

O serviço social em tempos de novo coronavírus: um relato do cotidiano na Atenção Primária à Saúde – APS

The social work in times of a new coronavirus: a daily account of care Primary
Health Care – PHC

El trabajo social en tiempos de nuevo coronavirus: un informe de la vida
cotidiana en Atención Primaria de Salud – APS

Fabiana de Souza CANTO⁽¹⁾
Gladson Rosas HAURADOU⁽²⁾

⁽¹⁾Prefeitura Municipal de Parintins – PMP, Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, Parintins, Amazonas, Brasil.

⁽²⁾Universidade Federal do Amazonas – Ufam, Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia – ICSEZ, Colegiado do Curso de Serviço Social, Parintins, Amazonas, Brasil.

Resumo

Neste estudo apresenta-se um breve relato de experiência sobre o trabalho profissional do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde no município de Parintins, no estado do Amazonas. O objetivo é destacar as potencialidades na atenção e as limitações mais explícitas. Os resultados demonstram que as potencialidades referem-se ao trabalho coletivo, à solidariedade da equipe técnica na confluência da atenção. As limitações envolvem a necessidade de cuidado redobrado quanto à segurança em saúde dada a apreensão dos profissionais por temerem serem infectados e da probabilidade de transmissão a familiares que apresentam comorbidades e/ou estão no grupo de risco; envolvem ainda a necessidade de ampliação do corpo técnico e de equipamentos em razão da crescente demanda por atenção aos casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Esta questão causa tensão na atuação e na relação interprofissional com consequências no cuidado em saúde.

Descritores: Serviço Social; Saúde Pública; Infecções por Coronavírus.

Abstract

This study presents a brief report on the social work in the Primary Health Care's work in the municipality of Parintins in the state of Amazonas. The objective is to highlight the potentialities in care and explicit limitations. The results demonstrate that the local potentialities are linked to collective work and to the solidarity of the technical team at the confluence of care. The limitations involve the need for extra care regarding health security given the apprehension of professionals for fear of being infected and the likelihood of transmission to family members who have comorbidities and / or are in the risk group; they also involve the need to expand the technical staff and equipment due to the growing demand for attention to suspected and confirmed cases of COVID-19. This issue causes tension in the performance and in the interprofessional relationship with consequences in the health care service.

Keywords: Social Work; Public Health; Coronavirus Infections.

Recebido: 31 jul 2020

Revisado: 24 ago 2020

Aceito: 8 set 2020

Autor de correspondência:

Gladson Rosas Hauradou
gladson@ufam.edu.br

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.



Resumen

Este estudio presenta un breve relato de la experiencia sobre el trabajo profesional del Trabajo Social en la Atención Primaria en Salud en la ciudad de Parintins, en el Estado de Amazonas. Tiene el objetivo de resaltar las potencialidades en la atención y las limitaciones más explícitas. Los resultados demuestran que las potencialidades se refieren al trabajo colectivo, a la solidaridad del equipo técnico en la confluencia de la atención. Las limitaciones involucran la necesidad del cuidado extra cuanto a la seguridad en salud ante la aprehensión de los profesionales por temer en la infección y de la probabilidad de transmisión a sus familiares que presentan comorbilidades y/o están en el grupo de riesgo; envuelven aún la necesidad de ampliación del equipo técnico y de equipamientos en razón de la creciente demanda por atención a los casos sospechosos y confirmados de COVID-19. Esta situación genera tensión en la actuación y en la relación interprofesional con consecuencias en el cuidado en salud.

Palabras-claves: Servicio Social; Salud Pública; Infecciones por Coronavirus.

Introdução

[...] Os capitais e seus governos não nos dão tréguas e nem poderiam fazê-lo porque a luta por direitos – da parte dos trabalhadores – e a tentativa de sua supressão – da parte dos capitais e de seus governos – são expressões autênticas da luta de classe.^{1, p. 171}

A epígrafe dá o tom em que pretendemos apresentar a atividade profissional/trabalho do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde. O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho coletivo cuja origem relaciona-se com o advento da industrialização brasileira. Enquanto profissão constituída por trabalhadores e trabalhadoras, ela é atuante em diversos espaços sócio-ocupacionais entendidos como campos de intervenção profissional e, ainda, como campos de produção de conhecimento. Apesar de ser uma profissão de natureza interventiva, a categoria profissional se desenvolve articulando-se, à complexidade da realidade social, à dimensão investigativa no **processo saber-fazer** inerente à riqueza e demandas contraditórias, representando a realidade imediata em que se defronta cotidianamente, o que a configura como profissão, mas também como área de produção de conhecimento.²

Dentre os diversos campos de atuação profissional, destacamos a área da Saúde Pública, política do sistema de Seguridade Social ao lado da Assistência e Previdência Social, particularmente no Sistema Único de Saúde – SUS, que veem atravessando o que se convencionou chamar de **crise sanitária** com a emergência do **novo coronavírus** e da infecção desencadeadora da COVID-19. Considera-se que a **crise sanitária** que se desenrola atualmente no Brasil, e no mundo, guarda íntima relação como uma crise mais abrangente, a **crise estrutural do capital** conforme explicita Mészáros.³ Nesse contexto de crise, a profissão está atravessada por demandas exponenciadas ante o quadro agudo sintetizado na possibilidade de colapso e/ou no colapso dos sistemas de saúde regionais e locais. No Amazonas temos presenciado os efeitos de quase colapso reiteradamente expostos nas

mídias sociais e tradicionais. Mas, como tem se desenvolvido o trabalho da/do Assistente Social num contexto tão adverso? É o que se pretende expor a seguir tomando-se como referência a experiência profissional no SUS Local cujas atividades se mostraram tensionadas, sobretudo, no mês de **maio** de 2020, período com demandas superiores no município (o quantitativo de atendimento de casos relacionados ao novo coronavírus nos vários níveis de complexidade durante a pandemia apresentou um salto o qual pode ser visualizado nas Figuras 1, 2, 3 e 4).

