O PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DE ADULTO E O DESAFIOS DA INTEGRALIDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Carla Virginia Urich Lobato[1]

RESUMO

Este artigo busca ser uma primeira reflexão sobre o processo de trabalho do Serviço Social do programa supracitado do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) no período de março a agosto de 2020 e os desafios de uma atuação na perspectiva da integralidade em um momento de grandes desafios, haja vista a crise sanitária intensificada pela pandemia da COVID-19.

Palavras-chave: Serviço Social, Saúde, Integralidade.

ABSTRACT

This article seeks to be a first reflection on the work process of Social Work in the aforementioned program at the Pedro Ernesto University Hospital (HUPE/UERJ) from March to August 2020 and the challenges of acting from the perspective of integrality in a time of major challenges, given the health crisis intensified by the COVID-19 pandemic.

Keywords: Social Work, Health, Integrality.

[1] Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ); Assistente Social Residente; clobato21@gmail.com .

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo visa expor atuação das assistentes sociais do Programa de Saúde do Adulto do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) e os desafios da integralidade no campo da saúde, perpassando pelo sucateamento de ambas as políticas: política de saúde e a política de assistência social.

Para dar início à exposição se faz necessário entender que o sucateamento dessas duas políticas públicas, inseridas na Seguridade Social, não é resultado apenas da crise sanitária da COVID-19. A pandemia somente desnudou ainda mais as contrarreformas ultraneoliberais que o governo atual justifica pela necessidade de "contenção da dívida pública, cuja explicação recai nos "exorbitantes" gastos do Estado brasileiro, que para tanto, deve economizar para pagar a própria dívida." (CISLAGUI; BEHRING; SOUZA, 2020, p.114).

Para Mota (2019, p.137) a democracia blindada[2] instaurada no Brasil e com a eleição de Bolsonaro em 2018, está aberta a passagem para a contrarreforma do Estado. Para mais, Demier (2017, p.104-105) apresenta que as contrarreformas desse tipo de regime, acabam com o ideal do indivíduo portador de direitos e propõe que a "maior parte da população continuará não só sem sua cidadania concreta, sem o gozo efetivo dos direitos, mas até sem as formas ideológicas dessa cidadania." O projeto ultraneoliberal, além de acabar com os direitos sociais, visa também acabar com qualquer tipo de compensação social ofertada pelo Estado.

Como apontado por Demier (2019, *on-line*), o atual presidente entra para "reconfigurar a economia, o território e as relações sociais do país de modo a torná-lo adequado às novas necessidades da acumulação de um capital estrangeiro e nacional cada vez mais vampiresco e parasitário.". Todo esse processo de reconfiguração da força de trabalho brasileira se mostra na perspectiva de transformação dos trabalhadores em uma enorme massa de seres humanos cada vez mais necessitados,

[2] Demier (2017, p.8) pontua que antes, nos regimes democráticos-liberais, os trabalhadores tinham representações socialdemocratas, já nas democracias denominadas por ele como "blindadas" têm os seus núcleos políticos decisórios impermeáveis às demandas da população.

que se venderão por qualquer salário e aceitarão empregos sem qualquer garantia mínima.

Na política de assistência social se mantém em curso uma maior privatização de seus equipamentos através da transferência das responsabilidades do Estado para o terceiro setor. Essa terceirização dificulta a garantia dos direitos sociais, tendo em vista que o mercado e o terceiro setor não tem a obrigação de satisfazer as demandas ou necessidades sociais. Sendo assim, concordamos com Pereira e Siqueira (2010, p.219) quando elas apresentam que este aparente interesse do mercado no sentido do bem-estar da população é uma investida para a redução dos custos sociais, o desmonte dos direitos sociais conquistados e gerar lucro a partir da regulação privada da miséria.

Para mais, outro ponto importante que devemos pontuar dentro da política de assistência social são os programas assistenciais de transferência de renda que garantem minimamente a sobrevida dos trabalhadores seja pela necessidade da reprodução social, seja para alimentar o fluxo básico de consumo. Segundo Behring e Boscheti (2021, p.80) houve um aumento significativo dos recursos da assistência social que seriam destinados à serviços e direitos, contudo os recursos foram absorvidos pelo auxílio emergencial, programa de transferência de renda criado no início da pandemia após muita luta da classe trabalhadora.

