expressos neste momento histórico.

O projeto da Reforma Sanitária³ contribuiu muito nesse processo. Desde o ano de 1970, vem propondo a universalidade das políticas públicas e a garantia dos direitos sociais, defendendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estratégia efetiva no Estado democrático de direito.

Entretanto, verifica-se que as políticas públicas de Seguridade Social, por serem concebidas na ordem capitalista, assumem um caráter contraditório em sua formação: contribuem para a melhoria das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora que, por si só, não consegue alterar o capitalismo estruturalmente (CFESS, 2009, p. 18).

No âmbito da Seguridade Social, os avanços na saúde foram os mais significativos. O

³ Emergiu, no Brasil, como movimento social na luta contra a ditadura; apresentou ideais que expressavam desejo por mudanças e transformações necessárias na área da saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, marca a sua institucionalização com a conquista da universalidade do direito à saúde, como afirmam Souto e Oliveira (2016): “o movimento que impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira colocou como projeto a construção contra hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como bem público”.

setor da saúde tornou-se, pela primeira vez, um bem público (de/para todos), organizado pela institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como proposta a oferta da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, assim como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2006, p. 129).

Contrariamente às conquistas da saúde, no campo econômico os avanços foram poucos. A adoção da concepção de Estado mínimo, restringindo direitos sociais e políticos — e máximo para o capital —, provocou duras críticas aos ganhos constitucionais, culminando na contrarreforma⁴ do Estado, o que ressaltou a mercantilização da saúde, com a defesa da privatização e a construção do ideário do cidadão consumidor. A pretensão visava o estímulo ao consumo da saúde privada, ficando o SUS restrito para os mais desfavorecidos (CFESS, 2009, p. 21); atingiu as políticas públicas de saúde, principalmente, com as restrições do financiamento público na área e a contrariedade entre as ações preventivas e curativas, afastando-as do princípio da integralidade.

Depois de mais de 30 anos, o que se observa é um abismo entre o SUS real e o SUS constitucional. Na cena contemporânea, aponta-se como desafios para sua efetivação os avanços e recuos referentes ao controle social e à equidade no acesso aos serviços de saúde, como também a construção de práticas fundamentadas na integralidade da assistência (CFESS, 2009, p. 21).

Os retrocessos sofridos pelas políticas públicas de saúde diante de desgovernos e da lógica neoliberal imposta pelo capitalismo são evidentes; eles as tornaram mínimas, seletivas e focalizadas.

Da mesma maneira acontece com o atual governo (2019-2022), que se caracteriza pelo extremo liberalismo econômico e desprezo à participação da maioria, evidenciando o autoritarismo; dessa forma, é notório o comprometimento da política de saúde, assim como seus retrocessos, trazendo ainda mais implicações para o atual cenário sanitário.

Findando o ano de 2019, foi detectado o surgimento do novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que teve sua primeira identificação em humanos na cidade de Wuhan, na

⁴ Trata-se da criação de estratégias político-ideológicas neoliberais para a manutenção e superação da crise do capital, iniciada nos anos 1970, do modelo de produção fordista/keynesiano. Precisou-se reorganizar o capital com a implantação de novas formas de enfrentamento econômico, político, produtivo e social, sendo fundamental fazê-las a partir de reformas dentro do aparelho estatal. Para Mota e Amaral (1998, p. 8), “para os trabalhadores, além dos impactos objetivos da crise, especialmente em função do desemprego, da precarização do trabalho, dos salários e dos sistemas de proteção social, observa-se a construção de outras formas de sociabilidade marcadas por iniciativas pragmáticas de enfrentamento da crise, fraturando suas formas históricas de organização e esgarçando uma cultura política que comporta alternativas à ordem do capital”.

China (BRASIL, 2020c).

Rapidamente após o diagnóstico do primeiro caso da doença, causada pelo vírus SARS-CoV-2, iniciou-se um surto epidemiológico que atingiu cerca de 50 pessoas na cidade de Wuhan. A proliferação exacerbada do vírus a outras regiões desencadeou uma epidemia; com o deslocamento de pessoas infectadas para diversos países do mundo, houve rápida disseminação geográfica do vírus em curta escala de tempo. Foi decretado estado pandêmico em março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e de calamidade pública por Decreto Legislativo Nº 6/2020 no Brasil (BRASIL, 2020a).