Assim, neste estudo apresentamos um breve relato de experiência sobre o **trabalho profissional** (há na categoria profissional de Serviço Social profícua discussão acerca dessa questão - Serviço Social ser trabalho ou não. Contudo, entendemos o trabalho do Serviço Social na acepção marxiana a qual o concebe como trabalho improdutivo (não cria mais-valia nem serve à autovalorização do capital^{4,5}) do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde – APS no município de Parintins, cidade localizada a 420km da capital, Manaus, no estado do Amazonas e que apresentou o primeiro óbito em decorrência do novo coronavírus. Os objetivos voltam-se para, no plano imediato, destacar as potencialidades na atenção à saúde a partir das vivências e experiências cotidianas, bem como as limitações mais explícitas como forma de contribuir com a produção do conhecimento em tempos tão adversos no campo da saúde coletiva, em especial, o da atenção primária.

O texto está organizado em dois tópicos, precedidos destas considerações iniciais e da metodologia, de modo a tornar mais objetiva a exposição. Um primeiro tópico em que se esboça a relação sócio-histórica do Serviço Social com a Política de Saúde; e um segundo, onde apresenta-se, mais detidamente, o relato de experiência na Atenção Primária à Saúde *in loco* e algumas considerações para finalizar o relato.

Metodologia

Esse trabalho é resultado de algumas das reflexões realizadas pelos autores e está configurado como artigo na qualidade de relato da experiência. Tratam-se dos resultados de investigações teóricas (leituras, fichamentos, revisão bibliográfica, discussão e análise de textos com mediação tecnológica e análise bibliográfica) articuladas à prática profissional cotidiana (e à análise documental de planos de saúde e de enfrentamento à pandemia do novo coronavírus do município e nos sites oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas) realizadas durante os meses de abril, maio, junho, julho e agosto de 2020, que demandaram maior esclarecimento acerca da emergência do novo coronavírus, das ações de enfrentamento à pandemia e da atuação profissional do Serviço Social na pandemia.

O contexto imediato refere-se às ações desenvolvidas pela autora (em diálogo com o coautor) no âmbito do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB no município de Parintins no Amazonas (de acordo com nota técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS de 27 de janeiro de 2020 da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e do Departamento de Saúde da Família houve alteração na modalidade organizacional (nomenclatura) e financeira dos NASFs-AB como veremos no segundo tópico).^{6,7} A autora iniciou as suas atividades há um ano no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, sendo este caracterizado na modalidade NASF 1. Tais núcleos “foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações”.⁸

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, existem [existiam] três modalidades de NASF, conforme consta na Tabela 01. Assim, o trabalho do Serviço Social pauta-se tendo como orientação as normativas técnicas determinadas aos NASFs e aos Parâmetros para a Atuação do Serviço Social na Área da Saúde, tendo como base e referência o Projeto Ético-Político da Profissão. No contexto da Pandemia do novo coronavírus o trabalho demandou um redimensionamento das ações e serviços como se verá a seguir.

Tabela 1. Modalidades de NASF

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial
Fonte: Brasil⁸

Serviço Social e Saúde Pública: para introduzir o relato

No Brasil, o Serviço Social surge na terceira década do século XX, 1936 em São Paulo, engendrado pelo conjunto de transformações que se processaram e levaram à constituição da burguesia industrial e do nascente proletariado urbano. O Serviço Social emerge sob a

regência da Igreja Católica. (O surgimento da profissão no Brasil, particularmente no eixo sul-sudeste, tem a Igreja Católica como “protagonista” conforme consta na historiografia da categoria. Todavia, esse “protagonismo” não se deu de maneira uniformizada nas demais regiões do país, como na Região Norte, por exemplo em Manaus/Amazonas, onde a emergência da profissão esteve a cabo do magistrado André Vidal de Araújo).⁹ Uma profissão que “[...] surge com evidente dimensão política, uma vez que é uma alternativa diante dos interesses burgueses e das necessidades dos trabalhadores em dado momento do capitalismo [...]”¹⁰, p. 375

[...] Esse é um período em que o Estado se torna mais presente por meio de ações sistemáticas e contínuas na vida social. O Estado se amplia, deixando de ter ações apenas pontuais e episódicas, haja vista o recrudescimento dos antagonismos entre as classes, decorrentes do adensamento e da organização da classe trabalhadora, almejando conquistar melhores condições de trabalho e vida, ou seja, em decorrência da hipertrofia das expressões da questão social, em especial no período da passagem do capitalismo concorrencial ao monopolista, que, como nos explica Netto (2001, p. 19), ‘recoloca em patamar mais alto o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica’. Nesse período, inclusive, observamos a ampliação da legislação social em geral impulsionada por um mecanismo tomado pela lógica capitalista, como concessões, sob limites, necessárias em razão das crescentes lutas operárias, objetivando proteger a dominação capitalista de ataques mais intensos dos trabalhadores. E é aí que se situa a política social, o âmbito de trabalho fundamental do assistente social [...].¹⁰, p. 375-376

Em sua origem, recebe as influências do Serviço Social europeu sob a batuta da Igreja Católica.¹⁰ Posteriormente, a partir dos anos 1940 do século XX, passa a receber influências do Serviço Social norte-americano dado o contexto desenvolvimentista estadunidense e de suas reverberações na América Latina.¹¹ Noutras palavras:

O conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começa, especialmente a partir dos anos 40, a ser tecnicado ao entrar em contato com o Serviço Social norte americano e suas propostas de trabalho permeados pelo caráter conservador da teoria social positivista.