Particularizando para a saúde, o processo da mercantilização desse campo tem se aprofundado. Os empresários atualmente têm um maior protagonismo já que em 2016 o setor privado passar a ter uma projeção maior na formulação da política de saúde brasileira. No governo atual o ataque ao Sistema Único de Saúde (SUS) se acentua e acelera com os questionamentos e ameaças ao redor da sua gratuidade e universalidade. (BRAVO; LIMA; CORREIA, 2020, p.142).

Após essa breve explanação, nas próximas páginas iremos dissertar sobre a inserção do Serviço Social na saúde, perpassando a realidade vivenciada pela equipe do Serviço Social do Programa de Saúde do Adulto do Hospital Universitário Pedro Ernesto no período de março até agosto de 2020, e os rebatimentos do sucateamento

de ambas as políticas na atuação das assistentes sociais do programa e os desafios da integralidade[3] na saúde.

2 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A inserção das assistentes sociais nos serviços de saúde, para Bravo (1991 *apud* Matos (2009, p.146) deve-se pelo trabalho realizado pelas educadoras sanitárias nos centros de saúde. Nos anos 1940, o Serviço Social já se inseria em hospitais. No Hospital Universitário Pedro Ernesto o Serviço Social está inserido desde 1969. Segundo Costa (s/d, p.7) a inserção das assistentes sociais nos serviços de saúde é resultante do "reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.".

Inicialmente, na área da saúde, o Serviço Social surge como uma demanda de estabelecer um elo entre a instituição, a família e o paciente. Além disso, usando como referência o funcionalismo, buscava-se realizar um trabalho com a família para amenizar as dificuldades materiais em casos de ausência do chefe da família. Mesmo com o Movimento de Reconceituação Latino-Americano, interno da profissão e datado nos anos 1960, a conjuntura política do Brasil dificultou a participação dos profissionais da categoria. É apenas nos anos 1970 que o Serviço Social brasileiro inicia o seu processo de renovação e surge a tendência "intenção de ruptura", esse movimento da categoria se deu de forma paralela ao movimento da reforma sanitária brasileira (MATOS, 2009, p.152-153). Mesmo assim, Bravo (1996) *apud* Matos (2009, p.153), afirma que a profissão, até os anos 1980, encontrava-se distante da discussão progressista do campo da saúde e, para além, é apenas nos anos 1990 que a categoria incorpora os princípios da reforma sanitária.

[3]Entenderemos aqui a integralidade segundo Bernardo *et al*. (2017, p.23), "a integralidade implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, comportando a abertura para o diálogo. Engloba também, a busca por ampliar a percepção das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de responder a tais necessidades. Como princípio norteador das práticas, a integralidade pressupõe compreender o outro como sujeito inserido no contexto social e portador de uma história de vida singular, com anseios, crenças e visões de mundo que devem ser reconhecidas e compartilhadas. A lógica de abordagem considera o ser humano integral e não apenas sua condição física e orgânica"

Um ponto importante que devemos salientar para pensar a inserção do Serviço Social na saúde é o conceito ampliado de saúde. Segundo Teixeira (2018, p.47), é no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, do ano de 1986, que se apresenta o conceito ampliado de saúde. Esse conceito, segundo o relatório final da conferência, entende a saúde

> Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdade nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p.4)

A inserção do conceito ampliado de saúde na Constituição Federal de 1988 demostra uma conquista do Movimento da Reforma Sanitária. Outro avanço importante da luta dos trabalhadores, e que está presente no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde que teve como resultado, no ano de 1990, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, mesmo com os avanços já apresentados, no ano de 1989, aconteceu uma reunião de países centrais (dominantes na ordem capitalista) denominada de “Consenso de Washington” que trouxe um compilado de medidas em torno da cartilha neoliberal. Sendo assim, é após a década de 1980, que acontecem modificações no contexto econômico, político e ideológico, desnudando o início da inserção do neoliberalismo.

