



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**  
**MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**Carina Bárbara de Carvalho Dornelas**

**Trabalho em saúde e Serviço Social: reflexões acerca dos valores expressos**  
no cotidiano da Residência Multiprofissional em Saúde

**Juiz de Fora – MG**

**2025**

**Carina Bárbara de Carvalho Dornelas**

**Trabalho em saúde e Serviço Social: reflexões acerca dos valores expressos  
no cotidiano da Residência Multiprofissional em Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-graduação em Serviço Social,  
da Universidade Federal de Juiz de  
Fora como requisito parcial à obtenção  
do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marina Monteiro de Castro e Castro

Juiz de Fora – MG

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Dornelas, Carina Bárbara de Carvalho.

Trabalho em saúde e Serviço Social : reflexões acerca dos valores expressos no cotidiano da Residência Multiprofissional em Saúde / Carina Bárbara de Carvalho Dornelas. -- 2025.

163 p.

Orientador: Marina Monteiro de Castro e Castro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2025.

1. Trabalho em Saúde. 2. Cotidiano. 3. Valores. 4. Residência Multiprofissional. I. Castro, Marina Monteiro de Castro e, orient. II. Título.

**Carina Bárbara de Carvalho Dornelas**

**Trabalho em saúde e Serviço Social:** reflexões acerca dos valores expressos no cotidiano da Residência Multiprofissional em Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**

**Profª Drª Marina Monteiro de Castro e Castro** - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profª Drª Luciana Gonçalves Pereira de Paula**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profª Drª Leticia Batista da Silva**

Universidade Federal Fluminense

Juiz de Fora, 21/01/2025.

---



Documento assinado eletronicamente por **Marina Monteiro de Castro e Castro, Professor(a)**, em 20/02/2025, às 14:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Letícia Batista da Silva, Usuário Externo**, em 25/02/2025, às 07:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Goncalves Pereira de Paula, Professor(a)**, em 26/02/2025, às 13:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2203478** e o código CRC **36B65211**.

---

## AGRADECIMENTO

Sinto que este momento é um desabafo. Uma expressão do misto de sentimentos que vivi durante essa caminhada de dois anos tão árdua e que, muitas vezes, eu não conseguia expressar. Talvez seja porque minha linguagem de amor é mais tempo de qualidade do que palavras de afirmação. Vocês com certeza sabem disso.

Inicialmente, assim como já feito em minhas orações, elevo meu agradecimento a Deus, pela proteção e infinidade de bênçãos que me proporciona viver.

À mamãe e papai, Rosemeire e Márcio, pelo incentivo e abdicção de tantas coisas em suas vidas por nossa família e para o encaminhamento das filhas. Sem vocês a realização desse sonho não seria possível. Me lembro, com os olhos marejados de lágrimas, das vezes em que pensei em desistir e vocês me diziam o quanto eu era inteligente e que daria conta. E não é que foi mesmo? Meu papai quantas vezes me buscava de BQ para eu não perder o horário das aulas na faculdade, minha mamãe quantas vezes me levava frutas cortadas, suco e/ou água para eu não ficar de estômago vazio enquanto estudava. Isso que para mim é ser abençoada na vida. Ter vocês. É por vocês que faço questão de voltar para casa aos finais de semana. Todas as vezes que eu disser que eu os amo ainda serão insuficientes para expressar esse sentimento genuíno. Para sempre, a rapinha do tacho/o ovo de indez de vocês (com muito orgulho, viu?).

Às minhas irmãs, Camila e Catiane, por sempre vibrarem pelas minhas conquistas e pelo incentivo, torcida e orações. Incrível pensar que a caçula de vocês teria o título de mestre algum dia, hein? Aquela mesma criança que desobedecia e criava caso com as duas irmãs mais velhas resultando em braço quebrado após um tombo de bicicleta e uma porta estourada após a discussão sobre mudança de canal na TV. Ahh, o amor de irmãs...rsrs

À Giselle, minha gêmula. Minha melhor amiga. Minha outra irmã. Fruto, inclusive, da graduação na UFJF. Você que me conhece em tudo e que já me afagou em tantas vezes, dentre minhas inúmeras crises de ansiedade e até mesmo identidade. Você sempre acreditou em mim e na minha carreira acadêmica, mais do que eu mesma, em muitas vezes. Sinto que és uma expressão do cuidado e amor de Deus comigo. Te amo “mil milhões”.

Ao Péterson, carinhosamente apelidado como Pepêzin, que sempre torceu por mim, demonstrou amor, me deu abrigo e segurança. Agradeço por tudo que vivemos juntos. Você esteve presente em todos os meus momentos de fragilidade durante esse período e eu serei eternamente grata a você pelo amadurecimento. Te desejo todas as melhores coisas do mundo. Você merece! Obrigada!

Ao Fael, que sempre foi, e continua sendo, instrumento de Deus na minha vida independentemente das circunstâncias. Agradeço pelas orações, palavras de sabedoria e incentivo constante que me impulsionaram a seguir em frente nos meus momentos mais desafiadores. Suas palavras são fogo abrasador. Ser sua amiga-irmã é uma benção!

Às queridas Lu e Amandinha, minha composição Power Puff Girls. Nunca poderia imaginar conhecer mulheres tão amorosas como vocês em um ambiente de trabalho. Obrigada pela sensibilidade, incentivo, por me ouvirem e ajudarem a lidar com minhas batalhas internas. Vocês nunca duvidaram da minha capacidade e vibraram com minha aprovação no doutorado como se fosse com vocês próprias. Isso não tem preço. Isso que é amizade. Mil vezes, obrigada! Amo vocês!

À Marina, minha orientadora tão querida, a qual possuo admiração e carinho a perder de vista. Me lembro de Letícia brincando na Qualificação que você era um calmante natural diante do meu nervosismo e expressões faciais de desespero que transpareciam em todas as orientações, rs. Em cada pergunta, comentário e reflexão compartilhada era evidente seu compromisso com minha formação e rigor acadêmico. Sou imensamente grata pelo diálogo construtivo, pela paciência e dedicação. Você me inspira! Nossa parceria deu certo graças a sua organização e afeto.

À banca examinadora, tão potente, composta pelas professoras Luciana e Letícia, por terem dedicado seu tempo e conhecimento à análise e avaliação deste trabalho. A experiência e contribuições de vocês enriqueceram significativamente esta pesquisa, apontando caminhos e sugestões para o aprimoramento do conteúdo e abordagem adotados.

À minha querida turma de mestrado 2023.1: Isa, Samu, Lay, Bru, Mari, Paula e Lígia. Vocês trouxeram leveza e afeto ao processo tão pesado e desgastante das disciplinas, através dos incontáveis cafés, choros, sorrisos, reclamações, consolo e, principalmente, pela compreensão da minha particularidade do trabalho. Serão para sempre a melhor turma do PPG!

A todos os funcionários do PPG/FSS-UFJF pelo comprometimento e dedicação. À coordenação do Programa, na pessoa da professora Ednéia Oliveira, aos professores que ministraram as disciplinas semestrais, aos administrativos e terceirizados. Especialmente Monaliza e Paulo, que sempre nos atendem com tanta prontidão na solução de dúvidas, auxílio em processos administrativos e/ou organização de atividades, com muito profissionalismo e cordialidade. A história se repetirá por mais quatro anos.

A todos os profissionais da saúde com os quais tive contato, em especial a equipe do Serviço Social das unidades Dom Bosco, CAPS, e Santa Catarina do HU-UFJF, com os quais tanto aprendi e refleti em diversos momentos de preceptoría que, muitas vezes, ecoavam mais questionamentos do que repostas, mas que também foram engrenagens para a realização deste trabalho. Da mesma forma, aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, em especial à UBS Olavo Costa e à UBS São Pedro.

À minha família extensa e todos os amigos que sempre torceram pelo meu progresso, nas incontáveis horas de conversa, quando nos encontrávamos, ou mesmo pelo contato somente por envio de reels na superficialidade cotidiana.

Finalmente, a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, torceram pelo meu crescimento: muito obrigada! Estou pronta para tudo o que me reserva após a tão sonhada aprovação no Doutorado da UERJ e UFJF. Nem em meus melhores sonhos poderia imaginar poder escolher. Dentre as possibilidades objetivas, a predileção: doutoranda UFJF 2025.1!



## RESUMO

Este estudo foi realizado com a finalidade refletir sobre como são expressos os valores profissionais no cotidiano de trabalho do assistente social no âmbito da Política de Saúde, tendo como cenário de estudo os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH). Entendemos que o processo de formação nas Residências possibilita a suspensão do cotidiano e dispara reflexões sobre os elementos que o constituem, através dos eixos teóricos e teórico-práticos desenvolvidos nesta modalidade de pós-graduação. O cotidiano é um espaço onde aparecem as questões éticas e de possíveis conflitos profissionais e permeado por valores postos na sociabilidade burguesa. Desta forma, partiu-se da seguinte indagação: os profissionais assistentes sociais internalizam os valores emancipatórios hegemônicos defendidos pela categoria profissional ou reproduzem práticas e valores alinhados à lógica conservadora, ou mesmo cometem um “autoengano” diante do espaço de imediaticidade e superficialidade do cotidiano? Com o intuito de desvelar essas questões, esta dissertação se desenvolveu a partir de uma pesquisa qualitativa, demarcada pela perspectiva crítica de análise da realidade, entendendo-a enquanto totalidade, a partir da teoria marxista. O caminho analítico proposto fundamenta a discussão articulando os elementos constitutivos do cotidiano do trabalho em saúde às requisições profissionais postas aos assistentes sociais nesta área. Tivemos como base uma pesquisa bibliográfica com o mapeamento de produções acadêmicas relacionadas a temática em livros e artigos científicos; pesquisa nas plataformas periódicas da área do Serviço Social, disponíveis no site da ABEPSS; além de Teses e Dissertações no Catálogo da Capes. A pesquisa de campo se desenvolveu por meio da realização de um grupo focal, com assistentes sociais residentes, a fim de apontar os limites e possibilidades da intervenção articulada aos valores que direcionam o Projeto Ético-Político Profissional. Os resultados evidenciaram o posicionamento profissional crítico dos residentes do Hospital Universitário da UFJF diante dos desafios postos à realidade concreta no cotidiano de trabalho em saúde.

Palavras-chaves: Trabalho em Saúde; Cotidiano; Valores; Residência Multiprofissional

## ABSTRACT

This study was conducted with the purpose of reflecting how professional values are expressed in the daily work of social workers within the scope of the Health Policy, focusing on the Multiprofessional Health Residency Programs (RMS) at the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH). We understand that the training process in the Residencies enables a suspension of daily routines and triggers reflections on their constitutive elements through the theoretical and theoretical-practical axes developed in this postgraduate modality. Daily life is a space where ethical issues and potential professional conflicts emerge, permeated by values placed on bourgeois sociability. That way, the following question was posed: Do social workers internalize the emancipatory hegemonic values advocated by their professional category, or do they reproduce practices and values aligned with a conservative logic or even engage in "self-deception" within the realm of immediacy and superficiality characteristic of daily routines? With the aim of unveiling these issues, this dissertation was developed based on qualitative research, marked by a critical perspective of reality analysis, understanding it as a totality from the Marxist theory. The proposed analytical approach grounds the discussion by articulating the constitutive elements of everyday work in healthcare with the professional demands placed on social workers in this field. Our research was based on a bibliographic review, mapping academic productions related to the topic in books and scientific articles; research in periodic platforms within the field of Social Work, available on the ABEPSS website; as well as theses and dissertations from the Capes Catalog. The field research was conducted through a focus group with resident social workers to highlight the limits and possibilities of intervention in alignment with the values that guide the Professional Ethical-Political Project. The results highlighted the critical quality of the professional stance adopted by the residents at the UFJF University Hospital when confronting the challenges posed by the concrete realities of daily work in health settings.

**Keywords:** Work in Health; Daily Life; Values; Multiprofessional Residency.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

APS: Atenção Primária à Saúde

Capes: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CEP: Código de Ética Profissional

CF/1988: Constituição Federal de 1988

CFESS: Conselho Federal de Serviço Social

CNJ: Conselho Nacional de Justiça

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DEAM: Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher

DM: Diabetes Mellitus

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FSS/UFJF: Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora

GEPEFSS: Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HU-UFJF/EBSERH: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

IFES: Instituições Federais de Ensino Superior

ILPI's: Instituições de Longa Permanência

LAMFAC/UFJF: Liga Acadêmica de Medicina da Família e Comunidade da Universidade Federal de Juiz de Fora

LGBTQIAPN+: Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não-binários e outras identidades e orientações sexuais não mencionadas na sigla e gêneros fluidos.

MP: Ministério Público

MRS: Movimento da Reforma Sanitária

NATS: Núcleo de Apoio Técnico ao SUS

NIR: Núcleo Interno de Regulação

ONU: Organização das Nações Unidas

OS's: Organizações Sociais

PAM: Programa Auxílio-Moradia

PEP: Projeto Ético-político Profissional

PET-Saúde: Programa de Educação para o Trabalho em Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

PPG-FSS/UFJF: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora

PPVD: Patrulha de Prevenção à Violência Doméstica

R1: residentes de primeiro ano

R2: residentes de segundo ano

RMS: Residência Multiprofissional em Saúde

SEDH: Secretaria Especial de Direitos Humanos

SUS: Sistema Único de Saúde

SUSP: Sistema Único de Segurança Pública

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCR: Trabalho de Conclusão da Residência

TCR: Trabalho de Conclusão de Curso

TMO: Transplante de Medula Óssea

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFJF: Universidade Federal de Juiz de Fora

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO 1: O COTIDIANO NA SOCIABILIDADE BURGUESA: SERVIÇO SOCIAL E AS POSSIBILIDADES DE REFLEXÃO CRÍTICA</b> .....	<b>30</b>
	1.1 SOCIABILIDADE CAPITALISTA E COTIDIANO: FUNDAMENTOS DO DEBATE.....	31
	1.2 OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO COTIDIANO E OS DESAFIOS À ANÁLISE CRÍTICA DA REALIDADE PELO SERVIÇO SOCIAL: CONSIDERAÇÕES À LUZ DO ASPECTO ONTOLÓGICO.....	46
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO 2: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: APONTAMENTOS ACERCA DO COTIDIANO DE TRABALHO EM SAÚDE</b> .....	<b>59</b>
	2.1 TRABALHO EM SAÚDE: NOTAS INTRODUTÓRIAS.....	59
	2.2 SERVIÇO SOCIAL: POSTURAS PROFISSIONAIS, VALORES E OS IMPASSES PRESENTES NO TRABALHO EM SAÚDE .....	64
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO 3: TRABALHO EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES ACERCA DOS VALORES EXPRESSOS NO COTIDIANO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE</b> .....	<b>80</b>
	3.1 CENÁRIO DO ESTUDO: A FORMAÇÃO PELO TRABALHO PROPORCIONADO PELA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF.....	80
	3.2 GRUPO FOCAL: A DEFESA E O POSICIONAMENTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS RESIDENTES A PARTIR DA REALIDADE CONCRETA DO COTIDIANO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	89
	<b>3.2.1 Valores expressos no cotidiano: a família em questão</b> .....	<b>94</b>
	<b>3.2.2 Vínculos familiares e a responsabilização das famílias por abandono e/ou negligência familiar: quais valores estão sendo reproduzidos?</b> .....	<b>100</b>
	<b>3.2.3 A autonomia do usuário e a efetivação do direito ao acesso à saúde</b> .....	<b>116</b>
	<b>3.2.4 Violência de Gênero e Saúde: Reflexos do machismo e patriarcado no cuidado às mulheres</b> .....	<b>124</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>133</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>141</b>
	<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>151</b>

<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>162</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Serviço Social, através do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (PPG-FSS/UFJF); e tem por objetivo refletir sobre os valores expressos no cotidiano de trabalho do assistente social no âmbito da Política de Saúde, tendo como cenário de estudo os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH). Partimos do entendimento, conforme Matos (2014), que o cotidiano é o espaço onde aparecem as questões éticas e de possíveis conflitos profissionais.