No país, a primeira pessoa com registro de caso confirmado de contaminação pelo novo coronavírus é de sexo masculino, 61 anos de idade e residente na capital paulista. Ela havia viajado para a Itália, onde, naquele momento, constatava-se um aumento expressivo de casos da doença, entre 9 e 21 de fevereiro; no dia 26 do mesmo mês, veio a confirmação da infecção pelo vírus SARS-CoV-2, após procura por serviço de saúde no Hospital Israelita Albert Einstein-SP, por sintomas respiratórios (PINHEIRO; RUPRECHT, 2020).

A COVID-19 traz variações clínicas, desde infecções assintomáticas a quadros graves, tendo como principais sintomas tosse, febre, cansaço (astenia), diminuição do apetite (hiporexia), etc. (BRASIL, 2020c). A estimativa é de que 80% dos infectados pelo SARS-Cov-2 sejam assintomáticos (não apresentam sintomas), 20% podem requerer atendimento hospitalar devido a dificuldades respiratórias e, destes, 5% podem necessitar suporte ventilatório. A doença afeta o sistema respiratório, transmitindo-se por meio do toque e aperto de mãos contaminadas, das gotículas de saliva, espirro, tosse e contato com objetos e superfícies expostos ao vírus.

Decretada a pandemia, as recomendações preventivas internacionais, nacionais e locais foram, principalmente, a lavagem frequente e correta das mãos com sabão (incluindo também a sua higienização com álcool 70°), o distanciamento social em lugares públicos, a fim de evitar aglomerações, e a utilização de máscaras artesanais como barreira física contra saída e propagação de gotículas. Essas medidas e protocolos de segurança sanitária para o controle da disseminação do vírus SARS-Cov-2 objetivou frear a proliferação da doença, evitar o colapso dos sistemas de saúde e reduzir o número de óbitos (AQUINO, 2020).

Diante da conjuntura histórico-social, as condições objetivas foram postas para a explosão de uma crise não somente sanitária, mas econômica e social. Isso observou-se por maiores índices de crescimento do número de casos e de mortes provocados pela COVID-19 e sua proliferação nas diversas regiões do país; não se pôde evitar a interiorização da situação pandêmica, devido ao desfinanciamento da saúde pública e descomprometimento

organizativo do governo para o enfrentamento à pandemia; ao constante incentivo à flexibilização do isolamento social em nome do não retrocesso econômico; à inconstância de ministros da saúde no cargo; e ao choque de opiniões políticas entre gestores diante das decisões sanitárias. Estas são características que reafirmam a lógica neoliberal das contrarreformas impostas pelo Estado.

Segundo os estudos de Davis (2020, p. 19), os efeitos econômicos estão fora de controle em todo mundo e são os trabalhadores os primeiros a sentirem os impactos e a serem atingidos, através de demissões ou cortes nas garantias trabalhistas, a fim de diminuir os prejuízos financeiros. Em solo brasileiro, onde a grande maioria da população vive em condições precárias de habitação e saneamento, em situações de aglomeração doméstica e alta prevalência de doenças crônicas, a situação se agrava. A pandemia da COVID-19 é, sim, de classe, gênero e raça.

Socialmente falando, com a recomendação de não aglomeração, estabelecimentos comerciais foram obrigados a interromper as atividades econômicas, ocasionando o fechamento de muitos comércios e consequente desemprego em massa. Os números ficaram em torno de 13.486 desempregados após 5 meses de pandemia, mostrando um aumento de 33% (SILVEIRA, 2020). Tendo em vista a compensação desse agravamento, acentuam-se as políticas focalistas e populistas como, por exemplo, a adoção, pelo governo, do programa de transferência de renda de nome Auxílio Emergencial COVID-19, destinado aos grupos vulneráveis frente à crise econômica e social. Tal caráter seletivo de acesso ao benefício faz jus à primazia da política de assistência social, destinada aos que dela necessitam (BRASIL, 2020b).

Os registros epidemiológicos da COVID-19 no Brasil confirmaram, no primeiro mês pandêmico, 1.468 pessoas infectadas e 4 mortes, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020c). Já no último dia do mês de janeiro de 2021, cerca de dez meses após o primeiro caso, os números chegaram à terrível marca dos 9.204.731 casos e já somavam 224.504 mortes (BRASIL, 2021).

No estado de Alagoas, a realidade sanitária também se caracteriza pelo aumento crescente dos dados epidemiológicos. Finalizando o mês de janeiro de 2021, foram registrados 117.768 casos e 2.746 mortes (ALAGOAS, 2021). O crescimento súbito de casos levou o governo do estado a acelerar as obras de hospitais e a criação de hospitais de campanha para o tratamento do novo coronavírus; leitos foram contratados na rede privada e na filantrópica. O município de Maceió também instituiu unidades de referência da Síndrome Gripal COVID-19, ampliando os serviços emergenciais de saúde, no combate à pandemia.