Mesmo com os avanços presentes na Constituição Federal de 1988, a década de 1990 não foi favorável para as políticas públicas, pois foi um período de consolidação do projeto neoliberal que visava focalizar as políticas públicas e privatizar o sistema público de saúde. É nesta conjuntura de focalização das políticas e a transferência dos deveres do Estado para o setor privado, que o Sistema Único de Saúde inicia a sua implementação. Entendendo essa realidade, podemos concordar com Costa (s/d, p.8) quando ela pontua as dificuldades do Sistema Único de Saúde em relação a não superação de forma efetiva do modelo-hegemônico. Ainda segundo Costa (s/d, p.8), a autora acredita que o Sistema Único de Saúde deveria centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e demostra a importância da integralidade para atender essas demandas.

O Serviço Social é uma profissão que vem se construindo como uma área de produção de conhecimento. O acúmulo teórico na busca de ruptura com o conservadorismo profissional e adequação da formação profissional fez com que se construísse um novo perfil profissional. Contudo, esse movimento não se deve apenas a construção desse novo perfil, mas também a luta dos trabalhadores pelos diretos cívicos e sociais que levou a redemocratização. O processo vivido a partir dos anos 1980 abre alas para a construção do Projeto Ético-Político da profissão. Para mais, ainda em 1986 os profissionais buscavam expressar essas mudanças no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão e na direção social em nossa formação acadêmica, com base nas recomendações da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa do Serviço Social (ABEPSS). Contudo, a relevante modificação do Código de Ética se apresenta apenas na revisão em 1993 (NETTO, 1999, pp. 13-15).

Para além, Mioto e Nogueira (2006, p.8), apresentam que o projeto profissional do Serviço Social

> Consiste justamente na articulação entre a dimensão macrossocietária– que implica o reconhecimento do terreno sócio-histórico sobre o qual a profissão se movimenta considerando seus limites e possibilidades – e a dimensão profissional que compreende as respostas técnico-profissionais dos assistentes sociais, respostas que expressam, por sua vez, como estão sendo apropriadas e redefinidas pela categoria profissional a realidade e as imposições macrossocietárias.

Sendo assim, o Serviço Social é uma categoria profissional que, através de seu acúmulo nas suas três dimensões[4] (dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa), pode contribuir de forma significativa no campo da saúde, seja enriquecendo os debates acerca dos determinantes sociais na saúde, seja na construção de um novo modelo de saúde. Para mais, no próximo item daremos continuidade sobre o debate da inserção do Serviço Social na saúde a partir da experiência vivenciada no Programa de Saúde do Adulto.

[4] Para Mioto e Lima (2009, p. 38), se faz necessária a articulação entre as três dimensões pois "o conhecimento/investigação da realidade na qual se intervém; o planejamento e a documentação do processo de trabalho; os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos a quem se destina a ação; os instrumentos técnico-operativos e outros recursos implicados na ação.".

2.1 O processo de trabalho do Serviço Social no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

O Hospital Universitário Pedro Ernesto começa a sua história em 1950 e a partir de 1988, com a Constituição Federal, se torna um hospital universitário integrado ao Sistema Único de Saúde. Neste mesmo ano, a partir da Constituição Federal, a saúde adquire o caráter de atendimento universal e gratuito e passa a construir uma rede de cuidados progressivos. A unidade é um hospital universitário de uma universidade pública e tem como um de seus objetivos qualificar os profissionais da área da saúde para cumprir sua missão: pensar assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde.

O hospital universitário é um espaço privilegiado pela sua capacidade de articular a saúde e a educação, ao realizar o ensino, a pesquisa, a extensão e assistência. Contudo o sucateamento da saúde, ainda mais desnudado pela crise, é usado como desculpa para a realização da assistência em saúde apenas na perspectiva da cura. Portanto o hospital hoje é, mais do que nunca, o nosso espaço de luta para que possamos barrar os avanços e atropelos realizados pelo modelo de saúde biomédico.

O HUPE realiza atendimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos e tratamentos. Além disso, existem setores assistenciais como o Serviço Social; Farmácia; Serviço de imagem/Radiologia; Hemoterapia; Fonoaudiologia; Fisioterapia; Psicologia e a Nutrição. Todos os serviços são de extrema importância para que se possa pensar a saúde na perspectiva integral. Existem diferentes espaços que o Serviço Social ocupa na unidade e suas diferentes formas de atuação, aqui iremos particularizar para o programa supracitado.

