



POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O TRABALHO PROFISSIONAL NO NASF-AB EM TEMPOS DE COVID-19

Everyday possibilities and challenges existing in social worker's professional practice as NASF-AB in times of covid-19

Paloma Maria Velez de Lima Souza*

 <https://orcid.org/0000-0002-3291-1197>

RESUMO

O artigo em tela tem como objetivo analisar o trabalho profissional do/a assistente social no NASF-AB/Recife em tempos de Covid-19, a partir das experiências vivenciadas durante a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família, da Universidade de Pernambuco (RMISF-UPE). Para tanto, intenciona-se perpassar pela história da profissão na política de Saúde no Brasil, sua inscrição no NASF-AB e nas Residências Multiprofissionais, o golpe de 2016, o governo Bolsonaro e o momento atual da pandemia da Covid-19, no qual há a reafirmação da necessidade da profissão. Portanto, apesar do contexto de dificuldades de inserção nos campos de prática, esta foi rica em possibilidades de intervenção, especialmente para o campo da profissão. A metodologia está pautada na realização de pesquisa bibliográfica em artigos acadêmicos, livros, legislações, dissertações, documentos e páginas da Internet, tendo como base a Teoria Social Crítica, além da utilização de registros profissionais contidos em diário de campo. Nesse sentido, espera-se deixar contribuições para os/as profissionais do NASF-AB como um todo, além de dar visibilidade social para atuação do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), foco deste trabalho.

PALAVRAS-CHAVE

Trabalho Profissional do Assistente Social; NASF-AB; Residências Multiprofissionais em Saúde; Covid-19.

ABSTRACT

The present article aims to analyse Social Worker's professional practice as part of NASF-AB/Recife in times of Covid-19, based on experiences during the Integrated Multiprofessional Residency in Primary Health, at the University of Pernambuco (RMISF-UPE). With that purpose, it is intended to go through the profession's history in the Brazilian health policy, its introduction in the NASF-AB as well as in the Multiprofessional Residencies, the 2016 coup, Bolsonaro government and the current pandemic, in which there is a reinforcement for the need of the profession's work. Therefore, despite the context of difficulties of

* Assistente Social. Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Pernambuco (UPE, Recife, Brasil). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pelo Instituto Aggeu Magalhães na Fundação Oswaldo Cruz da Universidade Federal de Pernambuco (IAM/FIOCRUZ – UFPE, Recife, Brasil). E-mail: velez.paloma@outlook.com

DOI 10.22422/temporalis.2022v22n44p301-318



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2022 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

insertion in the fields of practice, this was rich in possibilities of intervention, especially for Social Work. In terms of methodology, this paper is guided by carrying out bibliographic research in academic articles, books, legislation, dissertation, documents and web pages, based on Critical Social Theory, in addition to the use of professional records contained in a field journal. In this sense, it is expected to contribute to the NASF-AB professionals as a whole, in addition to giving social awareness to the role of the social workers in Primary Health, which are the focus of this research.

KEYWORDS

Social Worker's Professional Practice; NASF-AB; Multiprofessional Residencies in Health; Covid-19.

Introdução

O interesse pelo tema que se busca abordar com o presente artigo, isto é, O Trabalho Profissional do/a Assistente Social na Residência Multiprofissional em Saúde em Tempos de Covid-19, nasceu da concretude das experiências obtidas numa das políticas que mais emprega assistentes sociais no país, a Saúde, mais especificamente na Atenção Primária em Saúde (APS), enquanto residente e integrante do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no contexto da pandemia de Covid-19.

As Unidades de Saúde da Família (USFs) localizadas nos bairros Alto José do Pinho (Irmã Denize) e Córrego do Jenipapo (Prof. Dr. Hélio Mendonça), do município de Recife/PE, serviram como locus privilegiado para atuação durante os dois anos da coexistência entre prática e teoria, vivenciados no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família, da Universidade de Pernambuco (RMISF-UPE), compreendidos desde março de 2020 até fevereiro de 2022.

A inserção nos citados espaços socio-ocupacionais despertou o interesse em questionar: como vem se dando o trabalho profissional do/a assistente social no NASF-AB/Recife em tempos de Covid-19? Por conseguinte, a reflexão traz subsídios para pensar a conjuntura contemporânea junto à categoria, intrinsecamente ligada ao planejamento e execução das políticas sociais, inclusive da Saúde e Atenção Primária, alvos dos vários desmontes que impactam não somente nos serviços prestados à classe trabalhadora, como também no exercício profissional.

Dito isso, a relevância da temática fica evidenciada nas contribuições que se pretende deixar para os profissionais do NASF-AB como um todo, além de dar visibilidade social para atuação do/a assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS), foco deste trabalho.

As Residências em Saúde caracterizam-se por ser um curso de pós-graduação *lato sensu* desenvolvido através do ensino em serviço, com o objetivo de formar especialistas das várias áreas da Saúde no e para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, as Residências Multiprofissionais em Saúde, criadas pela Lei nº 11.129/2005, têm duração de 24 (vinte e quatro) meses e carga horária semanal de 60 (sessenta) horas, para o desenvolvimento de atividades teórico-práticas que ocorrem concomitantemente, alinhadas ao que preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A RMISF-UPE, por sua vez, surgiu em 2008 resultante de uma parceria, circunscrita à Universidade de Pernambuco, entre os centros da Faculdade de Ciências Médicas, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Instituto de Ciências Biológicas, Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco, Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, Faculdade de Odontologia de Pernambuco e Escola Superior de Educação Física. A proposta do programa atende ao preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e às doutrinas do SUS, como também preza por uma formação “problematizadora, crítica e vivencial” (UPE, 2019, p. 9).