A escolha deste objeto justifica-se pela experiência vivenciada, especialmente, enquanto assistente social residente no HU-UFJF/EBSERH. Porém, a aproximação com esta temática teve início ainda na graduação, através da participação em diversos espaços formativos, como o projeto de extensão “Observatório da Privatização da Política de Saúde e Lutas Sociais em Defesa do SUS”, a Liga Acadêmica de Medicina da Família e Comunidade da Universidade Federal de Juiz de Fora (LAMFAC/UFJF) e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

Especificamente sobre as Residências, o interesse surgiu a partir da inserção, como bolsista, na pesquisa de Iniciação Científica intitulada “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” realizada pelo o Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (FSS/UFJF) em parceria com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Como resultado desta pesquisa, tivemos a publicação de um relatório de âmbito nacional – de relevância para a categoria profissional –, artigos para revistas e periódicos – que foram utilizados no referencial teórico e problematizações desenvolvidas neste trabalho –, e Trabalho de Conclusão de Curso na graduação.

O acúmulo construído na graduação, se fortaleceu a partir da experiência enquanto assistente social residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas HU-UFJF/EBSERH, no biênio 2021-2023. Nesta experiência, as questões e reflexões giravam em torno dos encaminhamentos realizados pelos profissionais a partir do atendimento direto

aos usuários que levaram-me a construir apontamentos e indagações que nortearam a construção deste estudo.

Durante a minha experiência profissional, pude observar que os assistentes sociais residentes, aos quais tive convívio, tanto verbalizam como sabem teoricamente os princípios do Projeto Ético-político Profissional (PEP). Porém, os seguintes questionamentos foram levantados: será que estes profissionais internalizaram os seus valores? Ou cometem um “autoengano”<sup>1</sup>? O que motiva os assistentes sociais a responderem às demandas dos usuários de determinada forma – mais ou menos alinhada ao PEP? No espaço de imediatividade e superficialidade do cotidiano, os profissionais têm a possibilidade de reflexão sobre o seu exercício profissional? Ou seja, em algum momento, os assistentes sociais se atentam que aquele atendimento não é apenas imediato, mas precisa, também, ser pensado? Há uma reprodução do caráter focalizado e fragmentado das políticas sociais? Existe, de fato, por parte dos profissionais inseridos neste espaço, a compreensão da determinação social da saúde, em conformidade ao preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), condizente com o posicionamento ético-político construído historicamente pelos assistentes sociais?

Acreditamos que as respostas e encaminhamentos feitos às demandas dos usuários estão alinhadas às suas concepções e valores – que são fruto das condições subjetivas e objetivas<sup>2</sup> as quais esses sujeitos, assistentes sociais, estão submetidos, e que interferem diretamente no âmbito da atuação por meio de valores que norteiam a prática profissional.

Logo, partimos da compreensão de que os valores desempenham papel fundamental na prática profissional do assistente social, pois orientam as escolhas, decisões e práticas desenvolvidas no cotidiano de trabalho – refletindo sua posição ética, política e direção teórico-metodológica. A opção por valores emancipatórios reflete um compromisso com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária,

---

<sup>1</sup> Este debate será desenvolvido no decorrer do capítulo 1.

<sup>2</sup> De acordo com Guerra (2000), as condições objetivas dizem respeito aos aspectos relacionados à produção material da sociedade, ou seja, elementos concretos presentes na realidade material. Exemplos dessas condições incluem a divisão do trabalho, a posse dos meios de produção, o contexto conjuntural, os objetos e campos de intervenção, os espaços sócio-ocupacionais, bem como as relações e condições materiais em que o trabalho se desenvolve. Já as condições subjetivas são aquelas relacionadas aos sujeitos, envolvendo suas escolhas, nível de qualificação, competências adquiridas, preparo técnico e teórico-metodológico, referenciais teóricos, metodológicos, éticos e políticos que fundamentam sua atuação, etc.



reconhecendo as contradições estruturais que limitam o acesso a direitos na sociedade capitalista, possibilitando ao profissional a formulação de estratégias que fortaleçam o tensionamento do processo de transformação social em seu caráter mais amplo.

É preciso ter a clareza de que a categoria profissional não está imune ao caldo conservador da sociedade, mas se o profissional opta por valores conservadores – mesmo que não tenhamos acordo – essa opção precisa ser consciente. Conforme Matos (2015, p.685), o “autoengano”, se dá pelo discurso de que o que o profissional pensa ou faz pode ser diferente do que faz fora do trabalho, em sua vida particular, que concordamos ser uma falácia, uma vez que valores “são como bússolas para a imediatividade do cotidiano”.

Desta forma, para o entendimento deste processo, o foco do estudo foi refletir acerca dos valores expressos no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais e, aqui especificamente, dos assistentes sociais inseridos no espaço das residências do HU-UFJF/EBSERH.

Como objetivos específicos desta pesquisa, buscamos problematizar o cotidiano na sociabilidade burguesa e os desafios encontrados para a construção de uma reflexão crítica da realidade, pelo Serviço Social, diante dos elementos contraditórios que o perpassam, como a heterogeneidade, pseudoconcreticidade, a imediatividade, a alienação, a singularidade, a superficialidade, entre outros elementos aprofundados no primeiro capítulo; procuramos, também, identificar os elementos que compõem o cotidiano do trabalho em saúde e que influenciam na prática profissional dos assistentes sociais – como as transformações do mundo do trabalho, questões organizacionais, o investimento em “recursos humanos” e nas políticas sociais, além do papel dos trabalhadores como sujeitos históricos; e refletir sobre as ações de atendimento direito aos usuários realizadas por assistentes sociais residentes, cotejando com o Projeto Ético-Político profissional, a fim de apontar quais os limites e possibilidades de internalização e externalização dos valores que o direcionam, assim como com o Código de Ética Profissional (CEP).

Para isso, no referencial teórico construído foram utilizados diversos autores de referência no debate, pensando nos elementos necessários para a análise do cotidiano, valores e ética profissional dos assistentes sociais no trabalho em saúde.

Cabe salientar que o direcionamento teórico deste trabalho baseia-se em uma perspectiva crítica de análise da realidade entendendo-a enquanto totalidade com

diversas determinações. Por isso, nossa aproximação é com a teoria marxista e a teremos como subsídio para a análise.

O referencial teórico construído parte da indicação de Matos (2009) de que o processo de consciência humano-genérica se desenvolve a partir da reflexão crítica do cotidiano, quando o homem supera as atividades particulares postas neste espaço – propício à repetição acrítica no âmbito da sociedade capitalista. Por isso é fundamental a compreensão da perspectiva crítica de análise da realidade construída por Marx, dadas as determinações que conformam a sociedade na qual vivemos, diante das relações e formas de organização do processo produtivo.

A partir deste caminho analítico realizamos a discussão articulando os elementos constitutivos do cotidiano ao trabalho em saúde às requisições profissionais postas aos assistentes sociais. Esta área, desde o surgimento da profissão no Brasil, possui um expressivo número de profissionais (Bravo; Matos, 2009).

Ademais, tratamos a articulação deste debate com a realidade dos programas de RMS, especialmente os vinculados à UFJF, defendidos por nós enquanto uma estratégia de formação pelo trabalho e uma possibilidade de suspensão do cotidiano para a reflexão crítica, através do desenvolvimento de um processo formativo que acontece no cotidiano dos serviços de saúde.

O cotidiano é o espaço de reprodução da singularidade e o que mais importa para homens e mulheres é a resposta para suas necessidades imediatas. Sendo assim, muitas vezes, as atividades diárias postas no cotidiano não são refletidas, mas este mesmo espaço, pode ser espaço de reflexão quando, na Política de Saúde, se pensa nas determinações do processo saúde-doença e na intervenção na realidade de forma condizente com os valores defendidos historicamente pela categoria profissional, a partir da dimensão ético-política que constitui o Serviço Social – alinhado aos interesses históricos da classe trabalhadora, da qual fazemos parte e atendemos os usuários nos equipamentos das políticas sociais (Matos, 2014).

Neste sentido, se existirem valores e posicionamentos contrários no âmbito da vida pessoal, os mesmos serão exteriorizados no exercício profissional e nas ações/encaminhamentos que forem realizados, pois:

Valores são incorporados e expressos, muitas das vezes quando não se quer, mesmo que não pela fala, mas pelos olhares e pela omissão,

por exemplo. Imaginar que se possa ter um tipo de valores para a vida privada e outros para a vida profissional não é apenas um equívoco teórico, mas também prático, dado que é ontologicamente impossível (Matos, 2014, p. 98).

É apenas no cotidiano que conseguimos identificar essas contradições. Concordamos com Matos (2015) ao sinalizar que:

O “chão” do exercício profissional, para o qual queremos chamar a atenção, é primeiramente aquele onde se dá todo o agir histórico: o cotidiano. Afinal, a vida cotidiana é insuprimível e existe em todas as sociabilidades humanas. A outra característica do “chão” que queremos ressaltar é a forma como os direitos da classe trabalhadora vêm sendo tratados, tema fundamental para assistentes sociais, uma vez que atendem à classe trabalhadora ao mesmo tempo que fazem parte dela. Se a vida cotidiana é insuprimível, certamente ganha contornos próprios diante da alienação na sociedade de classes (Matos, 2015, p. 683).

Caso o profissional esteja melhor qualificado no espaço insuprimível de imediaticidade do cotidiano a partir do exercício de reflexão crítica, há maior possibilidade de externalização dos valores emancipatórios do Projeto Ético-Político do Serviço Social e Código de Ética Profissional e, por conseguinte, maior proposição de ações e encaminhamentos adequados não só no trabalho como em outras esferas de convivência e relacionamento sociais. Neste sentido, ainda que o cotidiano não deva ser tomado como todo o movimento do real, em uma outra ordem societária – com valores hegemônicos emancipatórios, por exemplo –, as respostas profissionais no cotidiano poderiam ser mais qualificadas, ainda que imediatas (Matos, 2015), uma vez que também é o espaço possível de mediação entre a reprodução espontânea e as formas mais altas de generosidade, como aponta Coelho (2013).

A respeito das requisições profissionais para o assistente social no cotidiano de trabalho na Saúde, Bravo e Matos (2009) resgatam que estas se ampliaram a partir do “novo” conceito de Saúde (1948)<sup>3</sup>, abarcando aspectos biopsicossociais em

---

<sup>3</sup> De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), na carta de princípios divulgada em 7 de abril de 1948, a saúde é compreendida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Esse conceito reflete tanto as aspirações surgidas dos movimentos sociais no período pós-guerra, marcados pelo fim do colonialismo como a ascensão do socialismo. Neste contexto, a saúde, passa a ser entendida como garantia do direito a uma vida plena e como uma obrigação do Estado no que tange à promoção e proteção desse direito fundamental. Mais sobre a história do conceito de saúde pode ser observado em Scliar (2007).

relação ao agravamento das condições de saúde da população. Este fato põe em evidência, portanto, a necessidade do desenvolvimento do trabalho de equipes multiprofissionais — ainda que inicialmente a intervenção dos assistentes sociais tenha sido direcionada às questões higiene e saúde (Bravo; Matos, 2009).

Os avanços do Serviço Social, no que tange a consolidação e fundamentação teórica, acontecem nos anos 1980, com “(...) o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista” (Bravo; Matos, 2009, p. 8). O contexto histórico da década, referencia um período de intensa mobilização política brasileira no qual amplia-se o debate teórico do Estado e das Políticas Sociais a partir da aproximação com o viés marxista. Da mesma forma, no Serviço Social, essa aproximação representa o início da maturidade da tendência hegemônica da intervenção profissional no cotidiano dos serviços que nos remete à necessidade de pensar a articulação do PEP ao projeto da Reforma Sanitária (Bravo; Matos, 2009).

Ainda de acordo com os autores Bravo e Matos (2009), a partir da década de 1990, com a instauração do projeto político econômico neoliberal no Brasil, surgem diversas contradições que impactam em nosso trabalho profissional, devido a tendência de contenção de gastos e intervenção mínima do Estado. Por este motivo, houve a intensificação da disputa de dois projetos políticos na área da saúde: o projeto privatista, baseado na política de ajuste; e o projeto da Reforma Sanitária – que teve início na década de 1970, defendendo a elaboração de propostas de fortalecimento do setor público para a melhoria das condições de vida da população através da universalização do acesso à saúde, entendendo-a como direito social e dever do Estado – apresentando diferentes requisições para os assistentes sociais.

Neste sentido, compreendemos que o debate do Serviço Social no âmbito da Saúde e o cotidiano de trabalho neste espaço, direcionado pelo PEP, deve estar articulado aos elementos constitutivos do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, uma vez que o que desejamos no nosso trabalho na Saúde é a democratização do acesso aos serviços de forma gratuita e de qualidade, em concordância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ou seja, pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, ao nosso ver, é: Estar articulado e

sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (Bravo; Matos, 2009, p. 18-19).

Todos estes elementos reforçam a importância da pesquisa sobre o cotidiano da prática profissional com a contínua reflexão de nosso Projeto Ético-Político. Para nós, o campo da Residência é um espaço privilegiado para esta pesquisa, uma vez que existem muitas variáveis que favorecem que as RMS's se tornem espaços fecundos para a análise do cotidiano, a saber: o seu caráter de formação pelo trabalho, que possibilita um tempo maior para se pensar a intervenção, além da discussão com preceptores e demais profissionais da equipe; alinhado a isso, a relação trabalho e formação dos sujeitos recém-formados, que tem um espaço privilegiado para reflexão teórico/prática intrínseca na proposta desta modalidade de pós-graduação; as mediações teórico/práticas construídas a partir da vivência do cotidiano de trabalho que qualifica a formação; a qualidade diferenciada da postura e escolhas profissionais dentro de um Hospital Universitário vinculado, então, a uma universidade pública, dentre outros. Esta é a realidade vivenciada pelo nosso cenário de estudo: o HU-UFJF/EBSERH.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde vêm buscando abrir caminho para o diálogo entre os profissionais da área e para o desenvolvimento de ações em saúde mais integralizadas (Baquião, 2023). Nos inquieta saber sobre as ações e encaminhamentos que os assistentes sociais realizam a partir da inserção neste espaço de educação pelo trabalho, visto que estas respostas se expressam pelos valores, modo de pensar e de entender a sociedade por este profissional.

Acreditamos que a suspensão do cotidiano e a reflexão crítica são ferramentas essenciais, permitindo ao profissional transcender a superficialidade do dia a dia e construir uma prática profissional mais consciente e comprometida com os interesses dos usuários dos serviços, quando de volta a realidade concreta.

No que tange ao método e procedimentos metodológicos utilizados, expomos, a seguir, o caminho percorrido para alcançarmos os objetivos propostos assim como a definição dos procedimentos de coleta e análise de dados.

De acordo com Netto (2011), o método materialista histórico-dialético, pressupõe que o pesquisador deve, em sua relação com o objeto pesquisado, retirar as suas diversas determinações, das mais abstratas às mais concretas, com a finalidade de extrair a essência do objeto pensado, ultrapassando a aparência dos fenômenos para que possa, de fato, compreendê-lo.

Para Marx, a sociedade burguesa é uma totalidade concreta. Não é um “todo” constituído por “partes” funcionalmente integradas. Antes, é uma totalidade concreta inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade (Netto, 2011, p. 56).

Desta forma, o caminho metodológico construído neste estudo, partiu do entendimento de que a pesquisa é uma “atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade”, sendo vinculada tanto a prática teórica quanto a ação, uma vez que está relacionada a circunstâncias socialmente condicionadas (Minayo, 2010, p.16). Em relação à pesquisa científica, Gil (2002) aponta que esta possui a finalidade de desenvolvimento racional e sistemático para responder aos problemas encontrados na realidade.