Efetivamente, a reorientação da profissão, para atender às novas configurações do desenvolvimento capitalista, exige a qualificação e sistematização de seu espaço sócio-ocupacional tendo em vista atender às requisições de um Estado que começa a implementar políticas no campo social.¹¹, p. 4-5

Essa reorientação da intervenção profissional, sem alteração na essência já que consistia, ainda, na contenção reiterada dos trabalhadores, coaduna-se com as exigências postas pelo reordenamento capitalista a nível global expresso no imperialismo norte americano pós-Segunda Guerra Mundial. A intervenção estatal, mediada pelas políticas sociais então emergentes, visa conter o processo de mobilização social traduzido nos **ataques cada vez mais intensos dos trabalhadores**. Relação contraditória, designada por diversos autores como **questão social**, que se corporifica na relação social posta entre as demandas do patronato e as reivindicações dos trabalhadores na primeira metade do século XX. Exigia-se, portanto, uma **sofisticação de seu enfrentamento** sem mais o apelo explícito à violência contra os trabalhadores urbanos. É o que afirmam Bravo e Matos^{12, p. 26} ao sustentarem “[...] que a ‘questão social’ neste período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos [...]” em razão da importância política destes no cenário nacional.

A “questão” social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (grifos nossos).^{13, p. 77}

É nesse bojo sócio-histórico que se dá a emergência da profissão contemporânea às embrionárias intervenções estatais no campo social, uma vez que é, também, no contexto dos anos 1930 do século XX, e da conjuntura econômica e política vigente, que “[...] ocorre a formulação da política de saúde [...] organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária”.^{12, p. 26} Quanto à saúde pública, esta foi predominante até meados da década de 1960 do século XX e tinha como características a “[...] ênfase nas campanhas sanitárias, a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias [...]”.^{12, p. 26}

A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas em 1923 (Ibid) [sic]. A criação dos institutos redimensionou a abrangência quanto aos serviços prestados diferentemente do que corria com as CAPs.¹²

Destaca-se que há um processo de ampliação, por parte do Estado brasileiro, da incorporação dos assistentes sociais nas políticas sociais feitas ao período, sobretudo, na política de saúde. Nesse sentido, o trabalho do Serviço Social na área da saúde pública

brasileira encontra-se em função das mudanças operadas pelas “[...] exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial [...]”.^{14, p. 173-4}

Há, nesse contexto, a ampliação da atuação profissional na área da saúde potencializada pelo “novo” conceito de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 1948 e que relaciona-se às dimensões biopsicossociais, e não mais somente a ausência de doença. Tal mudança, levou “[...] à requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles os assistentes sociais [...]”,^{12, p. 28} uma forma de responder, via organismos multilaterais, às demandas das populações assoladas pelo “agravamento das suas condições de saúde” sobretudo dos países periféricos cujo escopo exigia atenção multiprofissional.¹²

Ainda conforme Bravo e Matos¹² a consolidação da Política Nacional de Saúde e a ampliação dos gastos com assistência médica, também, foram condicionantes à assimilação de profissionais de serviço social para atuarem na política de saúde.^{11,12}

A partir da década de 1950, com o capitalismo monopolista de Estado, que acentuou a intervenção estatal na economia, surgiram, principalmente nos Estados Unidos, propostas racionalizadoras como a “medicina integral”, a “medicina preventiva” e seus desdobramentos nas décadas de 1960 e 1970, “medicina comunitária” e “integração docente-assistencial”. A emersão destas proposições decorreu da intervenção do Estado no âmbito da atenção médica, da ampliação dos serviços baseados na especialização e tecnologia com o complexo médico-industrial, absorvendo despesas consideráveis no setor e as reivindicações dos trabalhadores por extensão da cobertura.^{14, p. 171-2}

A partir de fins dos anos sessenta se estabelecem profundas alterações no campo da saúde, tanto nacional quanto internacionalmente. Essas alterações relacionam-se, com a crítica de Mészáros,³ sendo denominada como a **crise estrutural do capital**. Mészáros³ concebe, com base em Marx, que “No curso do desenvolvimento histórico real, as três dimensões fundamentais do capital – produção, consumo e circulação/distribuição/realização”,^{3, p. 798} de forma diferenciada do que ocorria com as crises cíclicas que abalavam uma dessas dimensões, a crise estrutural se corporifica quando “[...] a tripla dimensão interna da auto expansão do capital exhibe perturbações cada vez maiores. Ela não apenas tende a romper o processo normal de crescimento, mas também pressagia uma falha na sua função vital de deslocar as condições acumuladas do sistema [...]”^{3, p. 799} com reflexos profundos, também, no trabalho de distintos segmentos sociais e, particularmente, no trabalho do Serviço Social.

Ainda numa perspectiva macrossocial, recorremos a Antunes^{15, p. 31-2} o qual considera que a crise do taylorismo/fordismo se apresenta como expressão fenomênica dessa **crise**

estrutural do capital. Com isso, ele elabora um quadro crítico baseado em: “1) a queda da taxa de lucro [...]; 2) o esgotamento do padrão taylorista/fordista de produção [...]; 3) hipertrofia da *esfera financeira* [...]; 4) a maior concentração de capitais [...]; 5) a crise do *Welfare State* ou ‘Estado de Bem-Estar Social’ [...]; e 6) o incremento acentuado das privatizações [...]”¹⁵, p. 31-2, grifo do autor Assim, como resposta à crise, esse autor assinala:

“[...] iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal [...]; a isso seguiu-se também um intenso *processo de reestruturação da produção e do trabalho*, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores.”¹⁵, p. 33, grifo do autor

Esse conjunto de mediações permitem-nos apreender a forma com a qual a agenda estatal (antenada aos interesses do capital ou dos **capitais**¹ passou a se processar, nacional e internacionalmente, o que implica na sua intervenção no campo social afeito às políticas sociais/públicas como no caso da Saúde Pública brasileira. Esse reordenamento é acompanhado de perto pelos/as profissionais/trabalhadoras/es de Serviço Social, os quais vivenciam cotidianamente os efeitos decorrentes dessa formatação de intervenção estatal na contemporaneidade sob a égide do capital em sua face financeira.¹⁶

Ademais, no Brasil, temos, pelo seu caráter de economia dependente em relação aos países do capitalismo central, a particularidade do trato dado ao social no campo dos direitos de cidadania só efetivados, em parte / *pro forma*,¹⁷ em fins dos anos 1980. Sabe-se que as conquistas referentes ao Capítulo II dos Direitos Sociais da Constituição Federal de 1988 entram em contradição com o advento da voga neoliberal presente na América Latina desde a década de 1970 no Chile, mas que tem sua introdução no Brasil a partir de 1990 do século XX. É preciso destacar esta particularidade quando da articulação macro social acerca das reverberações da “crise estrutural do capital” nas políticas públicas, e demais dimensões sociais, que se fazem presente no país e que atravessam a atuação do Serviço Social.