Essa residência tem na Unidade de Saúde da Família (USF) da cidade do Recife o campo de inserção para a prática dos seus residentes das formações de: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social. Desse modo, a depender do núcleo de saber, esses podem compor as equipes de Saúde da Família (eSFs) nas próprias USFs ou as equipes de apoio NASF-AB, consoante à organização dada pela própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Diante do exposto, o artigo em tela teve como Objetivo Geral analisar o trabalho profissional do/a assistente social no NASF-AB/Recife em tempos de Covid-19, a partir das experiências vivenciadas durante a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família (RMISF), da Universidade de Pernambuco (UPE). Por conseguinte, refletir sobre os desmontes na política de Saúde, em especial sobre o NASF-AB, desde o golpe de 2016; abordar os impactos sobre o Serviço Social no espaço de intervenção do NASF-AB, no governo Bolsonaro, antes e durante a pandemia da Covid-19; e, destacar as potencialidades e desafios existentes na atuação da assistente social residente, enquanto integrante do NASF-AB.

Para analisar o trabalho profissional do/a assistente social no NASF-AB/Recife em tempos de Covid-19, foi adotada a perspectiva da Teoria Social Crítica como método de estudo escolhido, por julgar ser aquele que considera e compreende a totalidade social de maneira mais completa. Nesse sentido, compartilha-se aqui do pensamento de Netto (2011, p. 21) quando expõe que “a teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa”.

Juntamente a isso, empregou-se a Pesquisa Qualitativa, conceituada por Strauss e Corbin (2008, p. 24), ao apontarem que:

Quando falamos de análise qualitativa, referimo-nos não à quantificação de dados qualitativos, mas, sim, ao processo não matemático de interpretação, feito com o objetivo de descobrir conceitos e relações nos dados brutos e de organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico.

Ainda no que tange aos procedimentos metodológicos, a técnica utilizada para coleta dos dados foi a Análise Documental, possibilitada por meio do acesso a materiais preexistentes ao momento de realização da pesquisa e que podem ser encontrados “em todo vestígio deixado pelo homem” (LAVILLE; DIONNE, 1999). Nesta pesquisa foram estudados os

seguintes documentos: os Protocolos de Atenção Básica em nível municipal, legislações, portarias do Ministério da Saúde, além de documentos orientadores do exercício profissional elaborados pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Em vista disso, a Revisão da Bibliografia necessária ao debate ocorreu por meio de conteúdos presentes em artigos acadêmicos, dissertações, livros, documentos e sítios da web com a finalidade de embasar teoricamente o estudo acerca dos impactos sobre o Serviço Social no espaço de intervenção do NASF-AB.

Os registros e notas sistematizados em Diário de Campo a respeito das vivências da autora, relatadas durante os 24 (vinte e quatro) meses da residência, serviram como subsídio para ilustrar a atuação profissional nesse cenário de crises sanitária, política e social até então inédito. Assim, por possuir o formato de Relato de Experiências, não conferir informações pessoais, nem violar direitos individuais ou coletivos, entendeu-se não haver a necessidade de submissão do referido trabalho a qualquer Comitê de Ética.

A residência em questão, durante o atual período de crise sanitária, não cessou com as suas atividades, pelo contrário, continuou sendo desenvolvida em meio à disseminação do novo coronavírus no Brasil e no mundo, o que trouxe consequências e desafios tanto para o trabalho profissional, como para o cotidiano dos vários serviços aos quais os/as assistentes sociais se vinculam. Dito isso, em formato de Relato de Experiência o estudo buscou abordar a vivência da autora enquanto assistente social e residente, ligada às Unidades de Saúde da Família anteriormente citadas.

Sem pretensão alguma de esgotar o assunto e considerando os limites para a sua produção, este estudo encontra-se organizado em três tópicos. A Introdução visa situar o leitor sobre a relevância do debate e apresentar sumariamente as discussões que serão aprofundadas no decorrer deste artigo.

A reafirmação do trabalho profissional do/a assistente social na atenção primária em saúde em tempos de pandemia aborda o Serviço Social e sua inserção na Saúde, e, subsequentemente, na Atenção Primária enquanto parte do NASF-AB e nas Residências Multiprofissionais em Saúde; os retrocessos observados na política de Saúde, em especial sobre o NASF-AB, desde o golpe de 2016 contra a presidenta Dilma Rousseff, até os dias de hoje, além de trazer reflexões sobre os impactos do governo Bolsonaro ante à pandemia da Covid-19.

Por fim, Relatando experiências: potencialidades e desafios para o trabalho e formação profissional contém uma breve discussão acerca das vivências específicas à turma 2020 da RMISF-UPE, num contexto de dificuldades de inserção nos campos de prática. Busca-se também nesse tópico evidenciar que esse período adverso à atuação profissional, de maneira contraditória, possibilitou ações interventivas relevantes, especialmente para o campo da profissão.

A reafirmação do trabalho profissional do/a assistente social na atenção primária em saúde em tempos de pandemia

Mesmo após 85 anos de profissão, a Saúde pode ser ainda considerada como “um dos setores mais significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes” (BRAVO, 1996, p. 13). Contudo, como lembrado por Bravo e Matos (2004), diferentemente da conjuntura atual, não era este o espaço que mais admitira a categoria nos primeiros anos de inscrição profissional no Brasil.