Além destas, uma das aberturas de funcionamento de serviços emergenciais de saúde no combate à COVID-19 aconteceu no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), que percorreu um processo de mudanças estruturais, organizativas e de recursos humanos para o recebimento de uma unidade hospitalar de cuidados e tratamento, estando também nessa linha de frente. Sistemáticamente, a unidade é dividida em alas de enfermaria, de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O HUPAA é uma instituição de saúde pública pertencente à Universidade Federal de Alagoas (UFAL), que fomenta o ensino, a pesquisa e extensão, tornando-se cenário destas ações acadêmico-científicas. O ano de 1999 é marcado pela implantação da Residência Médica e, a partir de 2010, o HUPAA tornou-se referência para os cenários práticos do Programa de Residência Multiprofissional da UFAL, criado neste mesmo ano.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, de vigência atual, é gerenciado pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e ligado à Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Trata-se de pós-graduação *lato sensu* na modalidade de educação/treinamento em serviço, conforme a Resolução CNRMS nº 2 de abril de 2012 (BRASIL, 2012). Constitui-se pelo trabalho desempenhado pelas áreas profissionais de enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia e serviço social, sob orientação de preceptores e tutores habilitados, que integram o programa.

As atividades em saúde são tradicionalmente operacionalizadas, no HUPAA, nos setores das Clínicas Médica e Cirúrgica, Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias/Hospital Dia (UDIP/HD) e Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). O estágio profissional também é obrigatório na Atenção Primária à Saúde, em parceria com Unidades Básicas de Saúde de Maceió.

No ano de 2020, diante do contexto mundial e nacional de pandemia, os cenários dispostos pelo programa precisaram sofrer algumas modificações, com a inserção e retirada de alguns espaços, para que os profissionais pudessem continuar atuando de modo integral, evidenciando a essência da multiprofissionalidade. Assim, a Unidade COVID-19 torna-se um novo cenário de prática para os residentes multiprofissionais, especificamente a ala das enfermarias COVID-19, que oferta um cuidado de excelência, bem como possibilita a experiência de atuação diante da situação pandêmica, que é uma realidade global e emergente.

Tendo como motivação o registro de informações desta experiência no novo contexto da saúde pública, o objetivo deste trabalho é apresentar o relato profissional realizado por uma assistente social residente do Programa Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso,

frente à equipe multidisciplinar de assistência hospitalar na Unidade COVID-19 do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), apreendendo as possibilidades e limites de atuação.

2 Serviço social e atuação interprofissional⁵ na assistência em saúde à covid-19 no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA)

O Serviço Social é uma profissão de caráter liberal decorrente das demandas emergidas na sociedade capitalista, em que o assistente social passa a se inserir na divisão social e técnica do trabalho especializado e na reprodução das relações sociais, diante de um processo socio-histórico no âmbito da contradição capital *versus* trabalho. Participa tanto da reprodução dos interesses e legitimação do capital, permitindo a continuidade da sociedade de classes, quanto da busca de soluções às necessidades da classe trabalhadora, contribuindo para a transformação da sua condição (IAMAMOTO, 2003, p. 13).

Em tempos de crise do capital, as atividades assistenciais se intensificam na tentativa de responder às demandas da classe trabalhadora e, com isso, atenuar a crise. Então, os assistentes sociais são requisitados para mediar o conflito, ao lado das instituições empregadoras, e para executar serviços direcionados à população usuária.

Os avanços e acúmulos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, subsidiaram a construção, em décadas, do projeto ético-político profissional do assistente social, expressando a autoimagem da profissão, de seus valores e princípios éticos, de direcionamentos político-sociais, e de escolhas teóricas (TEIXEIRA; BRAZ, 2004). Suas ações são orientadas por três instrumentos legais essenciais: o Código de Ética de 1993, as Diretrizes Curriculares de 1996 e a Lei nº 8.662 de 07/06/93, que regulamenta a profissão (CFESS, 2012).

Fruto de árduas lutas e consequentes conquistas de âmbito social, a saúde pública, assim como as demais políticas intersetoriais componentes da tríade da Seguridade Social, configuram-se como espaços socio-ocupacionais de atuação profissional do assistente social.