O Serviço Social do Programa de Saúde do Adulto está presente nas Unidades Docentes Assistenciais (UDA): Urologia, Nefrologia, Neurologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e Hematologia. Os demais espaços como enfermarias, centros de terapia intensiva (CTIs) e ambulatórios, com usuários maiores de 18 anos, são

atendidos através do Projeto de Atendimento Social[5]. Desde março de 2020 o Projeto de Atendimento Social também atua nas enfermarias e CTIs de referência no tratamento da COVID-19.

Nos meses iniciais da pandemia no Brasil, o HUPE foi referência no tratamento da COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro, o que dificultou o funcionamento das demais especialidades citadas acima. O funcionamento das demais especialidades retornaram plenamente apenas em agosto de 2020 e atualmente o hospital não é mais referência para o tratamento da COVID-19. Toda via este artigo se ateve a explanar sobre a atuação das assistentes sociais no período de março até agosto de 2020, sendo assim, devemos nos atentar que neste período as demais especialidades do hospital estavam com os seus atendimentos reduzidos drasticamente.

Com a reorganização da instituição, a equipe elaborou uma Ficha de Atendimento Social voltada especialmente para os usuários inseridos nas enfermarias e CTIs da COVID-19. A equipe realizava uma busca ativa de todos os familiares de usuários internados, visando a aproximação com os familiares e as informações eram organizadas na Ficha de Atendimento Social. Para uma melhor sistematização dos dados coletados utilizamos uma planilha e atualmente os dados já foram analisados de forma parcial através da realização de trabalhos de conclusão de residência (TCR), artigos e relatórios.

O nosso serviço, por conta das medidas de distanciamento social e pelo hospital estar com a entrada restrita, realizou a maioria de seus atendimentos via contato telefônico. De forma geral, a maioria dos atendimentos do Serviço Social deste período estavam relacionados a dar orientações sobre o funcionamento da instituição e as suas restrições por conta da COVID-19. Para mais, durante esse período também foram apresentadas demandas que solicitavam um trabalho em rede com os equipamentos das demais políticas, contudo, muitas unidades estavam fechadas ou não tinham condições mínimas de funcionamento como, por exemplo, falta de telefone

[5] O Projeto de Atendimento Social é realizado apenas pela equipe do Programa de Saúde do Adulto. Este projeto, segundo De Paula (2015, p.77), “buscou superar a característica de plantão dando cobertura a quase totalidade das enfermarias de adultos; a preceptoria de residentes e supervisão de estagiários; a discussão de textos e legislações, fortalecendo a dimensão teórica do trabalho.”.

ou internet. Por conta da intensificação do trabalho e os novos desafios desse período, o serviço apresentou muitas dificuldades de ir além de um trabalho que apenas apresentasse respostas pontuais aos usuários.

Mesmo com todo o esforço para a organização do nosso setor, o restante do hospital não demonstrou tamanha preocupação. Pudemos perceber que a grande maioria dos ambulatórios que não participaram da atuação direta no tratamento da COVID-19 fecharam os seus serviços e não se organizaram para manter o fluxo de informações para os seus usuários. Logo os usuários buscavam o nosso serviço em busca de remarcação de consultas ou em busca de algum telefone ou e-mail para contato.

3 OS DESAFIOS DA INTERGRALIDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Neste item iremos apresentar de forma breve a realidade da política de assistência social e os seus rebatimentos na busca pela integralidade.

O Estado do Rio de Janeiro só reconheceu a situação de emergência em saúde por meio do Decreto nº 46.973, em 16 de março de 2020. Em um primeiro momento o decreto previa o período de 15 dias, em vista de não sobrecarregar o Sistema Único de Saúde já em crise. Contudo com o avanço exponencial das infecções as medidas foram se reestabelecendo e se modificando através de novos decretos. Entretanto essas medidas e ações sofreram alterações conforme os planos e decretos dos próprios municípios.

As incertezas em torno das ações também afetaram o funcionamento dos equipamentos das políticas, como mencionado no item anterior. Pudemos observar que o fechamento de inúmeros serviços, exceto os equipamentos da política de saúde, em um primeiro momento, dificultou o nosso processo de trabalho no hospital. A falta de reconhecimento dos equipamentos das demais políticas como essenciais fez com que as unidades fechassem em um primeiro momento e no momento seguinte retornassem os atendimentos de forma precária, sem equipamentos de proteção individual (EPI) e sem instrumentos básicos para a prestação de serviços de forma remota como, por exemplo, telefone, celular, computador ou internet.