Na década de 1980, o Serviço Social se encontrava, ainda que internamente, em afinidade com o processo de redemocratização do país e com as lutas populares por direitos, tal qual o direito à Saúde, expresso no Movimento de Reforma Sanitária e mais tarde materializado na Constituição Federal (CF) de 1988 (BRAVO; MATOS, 2004). No entanto, isso só foi possível dadas as aproximações, a princípio enviesadas, com o método marxista ocorridas inicialmente no âmbito da academia, durante o Movimento de Reconceituação em sua vertente de Intenção de Ruptura (BARBOSA, 2019).

Nesse período, pouco antes de serem reconhecidos formalmente enquanto trabalhadores da Saúde através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os/as assistentes sociais se viram envolvidos/as por dois projetos de Saúde: o Privatista e o Sanitarista. A título de elucidação:

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2010, p. 26).

Apesar da convivência entre os dois modelos hegemônicos, o Projeto da Reforma Sanitária trouxe uma nova forma de pensar a Saúde, para além da ausência de doença, pois começou a considerar que essa não advém apenas de determinantes biológicos, mas sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Sobre este conceito ampliado de Saúde o Estado brasileiro começa a organizar suas ações na APS, apostando agora na Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém sem perder de vista o seu princípio fundamental da Integralidade na atenção ao usuário.

Isto posto, em 24 de janeiro de 2008 foi instituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da portaria nº 154, como forma de ampliar o cuidado em saúde na Atenção Primária em Saúde (APS), num momento de reestruturação dos serviços através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desde 2017, com a portaria nº 2.436, essas equipes de profissionais múltiplos que dão suporte às Equipes de Saúde da Família nos territórios de

demanda, passaram a ser chamadas de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Diante disso, a partir de 2008, ao considerar a realidade brasileira e suas particularidades, no que diz respeito às expressões da Questão Social¹, o profissional do Serviço Social é requisitado a compor os NASFs e a desenvolver ações que

[...] deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania. (BRASIL, 2008).

O mencionado relacionamento entre o Serviço Social e a Saúde remete ainda aos períodos de gênese e institucionalização da profissão no país, momentos historicamente compreendidos entre as décadas de 1930 e 1950. Assim, o então chamado “Serviço Social Médico”, conforme apontam Iamamoto e Carvalho (2014), colocava para as assistentes sociais da época, o desempenho de atividades técnicas imediatizadas e, por vezes, assemelhadas às de secretárias dos médicos.

Nesse sentido, as ações nesse campo conservador, nada correlatas ao trabalho crítico e interventivo desenvolvido nos moldes atuais, à época:

[...] são ainda extremamente embrionárias. Estarão ligadas inicialmente à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas se referirão à triagem (o que o cliente ou família pode pagar), elaboração de fichas informativas sobre o cliente (“dados importantes que o médico muito atarefado teria gasto muito tempo para obter”), distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente a instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente (entendimentos com o empregador), o cuidado quanto aos fatores “psicológicos e emocionais do tratamento”, e a adequação do cliente à instituição através da “obtenção de sua confiança”. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 208).

Os anos se passaram e à medida que a profissão conquista o seu *status* de maturidade, é possível perceber o estabelecimento de diálogos demarcados crítica e politicamente com os espaços de trabalho, principalmente dentro das políticas sociais da Seguridade Social, as quais sempre esteve articulada. Nessa lógica, a associação com os princípios do Movimento Sanitário durante o período de redemocratização do país, acabou por balizar o posicionamento em “defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais” (CFESS, 2010, p. 19), hegemonicamente presente hoje no conjunto das formulações e práticas dos/as assistentes sociais.

A legitimação da Saúde na Carta Magna de 1988, como um direito de todos e dever do Estado, como também o reconhecimento dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) vêm

¹ Para Iamamoto (1999, p. 27), a Questão Social pode ser concebida enquanto “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade.”

afirmando, cada vez mais, a relevância do trabalho profissional do/a assistente social nessa política pública.

Acerca disso, o processo de Descentralização do SUS permitiu que as ações e serviços fossem organizados de forma municipalizada, sempre mais próximos ao usuário e configurando o primeiro contato deste com a rede de cuidado. Esta é a definição de APS parafraseada do MS (BRASIL, 2012), a qual sofreu influência da Declaração de Alma-Ata, em 1978 e se constituiu como proposta oposta à concepção do modelo Biomédico, ao utilizar-se das tecnologias leves² para resolver a grande maioria dos problemas de Saúde.

A partir de 2006, o MS vem empregando a Estratégia de Saúde da Família³ como instrumento para efetivar a APS no Brasil e o NASF, desde 2008, para ampliar as ações nesse nível de complexidade, ao passo que promove ações de corresponsabilidade ao atuarem conjuntamente às equipes de Saúde presentes nos territórios. Sendo assim, a composição dos NASF-ABs é estabelecida pelo gestor local, de acordo com as necessidades territoriais e os profissionais das diversas áreas da saúde disponíveis. Reforça-se que esses núcleos “devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir de demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família” (BRASIL, 2008).

A atuação dos profissionais NASF-AB perpassa a clínica ampliada, a qual busca superar a lógica fragmentada da saúde e do usuário, ao articular e dialogar com diferentes disciplinas para a compreensão de todo o processo saúde-doença. Ademais, este núcleo deve estar comprometido com a Promoção da Saúde, uma vez que esta propõe ações que ultrapassam o setor Saúde e envolvem outros aspectos da vida social (BRASIL, 2009).