Considerando que a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218/1997 reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, e que a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) — nº 383/1999 (CFESS, 1999) caracteriza o

⁵ Modalidade de trabalho coletivo que se configura pela integração de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, objetivando intervenções que “compartilham objetivos, desenvolvem identidade de equipe e buscam o cuidado integral, levando em consideração o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde de indivíduos e coletivos, considerados coprodutores dos atos em saúde” (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018, p. 164).

assistente social como profissional de saúde, com a contribuição da categoria profissional, publicaram-se os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Estes têm por objetivo responder “a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde” (CFESS, 2009, p. 11).

Além disso, descreve e sistematiza a atuação do assistente social na saúde em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional.

As ações profissionais que são caracterizadas no eixo de “atendimento direto aos usuários” ainda se subdividem em outras três: ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas.

Aqui, cabe adentrar, especificamente, nas ações profissionais do assistente social de articulação com a equipe de saúde.

Na compreensão de Yamamoto (2002, p. 41), “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes, que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. São justamente as particularidades e especificidades de cada profissional componente da equipe que permitem a interprofissionalidade do trabalho e a oferta de uma assistência em saúde integral e humanizada.

No entanto, empregadores e/ou a equipe de saúde, sem ter clareza das competências do assistente social, requisitam do mesmo algumas atribuições que não lhe são privativas. Por exemplo, a comunicação de óbitos, uma situação bem recorrente no cenário da Unidade COVID-19 no contexto hospitalar.

Quanto à essa ação, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), por meio da Orientação Normativa n 3/2020 de 31 de março de 2020 (CFESS, 2020b), que dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais, orienta aos profissionais da categoria que não constitui competência do assistente social comunicar o óbito. No entanto, sendo um direito da família ter acesso às devidas informações sobre as causas do falecimento, reitera que tal comunicação deve ser realizada pelo profissional qualificado, que tenha os conhecimentos específicos da *causa mortis*, cabendo um trabalho em equipe para o atendimento às famílias.

No HUPAA/Unidade COVID-19, criou-se a equipe de acolhimento e comunicação de notícias difíceis para esta demanda, tendo como integrantes médicos, psicólogos e assistentes sociais. Para um funcionamento eficaz, o pacto da participação e o estabelecimento e

definição do fluxo de atuação, foram essenciais.

Ocorrendo óbito na Unidade COVID-19, a família é acionada e solicitada a comparecer ao hospital. Quando presente, a equipe de humanização oferta acolhimento e o médico realiza a comunicação de notícias difíceis (óbito) com as informações e orientações pertinentes.

Entretanto, por vezes e por motivos diversos, o assistente social era requisitado para participar da abordagem interprofissional, comunicando o óbito aos familiares. Coube ao profissional o posicionamento profissional ético-político⁶ e a negativa da ação.

Observou-se que a equipe de assistentes sociais, organizada pela Unidade de Serviço Social (USS) do hospital universitário, dentro desse processo cooperativo e preconizado pelos *Parâmetros de Atuação na Saúde*, atribuiu as competências para elaborar, junto com a equipe, propostas de trabalho, que delimitaram as ações dos diversos profissionais. A intenção era incentivar e participar da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e oferta de atendimento da unidade, e realizar, em conjunto com a equipe de saúde, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, orientando a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação (orientação socioassistencial e encaminhamento social, com vista ao acesso ao benefício de auxílio funeral).

Sobre isso, Yamamoto (1999, p. 13) reitera que deve existir competência para propor e negociar os projetos profissionais e defender o trabalho, as qualificações e atribuições profissionais. Exige-se analisar, crítica e teoricamente, o trabalho realizado diante da trama dos interesses sociais que o polarizam.

2.1 Atuação do(a) assistente social na unidade covid-19

Inicialmente, quando houve a confirmação de que funcionaria uma Unidade COVID-19 no hospital universitário e quando se deu a sua implantação, a categoria profissional de assistentes sociais atuante nesse espaço socio-ocupacional deparou-se com novos desafios. O cenário conjuntural de saúde pública era diferenciado; a situação pandêmica era, até então, não vivenciada pela equipe. Nesse momento, os condicionantes e determinantes do processo de doença provocara necessidades sociais diferentes e atuações específicas. Foi

⁶ Expresso no projeto ético-político profissional do assistente social, que se vincula ao projeto societário anticapitalista e radicalmente democrático, comprometendo-se com os interesses históricos da classe trabalhadora e enfrentamento das contradições postas à profissão, partindo de “uma visão crítica, e fundamentada teoricamente, das derivações ético-políticas do agir profissional” (CFESS, 2012, p. 22). Esse posicionamento profissional configura-se enquanto direito do assistente social garantido no Art. 2º, alínea h, do Código de Ética do Assistente Social, quando afirma ter “ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções” (idem, p. 26).

imprescindível a reorganização dos processos de trabalho⁷ do assistente social.