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (Minayo, 2010, p. 14).

Conforme Minayo (2010), a metodologia, então, inclui tanto as concepções teóricas quanto a percepção da realidade de forma empírica, abrangendo o conjunto de técnicas e instrumental coerente com os possíveis impasses teóricos presentes na análise. Já o método, segundo Gil (2008), é o caminho para se chegar a um determinado fim de investigação científica vinculado a uma corrente filosófica que se propõe a explicar a realidade. Por isso, para realizar a análise dos dados coletados na realidade, da forma mais fidedigna, crítica e totalizante possíveis, temos o intuito de nos embasarmos no método marxista – por ser aquele que parte da concepção

ontológica da realidade social, do concreto, na qual o homem produz suas condições objetivas e subjetivas de existência.

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, na medida em que buscamos tratar sobre os valores, as crenças e as concepções que possuem nosso público alvo e, de que forma, estes elementos se expressam na atuação profissional no trabalho em saúde. Neste sentido, a pesquisa qualitativa é voltada à importância dos significados e dificilmente se traduzirá em números e/ou indicadores (Minayo, 2010).

Gomes (2010) aponta que a análise em uma perspectiva de pesquisa qualitativa não tem a finalidade de contar opiniões, mas sim de interpretação e exprime o seguinte:

Seu foco é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar. Este estudo do material não precisa abranger a totalidade das falas e expressões dos interlocutores porque, em geral, a dimensão sociocultural das opiniões e representações de um grupo que tem as mesmas características costuma ter muitos pontos em comum ao mesmo tempo que apresentam singularidades próprias da biografia de cada interlocutor (Gomes, 2010, p. 79).

O primeiro momento, da pesquisa bibliográfica, referiu-se ao levantamento de material e aproximação com o tema, e foi realizado em livros – de leitura corrente, que objetivam proporcionar conhecimentos técnicos – e periódicos – artigos científicos, que possibilitam a divulgação de resultados de pesquisas sérias, mantendo, inclusive, a qualidade na investigação (Gil, 2002). Compreendemos que este momento é inerente ao início de qualquer trabalho acadêmico, bem como sua continuidade ao longo da análise dos dados.

Foi realizado, ainda, um mapeamento das produções acadêmicas relacionadas às categorias necessárias para a investigação do objeto e alcance dos objetivos propostos, consultando fontes e autores diversos no campo da Saúde sobre o trabalho em saúde e a atuação profissional do assistente social. Gil (2008, p. 50) aponta que “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. Por isso, sua relação com qualquer outro tipo de pesquisa possibilita um conhecimento mais abrangente sobre o tema estudado.

A respeito da coleta de dados, primeiramente, foi realizada uma pesquisa nas plataformas dos periódicos da área do Serviço Social, disponíveis no site da ABEPSS,

na tentativa de encontrar publicações sobre a temática que perpassa nosso objeto de pesquisa. Tratam-se de dezoito revistas, a saber: Argumentum; Em Pauta; Katálysis; Libertas; O social em Questão; Oikos; Praia Vermelha; Direitos, trabalho e política social; Mutações; Emancipação; Gênero; Ser Social; Serviço Social e Sociedade; Serviço Social em debate; Serviço Social em perspectiva; Serviço Social em Revista; Sociedade em debate; e Temporalis. Foram encontrados onze (11) artigos utilizando dois grupos de descritores: “valores; residência; serviço social” e “trabalho em saúde; cotidiano; serviço social”, selecionando aqueles que possuem algum tipo de articulação com o trabalho profissional desenvolvido no âmbito da saúde, principalmente nas residências multiprofissionais.

Outrossim, utilizando os mesmos grupos de descritores, foram pesquisadas Teses e Dissertações no Catálogo pertencente a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (Capes), diante da relevância dos projetos de pesquisa aprovados pelas agências de fomento. Foi encontrado um quantitativo de seis (6) Teses de Doutorado e oito (8) Dissertações de Mestrado. O baixo resultado, por si próprio, demonstra a importância de nossa pesquisa.

Cabe ainda sinalizar que, sobre a discussão aqui proposta, não foi encontrada nenhuma publicação específica. Os quadros construídos com os resultados da pesquisa podem ser observados no apêndice A. O conjunto dos materiais levantados, quando condizentes com as discussões propostas, foram tratados no decorrer dos capítulos.

O segundo momento, da pesquisa de campo, foi conduzido com a participação de seis (6) residentes de primeiro ano (R1's) dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde em curso no âmbito do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH), a saber: Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

No que tange ao perfil geral dos participantes, cabe sinalizar que todos os residentes realizaram a sua graduação em uma instituição pública federal, sendo que apenas um deles possui formação complementar em nível de pós-graduação *lato sensu*. No mesmo sentido, apenas um dos participantes integra coletivos e/ou movimentos sociais. Destacamos este elemento da formação acadêmica dos sujeitos



participantes porque, ao nosso ver, revela como resultado, o fortalecimento de uma perspectiva crítica – com poucos confrontos em relação a perspectiva conservadora.

Uma formação de qualidade exerce papel fundamental na construção de uma atuação profissional crítica, fundamentada em princípios ético-políticos condizentes àqueles que temos como direcionamento hegemônico, entretanto, este fato não invalida o surgimento de questões de caráter conservador e/ou moralista no cotidiano profissional, cabendo ao assistente social posicionar-se de maneira clara e coerente.

Os dados foram coletados por meio de um grupo focal, realizado nas dependências da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (FSS-UFJF), no momento de desenvolvimento da disciplina de Seminário de Área Específica do Serviço Social. Os detalhes acerca desses elementos serão abordados de maneira mais aprofundada no terceiro capítulo.

Dentre os desafios encontrados para a realização da pesquisa, apontamos a demora no retorno do Comitê de Ética, que coincidiu com o período de liberação dos residentes de segundo ano (R2's) para se dedicarem às atividades referentes ao Trabalho de Conclusão da Residência (TCR). Em virtude dessa circunstância, embora tenham sido formalmente convidados, esses residentes não participaram do estudo. Em nossa avaliação, a qualidade do debate durante o processo de coleta de dados garantiu que não houvesse prejuízo nos resultados obtidos. A pesquisa foi aprovada sob CAEE: 8 3080624.0.0000.5147.

As situações reflexivas foram criadas a partir da vivência enquanto residente e perpassam as temáticas de família, autonomia do usuário e violência. O conteúdo selecionado foi escolhido por abordar temáticas frequentemente atravessadas por posturas conservadoras, que demandam uma análise crítica.

Para Boschetti (2015), as análises conservadoras realizadas por assistentes sociais evidenciam uma desconexão entre a formação acadêmica e a prática no cotidiano profissional. Essa desconexão é marcada pela dificuldade de desvendar o real na perspectiva de totalidade e tende a reproduzir posturas conservadoras e reiterativas, reforçada pelas complexidades e desafios inerentes ao cotidiano, como apontado neste trabalho.

Em outras palavras: o conservadorismo atua como um elemento central na preservação da sociedade capitalista, sempre disponível como ferramenta de perpetuação de suas estruturas e valores. Neste sentido, as suas expressões não são exclusivas no Serviço Social; estão presentes em todas as áreas constituídas por

relações sociais que são influenciadas e sustentadas por determinações sociais (Boschetti, 2015).

Exemplificando a importância de discutir essas temáticas, destacamos trabalhos como os de Guimarães (2017) e Lacerda (2014). No primeiro, a autora propõe uma reflexão sobre as expressões conservadoras presentes no trabalho em saúde, com foco na abordagem familiar e comunitária no contexto da Atenção Básica, especialmente na Saúde da Família.

A abordagem conservadora na saúde, segundo Guimarães (2017), se apresenta como uma reprodução da lógica neoliberal nas políticas sociais de forma mais ampla, marcada pela centralização/responsabilização da família e comunidade ao direcionar funções que deveriam ser de competência do Estado – caracterizando a intervenção com um caráter subjetivo, funcional, de patologização da vida e ajustamento social frente às expressões da questão social.

Posicionamentos como estes evidenciam a disputa entre projetos de saúde e sociedade. Logo, para a análise crítica dessa abordagem, é necessária sua compreensão enquanto expressão de um conjunto de determinações sociais e políticas, imprescindíveis para a visualização das contradições que constituem essa lógica.

O que queremos sustentar é que, ao alcançar a esfera cotidiana dos indivíduos e nela reproduzir a lógica da individualização, da subjetivação da vida social, da responsabilização, do (auto)cuidado, do empoderamento, legitima-se o projeto de minimização do Estado para o social e de maximização do Estado para o capital, que vem resultando no desmonte dos direitos sociais, na transferência de responsabilidades, no apassivamento dos conflitos sociais e no não questionamento e obscurecimento do processo de exploração capitalista da força de trabalho (Guimarães, 2017, p. 579)

No segundo trabalho, Lacerda (2014) evidencia o caráter sincrético da prática profissional no cotidiano a partir do entendimento de que as necessidades de saúde são comuns a um conjunto de homens e mulheres inseridos no movimento histórico de exploração do trabalho. As respostas a essas necessidades, fruto de reivindicações da classe trabalhadora, também são refuncionalizadas à reprodução do capital pelo Estado – que organiza as políticas sociais, no espaço do cotidiano, transformando-as, muitas vezes, em leis e/ou normas acríticas.

Nesse contexto, o assistente social tende a dar respostas automáticas e superficiais às diversas situações que aparecem no cotidiano profissional, podendo corroborar com a manutenção da sociedade capitalista ou promover uma prática profissional crítica – que requer uma análise para além da imediatividade e aparência próprias do cotidiano, visando em última instância, um outro tipo de sociedade.

Desta forma, de modo complementar às situações reflexivas utilizadas no grupo focal, foram elaboradas questões norteadoras para a condução do debate com o objetivo de fomentar e direcionar as discussões<sup>4</sup>.

A estruturação do trabalho se configura em três capítulos. No primeiro, procuramos realizar uma análise sobre o cotidiano, sob a perspectiva marxista, destacando-o no contexto da sociabilidade capitalista, a partir do entendimento de que as relações sociais de produção exercem influência direta na formação da consciência humana, de nossos comportamentos e valores.

Ao nos debruçarmos sobre os elementos constitutivos do cotidiano, identificamos quatro autores que oferecem contribuições valiosas e com abordagens distintas: György Lukács, Agnes Heller, Henri Lefebvre e Karel Kosik.

No decorrer do capítulo, tratamos a perspectiva ontológica do trabalho – entendido como um processo dialético que envolve tanto a transformação do mundo quanto a do indivíduo, sendo mediado pela teleologia e causalidade, permitindo ao homem a antecipação mental dos resultados de suas ações, conforme aprofundado por Lukács – enquanto atividade essencial da existência humana relacionado a ética e perpassando o aspecto valorativo de escolhas entre alternativas. Neste quesito, a alienação é uma categoria importante a ser tratada, uma vez que impacta nos processos de valoração quando os valores passam a ser determinados/mediados pela lógica capitalista e não mais por necessidades humanas.

Nessas circunstâncias, o capítulo aborda a Política de Saúde e seus impactos na prática profissional do assistente social destacando os desafios exigidos pelas escolhas profissionais diárias alinhadas aos valores emancipatórios defendidos pela categoria profissional, voltado ao fortalecimento da luta pelo acesso a direitos. Torna-se imprescindível, portanto, atentar-se para a suspensão da imediatividade do cotidiano a partir da reflexão crítica.

---

<sup>4</sup> Tanto as situações reflexivas quanto as questões disparadoras para o fomento do debate podem ser consultadas, na íntegra, em anexo, nos apêndices B e C, respectivamente.

No segundo capítulo abordamos o trabalho em saúde e a atuação do assistente social nesse contexto, destacando os desafios e contradições impostos pelo sistema capitalista, assim como algumas das potencialidades existentes. Dentre os autores de referência utilizados na primeira temática destacamos Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Letícia Batista Silva e Marina Monteiro de Castro e Castro. E, a respeito da atuação profissional articulada ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, tomamos como base as publicações/direcionamento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e autores como Maria Lúcia Barroco, Maria Inês Bravo, Maurílio Matos, Marilene Coelho, etc.

Partimos da compreensão de que, sob a lógica capitalista, a saúde é estruturada prioritariamente para o controle de doenças e a manutenção da força de trabalho, subordinando as práticas de cuidado à busca pelo lucro. Em oposição a essa perspectiva, a luta pela saúde como um direito humano e coletivo encontra no SUS sua maior expressão de resistência, alinhando-se ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, que busca contribuir para construção de uma sociedade mais justa e igualitária, diferentemente do modelo atual vigente.

Trazemos, em seguida, uma contextualização histórica da inserção dos assistentes sociais na Saúde, destacando as mudanças ocorridas nas últimas décadas em conformidade às bases teóricas que sustentavam/sustentam a prática profissional. Atualmente, de forma hegemônica, temos como direcionamento a perspectiva crítica de análise da realidade voltada às condições de vida e trabalho da população como determinação do processo saúde-doença.

Outrossim, discutimos a importância dos referenciais éticos para o trabalho em saúde, relacionando-os à humanização como uma possível resposta às crises éticas e à desumanização nas práticas de cuidado, frequentemente impostas pelas estruturas capitalistas. São analisados os valores profissionais que orientam decisões, posicionamentos e julgamentos no cotidiano, enfatizando que a ética pode refletir tanto uma postura conservadora quanto uma alternativa crítica, a depender da compreensão do profissional acerca das bases dessa sociabilidade. Assim, reforçamos a necessidade de debates sobre os valores e posicionamentos que guiam as práticas profissionais, especialmente no contexto das adversidades enfrentadas nos serviços de saúde.

O terceiro capítulo dialoga com a base construída anteriormente e centra-se no debate sobre os valores presentes no cotidiano do trabalho em saúde, com base na

vivência proporcionada pela Residência Multiprofissional em Saúde. Inicialmente, apresentamos o cenário de estudo, destacando-o como uma estratégia de formação pelo trabalho, a partir da atuação profissional no cotidiano dos serviços de saúde, conforme sabido.

Por fim, são discutidos os dados coletados durante a pesquisa de campo, analisados a partir da realidade concreta e das reflexões realizadas no grupo focal. Conforme mencionado, quatro situações hipotéticas foram trabalhadas tendo como cerne as seguintes temáticas: a concepção de família que possuem os profissionais dos serviços de saúde; a responsabilização da família no cuidado em saúde; a autonomia do(a) usuário(a) no processo de cuidado/assistência à saúde; e os casos de violência nos serviços de saúde, com ênfase na violência contra a mulher. Evidenciamos as complexidades do trabalho em saúde e a importância de um olhar crítico e ético para o desenvolvimento da prática profissional.

Diante do exposto, consideramos que a elaboração deste trabalho tem o potencial de contribuir para o debate sobre os valores expressos no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais inseridos na Política de Saúde, especialmente nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, ainda incipiente. A proposta dialoga com os elementos constitutivos da prática profissional cotidiana, articulando-os à reflexão crítica fundamentada no Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Para nós, a Residência Multiprofissional em Saúde é um espaço privilegiado para a pesquisa, em virtude dos múltiplos aspectos previamente apontados. No entanto, para que essa experiência se consolide efetivamente crítica e de qualidade, consoante ao direcionamento crítico hegemônico de nossa categoria profissional, é indispensável a opção clara e objetiva por valores emancipatórios, visto que a ação profissional pode fortalecer um ou outro dos dois projetos em disputa na área da saúde.

## **CAPÍTULO 1: O COTIDIANO NA SOCIABILIDADE BURGUESA: SERVIÇO SOCIAL E AS POSSIBILIDADES DE REFLEXÃO CRÍTICA**

A sociedade capitalista é caracterizada pela exploração da força de trabalho e pela concentração de riqueza nas mãos de poucos, possuindo determinações que conformam o modo de vida dos sujeitos e as relações sociais. No cotidiano desta sociabilidade são expressas as contradições dialéticas que resultam deste modo de produção, conformado pela tensão existente entre trabalhadores *versus* classe dominante que, conforme sua ideologia hegemônica, dissemina seus ideais e valores privados e mercadológicos a todas as esferas da vida social.