No caso do Serviço Social, este deve trabalhar de maneira integrada e interdisciplinar com os demais profissionais das equipes mínimas, com o objetivo de apoiá-las matricialmente no trato das mais variadas expressões da Questão Social expressas no dia a dia na Saúde (BRASIL, 2009), além de promover o acesso aos direitos, neles incluídos à Saúde.

A atualização da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) e a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2003 e 2004, respectivamente, abriram um novo espaço de prática para o Serviço Social no campo da Saúde Pública, ao permitirem a criação de programas de Residências Multidisciplinares em Saúde no País e a apreensão do local de trabalho como um ambiente de formação, em concordância ao que defende a Reforma Sanitária.

Ao mesmo tempo que as residências aparecem como uma oportunidade de posterior inserção qualificada no mercado de trabalho e especialização para os/as assistentes sociais que têm como horizonte atuar dentro do SUS, acabam contraditoriamente também

² As tecnologias utilizadas na saúde são classificadas como leves (relações que se configuram no trabalho vivo), leves-duras (saberes estruturados, normas e protocolos) e duras (equipamentos e maquinário) (MERHY, 2002). Aqui, portanto, dá-se maior destaque ao primeiro tipo, uma vez que o trabalho profissional se encontra fortemente ancorado no acolhimento e no vínculo com a população usuária, ainda que se reconheça a presença dos três em qualquer estabelecimento de atenção à saúde.

³ A Estratégia de Saúde da Família nasce para substituir o então Programa de Saúde da Família (PSF), a fim de reorientar, expandir, qualificar e consolidar a atenção primária no país (BRASIL, 2012).

atendendo aos interesses do capital, haja vista a garantia de direitos previdenciários, mas não trabalhistas, tais como: jornada máxima semanal admitida e afastamento por motivos de saúde (AGUIAR, 2020). Ainda, para o autor, a não absorção dos residentes pelo próprio SUS ao fim do processo formativo, o torna voltado para o mercado privado.

No Brasil, o golpe de 17 de abril de 2016 contra a presidenta Dilma Rousseff permitiu a imposição de uma agenda Ultraneoliberal⁴ no país e a posterior instituição de um Novo Regime Fiscal, este materializado pela Emenda Constitucional (EC) 95/2016, a qual congelou os investimentos sociais primários nos patamares de 2016, ao longo de vinte anos. Ainda durante o seu mandato, já estavam postas as motivações políticas e econômicas indicativas do golpe, apresentadas pelas próprias palavras da ex-presidenta três anos após o acontecido:

O principal objetivo do golpe foi o enquadramento do Brasil na agenda neoliberal, que, por quatro eleições presidenciais consecutivas havia sido derrotada nas urnas. Para tanto, uma das primeiras ações dos interessados no golpe foi a formação de uma oposição selvagem no Congresso. Seu objetivo era impedir o governo recém-reeleito de governar, criando uma grave crise fiscal. Para isto, lançaram mão de pautas-bomba que aumentavam gastos e reduzem receitas. Impediam também, de forma sistemática, a aprovação de projetos cruciais para a estabilidade econômica do país. E, nos primeiros seis meses de governo, apresentaram 15 pedidos de impeachment. (ROUSSEFF, 2019)

Como esperado, os impactos da EC sobre o SUS, que já nascera subfinanciado, foram ainda mais devastadores e provocaram retrocessos assumidamente declarados pelo (des)governo de Michel Temer. Perspectiva essa expressa por Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 14):

No governo Temer temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[...].

De acordo com Facchini (2020), esses desmontes se processaram no âmbito da Atenção Primária através de investidas para suprimir os avanços empreendidos no setor desde 1994. Para o referido autor, tal contrarreforma tem afetado os custos com recursos humanos, educação permanente, infraestrutura e disposição dos serviços, trazendo de volta as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, em consequência da descontinuidade do NASF.

Em 2019, com o início do governo Bolsonaro, era evidente a continuidade ainda mais explícita das políticas alinhadas à perspectiva da extrema direita neofascista, com o propósito de desestruturar políticas sociais, mercantilizar e dificultar o acesso aos direitos e descredibilizar o controle social. Lançado em novembro de 2019, o Programa Previne Brasil ilustra um dos primeiros ataques à APS e ao NASF-AB neste governo, pois com ele o

⁴ Para Brandt e Cislighi (2020, p. 162) o conceito de Ultraneoliberalismo caracteriza “[...] a conjuntura mundial atual [...] de aceleração e aprofundamento do que já era característica histórica do neoliberalismo.”

Ministério da Saúde (MS) criou uma nova forma de financiamento, baseada em cadastros realizados na base de dados nacional para o recebimento da contrapartida advinda dos recursos federais, em substituição ao número de habitantes e eSF presentes em cada município.

Além de destruir o conceito de Universalidade, a nova forma de custeio da APS também excluiu o incentivo destinado às equipes NASF-AB, mediante a Nota Técnica nº 3/2020 do Departamento da Estratégia de Saúde da Família (DESF). Mendes e Carnut (2020, p. 204) afirmam ser esta “a morte do NASF”, pois “ao seguir totalmente os ditames das propostas neosseletivas para a saúde, e restrita a uma cesta básica de serviços, sugeridas pelo relatório do Banco Mundial [...], destrói a base do modelo multiprofissional na APS, criado em 2008 [...]”.