A primeira alteração ocorreu no remanejamento dos profissionais dos diversos serviços/setores do hospital para a alocação exclusivamente no Plantão Social — para o atendimento de todas as demandas do HUPAA, inclusive as da Unidade COVID-19; dessa forma, a carga horária de trabalho foi redistribuída em regime de plantões intercalados por dias de folgas, objetivando a mínima exposição pessoal ao ambiente hospitalar. Houve também a diminuição do quadro de pessoas, devido ao enquadramento nos grupos de risco mais vulneráveis à doença. Identificou-se a necessidade de formulação de um novo instrumento de intervenção profissional (EcoMapa), que atendesse às especificidades geradas pela pandemia da COVID-19.

Pareado a essa situação, o Tribunal (instância) Superior de Ética Profissional - Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que rege a categoria profissional em âmbito nacional, emitiu, nesse período, diversas orientações normativas e resoluções (CFESS, 2020a) que auxiliaram no direcionamento do plano interventivo de trabalho a ser adotado pela equipe de assistentes sociais do HUPAA.

Reuniões tornaram-se frequentes no ambiente hospitalar. Foi um período caracterizado por intensas e constantes construções coletivas e adoção de novos protocolos, POPs (Procedimento Operacional Padrão) e pactuação de novos fluxos de atendimento e funcionamento da Unidade COVID-19. Não menos importante, as medidas preventivas e protetivas contra o vírus SARS-Cov-2 no ambiente hospitalar geraram uma movimentação de treinamentos direcionados aos trabalhadores sobre manejo e utilização dos equipamentos de proteção individual (EPIs) e de higienização correta das mãos.

Com a implantação da Unidade COVID-19, o que se tinha de concreto, até então, era a seguinte situação: usuários com suspeita ou confirmação da doença COVID-19, hospitalizados devido às restrições de contenção do vírus, permaneciam em condição de isolamento no serviço hospitalar; seus respectivos familiares aguardavam “notícias” do andamento da condição geral de saúde e de recuperação do quadro clínico fragilizado. Eram dois acontecimentos presentes e mais recorrentes: a insegurança familiar diante do processo de hospitalização “solitário” e os diários e inúmeros óbitos de pacientes da Unidade COVID-19.

Então, a atuação uniprofissional do assistente social na Unidade COVID-19,

⁷ Segundo Peduzzi e Schraiber (2008, p. 321), baseando-se na teoria marxista, o processo de trabalho consiste quando “a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim”. Conclui afirmando que três elementos são essenciais para a realização desse processo: a atividade adequada a um fim (trabalho), o objeto do trabalho e os meios ou instrumentos do trabalho.

essencialmente, passa a desenvolver intervenções estratégicas de abordagem familiar. A ação profissional “peça-chave” da assistência ofertada ao público usuário da Unidade COVID-19 é a abordagem do núcleo familiar do usuário, por meio da aplicação de entrevista social ou do denominado instrumento EcoMapa.

A ferramenta EcoMapa consiste em um instrumento de intervenção profissional criado em 1975 por Ann Hartman, assistente social e professora americana (CORREIA, 2017, p. 68). Trata-se de um diagrama do contato da família com o meio externo, da representação geral da situação da família e de relações importantes de educação ou daquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo.

Presencialmente ou por ligação telefônica, o primeiro contato com a família era consolidado com o acolhimento inicial e a aplicação do EcoMapa, instrumento de trabalho construído coletivamente pela equipe de assistentes sociais de acordo com as demandas sociais emergidas e da necessidade de seus devidos encaminhamentos. Contém informações como: dados pessoais do usuário interno, condição socioeconômica e familiar, rede de serviços à qual tem acesso no âmbito da Seguridade Social e rede de apoio sociofamiliar.