É, também, em 1990 que se efetiva o SUS com todas as limitações emanadas desse cenário de crise. Um sistema que adota a concepção de saúde mais ampla e que fora concebido para atender amplamente seus usuários na qualidade de direito de cidadania e dever do Estado segundo os **Princípios Doutrinários de Universalidade, Equidade e Integralidade** na atenção e demais princípios organizativos.

A organização do SUS, conforme graus de complexidade (Baixa, Média e Alta)¹⁸ visaria, portanto, dar conta das demandas originárias no seio social por saúde à luz dos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira embasada pelo Movimento Sanitário, mas que

encontrara, e tem encontrado, resistência para sua consolidação em decorrência do embate dos dois projetos políticos em disputa na saúde: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. “O movimento sanitário consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade”.^{12, p.32} Essa tensão não se processa desvinculada da “crise estrutural” que estamos nos referindo.

Esse contexto, dado pelo movimento contraditório sócio-histórico que marca a construção da Política Nacional de Saúde com a proposta de consolidação de um sistema universal no Brasil, entre avanços e retrocessos, propicia os elementos que garantem a base para maior articulação (ou articulação direta) e para o reconhecimento do Assistente Social como profissional/trabalhador da área da Saúde, uma vez que a área da saúde é, e tem sido, “[...] o maior campo de trabalho”^{12, p. 34} da profissão.

Há, portanto, a inserção do/a Assistente Social como profissional da área ao lado de outros profissionais de acordo com as normativas vigentes. De acordo com a Resolução n. 218 de 1997, o CNS reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: 1. Assistentes Sociais; 2. Biólogos; 3. Profissionais de Educação Física; 4. Enfermeiros; 5. Farmacêuticos; 6. Fisioterapeutas; 7. Fonoaudiólogos; 8. Médicos; 9. Médicos Veterinários; 10. Nutricionistas; 11. Odontólogos; 12. Psicólogos; e 13. Terapeutas Ocupacionais.¹⁹ Assim, o Serviço Social passa a ter seu reconhecimento no aparato normativo afeito à Saúde Pública, com sua inserção em equipes técnicas como no NASF – e ainda nos espaços de controle social como conselhos e conferências de saúde –, ou mais **recentemente** quando de sua inserção nas equipes do Viver Sem Limites (instituído em 2011) voltado para as demandas das Pessoas com Deficiência, por exemplo, e nas demais repartições públicas e/ou privadas (neste caso em razão de seu caráter complementar ao SUS) da área da saúde. O Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Plano Viver sem Limite) foi instituído em 2011, e com ele, a criação de Centros Especializados em Reabilitação – CERs como parte do Plano, além da criação, em 2012, da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência. Na operacionalização da atenção nos CERs consta a necessidade de Assistentes Sociais nas equipes).²⁰ É o que consta na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 218/1997 ao destacar que:

[...] a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, colando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social.¹⁹

Nesse contexto contraditório, de reordenamento produtivo e estatal gestado no interior da **crise estrutural** sob o neoliberalismo e demais respostas à crise do capital,¹³ que se consolida o vínculo entre a Saúde Pública e o Serviço Social na atualidade. Vínculo este que se mantém nos vários níveis de complexidade da atenção no SUS e, ainda, **fora** do sistema nos embates contra sua privatização onde encontramos expressivo corpo de intelectuais e profissionais/trabalhadores/as Assistentes Sociais que, aliados/as a outras categorias de trabalhadores/as da área da saúde, lutam contra a mercantilização da Saúde.

“Existe um movimento voltado para a defesa do SUS com vistas à observância da Reforma Sanitária construída no século XX. Sua maior expressão é a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS)”.¹¹, p. 63

A FNCPS foi criada em 2010, pela articulação dos fóruns de saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina, em torno da procedência de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), contrária à lei 9.647/98, que instituiu a figura jurídica das Organizações Sociais (OS) [...].²¹

As ações se debruçam ainda, contra outros desafios recentes como a tentativa de revogação da Emenda Constitucional n. 95 (Teto dos Gastos Públicos) cujos efeitos têm se feito sentir, exponencialmente, com o surgimento da pandemia do novo coronavírus, a partir de fevereiro de 2020 no território nacional:

[...] A EC 95/16 congela os gastos com a educação, a previdência, a saúde; congela os gastos com as políticas sociais, porque no momento da crise, quando há que se priorizar o uso de seu salário, as famílias brasileiras de trabalhadores transferem seus filhos de uma escola privada para uma escola pública. Se a escola pública, incluindo as Universidades, não puderem aumentar os valores para fazer essa política social, nós vamos ter mais gente entrando nela, só que disputando o que é menor. Claro que a qualidade cairá. E essas serão as novas mercadorias que a classe trabalhadora, melhor alocada no mercado de trabalho, passará a comprar. Ela terá que escolher entre comprar educação ou saúde [...].^{1, p. 177}

Tais efeitos, traduzidos em demandas também exponenciadas às/aos profissionais/trabalhadores/as Assistentes Sociais e demais profissionais/trabalhadores/as da área, são vivenciados cotidianamente nos diversos níveis de complexidade do SUS, especialmente, na Atenção Primária à Saúde à guisa de relato de experiência.