Cabe demarcar a conformação da classe trabalhadora nos dias atuais a fim de evitar equívocos acerca de seu entendimento como um bloco homogêneo, muito pelo contrário, trata-se de um grupo complexo, com características diferentes daquela “tradicional” trazida à priori pela análise de Marx voltada ao âmbito industrial, mas mantém sua essência de venda da força de trabalho. Neste sentido, ao nosso ver, a teoria marxiana é aquela que nos oferece as ferramentas necessárias para o desvelamento desta realidade, graças à sua perspectiva crítica-dialética e a teremos como base para nossa discussão.

Atualmente, a classe trabalhadora é marcada por profundas transformações postas pelas relações de trabalho e organização da produção caracterizada por uma diversidade de ocupações e condições de trabalho que lhe trazem configurações recentes bem conhecidas por nós, como: a flexibilização das relações de trabalho; a terceirização dos serviços; a informalidade e a insegurança no emprego devido ao aumento do uso da tecnologia, automação e digitalização, uso das redes sociais e desenvolvimento da inteligência artificial que impacta nos postos de trabalho; o aumento da prestação de serviços de forma autônoma como a uberização e os *deliverys*, que podem se desenvolver em precárias condições de trabalho no que tange a garantia de direitos e à proteção social; além da dificuldade de organização coletiva diante da falsa fragmentação dessa classe heterogênea trazendo desafios para o âmbito sindical e dos movimentos sociais.

A interação destes elementos do trabalho e outros aspectos sociais, culturais, econômicos, ideológicos e políticos, vão conformando a vida dos sujeitos e, conseqüentemente, suas relações nesta sociedade. Logo, a própria condição da existência humana no desenrolar da vida cotidiana se torna um campo de disputa.

Neste capítulo, nos propomos a analisar o cotidiano a partir do entendimento de que os valores internalizados por cada indivíduo envolve condições objetivas e subjetivas, impactando na prática profissional do assistente social e no desenvolvimento de uma postura ética crítica e reflexiva, capaz de analisar a realidade social de forma aprofundada.

## 1.1 SOCIABILIDADE CAPITALISTA E COTIDIANO: FUNDAMENTOS DO DEBATE

Nosso ponto de partida para a análise do cotidiano e suas possibilidades de suspensão é um determinado tipo de sociabilidade: a capitalista. Por isso é necessário que, antes de tudo, compreendamos os fundamentos que a conformam. Para isso, temos como direcionamento a perspectiva crítica de análise da realidade, a partir da compreensão das diversas determinações que compõem sua estrutura econômica, que abarca as forças produtivas e as relações de produção (Marx, 2008).

As forças produtivas se constituem nos meios utilizados no processo de produção que dizem respeito aos recursos materiais (capitais, equipamentos, ferramentas, maquinários, matéria-prima, etc.) e aos recursos humanos (força de trabalho que configura a capacidade física e intelectual do homem – mediação do trabalho na relação do homem com a natureza). As relações de produção são as formas de organização do trabalho, do processo produtivo – de acordo com a dinâmica e potência das forças produtivas anteriormente mencionadas.

De acordo com Marx (2008):

(...) na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (Marx, 2008, p. 47).

Neste sentido, as relações de produção são determinadas independentemente da vontade dos indivíduos, visto que, a partir do nascimento de um indivíduo, por exemplo, não há a possibilidade de escolha do tipo de sociedade

em que se dará seu nascimento; é necessário lidar com relações dadas. Sendo assim, qualquer tipo de sociedade requer produção social – que determina uma forma de nos relacionarmos, correspondendo a um grau de desenvolvimento das forças produtivas. Caso as relações de produção sejam baseadas em classes sociais, há uma superestrutura (Estado) que garante o ordenamento de dominação de classe.

Quando nos reportamos a sociedade capitalista, compreendemos que paralelamente ao aumento da riqueza socialmente produzida, há a apropriação do resultado desse processo pelos detentores dos meios de produção. Neste sentido, ainda que a classe trabalhadora passe a consumir mais devido ao crescimento da produtividade – podendo ocasionar o aumento dos salários –, a propriedade dos capitalistas sobre os meios de produção e extração de mais-valia, proporcionando altos índices de lucratividade a partir da exploração do trabalhador, se contrapõe diretamente à miséria dos indivíduos que não estão inseridos no processo de produção – ainda que estejam incluídos no sistema capitalista como mão de obra disponível para o mercado de trabalho (Marx, 2008).

Na Obra “O capital”, de Marx (2013), o filósofo e economista aponta que a articulação entre as relações de produção e as forças produtivas diz respeito à produção social, que possui as determinações para o relacionamento entre os sujeitos no âmbito do modo de produção capitalista. Ou seja, essas determinações são fundamentais para pensarmos o debate do cotidiano de trabalho em saúde, uma vez que “o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual” (Marx, 2008, p. 47).

Conforme Netto (2012), a teoria marxiana é a teoria que tem a possibilidade de compreensão da realidade da forma mais fidedigna possível devido às suas categorias de análise, dada a perspectiva crítica-dialética de Marx. Segundo o autor, é esta teoria que pode embasar a postura teórico-metodológica da perspectiva de classe, entendendo o proletariado enquanto sujeito histórico revolucionário – proporcionando uma relação de “nexo imanente”, nas palavras de Netto (2012).

Concordamos que: “o cariz da teoria social marxiana é de natureza ontológica. O que nela se visa é a realidade – o ser social (sua produção e reprodução). E esta realidade é sempre, ontológica e historicamente, uma totalidade” (Netto, 2012, p. 79).

As categorias centrais de análise para o cotidiano de Marx trazidas por Netto (2012), que possuem posição privilegiada no andamento teórico-metodológico são: a)



totalidade – vista como fundamental por ser construída a partir da abstração do movimento real; entendida enquanto concreta, estrutural, dinâmica e indiferenciada; b) concreto – visto além da empiria e da imediaticidade, mas como superação do abstrato; c) abstrato – categoria que possibilita recapturar o concreto a partir do distanciamento para a reflexão; d) mediação – categoria que complexifica a realidade e que possibilita as conexões necessárias para a compreensão da totalidade. Sendo assim, “(...) na totalidade concreta, nenhum objeto – ou fato – é realmente imediato (isto é: nenhum objeto se põe ao pensamento sem que seja produto, resultado de mediações)” (Netto, 2012, p. 82).

Segundo o autor, as determinações fundamentais da cotidianidade são componentes ontológico-estruturais da vida cotidiana brilhantemente apontadas por Lukács, a saber: heterogeneidade (universo que se desenvolvem diversos fenômenos simultaneamente), imediaticidade (relação direta entre pensamento e ação, de forma espontânea) e a superficialidade (sem considerar as relações que impactam os fenômenos, tensões, forças, presentes no cotidiano). Logo, essas categorias irão direcionar a análise dos dados e as aprofundaremos em momento oportuno.

Ainda conforme Netto (2012), o movimento de reconstrução do ser social imposto pelo capitalismo se expressa sob formas econômicas, políticas e culturais, mas as extravasa nas mediações que unificam a totalidade concreta. Logo, o trato sobre a vida cotidiana necessita do arsenal teórico de Marx, uma vez que o ponto de partida para sua compreensão é a crítica da economia política, para que não se caia em um sociologismo, positivismo ou irracionalismo (Netto, 2012). Do ponto de vista ontológico do cotidiano, do qual trataremos no item seguinte, concordamos com Netto (2012) que “(...) o típico da vida cotidiana contemporânea, aquela própria do capitalismo tardio, é a reificação das relações que o indivíduo enquanto tal desenvolve” (Netto, 2012, p.85) e que

(...) ao indivíduo sempre resta um campo de manobra ou jogo, onde ele pode exercitar minimamente a sua autonomia e o seu poder de decisão, onde lhe é acessível um âmbito de retotalização humana que compensa e reduz as mutilações e o prosaísmo da divisão social do trabalho, do autonomismo que ela exige e impõe etc. (Netto, 2012, p. 85).

O capitalismo preenche todos os espaços da vida e esferas sociais, se manifestando, inclusive, no campo psicossocial – conformando a seu gosto o modo

de pensar e agir das pessoas, a partir da socialização – imposta – dos valores da classe dominante (Heller, 1970). Netto (2012) pontua diversos aspectos da vida social que são controlados pela sociedade capitalista a partir de sua hegemonia. Um dos elementos que mais nos chamam a atenção é o que o autor designa de “planificação global”, que nada mais é que a globalização – a organização vertical e burocrática; hierarquia de informações de acordo com os interesses dominantes que possuem impacto direto nas relações de produção e reprodução social.

O que está em jogo, no centro da cotidianidade contemporânea, é a universalização do mistério que Marx localizou na forma mercadoria: a específica objetividade imediata instaurada nas formações econômico-sociais onde o modo de produção capitalista consolidou conclusiva e desenvolvidamente a sua dominância. Sem os instrumentos teóricos elaborados pela crítica da economia política marxiana é impensável o desvelamento da faticidade em questão e todas as suas decorrências na estruturação da vida cotidiana contemporânea (Netto, 2012, p. 88).

Sendo assim:

A tomada da realidade de que a cotidianidade contemporânea é um nível constitutivo supõe a reconstrução reflexiva da sua ontologia, da totalidade concreta própria da sociedade burguesa madura. E a caça mais pertinaz das mediações é um imperativo para que a dissolução da opacidade imediata dos “fatos” cotidianos não redunde numa indiferenciação que substitui as passagens e conversões efetivas e reais que mantêm tenso o tecido social (Netto, 2012, p. 89).

Um dos elementos cruciais na perspectiva de ultrapassagem dessa lógica é a tomada de consciência. A consciência é uma característica do ser social que se constitui pelo trabalho – compreendendo a capacidade teleológica do processo de transformação da natureza pela atividade do homem a partir da valoração de escolhas para alcançar seu objetivo (Matos, 2009).

Matos (2009) aponta que é neste estágio de desenvolvimento do trabalho que o mesmo é entendido enquanto coletivo – diante da necessidade de se estabelecer a comunicação com outros – e libertador – diante da possibilidade concreta e histórica das alternativas e opções de escolha de forma consciente.

De acordo com Marx (2002), o trabalho é a atividade fundamental que distingue o homem dos animais. Através do trabalho, o homem transforma a natureza para atender às suas necessidades básicas, como alimentação, moradia, proteção e

vestuário, por exemplo. Ao adaptar o mundo ao seu redor, o homem também molda a si mesmo, desenvolvendo, assim, suas capacidades físicas e intelectuais satisfazendo suas necessidades e criando outras novas, a partir do trabalho. Desse processo, é criado o ser social, que possui como característica o pensamento e a linguagem. Neste sentido, Matos (2009) compreende que é através das escolhas, no processo de sociabilização, que o homem se constitui enquanto ser ético e, também, que as determinações da sociabilidade têm implicação direta nas ações dos homens.

O conhecimento das determinações do real vai se aperfeiçoando a partir do suprimento das necessidades humanas e quanto mais se desenvolve o trabalho mais se diversificam e complexificam as alternativas de escolha gerando os processos de valoração entre as alternativas disponíveis para alcançar o objetivo pensado (Santos, 2013).

Neste sentido, por entendermos o trabalho enquanto determinação ontológica da existência do homem – que como ser ético, para satisfazer suas necessidades, através do trabalho, valora as possibilidades que possui ao seu alcance –, acreditamos que ele seja a categoria central de análise do exercício profissional no cotidiano, dadas as determinações que o conformam na sociedade capitalista na qual vivemos.

Por conseguinte:

O elemento ético, de fato, não existe apenas de maneira implícita: a consciência da nova exigência significa ao mesmo tempo a consciência dos valores e da orientação ética em que se há de basear a criação da nova realidade. Marx disse que, transformando o mundo, os homens se transformam a si mesmos. Não substancialmente o seu pensamento se alteramos a sua fase e afirmamos agora que não podemos transformar o mundo se, ao mesmo tempo, não nos transformarmos nós mesmos (Heller, 1970, p. 117).

Por isso, concordamos com Heller (1970) ao explicitar que a ética tem seu lugar na concepção marxiana ao “(...) ser a tomada de consciência do movimento que se humaniza a si mesmo e humaniza a humanidade. Por isso, a ética marxista não depende só da compreensão e da aplicação correta dos textos de Marx: ela *depende muito mais do desenvolvimento do movimento que a adote como moral*” (Heller, 1970, p. 121 grifos da autora).

No mesmo sentido, Matos (2009, p. 174) aponta que:

A ética, quando tomada como concreta e não abstrata, pode ser importante para o desvelamento daquilo que aparentemente está cristalizado. Se a ética é concreta, se materializa escolhas — como posicionamentos acerca de algumas questões e realização de projetos, que expressam a adoção de determinados valores — ela é ação; e toda ação, sobretudo quando consciente, muda o curso das coisas e dos fatos.

Desta forma, a ética está diretamente ligada ao exercício de escolhas e tem seus fundamentos nos âmbitos sociais e históricos, sendo ao mesmo tempo, reflexão teórica e também ação humana – que possibilita a problematização crítica da vida cotidiana e pode, ainda, direcionar o questionamento sobre normas. Por isso o fundamento dessa concepção de ética é o ser social (Matos, 2009).

Heller (1970) enuncia que o código moral e a ética podem ser inversamente proporcionais caso as escolhas e as ações sejam guiadas por um código fixo, visto que a moral só pode elevar à autoconsciência a partir da compreensão da existência da contínua autocriação humana.

Concordamos com Matos (2009) ao afirmar que a moral é um produto da vida em sociedade, que deságua na criação de normas de convivência do que se deve ou não ser feito; e esta moral é alterada conforme a transformação da sociedade, de acordo com o conjunto de costumes e hábitos que se cristalizam conforme o pensamento hegemônico – e quando pensamos na sociedade capitalista, a naturalização da desigualdade.

Sendo assim:

O fortalecimento dessa essência genérica do homem e a efetiva humanização global da vida acarretam ao mesmo tempo a superação da alienação moral: a conquista de um âmbito de movimento individual cada vez mais amplo, no qual a decisão ética concreta vai poder substituir em geral, para todos, a vigência de princípios de moral abstrata, o automatismo dos costumes (Heller, 1970, p. 120).

O argumento defendido por Mendes (2014), em sua dissertação, é de que a categoria que melhor permite o conhecimento e debate acerca da prática profissional do assistente social no cotidiano de trabalho é a alienação, por seu caráter de estranhamento do homem com a natureza, com o outro e consigo mesmo que se articulam à dominação capitalista. Para a autora, é necessário “compreender, elementarmente, a alienação, base dos processos do cotidiano, para depois

entendermos o exercício profissional mediado pelas determinações do cotidiano" (Mendes, 2014, p. 99).

Sendo assim, entendemos que:

Existe alienação quando ocorre um abismo entre o desenvolvimento humano-genérico e as possibilidades de desenvolvimento dos indivíduos humanos, entre a produção humano-genérica e a participação consciente do indivíduo nessa produção. Esse abismo não teve a mesma profundidade em todas as épocas nem para todas as camadas sociais; assim, por exemplo, fechou-se quase completamente nas épocas de florescimento da pólis ática e do Renascimento italiano; mas, no capitalismo moderno, aprofundou-se desmesuradamente (Heller, 1970, p. 38).

De acordo com Carvalho (2012), a alienação contamina e sufoca a vida cotidiana e, a partir da análise de Marx, compreende tanto o caráter objetivo como o subjetivo, sendo um fenômeno construído sob influência das relações sociais de produção e dominação. Para a autora, a partir de estudos marxianos, "a relação entre os homens se transforma em relação entre estranhos e o próprio homem em estranho para si próprio" (Carvalho, 2012, p. 41).