Os dados colhidos a partir do instrumento profissional subsidiaram informações para a construção do perfil socioeconômico e familiar dos usuários assistidos na Unidade COVID-19. A ação tem sua importância justificada na citação de Moraes (2017, p. 393), quando levanta a discussão sobre o assunto, de ordem fundamental:

[...] para organização lógica dos aspectos selecionados na realidade empírica e para análises pautadas na busca de sua superação. “O ato de conhecer e o conhecer em ato” (BARBIANI, 2004), presente na pesquisa em Serviço Social, tem objetivado, a partir do fenômeno externo, capturar a determinação histórica da realidade, além de sua simultaneidade, diversidade e complexidade, buscando fazer a difícil travessia do singular ao particular, determinado e mediado pelo universal, que imerge no movimento da realidade.

A atividade profissional também viabilizou o conhecimento e a comunicação com a rede social de apoio⁸, além da articulação com as demais políticas públicas intersetoriais.

Outras ações profissionais foram exercidas nesse espaço de atuação diante dessa conjuntura como, por exemplo: o acolhimento uni e multiprofissional, a busca ativa do núcleo familiar desconhecido, a articulação interprofissional com vistas à resolutividade das demandas e as orientações socioassistenciais, principalmente as relacionadas aos direitos

⁸ Tornou-se referência de rede social de apoio o núcleo familiar, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (caso a residência do usuário fosse coberta por este serviço da Atenção Básica, os serviços de saúde de níveis de complexidade aos que o usuário tenha tido acesso (CAPS, UPAS), os serviços privados funerários contratados pela família, associações organizativas de bairros e religiosas, entre outras).

funerais como benefícios eventuais garantidos pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993).

Assim sendo, destacamos como limites e possibilidades de atuação profissional do assistente social, nesse espaço socio-ocupacional da saúde em tempos de pandemia, respectivamente: por um lado, a inviabilidade da aplicação do instrumento técnico-operativo da observação participante⁹ durante as abordagens remotas, devido ao isolamento social e, por outro, a abertura ao diálogo entre a equipe, visando o estabelecimento e delimitações das rotinas e ações profissionais que lhe competem, para a construção coletiva de estratégias de abordagem e acolhimento interprofissional aos usuários e familiares.

Encerra-se compreendendo que, para ofertar um serviço de qualidade, deve ser constante a busca de consolidação e ampliação dos princípios de universalidade das políticas sociais, sendo necessário o resgate do rigor crítico para uma intervenção profissional participativa, ética e politicamente comprometida com a defesa e a construção de seu projeto profissional e com a população usuária detentora de direitos universais de acesso à saúde pública.

3 Relatos sobre a atuação da equipe multiprofissional da residência em saúde do adulto e do idoso na unidade covid-19 do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA)

Devido às recomendações de funcionamento de unidades assistenciais COVID-19 com equipe mínima circulando no interior desse serviço, apenas os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem permanecem na assistência direta ao paciente com suspeita ou confirmação da doença. Da mesma maneira se deu o funcionamento da equipe de profissionais da residência multiprofissional: apenas o enfermeiro da equipe entrava na Unidade COVID-19; psicólogo, farmacêutico, nutricionista e assistente social desempenhavam suas atividades em outros espaços dentro da ambiência hospitalar.

A interprofissionalidade em saúde, tão discutida e defendida pelos ideários do SUS e essencial para a viabilização do princípio da integralidade, é entendida como o diálogo e a troca de saberes existentes entre os profissionais membros da equipe e suas respectivas especialidades, que denotam conhecimentos e qualificações distintas, porém com um objetivo

⁹ Instrumento utilizado pelo assistente social, que consiste em direcionar o olhar para produzir um conhecimento sobre uma determinada realidade, tendo a finalidade de apreender o que não é dito de forma explícita pelo usuário do serviço, conforme detalha Sousa (2008, p.126): “Na definição clássica, a observação é o uso dos sentidos humanos (visão, audição, tato, olfato e paladar) para o conhecimento da realidade. Mas não um uso ingênuo dos sentidos, e sim, um uso que tem como objetivo produzir um conhecimento sobre a realidade – tem-se um objetivo a alcançar”.

em comum: a promoção do cuidado de forma singular e a resolutividade das demandas identificadas, assim como as trazidas pela população assistida, em um conceito ampliado de saúde ou clínica ampliada¹⁰. No cenário pandêmico da COVID-19, a assistência integral fez-se ainda mais necessária nos serviços de saúde.

As atividades interprofissionais exercidas pela residência puderam ser notadas nesse espaço através da comunicação e consulta entre as profissionais da equipe para a resolução de demandas trazidas pelos demais profissionais, usuários e seus familiares; realização de reuniões, entre a equipe e desta com a preceptoria de referência, visando o funcionamento harmônico do serviço; construção coletiva de materiais informativos e estratégicos de visibilidade da atuação multiprofissional.