Destarte, vem cabendo aos gestores locais optarem por manter os seus Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-ABs), agora sem a contribuição maior da União. Assim, o governo genocida de Jair Bolsonaro induziu a extinção de um outro princípio, muito caro ao SUS, a Integralidade. Ainda, em concordância com o pensamento dos autores (MENDES; CARNUT, 2020), isso se trata de um passo estratégico para avançar na privatização da APS, via Organizações Sociais (OSs).

Muitos são os rebatimentos que esses desmontes vêm causando sobre os trabalhadores do NASF-AB diante da dispensabilidade iminente, de ordens objetiva e subjetiva, tais como a desorganização do processo de trabalho e a desarticulação para a mobilização social. Sem essa equipe multiprofissional, há a sobrecarga ainda maior dos serviços na média complexidade, ora acessados pela população por meio do suporte dado às equipes do território adscrito à USF.

Interessa destacar a importância dessas categorias multiprofissionais, e em especial dos/as assistentes sociais, sobretudo, na resolubilidade das demandas psicossociais e reabilitadoras, adensadas ante à realidade socioeconômica disposta a contar de 2019. Em outras palavras, no dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) oficializou a pandemia da Covid-19. O novo coronavírus identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, na China, não tardou mais de trinta dias para alastrar-se pelo restante do globo, numa rapidez e com consequências de ordens social, econômica e sanitária até então inéditas.

Para evitar o contágio, medidas de afastamento social foram adotadas ao redor do mundo pelos diversos governantes, por vezes resistentes, o que possibilitou o desvelamento de problemas intrínsecos à lógica perversa do capital e aprofundamento dos reflexos da crise estrutural. Assim, a desigualdade de classe tendeu a se ampliar nesse contexto de calamidade pública, no qual demandou um posicionamento oposto às políticas de austeridade, há anos assumido pelos Estados Nacionais.

Nesse contexto, o Serviço Social vem sendo convocado, nos três níveis de complexidade da Saúde, para atuar na linha de frente do enfrentamento ao vírus Sars-Cov-2, às vezes assumindo atribuições não correspondentes à profissão, bem como encontrando dificuldades para acessar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) (SOARES; CORREIA; SANTOS, 2021).

Por isso que em meio a tamanha complexidade, o trabalho profissional no NASF-AB vem sendo reorganizado de modo a responder ao que consta no Código de Ética do/a Assistente Social, isto é, “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 2012, p. 27), num momento que poderia ser uma oportunidade única de superar a dívida antiga com a APS (FACHINNI, 2020).

A despeito do contexto pandêmico algumas atividades próprias à Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco (RMISF-UPE), bem como aos serviços de inserção dos residentes, conseguiram ser mantidas, ainda que por vezes alteradas para se adaptar à nova realidade em voga. Nesse sentido, faz-se fundamental elencar as principais possibilidades e desafios para a formação e trabalho dos/as assistentes sociais residentes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em tempos de Pandemia.

Relatando experiências: potencialidades e desafios para o trabalho e formação profissional

De antemão, importa destacar que a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco (RMISF-UPE) teve o seu início no dia 2 de março de 2020, no entanto, a nada habitual inserção na prática só veio a ocorrer lentamente a partir do mês de setembro do mesmo ano, algo que em geral se dá desde o segundo mês de inscrição no programa. Ressalta-se ainda que apesar das adversidades, comentadas no decorrer deste tópico, a continuidade da residência nesse período possuiu um papel relevante na garantia dos atendimentos e orientações às populações residentes nos territórios.

Nesse sentido, o processo de introdução nos espaços de trabalho não se deu despreendido de conflitos, mas permeado por dificuldades, as quais foram sendo contornadas ao longo do período da Residência Multiprofissional. Consonantemente, o contexto pandêmico acabou por privilegiar o componente curricular teórico nos primeiros meses, algo que se mostrou significativo, uma vez que permitiu o maior embasamento para posterior ingresso na prática.

Além das aulas teóricas remotas, as atividades acadêmicas ao longo da residência também envolveram as Reuniões Clínicas e de Processo de Trabalho, que funcionaram como uma oportunidade de compartilhar as vivências dos colegas presentes nos espaços de inserção. As Reuniões de Segmento tiveram por finalidade aproximar os residentes para discussão de pautas e organização coletiva, assim como tutores e coordenação dos programas, no que concerne ao acompanhamento do trabalho desenvolvido em cada núcleo.

Durante as Reuniões de Núcleo, os debates entre residentes e tutores giravam em torno de assuntos pertinentes às especialidades profissionais, experiências e desafios enfrentados no cotidiano do trabalho. Por fim, as Reuniões de Núcleo de Base (NB), formadas por residentes que experienciavam o mesmo processo de trabalho, assumiram o papel de construir estratégias a partir de inquietações observadas nos serviços e fortalecer o grupo como um todo, bem como, os seus integrantes.

Depreende-se então que esta formação em serviço conta com um corpo de profissionais, o qual tem por objetivo dar suporte ao residente durante a referida educação para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim sendo, a título de informação: “os tutores possuem função técnica de supervisão docente-assistencial, exercendo papel de orientadores de referência para os profissionais e/ou profissionais de saúde residentes” (UPE, 2014a, p. 5), “[...] [são] vinculados à instituição formadora ou executora, [...] possuem titulação mínima de Mestre; e [...] experiência profissional de pelo menos 03 (três) anos na área do programa (UPE, 2014b, p. 2)”.

Já a “[...] preceptoria deve ser exercida por profissional vinculado às instituições formadoras ou executoras, com formação mínima de especialista [...] (UPE, 2014b, p. 2)”. Um dos muitos desafios que se pode elencar de imediato, certamente para algumas profissões de residentes, e que não foi o caso do Serviço Social, verificou-se na falta de profissionais com perfil e disponibilidade para a preceptoria e a tutoria.