Em nosso serviço podemos observar que há uma grande necessidade de articulação com a política de assistência social, já que ela está inserida no território e é reconhecida como "porta de entrada" das políticas por ser o equipamento que realiza a inserção do Cadastro Único. Esses pontos fazem com que ela tenha como potencial uma maior aproximação com os usuários. Para mais, a política de assistência social é encarada como uma das formas de intervir sobre as expressões da questão social o que fez com que ela absorvesse a condição de "integradora"[6].

Mesmo com a tamanha importância dessa política, foi apenas em 29 de junho de 2020 que o município aprova o Plano de Ação da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos através da Resolução SMASDH nº 05 que disserta acerca da atuação no momento de pandemia. Esse plano visava parametrizar as ações desta secretaria em vistas de enfrentar as "mazelas impostas pelas questões sociais emergentes nesse cenário de pandemia, de forma que se possa atingir os melhores resultados possíveis." (RIO DE JANEIRO, 2020).

A resolução apresentada não busca frear o sucateamento da assistência social no Rio de Janeiro. A precarização da política de assistência social só foi ainda mais desnudada na atual crise sanitária. Como pudemos observar, a política de assistência social além de ser sucateada pelo governo federal, com avanços e recuos, desde a sua criação, também fica à mercê das vontades e religiões dos governadores e prefeitos. O sucateamento da assistência social no município do Rio de Janeiro é um projeto e ele se apresentava desde antes de março de 2020 de diferentes formas:

> seja na escassez dos instrumentos de trabalho (telefone, computadores, internet); na falta de infraestrutura, já que os espaços físicos não foram pensados para atender as necessidades da política de assistência social; na falta de assistentes sociais; na falta de profissionais terceirizados pelo não repasse do governo para as ONGs; na falta de carros para ir até os bairros que estão em uma mesma Coordenadoria de Assistência Social e Direitos Humanos (CASDH), já que em média cada CASDH abrange vários bairros, algumas abrangendo até 13 bairros (LOBATO, 2020, p.114)

[6] Segundo Mota (2010, p.135) *apud* Lobato (2020, p.60), busca-se a partir dos anos 2000 "uma passivização da "questão social", que se desloca do campo do trabalho para se apresentar como sinônimo das expressões da pobreza e, por isso mesmo, objeto do direito à assistência e não ao trabalho.". Para Lobato (2020, p. 60), "A classe dominante, sempre buscando recompor a sua taxa de lucro, mercantiliza os serviços sociais e transforma os cidadãos sujeitos de direitos em consumidores; trabalhadores em contribuintes autônomos; o desempregado em um beneficiário da assistência social; e a família em uma célula de uma sociedade socialmente responsável e solidária.".

Após essa concisa exposição da realidade vivenciada em ambas as políticas públicas, podemos vislumbrar sobre os inúmeros desafios impostos a articulação entre as políticas e como isso interfere no processo de trabalho na perspectiva da integralidade. Na saúde a integralidade apresenta dois pilares básicos: a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. O primeiro pilar demanda uma prática profissional que busque um olhar ampliado das questões de saúde, o que necessita de uma equipe multiprofissional que vise "integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde". Já a intersetorialidade deve ser encarada como uma nova forma de atuação que ultrapasse a fragmentação dos saberes e das instituições para que se possa enfrentar os problemas complexos apresentados no cotidiano (MIOTO E NOGUEIRA, 2006, P. 6-7).

Portanto, se pensamos a integralidade, não podemos deixar de observar que a interdisciplinaridade também foi atingida por esse primeiro momento "caótico" já que dentro do próprio hospital tivemos dificuldade de comunicação com os demais serviços, seja porque estavam fechados, seja por causa da alta demanda ou pela desorganização por conta dos imediatismos relacionados à COVID-19, entre outras dificuldades. Para mais, os próprios usuários também não tiveram acesso a esses demais serviços e, como já apresentado, buscavam o nosso atendimento. Porém para que possamos pensar esse processo de trabalho em saúde, devemos relembrar que saúde é materializada como um serviço e que "se funda numa inter-relação pessoal intensa, constituindo-se em um processo de interseção compartilhada." (LAURELL, 1989, p1.9) *apud* COSTA, S/D, p.5).