Na obra "O Capital", Marx trata da alienação de forma madura, analisando-a como fundamental para o funcionamento do sistema capitalista e demonstrando como ela contribui para a exploração e a desigualdade. A categoria alienação em Marx é complexa e multifacetada, faz com que haja o esvaziamento da humanidade do trabalhador e o encarcera em uma rede de exploração (Marx, 2013). No centro da análise de Marx reside o trabalho alienado, no qual o trabalhador não se reconhece em sua atividade. O produto de seu trabalho, fruto de sua criatividade e esforço, torna-se algo que lhe é alheio, podendo-o daquilo que o define como ser humano: sua capacidade de criação e transformação da natureza.

Marx identifica quatro formas distintas de alienação no trabalho: I) o estranhamento do resultado final do produto de seu trabalho; II) a transformação do trabalhador enquanto apêndice da máquina, fazendo do ato de trabalhar uma atividade coercitiva; III) o não desenvolvimento das potencialidades da essência humana, como a criatividade; IV) a competitividade e individualidade entre os trabalhadores que é imposta pelo sistema capitalista. Estes elementos atribuem um caráter fetichista ao produto do trabalho, camuflando as relações de exploração que o permeiam favorecendo ainda a reificação, transformando as relações sociais em

relações entre coisas — à medida que perde o controle sobre o trabalho e o leva a desumanização do trabalhador (Marx, 2013).

O trabalhador torna-se tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador torna-se uma mercadoria tanto mais barata, quanto maior número de bens produz. Com a valorização do mundo das coisas, aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz apenas mercadoria; produz-se também a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e justamente na mesma proporção com que produz bens (Marx, 2002, p.111).

Para Marx (2013), a superação da alienação só seria possível através de uma transformação radical do sistema capitalista. A abolição da propriedade privada dos meios de produção e a socialização do trabalho colocariam o trabalhador no controle do seu trabalho e dos seus frutos, permitindo a emancipação e a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. É neste horizonte de transformação que acreditamos a atuação no cotidiano profissional deve se pautar.

Sousa (2018) destaca que, ao discutirmos acerca da prática profissional no âmbito de imediaticidade própria do cotidiano, é necessário pensá-la sob dois ângulos indissociáveis: a) enquanto atividade determinada objetivamente – que possui limites e possibilidades para a ação; e b) como resultado da ação e do pensamento dos sujeitos. Neste sentido, a categoria profissional é perpassada por diversas perspectivas políticas que expressam distintas formas de compreender o mundo, condicionadas pelas relações e estruturas sociais – que podem ser exemplificadas na perspectiva conservadora no surgimento da profissão até a transformação de seu direcionamento crítico hegemônico nos dias atuais.

Além disso, a autora aponta quatro aspectos cruciais para o Serviço Social sob essa perspectiva: I) o posicionamento crítico em relação ao pensamento pós-moderno – que vai de encontro aos eixos centrais e articuladores do projeto profissional; II) a problematização das “novas” demandas profissionais compreendidas no processo de reestruturação produtiva – que devem ser analisadas à luz de um referencial teórico crítico permitindo a compreensão de suas determinações sociais; III) a superação de visões focalizadas em relação ao trabalho e o reconhecimento dos limites institucionais postos ao Serviço Social que, no campo de imediaticidade do cotidiano, possui elementos favoráveis ao distanciamento de reflexões totalizantes, bem como

o distanciamento da articulação entre teoria e prática; IV) o aprofundamento da compreensão do compromisso com a classe trabalhadora a partir da incorporação da ontologia social ao Código de Ética de 1993, ao ponderar que os valores ético-políticos emancipadores são resultado da prática social, ou seja, da atividade humana.

Segundo Carvalho (2012), o cotidiano se normaliza conforme os interesses das classes dominantes através da mediocridade. Isto posto:

Os gestos comuns, a uniformidade e a padronização dos desejos e necessidades reificados, fetichizados e controlados reproduzem, a todo momento, os opressores e oprimidos, determinando, através da massificação, comportamentos acrílicos e anômicos. Alguns valores presentes no mundo moderno capitalista — individualismo, neutralidade, competição — reforçam a mediocridade, deixando as grandes decisões políticas, econômicas, culturais, existenciais e mesmo espirituais ao sabor dos agentes mandantes (Carvalho, 2012, p. 41).

À medida que entendemos que o cotidiano não é alienado por completo, pelo fato de existirem possibilidades de movimento e reflexão por parte do indivíduo, compreendemos também que, a partir da instauração do capitalismo, agravou-se a disparidade da relação entre o indivíduo e o ser humano genérico.

Assim, bem como apontado na obra de Heller (1970), o projeto de sociabilidade no qual a suspensão do cotidiano pode ser efetiva e fluida, diz respeito a um projeto de sociedade diferente da capitalista – por isso temos a teoria social marxista como capaz de direcionar formas de superação da alienação, uma vez que só se compreende o homem enquanto ser social a partir de suas condições objetivas de existência e relacionamento com os outros e a natureza, através do materialismo-dialético. Neste sentido, “a perspectiva materialista marxiana considera o homem, em sua relação ineliminável com a natureza, o construtor do ser social e estabelece a relação de unidade entre teoria e prática” (Coelho, 2013, p. 69).

Pelo diagnóstico constatado por Mendes (2014), a suspensão do cotidiano por parte dos assistentes sociais, com vistas a superação da alienação, está diretamente ligada ao exercício profissional crítico, por meio da mediação teoria e prática e da análise da realidade através da teoria marxista – desmistificando as estratégias de dominação utilizada pela classe dominante sobre a proteção social que, por possuir um caráter dialético, aparece como instrumento de legitimação do poder e imposição

de interesses e ao mesmo tempo representa o tensionamento da luta da classe trabalhadora pelo reconhecimento de suas necessidades.

Neste sentido:

A teoria, que advém da razão substantiva, histórico-crítica, reproduz/reconstrói no pensamento o desenvolvimento material, o movimento da realidade, que determina a consciência e se torna a força que muda a matéria, pois é a expressão de necessidades sociais reconhecidas por sujeitos particulares em determinados contextos sócio-históricos. Em decorrência, a teoria não pode advir de especulações, da intuição que se ergue com base no saber imediato ou no entendimento que organiza os dados da realidade por meio da apreensão das propriedades do objeto. A teoria deve ser a reprodução mental do movimento da realidade apreendida em suas múltiplas mediações, desvelando as mediações e as contradições que expressam o modo de ser do ser social, isto é, mostrando o movimento da realidade em uma determinada sociedade como concreto pensado. Somente quando a teoria desvenda a realidade em sua complexidade, ela se torna a força que impulsiona a realidade porque se torna orientadora da prática (Coelho, 2013, p. 73).

Esse elemento é fundamental para se pensar a relação teoria e prática no Serviço Social diante do posicionamento de profissionais que não a compreendem e verbalizam que os fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos não se instrumentalizam no cotidiano profissional, reforçando uma perspectiva conservadora e pragmática (Coelho, 2013).

Conforme Carvalho (2012), a vida cotidiana que consolida as relações sociais de reprodução e dominação é o lugar de prática dos profissionais do Serviço Social, sendo, portanto, o lócus de diversas mediações entre o particular, o global, o singular e o coletivo.

O Serviço Social é uma profissão que tem características singulares. Ela não atua sobre uma única necessidade humana (tal qual o dentista, o médico, o pedagogo...) nem tampouco se destina a todos os homens de uma sociedade, sem distinção de renda ou classe. Sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade (Carvalho, 2012, p. 52).

A autora aponta que existem dois níveis de mediações desenvolvidas pelos profissionais do Serviço Social: a passagem da exclusão para a inclusão – em



relação a bens e serviços sociais; e a passagem do singular para o coletivo – compreendendo as determinações das situações vividas pelos indivíduos de forma singular, levando em consideração seu pertencimento a determinada classe social. Logo, “a práxis social não é jamais um ato do ser singular e isolado. Ela é expressão do sujeito coletivo (...)” (Carvalho, 2012, p. 59).

Por isso, é necessário que tenhamos uma clara concepção de nossa prática profissional, uma vez que a escolha pelos valores historicamente construídos pela classe trabalhadora, através da democratização do acesso a políticas sociais e intensas lutas e mobilizações como as da década de 1980, perpassa a atuação profissional dos assistentes sociais que, enquanto trabalhadores assalariados, também constituem a classe trabalhadora.

Diante da contemporaneidade, tão dura e adversa, não é incomum encontrar profissionais (tanto os que atuam na prática profissional, quanto aqueles ligados às unidades de ensino) que sustentam a “inviabilidade” do projeto ético-político. Em geral, argumentam que o projeto apresenta princípios que não podem ser efetivados concretamente e que o fazer profissional não permite que sejam contemplados. Nada mais falso! Só uma visão pobre de análises pode sustentar tais argumentos. Mesmo diante das adversidades (e até mesmo contra elas!) é que devemos reafirmar nosso projeto ético-político, pois ele fornece os insumos para enfrentar as dificuldades profissionais a partir dos compromissos coletivamente construídos pela categoria. Parece óbvio que a realidade atual não nos é favorável, e para isso precisamos enfrentá-la com competência profissional e conscientes do significado político-profissional de nossa atuação (Teixeira, Braz, 2009, p. 12).

Segundo Santos (2013), a prática do assistente social é uma forma particular de práxis humana que não existe desvinculada de um contexto social, econômico, político e cultural, pelo fato de a profissão – enquanto resultado de uma realidade histórica, é influenciada pelas necessidades sociais de classe e processos sociais. Sendo assim, “entender que a prática profissional favorece determinada prática social significa não só compreender até que ponto a atividade prática do profissional se insere numa práxis humana social, como compreender também o significado social da profissão” (Santos, 2013, p. 46).

Os valores interiorizados pelos profissionais norteiam a sua forma de intervenção diante das diversas expressões da questão social apresentadas na citação acima atendidas no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais, que é

tensionado pelos valores liberais expressos hegemonicamente na sociedade capitalista, que como sabido são contrários aos valores defendidos pelos assistentes sociais de forma coletiva. Por isso é imprescindível que o profissional tenha clareza de suas atribuições e competências para direcionar suas ações e resposta aos usuários.

O que nos inquieta é a possibilidade de que a fala dos profissionais não seja compatível com o trabalho cotidiano e que o assistente social recaia no erro da falsa dicotomia entre teoria e prática.

O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não realizar uma análise das condições concretas vai reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários. É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2010, p. 69).

Para que o assistente social tenha a possibilidade de pensar criticamente no cotidiano precisa também ter condições objetivas de suspensão desta realidade, que como dito, é permeada de contradições, porque ainda que a opção de fortalecimento de um projeto ou outro seja perpassada pela singularidade dos profissionais, faz parte de um processo profissional coletivo (Santos, 2002).

Como norte da atuação profissional na Política de Saúde importa destacar o reconhecimento da saúde como direito social – tendo o Estado um papel fundamental para garantia de sua efetivação – e o assistente social como profissional qualificado para a atuação nos serviços, fato este que justifica nossa inserção.

Dito isso, defendemos que a potencialidade dos Programas de Residência Multiprofissionais, no âmbito do Serviço Social, se direciona à formação de profissionais alinhados à perspectiva de defesa e garantia de acesso a direitos e nos princípios do projeto profissional aqui defendidos, que indicam uma atuação comprometida com os usuários e suas necessidades e, conseqüentemente, em um ambiente de possibilidade de reflexão crítica a partir das intervenções.

Desta forma, entendemos que:

É preciso conhecer os fundamentos constitutivos da questão social e suas expressões particulares em cada espaço sócio-ocupacional do assistente social; expressões estas que se configuram enquanto demandas profissionais, as quais portam, ocultamente, as reais necessidades sociais de nosso público-alvo (Mendes, 2014, p. 126).

O trabalho profissional é permeado por escolhas mais ou menos conscientes, em conformidade com os valores defendidos pelos profissionais, sendo, por isso, de fundamentação ética. Isto posto:

A ética lida com valores que ao serem assumidos pelos sujeitos, por meio da sua internalização, se materializam em “ações” ou “omissões” por esses sujeitos. Assim, a ética não é uma escolha abstrata sobre um modo idealizado de se conceber o mundo e o homem. É mais que isso, pois a ética é composta por valores que norteiam a concepção de homem e mundo, mas que se materializam no cotidiano a partir de diferentes escolhas que realizamos. Por isso a ética possui ligação com a política, já que tem materialidade e, por isso, o homem opta na ação, conscientemente ou não, por um ou outro aspecto da vida social (Matos, 2014, p. 95).

Existe uma dificuldade de apreensão, por parte de alguns profissionais, da relação entre teoria, prática e as dimensões constitutivas da profissão. Segundo Santos (2013) uma das justificativas dessa questão é que somente a partir da década de 1980 que os autores começam a fazer referência à importância dessa articulação para a intervenção crítica competente. Por isso, faz-se necessário sempre resgatar o debate acerca das dimensões constitutivas da ação profissional, com destaque para a dimensão do fazer profissional.

Compete ao Serviço Social formular estratégias que criem e/ou reforcem experiências que efetivem o direito à saúde nas instituições e serviços e, os elementos basilares para isso, estão expressos no Código de Ética do/a Assistente Social que norteia nossa atuação profissional, assim como nosso projeto Ético-Político – reafirmando o compromisso com os interesses históricos da classe trabalhadora, vinculado a um projeto social radicalmente democrático, entendido como único padrão de organização capaz de assegurar a explicitação dos valores essenciais da liberdade e da equidade (CFESS, 2012).

Logo, entendemos que um projeto de profissão está sempre vinculado a um projeto societário – no que tange ao Serviço Social comprometido com a justiça social e a liberdade enquanto valores centrais do nosso Código de Ética.

Neste sentido:

Tomar partido implica se comprometer, para se comprometer é necessário inferir valores sobre o “objeto” de nosso comprometimento, daí o caráter ético-político do comprometimento. Se ética é uma reflexão crítica sobre determinados valores presentes na ação humana, e se toda ação dos homens sobre a sociedade é uma ação política, há uma intrínseca relação entre ética e política (Matos, 2014, p. 34).

Refletir sobre as escolhas realizadas no decorrer da atuação profissional, neste sentido, perpassa o entendimento de que:

Valores são incorporados e expressos, muitas das vezes quando não se quer, mesmo que não pela fala, mas pelos olhares e pela omissão, por exemplo. Imaginar que se possa ter um tipo de valores para a vida privada e outros para a vida profissional não é apenas um equívoco teórico, mas também prático, dado que é ontologicamente impossível (Matos, 2009, p. 182).

O valor, a partir da concepção marxiana, se trata de “tudo aquilo que faz parte do ser genérico do homem e contribui, direta ou mediadamente, para a explicação desse ser genérico” (Heller, 1970, p. 4). De acordo com os apontamentos realizados pela autora, o valor é:

(...) aquilo que, em qualquer das esferas e em relação com a situação de cada momento, contribua para o enriquecimento daquelas componentes essenciais; e pode-se considerar desvalor tudo o que direta ou indiretamente rebaixe ou inverta o nível alcançado no desenvolvimento de uma determinada componente social. O valor, portanto, é uma categoria ontológico-social. É independente das avaliações dos indivíduos, mas não da atividade dos homens, pois é expressão e resultante de relações e situações sociais (Heller, 1970, p. 5).

Logo, o valor está ligado a tudo o que produz a explicação da essência humana. Em relação a esta definição, concordamos com Heller (1970, p. 8) ao afirmar que “na medida em que aumenta a quantidade de valores de uso – e, portanto, de necessidades humanas – se diminui o tempo socialmente necessário para a obtenção dos vários produtos”. Por isso, a autora salienta que o desenvolvimento dos valores não é somente a base da explicação de todos os demais valores, mas também sua possibilidade diante da realidade, conforme a historicidade.