Em 13 de março de 2020, o governo da cidade do Recife emitiu o primeiro Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na Atenção Básica – Covid-19 (RECIFE, 2020), o qual retardou a iniciação dos residentes nos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS). Isso, pois, no documento estava expresso:

É importante que as equipes, previamente, revejam o fluxo de pessoas na unidade de saúde, locais para atendimento, identifiquem possibilidades de nova organização desse fluxo e fatores negativos com sugestões de mudança rápida, além disso, avaliar o trabalho com o atendimento a diversas condições crônicas, evitando grupos, identificando possibilidade de extensão do prazo de prescrições de medicações de pacientes estáveis, instituir consultas por hora marcada, ao invés de ordem de chegada (RECIFE, 2020, p. 13).

Tais medidas deixaram claras as mudanças que foram requeridas no município no âmbito da APS, com o propósito de reduzir o tempo de permanência e fluxo de pessoas, ao passo que se focava nos atendimentos de urgência e a grupos prioritários, durante a vigência da Pandemia (RECIFE, 2020). Somou-se a isso, a ausência de fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para os próprios trabalhadores dos NASF-ABs que fazem a cobertura às USFs, o que caberia pensar não haver tais equipamentos para os residentes.

Não obstante ao início tardio nos campos de prática, o primeiro espaço de atuação na residência ocorreu através da participação junto a Ocupações, propiciado pela extensão UPE e Comunidades em Alerta, a qual teve na temática da prevenção à Covid-19 a principal atividade norteadora das ações de Educação Popular em Saúde realizadas pelos extensionistas com as comunidades, previamente estabelecidas pela instituição. O projeto oportunizou a aproximação com as lutas de movimentos sociais pelo direito à moradia, espaço caríssimo hoje à intervenção do Serviço Social, principalmente no que tange à mobilização para a participação no controle social.

Enfim, nas Unidades de Saúde da Família (USFs), grande parte da atuação profissional do Serviço Social aconteceu através de Visitas Domiciliares e Atendimentos Sociais de escuta individual e coletiva de usuários do SUS, de forma partilhada ou não com Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), outros profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e/ou da equipe de Saúde da Família (eSF). A

instrumentalização do processo de trabalho mediante a elaboração de Encaminhamentos Sociais, Estudos Sociais, Relatórios Sociais e Pareceres Sociais foi de enorme importância para o planejamento e execução do trabalho na matéria de Serviço Social, como também na relação com outras categorias.

Mapear os serviços, espaços comunitários e de participação social existentes nos territórios cobertos por ambas as USFs, isto é, Irmã Denize e Professor Doutor Hélio Mendonça, por meio da territorialização, a princípio de forma remota, permitiu o conhecimento das potencialidades e possibilidades de mediação adequadas aos cuidados em saúde. Isto feito, articulações com essas instituições foram facilitadas, bem como houve o favorecimento da resolubilidade advinda dos direcionamentos dados no desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

As Reuniões de Equipe, organizadas mensalmente para discussão de demandas dos usuários e suas famílias, constituíram-se, sobretudo, em momentos de compartilhamento de vivências e de aprendizado acerca dos saberes específicos de cada núcleo profissional por meio do apoio matricial dado a essas eSFs, na lógica do fortalecimento da Interdisciplinaridade.

Dada a Pandemia, as Ações de Educação Popular em Saúde nas salas de espera se apresentaram como um dos tantos recursos encontrados pela turma 2020 da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família (RMISF-UPE) para suprir a impossibilidade de realização dos grupos previamente existentes nesses serviços. Alguns dos temas abordados nessas ocasiões sofreram influência das campanhas de sensibilização como Janeiro Branco (Atenção à Saúde Mental), Setembro Amarelo (Prevenção ao Suicídio), Outubro Rosa (Prevenção ao Câncer de Mama), Novembro Azul (Prevenção ao Câncer de Próstata), além daqueles que diziam respeito aos Impactos da Covid-19 na Saúde diária das pessoas que vivem nesses territórios.

Acerca desses, nota-se que apesar da apreensão dos criticados Meses Coloridos como ponto de partida para o desenvolvimento das atividades coletivas propostas, as reais necessidades das populações adscritas⁵ às USFs sempre foram levadas em conta. Tal crítica às campanhas dos Meses Coloridos é assim compreendida, pois, não contemplam a totalidade da atenção, escondem processos sociais e desigualdades sociais ao focarem na clínica, esquecem a existência de outras doenças e agravos, apresentam caráter temporário e pontual, bem como podem desconsiderar as especificidades em saúde locais.

Sem dúvida alguma, a pandemia do novo coronavírus abriu lugar para que novas estratégias e tecnologias fossem adotadas no cuidado em Saúde, as quais certamente serão continuamente aplicadas nos serviços de Saúde e em seu contato com a rede disponibilizada nos territórios. O Serviço Social, por sua vez, também pôde contribuir com essas adaptações, pois a relevância do trabalho profissional não foi excluída, pelo

⁵ Como a turma da residência em questão iniciou suas atividades em plena pandemia da Covid-19, muitas das necessidades em saúde do território estavam relacionadas à doença e aos medos trazidos por ela. Por isso, os principais questionamentos dos usuários e das usuárias diziam respeito aos sintomas, prevenção, vacinação, alimentação, saúde do sono, prática de esportes, por exemplo. Além disso, por serem áreas bastante endêmicas para as arboviroses e a hanseníase, esses assuntos também foram abordados pelo grupo.

contrário, evidenciou-se ainda mais, dado o acirramento das expressões da mesma e velha Questão Social brasileira.