Logo, a difícil articulação com os demais serviços, sejam internos ou externos ao hospital, e a intensificação do trabalho, prejudicou a realização de uma atuação que buscasse a integralidade durante março a agosto de 2020. Toda via o nosso serviço buscou outras formas de articulação e estratégias de atendimento visando realizar da melhor maneira a assistência necessária aos usuários e famílias.

4 CONCLUSÃO

Após essa breve exposição da realidade vivenciada no campo da saúde, com o relato sobre o processo de trabalho do Serviço Social no programa de Saúde do Adulto, e essa concisa análise sobre as condições de trabalho das assistentes sociais na política de assistência, pudemos revelar os desafios do processo de trabalho na saúde que vise a integralidade.

Entendemos que as demais política públicas também são igualmente importantes quando pensamos um processo de trabalho na perspectiva da integralidade, porém não seria possível esgotar o tema proposto nessas poucas páginas, sendo assim, priorizamos a política de assistência social por conta de sua importância já apresentada durante o artigo.

Na perspectiva de buscar novas formas e estratégias de atuação, faz-se necessário o investimento na formação permanente, junto com a luta política-ideológica da categoria e a articulação com a luta dos trabalhadores. Buscando romper com o conservadorismo, o assistente social deve se apropriar de uma perspectiva teórico-metodológica que "possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade, objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante (...)." (VASCONCELOS, 2001, p.12).

O trabalho coletivo em saúde, tendo em vista que a instituição aqui pensada é um hospital universitário de uma universidade pública, tem o potencial de realizar o seu processo de trabalho na perspectiva da integralidade, contudo, como aqui já dissertado, o espaço profissional é também um local de disputa entre os modelos de saúde. E atualmente, em relação a intersetorialidade, encontramos a intensificação das fragmentações das diferentes políticas.

Toda via, não devemos encarar essas questões como uma dificuldade paralisante, mas sim entendendo que ao reconhecermos nossos desafios, poderemos vislumbrar novas formas de atuação e de luta conjunta aos trabalhadores pois só assim poderemos barrar os avanços e atropelos da cartilha ultraneoliberal. Podendo assim, futuramente, realizar um processo de trabalho coletivo em saúde que não tenha como perspectiva o modelo-hegemônico atual.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? In: **Serviço Social e Sociedade**, n.140. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/Wbf86mT4vwX6HvnSyRy3kkD/?format=pdf&lang=pt . Acesso em: julho de 2021.

BEHRING, Elaine Rosseti.; CISLAGUI, Juliana Fiuza.; SOUZA, Giselle. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: BRAVO, Maria Inês Souza.; MATOS. Maurilio de Castro; FREIRE. S.M.F.(Orgs.) **Políticas Sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BERNARDO, Maria Helena de Jesus; PINTO, Adriana de Jesus Garcia.; MACEDO, Bruna Carolina Pelaggi.; FERREIRA. Dayara da Silva.; SILVEIRA, Roberta Maia. Ações Educativas em Saúde no Campo do Envelhecimento. In: **Interagir: Pensando a extensão**. Rio de Janeiro, nº 23, p. 19-35, jan./jun. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza.; LIMA, Joseane Barbosa de; CORREIA, Maria Valéria Costa. Privatização, mercantilização da saúde e a crise do Rio de Janeiro: desmonte realizado pelas organizações sociais. In: BRAVO, Maria Inês Souza.; MATOS. Maurilio Castro.; FREIRE. Silene de Morais. (Orgs.) **Políticas Sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: julho de 2021.

BRASIL**.** Constituição Federal de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: julho de 2021.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. Disponível em www.fnepas.org.br – ABEPSS – s/d. Acesso em: julho de 2021.

DE PAULA, Darci Cassia. O Trabalho do Serviço Social no HUPE: reflexões acerca do reordenamento do Programa de Saúde do Adulto. Rio de Janeiro, 2015.

DEMIER, Felipe. Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Maud, 2017.

DEMIER, Felipe. O futuro do presente: o ultraneoliberalismo neofacista de Bolsonaro. Disponível em: https://esquerdaonline.com.br/2019/12/19/o-futuro-do-presente-o-ultraneoliberalismo-neofascista-de-bolsonaro/. Acesso em: julho de 2021.