Sobre a questão, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria n. 639 de 31 de março de 2020 que Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19)²² em que destacamos entre os vários

profissionais da área da saúde, aqueles com formação em Serviço Social. Conforme seu Parágrafo 1.:

Para fins do disposto nesta Portaria, considera-se profissional da área de saúde aquele subordinado ao correspondente conselho de fiscalização das seguintes categorias profissionais: I - serviço social; II - biologia; III - biomedicina; IV - educação física; V - enfermagem; VI - farmácia; VII - fisioterapia e terapia ocupacional; VIII - fonoaudiologia; IX - medicina; X - medicina veterinária; XI - nutrição; XII - odontologia; XIII - psicologia; e XIV - técnicos em radiologia”.²²

Esta Ação volta-se para o cadastro de profissionais destinados a compor um **quadro de reserva** cuja “[...] intenção é criar um cadastro geral de profissionais habilitados, que poderá ser consultado por gestores federais, estaduais, distritais e municipais do SUS, em caso de necessidade, para orientar suas ações de enfrentamento à COVID-19”.^{23, p. 1}

O Serviço Social na Atenção Primária à Saúde em Parintins: eis o relato...

A cidade de Parintins está localizada à margem direita do rio Amazonas, com uma área de 5.952km². Ela está a 369 quilômetros da capital, Manaus, em linha reta, e a 420km por via fluvial. Logo, a cidade está em torno de 15 horas descendo, e 27 horas subindo de viagem pelo rio Amazonas. Além disso, por via aérea, o tempo estimado de viagem é de uma hora e meia, partindo de Manaus.²⁴ A população estimada do município é de 102.033 habitantes, sendo 68,5% na área urbana e 31,5% na área rural conforme o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de 2010.²⁴

O município de Parintins é reconhecido nacional e internacionalmente pela realização de seu Festival Folclórico com a disputa entre dois grupos folclóricos de Boi-Bumbá (Garantido e Caprichoso), realizado na última semana de junho, e que teve sua última edição “adiada” em razão da emergência do novo coronavírus.

O sistema local de saúde do município segue as normativas/diretrizes nacionais sobre a implantação e implementação do SUS. Dessa forma, dado “o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde – APS”,⁶ ou seja, a nova configuração do financiamento da política de saúde nesse nível b (e demais políticas sociais),¹ houve a redefinição, ou redimensionamento, das ações e serviços no âmbito da Atenção Primária afeita aos NASFs²⁰ e com isso a homogeneização na conformação dos núcleos. De acordo com Plano Municipal de Saúde de Parintins (2017), haviam 04 Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família – NASF em atividade até a publicação da Nota Técnica, n. 3/2020-DESF/SAPS/MS de 27 de janeiro de 2020 que levou a alteração na modalidade organizacional (nomenclatura) e financeira dos NASFs-AB. Segundo a Nota:

Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no CNESs como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.^{6, p. 1}

É nesse contexto que se desenvolvem as ações e serviços em que a autora atua.²⁰ É, também, nesse contexto que Parintins, e o estado do Amazonas, apresentam o primeiro óbito em decorrência do novo coronavírus no dia 24 de março de 2020.²⁵

[...] alguns especialistas chamam o novo vírus só pelo "sobrenome": coronavírus. Esse termo é, na verdade, o nome da família do vírus que se espalha hoje pelo mundo. Também são coronavírus o Sars [Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2] ou síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2], que atingiu a China e foi em identificado em 2002, e o Mers [síndrome respiratória do Oriente Médio], que causou uma epidemia em 2012 no Oriente Médio. A família tem mais integrantes que atingem humanos e outros que circulam só entre animais. É justamente por já existirem outros coronavírus que o causador da atual crise é chamado de "novo coronavírus".^{26, p. 1}

O caráter de **novo**, e da classificação como pandemia e, com isso, a abrangência alcançada pelo vírus imprimiu na atuação profissional uma tensão desdobrada em algumas dimensões: afeitas ao autocuidado ante a atenção aos usuários dos serviços; outra relativa ao cuidado (diga-se: segurança sanitária) em relação aos demais membros da equipe técnica.

Nós assistentes sociais estamos trabalhando em escala igual aos outros profissionais. Auxiliamos no acolhimento. Prestamos informação quando nos é solicitado sobre aquilo que é referente à nossa profissão. Temos que estar informados sobre o mapeamento dos serviços de saúde do município para poder prestar informações e atendimento com qualidade.^{6,24,27} Em relação ao número de atendimento no que tange a parte específica da nossa prática profissional atendemos de três, quatro pacientes nos dias que estamos trabalhando, mas no geral contando com o atendimento da nossa equipe temos uma demanda maior, de 10 a 20 atendimentos em que participamos diretamente.^{8,22} Nós estamos à disposição para contribuir no fluxo do atendimento nas unidades, pois como se sabe os atendimentos normais estão suspensos [FSC].^{6,8,24,27}

Ficamos apreensivos. Não é nem medo [pela gente] de ficarmos doentes, mas sim de infectarmos os nossos parentes que moram na mesma casa. Acho que [é] isso [o] que mais nos deixa com medo. Muitos moram com os pais, avós, pessoas com comorbidades que são do grupo de risco. Isso eu já presenciei que muitos tem essa preocupação. Entre esses grupos mais vulneráveis e suscetíveis, estão: Idosos; Diabéticos; Hipertensos; Quem tem insuficiência renal crônica; Quem tem doença respiratória crônica; Quem tem doença cardiovascular.²⁸ Na unidade de saúde em que estou trabalhando dois [profissionais foram infectados pelo novo coronavírus], mas, alguns foram afastados com suspeita, estão aguardando a realização do teste. A Secretaria Municipal de Saúde de Parintins – Semsa emite nota pública sobre a quantidade de profissionais infectados por meio de seus boletins. Além de atenção psicológica aos profissionais da linha de frente quando necessário. Ainda não realizaram testagem em todos os profissionais da saúde que estão na linha de frente [FSC].

Essa tensão tende a se refletir na atuação junto aos cidadãos que buscam acesso aos serviços de saúde. Ademais, há que se ratificar que a crise não é somente sanitária, é, pois, também da ordem burguesa e seus desdobramentos se fazem sentir no cotidiano das ações e serviços.^{1,3,5,12,13} Com a confirmação do primeiro óbito na cidade (Figura 1) essa tensão aumentou.