Nessa perspectiva, em meio a tantas mudanças de ordem superior à profissão, as atribuições e competências profissionais, conforme preconizado no Código de Ética do/a Assistente Social, estiveram mantidas (MATOS, 2020) no trato com as necessidades dos usuários e de seus familiares. Sobre isso, desde a Pandemia, Reuniões da Categoria e Intersetoriais diminuíram distâncias e passaram ao modo remoto, houve, também, o crescimento da oportunidade de aprofundamento e apreensão de temáticas com o aumento das ofertas de cursos e capacitações on-line.

O Projeto Político-Pedagógico da RMISF-UPE (UPE, 2019) estabelece que todos os residentes do referido programa devem efetivar o cumprimento de dois Estágios Obrigatórios e Plantão, independentemente da carga-horária comum processada nas USFs. Portanto, o momento da escolha dos campos de estágio pelos residentes se encontrou marcado por aprofundadas contradições, observadas nos obstáculos colocados pelos serviços externos na aceitação de mais profissionais, quando as escalas e o trabalho presencial estavam sendo reduzidos, na perspectiva de evitar o contágio pela doença.

Por conseguinte, a incorporação nesses locais serviu para proporcionar a observação do exercício profissional, mesmo que com certas limitações devido ao contexto, bem como para propagar informações sobre os serviços e as suas formas de acesso a profissionais e usuários das USFs. Isto posto, realizou-se especificamente pela autora deste estudo, no Recife, Plantão no Serviço de Apoio à Mulher Vítima de Violência, Wilma Lessa, do Hospital Agamenon Magalhães, Estágio Estratégico no Espaço de Acolhimento e Cuidado Trans (Espaço Trans) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e Estágio Opcional no Setor de Cirurgia Geral, também do HC-UFPE.

Ademais, nos dois anos de duração da residência transcorreram intensos períodos de greve, devido, primeiramente, ao atraso no recebimento das bolsas-salário da maioria dos/as residentes que entraram em 2020, repetindo-se em 2021 com os/as novos/as calouros/as. Certamente, o não funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRS), a qual tem a atribuição de avaliação, supervisão e regulação dos programas de Residência (BRASIL, 2005), dificultou o processo de negociação com o Ministério da Saúde (MS), além da comunicação com esses profissionais de saúde por intermédio do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) acerca das decisões vindas da esfera Federal.

Entre outras reivindicações estavam o reajuste do valor da bolsa-salário, estagnada em R\$ 3.330,43 (três mil trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos) bruto desde 2016, redução da jornada de trabalho, abono de faltas por adoecimento, auxílio alimentação, moradia e transporte, vacinação contra o vírus da Covid-19, volta da CNRS e instituição de uma Política Nacional de Residências em Saúde. Em desacordo às reivindicações e ao aumento necessário⁶, em abril de 2020, o MS em portaria lançou a ação estratégica “O

⁶ A partir de 1º de janeiro de 2022, a bolsa paga aos/as residentes médicos/as e residentes em área profissional da saúde passa a ser de R\$ 4.106,09 (quatro mil cento e seis reais e nove centavos). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-13-de-outubro-de-2021-352332739>.

Brasil Conta Comigo, Residentes na Área da Saúde” (BRASIL, 2020), na qual os/as residentes em Saúde da linha de frente contra a Covid-19 começaram a receber uma bonificação de R\$ 667,00 (seiscentos e sessenta e sete reais).

A partir do exposto, pode-se identificar a continuidade da maioria das ações contidas nos eixos dos Parâmetros do/a Assistente Social na Política de Saúde (2010), mesmo que limitadas pelo contexto pandêmico. Esses eixos trazem as principais ações desenvolvidas pelo profissional do Serviço Social no âmbito da Saúde, os quais precisam ser apreendidos concomitantemente.

Dito de outra forma, o primeiro compreende o atendimento direto aos usuários, o qual contempla as maiores demandas para o Serviço Social, visto que historicamente há o trato da desigualdade social por essa profissão. Assim, em consonância com as ações descritas anteriormente, têm-se a realização de atendimentos sociais, visitas domiciliares, orientações individuais e coletivas (ações assistenciais); encaminhamentos e articulações intersetoriais, discussão de casos, matriciamento, elaboração de PTSs, atendimentos compartilhados (ações de articulação com a equipe de saúde) e ações coletivas junto às equipes (ações socioeducativas).

No segundo, mobilização, participação e controle social, reafirmam-se as premissas do Movimento de Reforma Sanitária e, conseqüentemente, do SUS. Portanto, conforme já explicitado, dada a ausência do trabalho com grupos, se encontram neste ponto as salas de espera, as quais incorporaram o entendimento dos usuários e usuárias, extrapolando a ideia de mero repasse de conceitos.

O terceiro, investigação, planejamento e gestão, contemplou estratégias para subsidiar o planejamento da prática do/a assistente social, algo que se deu a todo momento no decorrer das aulas, reuniões clínicas, reuniões de processo de trabalho, reuniões de núcleo, reuniões de segmento e reuniões de NB. Sem esquecer, porém, das reflexões demandadas na elaboração deste artigo, pré-requisito para o recebimento do título de especialista.

No quarto, assessoria, qualificação e formação profissional, podem ser destacadas a participação em cursos remotos, proporcionada pela conjuntura a distância, e debates acerca do trabalho profissional no espaço do NASF-AB com o recorte particular da Pandemia.