Para Carvalho (2012, p. 29), “o valor é tudo aquilo que favorece o desenvolvimento dessa essência humana (...), é fundamental para entender a história como espaço de emergência do gênero”. Desta forma, qualquer pessoa pode utilizar-se de valores e realizá-los a partir de suas escolhas, já que os valores sociais são fatos ontológicos. Nesta perspectiva, compreendemos que os juízos de valor se apresentam a partir de uma concepção de mundo e, conseqüentemente, alinhada a determinada teoria. Logo:

Quanto maior for o número de juízos de fato (de fato na realidade e na possibilidade) iluminados por uma teoria, quanto mais claramente ela revelar qual é o caminho de explicação do valor e quais são os obstáculos que se opõem a seu desenvolvimento, tanto mais verdadeira e objetiva será tal teoria (Heller 1970, p. 13).

Concordamos com a autora ao afirmar que nenhum juízo de valor existe de forma isolada e descolada da realidade, visto que os homens realizam suas escolhas a partir de alternativas e atos concretos que fortalecem sua atitude valorativa no decorrer desse processo. No mesmo sentido, Santos (2013, p. 64) aponta que “escolher entre alternativas, então, é tomar decisões concretas entre valores opostos, é fazer com que o valor se efetive, é buscar meios que materializem esse valor, o qual incide sobre um objeto concreto”.

Conforme Matos (2009, p. 179), “ao escolhermos por quais meios e por qual fim agimos, estamos lidando com valores” e ao fazermos essa escolha estamos sendo éticos, porque as ações são materializadas a partir dos valores internacionalizados em cada indivíduo que – apesar de não estar descolada com a realidade, deixando claro aqui que não se trata de uma questão estritamente subjetiva – se expressam no cotidiano pelas mais diversas escolhas que fazemos.

A vida cotidiana, portanto, se insere na história, se modifica e modifica as relações sociais. Mas a direção destas modificações depende estritamente da consciência que os homens portam de sua “essência” e dos valores presentes ou não ao seu desenvolvimento (Carvalho, 2012, p. 29).

Entendemos os valores enquanto resultado da atividade humana. O ser social, a partir de sua capacidade teleológica, faz uma projeção de sociedade e quando esta projeção se trata do pleno desenvolvimento humano está acima dos processos de exploração. O projeto profissional do Serviço Social se vincula ao projeto social

democrático, voltado à socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida (CFESS, 2012; Barroco, 2023).

Neste sentido, concordamos com Barroco (2023) ao afirmar que a maturidade teórica de apreensão do marxismo na profissão traz uma direção social orientada para o compromisso com a classe trabalhadora — tendo, inclusive, um novo indicativo de nosso posicionamento ético-político, construído anteriormente, a partir da reformulação do CEP de 1986, afirmando a dimensão política da profissão.

Inserido neste movimento, a categoria de assistentes sociais passa a exigir também uma nova ética que reflita uma vontade coletiva, superando a perspectiva histórica e acrítica, onde os valores são tidos como universais e acima dos interesses de classe. A nova ética é resultado da inserção da categoria nas lutas da classe trabalhadora e, conseqüentemente, de uma nova visão da sociedade brasileira. Neste sentido, a categoria, através de suas organizações, faz uma opção clara por uma prática profissional vinculada aos interesses desta classe (CFAS, 1986, p. 07 *apud* Barroco, 2023 p. 14).

De acordo com Marx (2008):

(...) na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (Marx, 2008, p. 47).

## 1.2 OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO COTIDIANO E OS DESAFIOS À ANÁLISE CRÍTICA DA REALIDADE: CONSIDERAÇÕES À LUZ DO ASPECTO ONTOLÓGICO

Embora o cotidiano não tenha sido tratado por Marx enquanto categoria, tornou-se objeto de estudo de filósofos marxistas por intermédio da perspectiva ontológica. Essa abordagem, permitiu o aprofundamento da compreensão da realidade social, a partir do materialismo histórico, no que diz respeito às experiências vivenciadas pelos sujeitos nesta esfera da vida humana.

Trazemos algumas categorias que, ao nosso ver, se tratam de elementos fundamentais para a análise do cotidiano, a saber: seu desenvolvimento em relação ao espaço social; seu entendimento enquanto objeto de estudo filosófico e espaço de repetição acrítica; a questão da pseudoconcreticidade; a heterogeneidade; a alienação da vida cotidiana; a relação dialética do indivíduo enquanto ser particular e genérico; a imediatividade e a superficialidade. Para isso, tomamos como referência quatro autores: Agnes Heller, Karel Kosik, Henri Lefebvre e de modo indireto György Lukács – cuja influência subsidiam muitas das contribuições de Agnes Heller, além de ser o principal autor marxista que se debruçou no estudo sobre a ontologia social.

A partir deste entendimento, sinalizamos as contribuições de Lefebvre (2006) na relação do cotidiano com o espaço social. Segundo o autor, a alienação não se manifesta apenas nas relações de produção, mas também na forma como os indivíduos se relacionam com o espaço, colocando-o como um elemento constitutivo da realidade social e fundamental para compreender os processos sociais. O espaço, segundo o autor, condiciona e molda o cotidiano, por ser o campo em que as pessoas vivem, trabalham, se relacionam e têm experiências sensíveis, sendo um elemento fundamental na construção da vida social – indo para além de um espaço físico, com suas características e limitações, condicionando as possibilidades de ação dos indivíduos no cotidiano, pensando ainda no processo de construção da vida cotidiana na sociedade capitalista.

Neste sentido, Lefebvre (2006) rompe com a visão tradicional do espaço como algo dado e imutável entendendo-o como um espaço vivido e percebido pelos indivíduos ao passo que representa uma imagem que a sociedade tem de si mesma, de sua linguagem, cultura, dos meios de comunicação, podendo ser ainda um instrumento de controle, organização e hierarquização da sociedade – através da distribuição de recursos, da organização urbana e da construção de símbolos de poder.

O conceito de espaço social se desenvolve, portanto, ampliando-se. Ele se introduz no seio do conceito de produção e mesmo o invade; ele se torna o conteúdo, talvez essencial. Então, ele engendra um movimento dialético muito específico, que certamente não revoga a relação “produção-consumo” aplicada às coisas (os bens, as mercadorias, os objetos da troca), mas a modifica ampliando-a. Uma unidade se entrevê entre os níveis freqüentemente separados da análise: as forças produtivas e seus componentes (natureza, trabalho, técnica, conhecimento), as estruturas (relações de propriedade), as

superestruturas (as instituições e o próprio Estado) (Lefebvre, 2006, p. 75).

Logo, pensar o sentido social do espaço concreto requer pensar as determinações estruturais da sociedade capitalista voltada ao princípio da propriedade privada, por isso, o autor tem sido utilizado em produções sobre a problemática urbana e as questões que envolvem o direito à cidade, por exemplo.

Outra contribuição fundamental acerca do cotidiano trazida por Lefebvre (1991) diz respeito ao entendimento deste enquanto objeto de estudo filosófico. De acordo com o autor, analisar o cotidiano sob a lente filosófica significa reconhecer sua natureza complexa e contraditória, sua dualidade, permitindo enxergar, para além da identificação dos elementos que o limitam, a necessidade de um projeto revolucionário que transforme a dimensão criativa no cotidiano – que muitas vezes é obscurecida pelas estruturas sociais. O autor aponta, ainda, que o cotidiano não se resume à determinação subjetiva nem objetiva dos filósofos, mas se trata de “um campo de renovação simultânea, (...) um momento composto de momentos (necessidades, trabalho, diversão - produtos e obras - passividade e criatividade - meios e finalidade etc.), interação dialética da qual seria impossível não partir para realizar o possível (a totalidade dos possíveis)” (Lefebvre, 1991, p. 20).

Kosik (1976) destaca que o cotidiano também é marcado pela pseudoconcreticidade, ou seja, uma falsa realidade que dificulta a construção de uma vida autêntica – por ser voltada a aparência imediata dos fenômenos, de forma superficial, mascarando as contradições que conformam esta sociedade, dificultando o questionamento acerca das estruturas que a determinam –, influenciando na construção da consciência dos homens.

Desta forma, ao vivenciarem o cotidiano, as pessoas podem ficar tão presas às suas próprias ideias e crenças que têm dificuldade de enxergar para além delas, impedindo o conhecimento da realidade de forma objetiva. Nas palavras do autor, a cotidianidade:

(...) não significa a vida privada em oposição à vida pública. Não é tampouco a chamada vida profana em oposição ao mais nobre mundo oficial; na cotidianidade vive tanto o escriturário como o imperador. Gerações inteiras e milhões de pessoas viveram e vivem na cotidianidade de sua vida como em uma atmosfera natural sem que lhes ocorra à mente, nem de longe, a idéia de indagam qual o sentido dessa cotidianidade. Que sentido tem, portanto, indagar-se qual é o



sentido da vida de cada dia? O fato de se fazer tal indagação nos fará encontrar um caminho para revelar a essência da vida cotidiana? Quando é que a vida de todo dia se torna problemática e qual o sentido que se desvenda ao problematizar-se? A vida cotidiana é antes de tudo *organização*, dia a dia, da vida individual dos homens; a repetição de suas ações vitais é fixada na repetição de cada dia, na distribuição do tempo em cada dia. A vida de cada dia e divisão do tempo é o ritmo em que se escoa a história individual de cada um. A vida de cada dia tem a sua própria experiência, a própria sabedoria, o próprio horizonte, as próprias previsões, as repetições, mas também as exceções; os dias comuns, mas também os dias feriados. A vida de cada dia não é, assim, entendida como oposição ao que sai da norma, aos feriados, à excepcionalidade ou à História: a hipóstase da vida de cada dia como banalidade em oposição à História, como exceção, já constitui o *resultado* de uma certa mistificação (Kosik, 1976, p. 79-80 – grifos do autor).

O entendimento de que os homens fazem sua própria história, mas em condições previamente dadas, se dá em consonância à concepção marxista fundamental para compreendermos esse processo. O homem nasce já inserido na vida cotidiana e ela é o lugar em que este se coloca em todos os seus sentidos, com suas capacidades intelectuais, sentimentos, habilidades e ideias. A partir de seu amadurecimento vai adquirindo habilidades que são fundamentais para a vida em sociedade, de acordo com a camada social a qual está vinculado (Heller, 1970). Isto posto, “a vida cotidiana não está ‘fora’ da história, mas no ‘centro’ do acontecer histórico: é a verdadeira ‘essência’ da substância social” (Heller, 1970, p. 20).

Para Heller (1970) a afirmativa de que os homens fazem a sua própria história se dá em duas vertentes: da imanência – que diz respeito à teleologia – e da objetividade – que diz respeito à causalidade. Logo:

(...) os homens aspiram a certos fins, mas estes estão determinados pelas circunstâncias, as quais, de resto, modificam tais esforços e aspirações, produzindo desse modo resultados que divergem dos fins inicialmente colocados, etc. Mas essa distinção seria verdadeira tão-somente se (‘circunstância’ e ‘homem’ fossem entidades separadas. Todavia, essas “circunstâncias determinadas, nas quais os homens formulam finalidades, são as relações e situações sócio-humanas, as próprias relações e situações humanas mediatizadas pelas coisas. Não se deve jamais entender a “circunstância” como totalidade de objetos mortos, nem mesmo de meios de produção; a “circunstância” é a unidade de forças produtivas, estrutura social e formas de pensamento, ou seja, um complexo que contém inúmeras posições teleológicas, a resultante objetiva de tais posições teleológicas. E, ao contrário, quando os homens se colocam fins, o campo de determinação causal não é apenas o âmbito e a orientação de suas colocações, pois os seus atos teleológicos e todas as demais

objetivações desencadeiam igualmente novas séries causais (Heller, 1970, p. 1-2).

A partir da convivência com seus similares na sociedade, o homem é sempre, simultaneamente, particular e ser genérico. Por isso, conforme Heller (1970), esta é uma das particularidades que o diferencia de outros seres vivos: sua relação dialética de ser “isolado”, mas também de ser “individual”. Logo, a satisfação das necessidades enquanto homem genérico também está contido no “eu”, uma vez que a atividade humana é construída historicamente – que molda a consciência do homem.

Neste sentido, a autora aponta que ainda que a maioria das ações e escolhas tenham motivações diversas, estas se unem no âmbito da particularidade e genericidade “(...) de modo que a elevação acima do particular-individual jamais se produz de maneira completa, nem jamais deixa de existir inteiramente, mas ocorre geralmente *em maior ou menor medida*” (Heller, 1970, p. 24-25 grifos da autora).

De acordo com Netto (2012) a vida cotidiana impõe aos indivíduos “um comportamento que apresenta modos típicos de realização, assentados em características específicas que cristalizam uma modalidade de ser social no cotidiano, figurada especialmente num pensamento e numa prática peculiares” (Netto, 2012, p. 68). Da mesma forma, o autor aponta que a dinâmica da vida cotidiana exige que o homem responda conforme suas necessidades materiais objetivas, utilizando-se de ações funcionais às situações corriqueiras.

Matos (2009) esclarece que, a reflexão crítica do cotidiano é realizada quando o indivíduo se eleva da sua singularidade ao humano genérico, e que este processo se realiza através da suspensão das atividades particulares desenvolvidas no cotidiano. Dessa forma, o acesso à consciência humano genérica “(...) só se dá quando o indivíduo pode superar a singularidade, quando ascende ao comportamento no qual joga não todas as suas forças, mas toda sua força numa objetivação duradoura (...)” (Netto, 2012, p. 69).

O meio para a superação da particularidade, de acordo com Heller (1970), seria a homogeneização – que consiste na suspensão de qualquer outra atividade que não seja voltada a uma tarefa atual, na qual se prega a individualidade para a resolução, realizando uma elevação acima da cotidianidade para a compreensão do humano genérico; por meio da concentração em determinada situação que vá além da particularidade e individualidade. Em resumo, se trata da elevação ao humano-genérico.

Importa destacar que a homogeneização não é eterna; o cotidiano é ineliminável da vida humana, uma vez que é inalcançável a reflexão sobre todas as ações realizadas no dia-a-dia a todo tempo. Dois exemplos de fácil entendimento, que são pontuados na obra de Heller (1970), e que podem ser reproduzidos neste trabalho para sua compreensão, são as ações de saudar alguém ou mesmo acender a luz de um cômodo – estas ações são realizadas no âmbito da imediaticidade.

No cotidiano o homem desenvolve diversas ações e lida com diversos conhecimentos, ainda que esses conhecimentos não sejam tão aprofundados, são necessários para as respostas a suas necessidades imediatas. Matos (2009) exemplifica essa questão ao apontar o ato de atravessar a rua: o homem calcula a velocidade necessária para chegar ao outro lado – que são conhecimentos sobre física –, mas não precisa, necessariamente, refletir sobre isso; realiza esses cálculos de forma imediata, de acordo com sua necessidade de atravessar. Esta imediaticidade só é um problema caso seja atingido por um veículo, por exemplo.

Desta forma, concordamos com Heller (1970) ao afirmar que

(...) se nos dispuséssemos a refletir sobre o conteúdo de verdade material ou formal de cada uma das nossas formas de atividade, não poderíamos realizar nem sequer uma fração das atividades cotidianas imprescindíveis; e, assim, tornar-se-iam impossíveis a produção e a reprodução da vida da sociedade humana (Heller, 1970, p. 30).

O cotidiano é o espaço propício para a repetição acrítica e a forma/estrutura da sociabilidade configura e determina as formas dessa repetição. Sobre esta última afirmativa, Lefebvre (1991) ressalta que se trata de um elemento central para a análise do cotidiano, porque ultrapassa o aspecto mecânico da vida (padrões de uso do espaço, repetição de gestos, horas, dias, tempo da natureza, racionalidade, rituais, normas, trajetos, etc.) à medida que tem potencial de permitir a compreensão da reprodução das relações sociais e a sua perpetuação.