Figura 1. Boletim Oficial 1, março de 2020
Fonte: Prefeitura de Parintins (março de 2020).

Diante da tensão a que nos referimos, o **trabalho profissional** segue conforme o fluxo de demanda e as orientações protocolares.^{7,22} Como:

O acolhimento que envolve a prestação de informações aos usuários, que a depender da necessidade, muitas vezes podem ser encaminhados aos demais setores/secretarias do município. Com a pandemia houve alteração na alocação profissional. As ações e serviços realizaram-se na **Unidade Básica de Saúde da União**, bairro periférico do município, em abril, três vezes na semana de 8 às 14h. Em **maio** trabalhei duas vezes na semana de 08 às 17h com uma hora de almoço. Preferia ficar na unidade a ir almoçar em casa, comia por lá mesmo, pedia comida delivery ou muitas vezes fazíamos na unidade com os colegas que colaboravam pra fazer almoço, muitos não iam às suas casas pra almoçar no mês de **maio**, intenso, houve a necessidade de se fazer plantão. Trabalhei em **maio** de 08 às 17h com uma hora de almoço e folgava dois dias [FSC].

Além dos protocolos de atenção, algumas situações exigem mais dos profissionais. É o caso do **Regime de Sobreaviso** que, também, é um imperativo e realidade constante. A depender da necessidade, a autora é requisitada a atender casos/demandas estando à disposição da Secretaria de Saúde, situação que não ocorria no período anterior à **pandemia**. Isto ocorreu, por exemplo, no mês de **maio** (Figura 2).



Figura 2. Boletim Oficial 2, maio de 2020
Fonte: Prefeitura de Parintins (maio de 2020)

Estava no meu dia de folga e me chamaram pra fazer uma visita domiciliar na área da UBS em que sou lotada. O paciente estava sofrendo maus tratos e negligenciado pela família. Era um idoso. A família não queria levá-lo para o hospital para ser internado, pois o mesmo estava com suspeita de COVID-19. Tive que acionar o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Creas e assim conseguimos que um familiar o acompanhasse no hospital. Quando o diretor do posto me ligou não me informou que se tratava de um caso suspeito, mas fui com Equipamento de Proteção Individual – EPI's. Esse mês também fui chamada às pressas pra elaborar parecer social pra dois usuários, [necessidade de] renovar [atenção nos serviços], mas tive que ir à UBS no meu dia de

folga. A coordenadora da atenção básica informou que poderíamos ser chamados para casos assim [FSC].

O **trabalho profissional** é permeado, portanto, pela forma como a política social/pública de saúde vem sendo conduzida.^{1,3,11,12,14,15,21} Desde a promulgação da EC 95¹ temos presenciado a intensificação dos retrocessos no campo dos direitos sociais, especialmente os vinculadas às políticas de Seguridade Social. A situação de crise sanitária acentuou essa questão a nível de Brasil no que concerne à redução das receitas voltadas às políticas sociais sob o aval do Estado.¹

A autora destaca que houve, por exemplo, falta de EPIs em um dado momento. No início da pandemia em Parintins, em meados de março quando fui deslocada para a UBS União faltou EPIs. Mas a partir de abril não faltou nenhum dia. Estamos bem servidos de EPIs, pois não faltou mais. A resolução da carência de material encontra-se nas intervenções contingenciais que exigiram resposta imediata dos governos locais ante a imprecisão da atuação do Governo Federal²⁹ com reflexos no agir profissional como o **cansaço**. O desgaste se intensificou em relação às rotinas anteriores ao novo Coronavírus^{1,12,14,21} imprimindo limitações às ações em seu *quantum* qualitativo.

Por outro lado, a relação com os demais membros da equipe técnica “é boa. Há respeito [recíproco] profissionalmente, todos se ajudam, ninguém tenta sobrecarregar o outro [FSC]”. Esse aspecto leva ao que se infere como dimensão positiva dessa relação frente à pandemia, pois refere-se ao acolhimento entre os profissionais.

O acolhimento está sendo importante para melhorar o atendimento. Ouvir a demanda dos cidadãos e cidadãs e direcioná-los ao atendimento específico que procura, diminuindo, assim, as filas e a sobrecarga a profissionais, especialmente aos médicos, pois muitas vezes o que o usuário procura nem sempre é com o médico que se resolve, mas pode ser sanado por outros profissionais. O acolhimento pode vir a ser mais potencializado [FSC].

O **acolhimento** se expressa como um **contraponto** às limitações mais explícitas no **trabalho profissional**. Segundo a autora, estas limitações são relativas à falta de “mais profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem para [a realização de] visitas nesse período, àquelas [situações /ou casos em] que há necessidade de nossa presença [e] temos que utilizar nosso próprio meio de transporte” [FSC]. Estas são algumas das questões não apreendidas imediatamente dada a urgência da atenção, mas que guardam relação com os retrocessos já sinalizados anteriormente.¹

A título de exemplo do impacto da pandemia no **trabalho profissional**, traz-se à luz o desabafo de uma profissional de Serviço Social que trabalha em um Estabelecimento de Saúde de Média Complexidade. Esse registro fora disponibilizado em um grupo de *WhatsApp* de profissionais de área e reflete o grau de insuficiência, durante o mês de abril,

há uma semana do início de **maio**, na atenção quando se considera a necessidade de mais recursos humanos em tempos de pandemia do novo coronavírus.