Pode-se afirmar, portanto, que a relativa autonomia do/a assistente social teve papel fundamental na redefinição das ações profissionais em saúde, já que estas puderam extrapolar as meras demandas institucionais (IAMAMOTO, 1992).

Considerações finais

Conforme reiterado ao longo do estudo, as décadas de crise na Política de Saúde brasileira, acentuada com a Emenda Constitucional 95/16, não pressupunham a conjuntura contemporânea de colapso sanitário mundial. Não suficiente, em meio a uma pandemia, o foco cabido à Atenção Primária em Saúde acabou sendo deslocado pelo Estado para o tratamento na alta complexidade.

Sabe-se que os serviços oferecidos nos equipamentos da APS, incluídas as especialidades do NASF-AB, vêm há muito tempo sendo o alívio às demandas que chegam às maiores complexidades, especialmente devido ao seu nível de resolutividade intrínseco. Em tempos de dimensões pandêmicas, o processo de trabalho nas USFs se encontrou cada vez mais sobrecarregado, o que poderia resultar em atendimentos precarizados e insatisfatórios para a classe trabalhadora.

Destarte, desde quando foram concebidas, as Residências em Saúde têm se apresentado como uma oportunidade para o aperfeiçoamento e a formação continuada de profissionais da Saúde no Sistema Único de Saúde, o que inclui os/as próprios/as assistentes sociais. Agora, num cenário de crescentes desmontes, somados a uma pandemia de dimensão como nunca vista, essa forma de trabalho junto aos usuários e suas famílias na política de Saúde não apenas corrobora para preparar profissionais ancorados nos ideais da Reforma Sanitária, como também serve de trincheira e munição na resistência contra a imposição de projetos societários incompatíveis com a vida e com os direitos conquistados a duras penas.

Em função disso, compreende-se que apesar da existência dos grandes desafios mencionados outrora, puderam ser identificadas potencialidades ainda maiores, somente evidenciadas a partir da atuação em equipe e da organização coletiva. Assim, consegue-se afirmar que o trabalho profissional do/a assistente social ante a disseminação do vírus da Covid-19 pelo mundo, especialmente na sua relação com a Atenção Primária em Saúde (APS) enquanto partícipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), manteve-se, apesar das limitações, em acordo com os Parâmetros para Atuação do/a Assistente Social na Política de Saúde, o Projeto Ético-Político, o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão.

Referências

AGUIAR, Leandro Ferreira. **Formação profissional em saúde: as tendências ideopolítico-pedagógicas nos programas de residência multiprofissional em Recife/PE**. 2020. 131 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/39064>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRANDT, Daniele Batista; CISLAGHI, Juliana Fiuza. Desmonte e financeirização da seguridade social em tempos de pandemia. In: MAURIEL, Ana Paula et al. (org.). **Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos**. Uberlândia: Navegando publicações, 2020, p. 159-180. Disponível em: https://issuu.com/navegandopublicacoes/docs/livro_modelo-min__3__d75dd6d3211454. Acesso em: 21 jan. 2022.

BARBOSA, Viviane Cristina. Serviço social e saúde: relação antiga, desafios presentes. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 240-254, jul./dez. 2019. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/45242>. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 11.129/2005**. Brasília: Presidência da República, 30 jun. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154/2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 24 jan. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prto154_24_01_2008.html. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 27**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 580/2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 27 mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-580-de-27-de-marco-de-2020-250191376>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004. p. 1-22.

BRAVO, Maria Inês Souza; PALAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>. Acesso em: 16 ago. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 77-93, jan./jun. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 8 ago. 2021.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 2010. Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 12 ago. 2021.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social**. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 22 ago. 2021.

FACCHINI, Luiz Augusto. Covid-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia? **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 3-10, jan./abr. 2020. Disponível em:

<https://apsemrevista.org/aps/article/view/73>. Acesso em: 7 ago. 2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raúl de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 2014.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo horizonte: UFMG, 1999.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (Covid-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro: CRESS, 6 abr. 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Niterói, n. 57, p. 174-210, set./dez. 2020. Disponível em:

<https://www.revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>. Acesso em: 10 ago. 2021.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

RECIFE. **Protocolo de Assistência e Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde do Município do Recife**. 2020. Disponível em:

<http://www.susrecife.com.br/2020/05/documentos-normativos-organizacao-da.html>.

Acesso em: 10 jan. 2022.

ROUSSEFF, Dilma Vana. O golpe de 2016: a porta para o desastre, por Dilma Rousseff.

Brasil de Fato, São Paulo, ano 2019, 17 abr. 2019. Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2019/04/17/o-golpe-de-2016-a-porta-para-o-desastre-por-dilma-rousseff>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Serviço social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19.

Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 1, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 12 ago. 2021.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

UPE. Reitoria da Universidade de Pernambuco. **Resolução CEPE n. 014/2014**. Pernambuco: Reitoria da Universidade de Pernambuco, 27 fev. 2014. 2014b.

UPE. Reitoria da Universidade de Pernambuco. **Resolução CEPE n. 048/2014**. Pernambuco: Reitoria da Universidade de Pernambuco, 25 jun. 2014. 2014a.

UPE. **Projeto político-pedagógico**. Pró-reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação da UPE. Residência multiprofissional integrada em saúde da família. Faculdade de Ciências Médicas – Universidade de Pernambuco. Recife, 2019.

Submetido em: 14/08/2022

Revisto em: 22/11/2022

Aceito em: 22/08/2022