Nessa sociedade, o cotidiano é ambiente propício para que o homem seja alienado de suas potencialidades humanas e sua superação pode gerar novas formas de organização social, baseadas em valores e princípios distintos que, mesmo imediatos, podem abrir caminho para novas formas do agir ético dos homens (Matos, 2009). Com a alienação do trabalhador, frente ao processo de valoração na sociedade capitalista, o valor não se dá somente pelas qualidades do objeto para suprir suas necessidades, mas também por sua utilidade. Neste sentido, a ética é um elemento

determinante na escolha dos meios para se atingir determinado fim por partir da consciência humana e motivação dos indivíduos, lembrando que “escolher entre alternativas, os fins e os meios para a efetivação da ação é exclusivo do ser social” (Santos, 2013, p. 62).

O processo de trabalho que primeiramente se origina para a satisfação de necessidades do homem, estabelece mediações que extrapolam essa finalidade e à medida que este elemento é apropriado pelos capitalistas decorre o processo de alienação (Coelho, 2013).

Logo:

Os processos de alienação originam-se das mediações estabelecidas pelo trabalho que extrapola a si próprio, em sua conexão com a reprodução social. Trata-se de processos complexos e de fundamental importância para a sustentação das relações sociais sob a ordem do capital (Coelho, 2013, p. 80).

Para Marx (2013), o trabalho vai muito além de uma mera atividade. O autor o conceitua como dimensão fundamental da existência humana, que molda a sociedade e a própria natureza do ser humano – sendo caracterizada, então, como uma atividade transformadora, dada sua interação com a natureza (que é transformada para atender às necessidades do homem), com o mundo social (relações sociais entre sujeitos e instituições), e com a produção da vida material (produção dos meios de subsistência e garantia de reprodução da vida social).

Nesta perspectiva, o trabalho é entendido como atividade racional que permite ao homem interagir com a natureza e, nesse processo transforma não apenas o mundo exterior, mas também a si mesmo, desenvolvendo suas capacidades físicas, intelectuais e culturais.

Isto posto:

Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. (Marx, 2013, p. 188).

Neste caminho, compreendemos que o trabalho não se resume apenas a uma atividade física e/ou manual, mas envolve, também, a capacidade de pensar, planejar e transmitir conhecimentos. Ao criar ferramentas, técnicas e representações mentais, o homem transforma a natureza e a si mesmo, construindo uma realidade social cada vez mais complexa. É nesse processo histórico de transformação que o ser humano se constitui como ser social (Marx, 2013) — cabe salientar que na realização do trabalho o homem estabelece relações com outros homens fazendo com o trabalho seja, necessariamente, coletivo diante da necessidade de comunicação e desenvolvimento da linguagem, fato que o caracteriza como social.

O trabalho assume formas específicas em diferentes modos de produção. No capitalismo, de acordo com a teoria marxiana, a natureza do processo de trabalho não se altera, mas possui especificidades em consonância com as relações de produção que se baseiam na propriedade privada dos meios de produção. Logo, torna-se alienado, ou seja, o trabalhador perde o controle sobre o processo de produção e sobre o produto final de seu trabalho, em um processo caracterizado pela relação de exploração no qual o trabalhador é visto como um mero instrumento de produção para produzir mais valor — submetido à lógica da valorização e da acumulação de capital, transformando-o em uma mercadoria.

Concordamos com Silva (2016, p. 185) ao afirmar que:

(...) há na condição de trabalhador assalariado uma relação de compra e venda da força de trabalho dos sujeitos. Ou seja, é uma relação mediada pela sociabilidade capitalista que torna a força de trabalho mais uma mercadoria, o que significa controlar como essa força de trabalho se desenvolve, que meios e instrumentos utiliza e sob quais condições se realiza. Dito de outra forma, tratam-se de relações contratuais que se estabelecem pela mediação do Estado e do empresariado, havendo, obviamente, diferenciações nas correlações de poder nessas distintas esferas. Mais do que isso, na sociabilidade capitalista o trabalho é capturado com o objetivo único de reprodução do capital, e dessa forma, o trabalho é fundamental e, ao mesmo tempo, submetido às implicações da supremacia dos interesses privados e da divisão do trabalho. Em se tratando de saúde, o trabalho não se desenvolve numa esfera apartada desse contexto social e histórico, daí a impossibilidade de uma autonomia absoluta (...).

A autora, a partir de seus estudos em Marx — que localiza a mercantilização e obtenção de mais valor enquanto fundamento do capitalismo —, destaca que, sob o

capitalismo, a relação entre o trabalho e a natureza é mediada pela busca constante por valorização. O desenvolvimento social intensifica essa relação, configurando um sistema econômico complexo, onde produção, distribuição, consumo e troca se articulam transformando o trabalho em um processo de valorização. Logo “(...) o intercâmbio entre homens e mulheres e natureza passa a ser concretizado por um complexo parcial – uma totalidade composta de outros complexos (produção, distribuição, consumo e troca) que passam a constituir o complexo econômico” (Silva, 2016, p. 36).

Ao fazer a diferenciação entre trabalho produtivo e improdutivo em sua tese de doutoramento, para delimitar as formas de valorização do trabalho para o capital, Silva (2016) aponta que o trabalho em saúde é definido como trabalho improdutivo – por se caracterizar como um serviço útil, mas que não é um produto/mercadoria convertida imediatamente em valor, fazendo com que exista uma relativa autonomia no exercício do trabalho em saúde.

É através do entendimento do trabalho como uma categoria ontológica fundamental que o compreendemos como elemento constitutivo da existência humana e na vida em sociedade. Essa concepção, presente em Marx e desenvolvida por Lukács, afirma que o trabalho não é apenas uma atividade para garantir a sobrevivência, mas sim uma forma de interação com o mundo que molda a própria natureza humana.

Podemos dizer que Lukács aprofunda a análise marxiana, enfatizando a importância da teleologia e da causalidade no processo de trabalho. Cabe retomar que a teleologia se refere à capacidade humana de estabelecer objetivos e planejamento de ações para alcançá-los, enquanto a causalidade diz respeito às leis naturais que regem os processos de transformação da realidade. Desta forma, o homem é o único ser vivo que possui a capacidade de projetar antecipadamente o resultado daquilo que pretende obter por meio de seu trabalho, antecipando mentalmente o resultado de sua ação, caracterizando uma dimensão denominada teleológica (Castro, 2009).

Em outras palavras:

Duas observações impõem-se aqui: por um lado, que a teleologia (“os homens fazem sua própria história”) que distingue o homem no interior da natureza não pode violentar a causalidade (“em condições previamente dadas”) que não o distingue, mas o identifica a ela (em si

mesmo, em sua constituição biológica, e fora de si mesmo, na constituição física, química, e biológica dos outros objetos naturais que se põem para ele). Isto quer dizer que o conceito físico de “trabalho” (produto de uma força pelo deslocamento de seu ponto de aplicação), que vem se aplica às transformações naturais exemplificadas, deve também bem se aplicar aos processos de trabalho humanos, que não podem contrariar a legalidade causal que esse conceito exprime, mas que a ela acrescem sua finalidade essencial. Ora, obviamente se segue que a teleologia humana consiste em uma utilização, para fins próprios, daquela legalidade causal, o que implica descobrir como se estabelece, nos processos de trabalho, a mediação da teleologia pela causalidade, o que se voltará a tratar quando se discutir os instrumentos de trabalho (Gonçalves, 1992, p. 5).

Silva (2016) elucida que, na perspectiva lukacsiana, o trabalho, como objetivação ontológica primária, transforma ideias em realidade. Essa materialização, inerente ao processo de trabalho, estabelece uma relação dialética entre sujeito e objeto, gerando novos conhecimentos e expandindo as possibilidades humanas. Aponta ainda:

A ideia, ao ser objetivada, passa a compor a objetividade, existindo independentemente da consciência que a idealizou e sendo atravessada pela realidade a qual faz parte. O trabalho é a mediação entre o ser social e a natureza (um intercâmbio) e entre os seres humanos, sendo essa síntese produzida a partir da teleologia e da causalidade. Na análise lukacsiana, “a teleologia é um modo de pôr - posição sempre realizada por uma consciência [...]” (LUKÁCS, 1978, p.6). Dessa forma, o ato teleológico exige o conhecimento da separação entre sujeito e objeto; e detém em seu cerne a decisão entre alternativas acerca de posições teleológicas futuras. Já a causalidade “representa a lei espontânea na qual todos os movimentos de todas as formas de ser encontram a sua expressão geral” (Idem) (Silva, 2016, p. 38).

Neste sentido, “tal como foi interpretado, o processo de trabalho constitui um dos pólos de uma tríplice relação dialética que inclui o homem e a natureza, e cujo desenvolvimento é a substância da história” (Gonçalves, 1992, p. 14).

A partir de nossas ações práticas no mundo, construímos uma compreensão inicial da realidade que, por ser imediata, é parcial e limitada. Conforme a perspectiva marxiana, temos ciência de que essa visão inicial não captura a totalidade dos fenômenos, sendo necessária uma análise profunda para desvendar as relações complexas que escondem suas aparências e correlações no concreto que é a síntese de diversas determinações.

Concluimos que:

A sociedade em que vivemos, capitalista, produz um homem que não se vê no produto final do seu trabalho, assim, um homem potencialmente alienado. Na medida em que não se vê como sujeito, também reproduz que pouco, ou nada, pode alterar na vida. Assim também são entendidos os valores e normas desta sociedade, vistos, portanto, como imutáveis (Matos, 2009, p. 174).

Conforme dito anteriormente, a suspensão do cotidiano em determinado momento não o extingue – sempre regressamos a ele pelo fato de ser insuprimível e constitutivo da vida social. Porém, ao realizar o movimento de reflexão enxergamo-lo de forma diferente (Matos, 2009). Neste sentido, Heller (1970) compreende que o pensamento cotidiano tem uma unidade com a imediaticidade do próprio pensamento e a ação nesse cotidiano.

De acordo com Carvalho (2012), o pensamento marxista acerca da vida cotidiana, enquanto preocupação filosófica, se expressa no dia a dia de todos os homens na vida em sociedade e se apresenta em múltiplas cores e faces, como: a) a vida dos gestos, relações e atividades rotineiras de todos os dias; b) um mundo de alienação; c) um espaço do banal, da rotina e da mediocridade; d) o espaço privado de cada um, rico em ambivalências, tragicidade, sonhos, ilusões; e) um modo de existência social fictício/real, abstrato/concreto, heterogêneo, fragmentário/hierárquico; f) a possibilidade ilimitada de consumo sempre renovável; g) o micromundo social que contém ameaças e, portanto, carente de controle e programação política e econômica; h) um espaço de resistência e possibilidade transformadora (Carvalho, 2012).

Ressaltamos a importância da investigação sobre a vida cotidiana – tanto para os intelectuais que desejam conhecê-la e/ou transformá-la, tanto para o Estado e forças produtivas capitalistas que aspiram controlá-la e que acabam, de fato, tendo hegemonia sobre ela, principalmente no que diz respeito a bens de consumo (Carvalho, 2012).

A vida cotidiana é aquela vida dos mesmo gestos, ritos e ritmos de todos os dias: é levantar nas horas certas, dar conta das atividades caseiras, ir para o trabalho, para a escola, para a igreja, cuidar das crianças, fazer o café da manhã, fumar o ‘cigarro, almoçar, jantar, tomar a cerveja, a pinga ou o vinho, ver televisão, praticar um esporte de sempre, ler o jornal, sair para um “papo” de sempre etc... Nessas atividades, é mais o gesto mecânico e automatizado que as dirige que a consciência (Carvalho, 2012, p. 23).



A partir do pensamento de Heller, Carvalho (2012) aponta que a hierarquia da vida cotidiana se altera conforme valores de dada época histórica e também em função de interesses e particularidades de cada indivíduo e fases de sua vida, sendo a rotina constituída da sucessão linear e repetitiva da heterogeneidade hierarquizada da vida cotidiana. Como característica da imediaticidade da vida cotidiana, a autora aponta o critério da funcionalidade, visto que “a esfera do cotidiano é uma esfera precisa; é a esfera do homem concreto. A objetivação que se passa no cotidiano é aquela em que o homem faz do mundo o seu ambiente imediato” (Carvalho, 2012, p. 25).

Ainda que o homem se perceba, de forma imediata, enquanto singular, na vida cotidiana “o indivíduo se reproduz diretamente enquanto indivíduo e reproduz indiretamente a totalidade social” (Carvalho, 2012, p. 26). Desta forma, ao mesmo passo que se realiza enquanto ser individual, para o suprimento de suas necessidades, se realiza também enquanto ser genérico.

Acreditamos que a percepção do homem enquanto ser genérico acontece com o distanciamento da imediaticidade através da suspensão da vida cotidiana que é realizada por intermédio da reflexão, como aponta Carvalho (2012). Neste viés, acreditamos também que essa mediação, no âmbito da prática profissional, envolve dois elementos trazidos anteriormente a partir de Sousa (2018): a superação de visões focalizadas do trabalho e o reconhecimento dos limites institucionais postos no campo de imediaticidade do cotidiano; e a compreensão da importância da ontologia social, ou seja, do entendimento de que os valores ético-políticos emancipatórios, expressos em nosso código de ética, se efetivam através da atividade humana – fato que aprofunda, ainda, o nosso compromisso com a classe trabalhadora.

Carvalho (2012) aponta que a suspensão da vida cotidiana não é uma fuga, mas sim um circuito necessário para o Serviço Social, que se realiza, então, pelo distanciamento da imediaticidade, através da reflexão, e o posterior retorno a realidade com uma compreensão modificada. Logo, a suspensão do cotidiano não se trata de um fim em si mesmo, mas um meio de transformação da nossa atuação e relação profissional no que tange a realidade concreta – abrindo caminhos para uma prática crítica mais consciente após essa percepção enriquecida.

O capítulo a seguir, traz como cenário o cotidiano do trabalho em saúde e as possíveis contribuições do Serviço Social, baseado em uma perspectiva crítica. Possui como objetivo realizar o debate do trabalho em saúde, nossa compreensão diferenciada do processo saúde-doença, os desafios e possibilidades da prática profissional do assistente social na saúde, bem como a importância da inserção nesse contexto.

## **CAPÍTULO 2: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: APONTAMENTOS ACERCA DO COTIDIANO DE TRABALHO EM SAÚDE**

Neste capítulo propomo-nos a refletir sobre o trabalho em saúde e a atuação profissional do assistente social neste contexto, mediante os impasses e contradições próprios do sistema capitalista, bem como as potencialidades do trabalho em saúde conforme a realidade objetiva.

Inicialmente, serão apresentadas notas introdutórias sobre a relação entre o cotidiano, o Serviço Social e a Saúde a fim de subsidiar a discussão das disputas ideológicas que conformam os serviços desta Política. Ao realizarmos o debate, partimos do entendimento de que, sob o capitalismo, a Saúde é estruturada para o controle de doenças e manutenção da força de trabalho – com as práticas de cuidado subordinadas à lógica do lucro. Em lado oposto, temos a luta pela Saúde entendida como direito humano e coletivo, sendo o SUS sua principal expressão de resistência. Alinhado a esta segunda perspectiva, o Serviço Social traz significativas contribuições vinculadas a seu projeto Ético-Político comprometido com uma sociedade mais justa e igualitária.

Neste sentido, trazemos uma breve contextualização histórica do trabalho do assistente social na saúde, destacando algumas das transformações ocorridas nas últimas décadas. Ademais, são apresentadas as bases teóricas que sustentam a atuação profissional nesse campo, com a devida importância da análise das condições de vida e trabalho da população para a compreensão do processo saúde-doença.