Sou [FSC] assistente social do hospital [e] não estão sendo nada fáceis nossos plantões. Cada dia está aumentando mais os atendimentos e os números de pacientes positivos no teste rápido para COVID 19. Não tomamos água direito, não vamos ao banheiro direito, usamos uma roupa extremamente quente, porque só assim podemos estar “menos expostos ao vírus”. Máscara por cima de máscara, luvas e touca durante 12 horas, só tiramos para almoçar e lanchar à tarde. Atendemos os acompanhantes que vão no hospital para receber os materiais de higiene pessoal, roupas etc. Não tem ninguém que faça isso por nós no momento e temos que dar conta de outras demandas como Tratamento Fora de Domicílio – TFDs (Programa do Ministério da Saúde voltado para atender usuários em outros municípios ou regiões de saúde em razão da ausência de suporte institucional local para o atendimento necessário), fichas sociais... Tá sendo extremamente exaustivo. Chego em casa aos prantos por medo de não saber se vou dar conta nos próximos plantões, medo de errar, mas na situação em que estamos é humanamente impossível não ter erros. Ainda bem que são pequenos e podem ser resolvidos posteriormente. Me doo de corpo e alma, mesmo assim eu sei que não é o suficiente. Temos 26 pacientes internados na unidade e todos eles não podem ter acompanhante, o resultado é: profissionais (corpo técnico em geral) extremamente esgotados físico e psicologicamente. Diante disso só temos um pedido, fiquem em casa!

O **trabalho profissional** do Serviço Social, assim como dos demais **trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde**, em tempos de pandemia do novo coronavírus, como revelados anteriormente, toma uma dimensão exponencial ante o dado atípico da realidade contemporânea manifestado na COVID-19.

Vencer a doença tem sido um desafio coletivo presente no cotidiano profissional da Atenção Básica, tanto no caso do NASF em questão, quanto nos demais níveis de complexidade. Ante esse quadro agudo de enfrentamento, sobre o qual já se visualiza certa desaceleração dos números de infectados (Figuras 3 e 4), assim como dos óbitos, o Serviço Social permanece realizando seu trabalho segundo os protocolos de segurança e segundo os parâmetros técnicos, éticos e políticos inerente ao saber-fazer no cotidiano na Atenção Primária.^{6,8,24,27}

As perdas são sempre irreparáveis e se refletem, inevitavelmente, no **trabalho profissional** como destacamos anteriormente. Contudo, a atenção aos usuários dos bens e serviços em saúde na Atenção Primária segue em frente na conjugação de esforços com os demais membros da equipe multiprofissional.

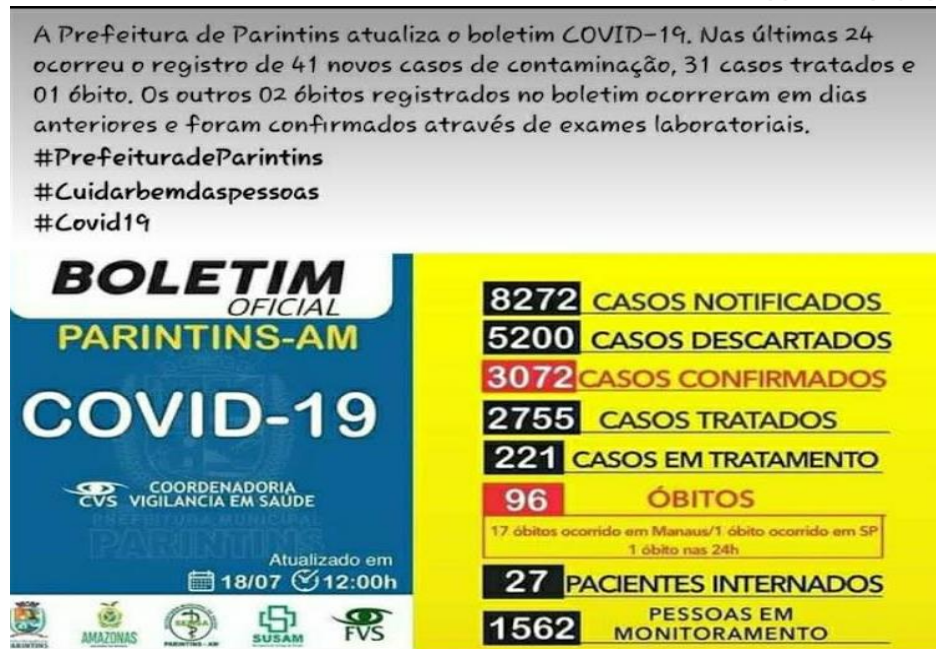


Figura 3. Boletim Oficial 3, julho de 2020
Fonte: Prefeitura de Parintins (julho de 2020).

A Prefeitura de Parintins atualiza os dados do boletim. Nas últimas 24 horas houve o registro de 24 novos casos de contaminação e 44 casos tratados. Não ocorreu óbito.

#PrefeituraDeParintins
#Cuidarbemdaspessoas
#Covid19



Figura 4. Boletim Oficial 4, julho de 2020
Fonte: Prefeitura de Parintins (julho de 2020).

Conclusão

Buscou-se neste estudo apresentar um breve relato de experiência sobre o **trabalho profissional** do Serviço Social na Atenção Primária à Saúde – APS no município de Parintins no estado do Amazonas, uma vez que o município apresentou o primeiro caso de óbito em decorrência da pandemia do novo coronavírus.

Como destacado ao longo desta reflexão, a crise sanitária que se vivencia não está dissociada da “crise estrutural do capital” cujas consequências se fazem sentir no cotidiano profissional.

No plano imediato, destacam-se algumas potencialidades na atenção à saúde a partir das vivências e experiências na Atenção Primária no NASF, bem como as limitações mais explícitas como forma de contribuir com a produção do conhecimento sobre a dinâmica da atenção à saúde face ao avanço do novo coronavírus.

Dessa forma, considera-se que as potencialidades referem-se ao trabalho coletivo, à solidariedade da equipe técnica na confluência do cuidado. As limitações envolvem a necessidade de cuidado redobrado quanto à segurança em saúde dada a apreensão dos profissionais (**trabalhadores e trabalhadoras**) por temerem serem infectados e da probabilidade de transmissão a familiares, que apresentam comorbidades e/ou estão no grupo de risco, bem como, a necessidade de ampliação do corpo técnico e de equipamentos, dada a crescente demanda por atenção aos casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Esta questão tensiona a atuação e a relação interprofissional com consequências no cuidado.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes - e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas – Fapeal pelos incentivos às nossas investigações.