DEMIER, Felipe. Os extremismos de um só extremo: a grande burguesia diante do cenário político nacional. Disponível em: https://esquerdaonline.com.br/2019/10/16/os-extremismos-de-um-so-extremo-a-grande-burguesia-diante-do-cenario-politico-nacional/ . Acesso em: julho de 2021.

DION, Eder da Costa; COSTA, José Ricardo Caetano. A Categoria Trabalho como questão central na sociedade capitalista atual: uma análise à luz da teoria marxista. In: **XXIII Congresso Nacional do CONPEDI**. João Pessoa/PB, v.1, pp.165-185, 2014.

LOBATO, Carla Virginia Urich; MELIANDE, Giulia Tardelli Lourenço.; CARVALHO, Karina Vieira; PEREIRA, Yanka Martins. Residência em Serviço Social e Experiência Profissional na Atenção à Saúde do Adulto frente a pandemia: os desafios para a materialização da integralidade. **In: IX Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde e do XII Simpósio de Serviço Social em Saúde.** Ribeirão Preto, 2020.

LOBATO, Carla Virginia Urich. "A Prática das Assistentes Sociais na Política de Assistência Social do munícipio do Rio de Janeiro". Trabalho de Conclusão de Curso. NEEPSS/FSS/UERJ-Cnpq/FAPERJ, 2020.

MATOS, Maurílio Castro. Trabalho coletivo em saúde e a inserção dos profissionais de saúde. In: _ _. **Cotidiano, ética e saúde: o Serviço Social frente à contrarreforma do Estado e à criminalização do aborto.** São Paulo: PUC/SP (Tese de doutorado), 2009. (pp. 124-159).

MIOTO, Regina Celia Tamaso.; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A.E.; BRAVO, M.I.S; UCHOA, R. et al (orgs.) ***Serviço Social e Saúde*: formação e trabalho profissional.** Brasília: Cortez, OPAS/MS, 2006.

MIOTO, Regina Celia Tamaso; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. In: **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n. 1. 2009.

MONNERAT, Gisele Lavinas; SOUZA, Rosemary Gonçalves. Política Social e Intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. In: **Ser Social** v.12, n.26, Universidade de Brasília, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. A cultura da crise e as ideologias do consenso no ultraneoliberalismo brasileiro. In. CISLAGHI, J. F.: DEMIER, F. (Orgs.) **O neofascismo no poder (ano I): Análises críticas sobre o governo Bolsonaro.** Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

PEREIRA, Camila Potyara; SIQUEIRA, Marcos César Alves. As contradições da Política de assistência social neoliberal. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez: 2010, p.211-229.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. In**: Serviço Social e Sociedade**.Nº.107 São Paulo, jul/set. 2011.

RIO DE JANEIRO. Câmara Municipal. Pedro Ernesto. Disponível em: http://www.camara.rj.gov.br/historia_pedroern.php?M1=acamrio&m2=historia_camara>. Acessado em julho de 2021.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 46.973 de 16 DE MARÇO DE 2020. Disponível em: https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTAyMjI%2C . Acessado em julho de 2021.

RIO DE JANEIRO. Resolução SMASDH, nº5 DE JUNHO DE 2020. Disponível em: http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/61801(RESOLU%C3%87%C3%83O%20SMASDH%2005_2020).pdf . Acessado em julho de 2021.

SOUSA, Camila Farias Martins de.; PINHEIRO, Francisco Pablo Huascar Aragão.; AQUINO, Cássio Adriano Braz de. O campo da Saúde do Trabalhador e o conceito de "processo de trabalho" em Marx – In: **Revista LABOR-UFC/CE**, n.10. v.1, 2013, pp.50-69.

TEIXEIRA, Mary Jane Oliveira. Determinantes Sociais em Saúde: *o Serviço Social no debate contemporâneo*. In**: SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE: Ensaios sobre trabalho e formação profissionais**. Adriana Ramos, Letícia B. da Silva, Luciana G. P. de Paula [orgs]; Valeria Forti, Yolanda Guerra [coordenadoras da série] – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018, pp.47-66

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na saúde. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2001. (p 1-32).

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: **Revista Em Pauta – Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ** – N. 10 (jul. 1997). Rio de Janeiro: UERJ/FSS, 1997, p. 131-181.