Uma das ações desenvolvidas, se não a mais importante e de maior destaque, foi a televisita, ou visita online, ao usuário internado na Unidade COVID-19. Esse recurso tornou-se estratégico para a continuidade da assistência em saúde, respeitando as recomendações de convívio social e aperfeiçoamento das ações do SUS. No Brasil, viu-se as tecnologias digitais e a telessaúde como um aprimoramento e resposta do setor saúde à crise instalada (CAETANO *et al.*, 2020, p. 7). Essas novas funcionalidades podem reconfigurar o espaço futuro na prática dos serviços de saúde.

Partindo dessa ideia, a participação da equipe de residentes foi eficaz no processo de implantação da televisita. Em diálogos entre a equipe, surgiu a necessidade de dar acesso ao usuário, de maneira multiprofissional e sem a sua presença física na Unidade.

As televisitas eram direcionadas a pacientes que apresentavam quadros clínicos estáveis, condições de lucidez, orientação favorável em tempo e espaço, que eram responsivos e que concordassem em receber a visita online. Outro critério de escolha era identificar pacientes que apresentassem demandas para as múltiplas profissões.

As visitas online ocorriam em dias específicos da semana, pré-definidos pela equipe, a usuários hospitalizados nas alas da enfermaria e da Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) da Unidade COVID-19. A ressalva é para o fato de que nem sempre nos dias estipulados para a realização das visitas as condições gerais eram propícias à sua ocorrência. Durante a estadia da equipe na Unidade COVID-19 — com duração de 1 mês (setembro de 2020) — foram realizadas aproximadamente 4 visitas online. Podemos afirmar que o baixo quantitativo e a frequência irregular na realização das visitas constituíram limites à prática interprofissional da equipe de residentes.

¹⁰ “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” (BRASIL, 2015).

A ação consistia no contato telefônico via chamada de vídeo, feito pela enfermeira, que se fazia presente ao lado do leito do usuário, e pelos demais da equipe, que estavam juntos, em outro aparelho telefônico. O objetivo, além de identificar demandas, foi contribuir para a promoção de uma assistência à saúde humanizada, singular e integral, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2004, tendo em vista que as próprias condições da doença e de isolamento, por si só, implicam fragilidades não apenas físicas, mas também de cunho biopsicossocial.

As visitas online se caracterizaram pelo momento de diálogo e estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais, de escuta e de afeto. Questões sociofamiliares, nutricionais, psicológicas e medicamentosas eram abordadas nesses espaços. A solicitação do cancelamento ou troca de alimentação não desejada pelo usuário, assim como a preocupação com os familiares que estavam em casa aguardando notícias, a necessidade do saque do recurso financeiro, a tristeza diante do isolamento hospitalar e da doença, foram algumas demandas verbalizadas pelos usuários.

Dessa experiência, podemos apontar como pontos positivos, a possibilidade de o usuário verbalizar pensamentos, dúvidas, anseios e vontades, que foram minimamente acolhidos e, quando possível, respondidos.

4 Considerações finais

Inferese que o recente cenário pandêmico, ocasionado pelo vírus SARS-Cov-2, provocou, no mundo e no Brasil, um enfrentamento emergencial e sem precedentes na história contemporânea da vida humana, da atividade econômica e da saúde pública.

Sendo o assistente social um dos profissionais que estão na linha de frente da COVID-19, demandas específicas ao exercício profissional lhe requisitaram uma atualização teórico-prática, como forma de respostas impostas pela realidade social. A experiência na Unidade COVID-19 possibilitou uma prática profissional única e integrativa à formação profissional, orientada pelos preceitos expressos no projeto ético-político do assistente social, na perspectiva da viabilização de direitos sociais.

Apontamos como resultados do estudo as possibilidades identificadas na utilização de novos instrumentos (EcoMapa) e estratégias de intervenção profissional (telessaúde). Enquanto desafio, sinaliza-se: o exercício da interprofissionalidade na saúde, o diálogo entre a equipe sobre a delimitação das ações do assistente social, além da necessidade de reorganização dos processos de trabalho do assistente social e das diferentes modalidades de

atendimento (via telefone).

Diante do relato compartilhado, concluímos que, apesar dos desafios implicados no exercício profissional do assistente social, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a vivência foi considerada oportuna e enriquecedora. A promoção da humanização, do acolhimento e do cuidado integral e interdisciplinar foram primordiais e significativos na assistência hospitalar aos usuários (e/ou seus familiares) com suspeita ou confirmação da doença COVID-19, em tratamento no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA).