Referências

1. Granemann S. O desmonte das políticas de seguridade social e os impactos sobre a classe trabalhadora: as estratégias e a resistência. *Serv Soc Rev.* 2016;19(1):171-84. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2016v19n1p171>.
2. Mota AE. Serviço social brasileiro: profissão e área do conhecimento. *Rev Katálysis.* 2016;16(n. esp):17-27. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000300003>
3. Mészáros I. Para além do capital. São Paulo: Boitempo; 2002.

4. Marx K. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural; 1996. Lv. 1, T. 1.
5. Netto JP, Braz, M. Economia política: uma introdução crítica. 3a ed., Vol. 1. São Paulo: Cortez; 2007. (Biblioteca Básica do Serviço Social).
6. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS. 2020 [citado 28 maio 2020]. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_NASF-AB_Previne_Brasil.pdf.
7. Conselhos Regionais de Serviço Social. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, DF: CFESS; 2009 [citado 30 ago 2020]. Disponível em: http://www.cressrs.org.br/arquivos/documentos/%7B3412879E-C2CC-4367-9339-847E62E3E82E%7D_parametros_saude.pdf.
8. Ministério da Saúde (BR), Estratégia Saúde da Família: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). [s.d.] [citado 20 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>.
9. Fundação Getúlio Vargas. [Dicionário biográfico]. Rio de Janeiro: FGV; c2009 [citado 29 ago. 2020]. Araujo André Vidal de. Disponível em: <http://www.fgv.br/Cpdoc/Acervo/dicionarios/verbete-biografico/araujo-andre-vidal-de>.
10. Forti VL. Pluralismo, serviço social e projeto ético-político: um tema, muitos desafios. Rev Katálysis. 2017;20(3):373-81. <https://doi.org/10.1590/1982-02592017v20n3p382>.
11. Yazbek MC. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. [s.l.]: CFESS/ABEPSS; 2009. (Curso de especialização *lato sensu* em serviço social: direitos sociais e competências profissionais).
12. Bravo MIS, Matos, MC. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: Bravo, MIS., organizadora. Saúde e serviço social. São Paulo: Cortez; 2006.
13. Yamamoto MV, Carvalho R. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19 ed. São Paulo: Cortez; CELATS, 2006.
14. Bravo MIS. Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez; 2013.
15. Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e negação do trabalho. [2 ed., 10 reimp. rev. e ampl.]. São Paulo: Boitempo; 2009.

16. Yamamoto M. Serviço social e tempo da capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez; 2011.
17. Couto BR. O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?. São Paulo. Cortez; 2004.
18. Paim J. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção temas em saúde).
19. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 218, de 06 de março de 1997 [citado 6 maio 2020]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html.
20. Hauradou GR. A saúde auditiva em Manaus: reflexões sobre os serviços de atenção saúde auditiva a partir do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2016.
21. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Em defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade. nov. 2011 [citado 15 jun. 2020]. Disponível em:
<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>.
22. Brasil. Portaria n. 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). 2020 [citado 15 jun. 2020]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738>.
23. Pires C. Governo cadastra 14 categorias de profissionais da saúde para combate à Covid-19. Jornal do Comércio. 2 abr. 2020 [citado 6 maio 2020]. Disponível em:
https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/especiais/coronavirus/2020/04/732773-governo-cadastra-14-categorias-de-profissionais-da-saude-para-combate-a-covid-19.html.
24. Parintins (AM). Plano de enfrentamento ao coronavírus (COVID-19) no município de Parintins 2020. Parintins (AM): SEMSA; 2020 [citado 3 jun. 2020]. Disponível em:
http://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/PLANO_DE_CONTING%C3%8ANCIA_PARINTINS.pdf.
25. Amazonas registra primeira morte pelo novo coronavírus. Atual. 24 mar. 2020 [citado 4 maio 2020]. Disponível em: <https://amazonasatual.com.br/amazonas-registra-primeira-morte-pelo-novo-coronavirus/>

26. Dantas C. Coronavírus, Covid-19, Sars-Cov-2 e mais: veja a explicação para 16 termos usados na pandemia. G1. 24 mar. 2020 [citado 1 jun. 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/24/coronavirus-covid-19-sars-cov-2-e-mais-veja-a-explicacao-para-16-terminos-usados-na-pandemia.ghtml>.
27. Parintins (AM). Plano municipal de saúde do município de Parintins 2018-2021. [Parintins (AM): SEMSA]; 2017.
28. Veja quais grupos são mais vulneráveis ao coronavírus e por quê. O Globo. 12 mar. 2020 [citado 15 jun. 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/12/saiba-quais-sao-os-grupos-mais-vulneraveis-ao-coronavirus-e-por-que.ghtml>.
29. Falcão M, Vivas F. Supremo decide que estados e municípios têm poder para definir regras sobre isolamento. G1. 5 abr. 2020 [citado 10 jun. 2020]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/stf-decide-que-governadores-prefeitos-podem-decretar-isolamento-na-pandemia-24373750>.

Minicurrículo

Fabiana de Souza Canto | ORCID: 0000-0003-1005-7687

Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins – SMS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (Mestrado Profissional, IAM/FIOCRUZ-PE-ILDM/FIOCRUZ/AM) do Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazônia - ILDM/Fiocruz/AM. Pós-Graduada pela Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal do Amazonas - Ufam. Graduada em Serviço Social pelo Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia da Universidade Federal do Amazonas – CCSS/ICSEZ/Ufam, Parintins, Brasil.

Gladson Rosas Hauradou | ORCID: 0000-0002-9141-2443

Professor Adjunto I do Colegiado do Curso de Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia da Universidade Federal do Amazonas – CCSS/ICSEZ/Ufam. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas – PPGSS/FSSO/Ufal. Bolsista da Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES); Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL). Mestre em Serviço Social pela Ufam, Manaus, Brasil. Especialista em Psicopedagogia Institucional pela Faculdade Integrada do Brasil – Faibra, Teresina, Brasil. Graduado em Serviço Social pela Universidade Nilton Lins, Manaus, Brasil.