O momento histórico provocado pelo novo coronavírus sinaliza uma inconformidade com a situação atual da saúde pública brasileira, fazendo-se necessária uma mudança radical em que a vida humana esteja em prioridade, como parafraseia o CFESS (2020): “viver não pode ser um privilégio”, e sim um direito humano.

Referências

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Alagoas tem 117.768 casos da Covid-19 e 2.746 óbitos. **Saúde Alagoas**, 2021. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/alagoas-tem-117-768-casos-da-covid-19-e-2-746-obitos/>. Acesso em: 25 fev. 2021.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702423&script=sci_arttext. Acesso em: 15 jan. 2021.

ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-13, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160295.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 163-173, set. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 2006.

BRASIL. **Lei n.º 8.742**, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n.º 2**, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2012. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-002-2012-04-13.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, 2015. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. **Decreto Legislativo n.º 6**, de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem n.º 93, de 18 de março de 2020. Brasília: Senado Federal, 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 13.982**, de 2 de abril de 2020. Altera a Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Brasília: Presidência da República, 2020b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/13982.htm. Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus: o que você precisa saber da doença e como prevenir o contágio. **Coronavirus/Brasil**, Brasília, 2020c. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. **Coronavirus/Brasil**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública** [on-line], Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 01 jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n5/1678-4464-csp-36-05-e00088920.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/08/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 25 jan. 2021.

CFESS. **Resolução n.º 383**, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional e saúde. Brasília: CFESS, 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao38399.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2009. Disponível em: <http://www.cressrs.org.br/arquivos/documentos/%7B>

3412879E-C2CC-4367-9339-847E62E3E82E%7D_parametros_saude.pdf. Acesso em: 3 fev. 2021.

CFESS. **Normativas sobre a covid-19 (coronavírus)**. Brasília: CFESS, 2020a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/normativas-do-cfess>. Acesso em: 22 jan. 2021.

CFESS. **Orientação normativa n.3/2020**, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Brasília: CFESS, 2020b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.

CORREIA, R. L. O ecomapa na prática terapêutica ocupacional: uma ferramenta para o mapeamento das percepções sobre a participação nas redes sociais de suporte. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 67-87, 2017.

DAVIS, M. Política anticapitalista em tempos de covid-19. In: DAVIS, M. *et al.* **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra sem Amos, 2020. p. 13-23.

EBSERH. **Nossa história**. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hupaa-ufal/nossa-historia>. Acesso em: 10 jan. 2021.

HARVEY, David. Política anticapitalista em tempos de coronavírus. **Blog da BoiTempo**, [s. l.], 24 mar. 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/24/david-harvey-politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

IAMAMOTO, M. V. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: CEAD-UMB/ABEPSS/CFESS. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo I. Brasília: CEAD-UMB/ABEPSS/CFESS, 1999.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade**. Atribuições privativas do(a) assistente social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2003.

MORAES, C. A. S. Pesquisa em Serviço Social: concepções e críticas. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 390-399, set./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592017v20n3p390>. Acesso em: 26 jan. 2021.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço Social. In: MOTA, Ana E. (org.). **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1998.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. Processo de trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, M.; LIMA, J. C. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHEIRO, C.; RUPRECHT, T. Coronavírus: primeiro caso é confirmado no Brasil. O que fazer agora? **Veja Saúde**, 2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/coronavirus-primeiro-caso-brasil/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

SBPT. **Orientações da OMS para prevenção da COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/covid-19-oms/>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SILVEIRA, D. Desemprego diante da pandemia bate recorde no Brasil em setembro, aponta IBGE. **G1 Economia**, Rio de Janeiro, 23 out. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/10/23/no-de-desempregados-diante-da-pandemia-aumentou-em-34-milhoes-em-cinco-meses-aponta-ibge.ghtml>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da reforma sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2016.v40n108/204-218/>. Acesso em: 17 fev. 2021.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do serviço social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) (org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 185-200. Disponível em: <http://livroaberto.ufpa.br/jspui/handle/prefix/522>. Acesso em: 20 fev. 2021.

UFAL. **Nossa história**. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Área do Adulto e do Idoso. Disponível em: <https://ufal.br/estudante/pos-graduacao/residencia/multiprofissional/nossa-historia>. Acesso em: 15 jan. 2021.

YAZBEK, M. C. O significado social da profissão. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) (org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 1-18.