Ao aprofundarmos a discussão sobre o processo de trabalho em saúde alcançamos as posturas e valores profissionais presentes em seu desenvolvimento, bem como os desafios que os perpassam. Trazemos que os valores são orientadores das escolhas, posicionamentos e julgamentos realizados cotidianamente. A partir disso, a ética profissional na cotidianidade pode ser tanto uma resposta conservadora quanto uma alternativa crítica, a depender da compreensão do profissional acerca dos fundamentos desta sociabilidade. Por isso, é fundamental a discussão sobre aquilo que defendemos em termos valorativos expressos em nossas posturais profissionais.

### **2.1 TRABALHO EM SAÚDE: NOTAS INTRODUTÓRIAS**

Como sinalizado ao longo deste capítulo, além de seu caráter ineliminável, o cotidiano expressa as mesmas contradições que constituem a sociabilidade capitalista – contradições dialéticas desenvolvidas a partir da tensão existente entre a luta dos trabalhadores, por exemplo, das reivindicações da classe trabalhadora *versus* os interesses da burguesia que, conforme sua dominação ideológica hegemônica espraia seus ideais e valores por todas as formas de reprodução da vida humana. Nos serviços de saúde essa ideologia está presente de diversas formas e se expressa na disputa entre o grupo que trata a saúde como mercadoria – com foco no lucro, imperando somente as leis do mercado focalizado na doença e deixando de lado, inclusive, a prevenção – e o grupo que a compreende enquanto direito – o qual fazemos parte.

De acordo com Yasui e Pena (2015, p. 69):

No cotidiano dos serviços de saúde, encontramos, com muita frequência, este mesmo movimento contraditório. É inevitável reconhecer os efeitos da qualificação da clínica e da gestão no SUS, mas também o endurecimento metodológico imanente ao crescente especialismo das práticas cotidianas de cuidado. Neste sentido, vemos trabalhadores que defendem o seu espaço, reivindicando reconhecimento e importância e, mais do que isso, buscando construir novos significados para a prática de cuidado, encarando a invenção de novos horizontes como estratégia de resistência às dificuldades de se manter profissional da saúde e cuidador.

Quando discorreremos sobre as Políticas Sociais, na dinâmica das classes antagônicas, em especial a Política de Saúde, recorte neste trabalho, é imprescindível levarmos em consideração as contradições econômicas e políticas existentes (Teixeira; Braz, 2009). A partir da análise marxiana da sociedade capitalista, compreendemos que paralelamente ao aumento da riqueza socialmente produzida, a partir da exploração da força de trabalho, há a apropriação do resultado desse processo pelos detentores dos meios de produção – que são uma parte mínima da sociedade que detém o capital: a classe dominante.

Neste íterim, Teixeira e Braz (2009, p. 5) afirmam que a prática profissional é também um projeto político, então:

Ainda que a prática profissional do(a) assistente social não se constitua como práxis produtiva, efetivando-se no conjunto das relações sociais, nela se imprime uma determinada direção social por meio das diversas ações profissionais – através das quais, como foi

dito, incide-se sobre o comportamento e a ação dos homens –, balizadas pelo projeto profissional que a norteia. Esse projeto profissional por sua vez conectasse a um determinado projeto societário cujo eixo central vincula-se aos rumos da sociedade como um todo – é a disputa entre projetos societários que determina, em última instância, a transformação ou a perpetuação de uma dada ordem social. Os projetos profissionais são impensáveis sem esses pressupostos, são infundados se não os remetemos aos projetos coletivos de maior abrangência: os projetos societários (ou projetos de sociedade). Quer dizer: os projetos societários estão presentes na dinâmica de qualquer projeto coletivo, inclusive em nosso projeto ético-político.

Na vivência do cotidiano nos serviços de saúde, existem mediações possíveis de serem construídas para o trabalho de forma crítica e condizente aos valores e princípios defendidos, de forma hegemônica, pelos assistentes sociais, com vistas a uma sociedade mais justa e igualitária — fortalecendo a luta e ação coletiva que tem a possibilidade de mudança da estrutura social a partir de análises progressistas da realidade e de suspensão do cotidiano para refletir sobre ele. Logo:

A partir das contradições de classes que determinam a profissão – e daí a dimensão política da prática profissional, da qual falamos anteriormente –, os(as) assistentes sociais podem, desde que num ambiente de democracia política – o que significa afirmar que tal democracia é um pressuposto para a própria existência do projeto ético-político –, escolher caminhos, construir estratégias político-profissionais e definir os rumos da atuação e, com isso, projetar ações que demarquem claramente os compromissos (ético-políticos) profissionais. O que se está a dizer é que nosso projeto é expressão das contradições que particularizam a profissão e que seus princípios e valores – por escolhas historicamente definidas pelo Serviço Social brasileiro, condicionadas por determinantes histórico-concretos mais abrangentes – colidem (são mesmo antagônicas em sua essência) com os pilares fundamentais que sustentam a ordem do capital (Teixeira, Braz, 2009, p.11).

Alguns desafios vivenciados no cotidiano de trabalho em saúde dizem respeito a fragmentação das práticas em saúde, da mercantilização do cuidado, da dificuldade da organização e relações de trabalho em contextos de gestão, do alto índice de gestores não qualificados para atuar nos postos de trabalho que ocupam, da negação e/ou omissão quanto a direitos constitucionais dos trabalhadores, precarização dos ambientes e condições de trabalho, etc. (Yasui; Pena, 2015; Santos Filho, 2007).

Santos Filho (2007) aponta que é preciso considerar as novas exigências postas aos trabalhadores que, muitas vezes, abalam as formas tradicionais de

exercício de funções, responsabilidades, desempenho, e até mesmo interação com seus pares e usuários. Sendo assim, implicam em uma série de adequações aos processos de trabalho gerando grandes desafios no âmbito da gestão e participação ativa dos trabalhadores.

Um exemplo de precarização trazido pelo autor, que se baseia em documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, diz respeito às situações em que os trabalhadores não são cobertos por direitos básicos devido a flexibilização das relações trabalhistas, ou seja, a precarização compreende desde os aspectos de não formalização de vínculos até situações mais complexas sobre condições de trabalho – que geram conflitos de diferentes ordens como riscos de doença pelo desgaste com as imensas cargas de trabalho, sofrimento psíquico, dentre outros.

É neste bojo contraditório, tensionado pela luta de classes, que o Serviço Social, junto a outras profissões, compõe o trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. E é, também, a partir dessa visão do trabalho, que trazemos a discussão do trabalho em saúde.

Gonçalves (1992) apresenta, em sua obra, uma análise crítica e aprofundada do processo de trabalho em saúde, buscando desvelar as relações sociais e as determinações históricas que moldam as práticas de saúde, se destacando pela abordagem teórica fundamentada no marxismo e, conseqüentemente, por sua análise concreta das práticas de saúde, buscando compreender como as condições de trabalho, as relações de poder e as necessidades da população influenciam a produção de saúde.

O autor destaca a forma histórica da realização do trabalho em saúde em sua especificidade, ou seja, associado ao processo de reprodução social, à medida que é impossível pensar as necessidades em saúde descoladas de necessidades naturais, uma vez que:

(...) tudo que vier a constituir-se em necessidade de saúde humana passará por esse conjunto de determinações genético-estruturais dentro do qual o homem vem a ser humano, isto é, indivíduo imediatamente sócio-histórico em sua individualidade, sendo a mais importante, mas não a única dessas determinações, a objectualização em processos de trabalho (Gonçalves, 1992, p. 25).

Logo, ao falarmos sobre o trabalho em saúde precisamos, também, destacar que este não deve ser pensado de forma generalista ou como uma atividade

meramente técnica e acessória, mas sim social e historicamente determinado, moldado pelas necessidades da população. Desta forma, o trabalho em saúde se expressa de modo peculiar no contexto social do trabalho e possui características objetivas, sendo diferenciado em três pontos: sua especificidade técnica (natureza); sua aparência (que permite a obtenção de dinheiro e/ou poder); e sua reprodução (representações e ações) (Gonçalves, 1992).

Ainda segundo o autor, o trabalho em saúde foi organizado e se desenvolveu nas sociedades capitalistas como forma de controlar a doença, a fim de recuperar a força de trabalho e proporcionar a manutenção do consumo das classes subalternas. Sendo assim, na sociedade capitalista, o trabalho em saúde inicialmente se refere a dois modelos: ao controle de doenças e à recuperação do doente.

Ao analisarmos o trabalho em saúde sob a ótica da totalidade, percebemos que este está intrinsecamente ligado a outros processos sociais, históricos e culturais, formando uma rede complexa de relações.

De maneira mais explícita, pensar o trabalho em saúde em uma perspectiva social, história e crítica, requer pensar os movimentos desse processo em curso. Movimentos esses que produzem acumulações de natureza política, econômica e cultural (MATUS, 1997). Ou seja, analisar o trabalho em saúde numa perspectiva da totalidade, nos remete imediatamente a dois movimentos que julgamos serem articulados: a análise da realidade social e histórica em que se insere a política de saúde atualmente; e a reflexão acerca dos próprios elementos constitutivos do trabalho em saúde (Silva, 2016, p. 200).

Nestes termos, para o entendimento acerca do trabalho em saúde – e do desdobramento da política de saúde em si – da forma mais fidedigna possível, exige-se que se considere sua relação com processos sociais mais amplos, inclusive sob a égide dos interesses de classe, visto que “a finalidade do trabalho em saúde é o atendimento às necessidades de saúde, estas entendidas como necessidades que se constituem social e historicamente e se manifestam nas dimensões individual e/ou coletiva” (Silva, 2016, p. 199).

Conforme Castro (2009), a complexidade do trabalho em saúde exige uma análise abrangente que considere as diversas dimensões envolvidas, desde as transformações do mundo do trabalho, como as questões organizacionais, reguladas pelos recursos humanos, interindividuais e intersubjetivas, até o papel dos trabalhadores como sujeitos históricos, levando em consideração seus

interesses coletivos, a cultura profissional e o papel no âmbito da instituição das políticas de saúde.

A respeito da natureza interventiva dos trabalhadores da saúde, Silva (2016) elucida que esta se realiza diretamente articulada ao processo de reprodução social e da força de trabalho. Neste sentido, justifica-se mais uma vez, a necessidade de compreensão do caráter do trabalho em saúde como constitutivo de um processo socialmente construído – sendo indispensável decifrar as mediações existentes no âmbito da sociedade capitalista e, particularmente no Brasil, no intenso processo de lutas sociais que conformaram a criação do SUS (Silva, 2016).

Em sentido mais claro, não estamos dizendo com isso que para a realização de um estudo, texto, artigo sobre a RMS seja necessário a exposição do desenvolvimento do capitalismo, mas sim que é necessário pensar a RMS e suas experiências singulares à luz das contradições desse modo de produção, visto que essas contradições comparecem no cotidiano dessas mesmas instituições e serviços onde se desenvolvem as RMS. O movimento de tomar as experiências singulares da RMS somente a partir da dimensão da formação e delas mesmas nos parece problemático (Silva, 2016, p. 214).

Embora o processo de trabalho em saúde não se configure de maneira idêntica à lógica produtiva das fábricas, ele se estabelece em um espaço de tensões diante das demandas e necessidades em saúde. Esse contexto evidencia a importância de compreender as especificidades do trabalho em saúde, articulando-as aos determinantes estruturais que influenciam a organização e o funcionamento dos serviços, especialmente no âmbito da RMS.

## 2.2 SERVIÇO SOCIAL: POSTURAS PROFISSIONAIS, VALORES E OS IMPASSES PRESENTES NO TRABALHO EM SAÚDE

O Serviço Social enquanto profissão inserida na sociedade capitalista – e, portanto, com determinações históricas –, possui a normatização de sua prática por meio do CEP, que desenvolve os deveres e valores que fundamentam a intervenção ético-política vinculada ao processo de construção de uma nova ordem societária: pautada na liberdade, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania,



socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida, equidade e justiça social (CFESS, 2012).

Nesse sentido, os valores contidos no Código de Ética Profissional são orientadores das opções, escolhas, dos posicionamentos e julgamentos de valor realizados cotidianamente. Todavia, para que se materializem, é preciso que ganhem efetividade na transformação da realidade, na prática social concreta, seja ela na direção de um atendimento realizado, de uma necessidade respondida, de um direito adquirido (Barroco, 2009, p. 20).

Ao discutir a ética na cotidianidade, compreendemos que ela pode se configurar como uma alternativa social conservadora, que tende a se renovar no contexto da violência estrutural. Isso ocorre porque a sociabilidade burguesa tem como um de seus princípios a ética liberal, na qual a liberdade de cada indivíduo é delimitada pela do outro, tendo como principal objetivo a reafirmação e a manutenção da propriedade, elemento central para a sustentação do capitalismo.

Portanto, torna-se essencial desenvolver uma compreensão crítica acerca dos fundamentos éticos que estruturam tanto a sociedade quanto a própria categoria profissional. Essa reflexão é fundamental para delimitar os limites e as possibilidades da intervenção profissional na qual as ações se concretizam por meio de atos mais ou menos conscientes, mediados pela relação entre a singularidade e a dimensão humano-genérica pela via da existência social (Barroco, 2009).

Como dito anteriormente, as escolhas são baseadas em juízos de valor. Por isso é fundamental apontar quais valores são importantes para subsidiar as escolhas profissionais dos assistentes sociais que compreendem a objetivação histórica da ética – enquanto conjunto das práticas conscientes do ser social –, dirigindo sua intervenção profissional na direção da conquista da verdadeira liberdade e da universalidade, tendo como horizonte a emancipação humana (Barroco, 2009).

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) reafirmam as defesas e posturas profissionais necessárias para a atuação neste campo, a partir do entendimento da sociedade de forma ampliada e do posicionamento profissional crítico, uma vez que a configuração da política de saúde impacta diretamente em nosso trabalho.

Para que as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social sejam condizentes com nosso direcionamento hegemônico, no âmbito da saúde ou

mesmo em outro espaço sócio-ocupacional, a prática deve ser orientada e norteadada pelo CEP e Lei de Regulamentação da Profissão, que requisitam do profissional competências gerais fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção. Gostaríamos de destacar o que é expresso o artigo 3º do Código de Ética, sobre os deveres profissionais, que estabelece: abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes. Logo, “o perfil profissional deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente” (CFESS, 2010, p. 34).

Neste sentido:

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2010, p. 35).

O que defendemos enquanto termos valorativos expresso pelas posturas profissionais e identificados por nós nos Parâmetros é: apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; compreensão das particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país, bem como o significado social da profissão e seu desenvolvimento sócio-histórico; ações com objetivo de transpor o caráter emergencial e burocrático das demandas; direção socioeducativa por meio da reflexão e mobilização e incentivo aos usuários para a participação de mecanismos de luta, controle e defesa da garantia do direito à Saúde por intermédio de uma consciência sanitária; orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais; ações de educação em saúde; informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização; sensibilização dos usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS; articulação com

movimentos sociais; estimulação da participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde; etc. (CFESS, 2010).

Ou seja, no âmbito da saúde, os valores que precisam ser defendidos são uma extensão dos princípios estabelecidos em nosso CEP. O que buscamos são posturas profissionais com vistas a transformações estruturais nas políticas sociais com objetivo de ampliação da democracia – que somente serão construídas, efetivamente, através de um movimento de massas, pautado nos valores de liberdade e justiça social, defesa dos direitos humanos, integralidade da assistência, equidade, universalidade, solidariedade e valorização da coletividade, diferentemente dos valores construídos pela sociedade capitalista.

Contudo, ainda que exista o direcionamento profissional crítico a partir do CEP, sua mera existência não garante sua legitimação. Barroco (2009) aponta que é necessária uma consciência ética e política por parte dos próprios profissionais – não sendo isentos, por exemplo, dos processos de alienação produzidos por este modelo de sociedade – comprometidos com as demandas da classe trabalhadora, da qual fazemos parte.

Portanto, quando o indivíduo, determinado por condições sociais que convergem na direção de sua intervenção na realidade, e motivado por valores emancipatórios, pode ter possibilidade de estabelecer mediações com a sua particularidade, ascendendo à condição de sujeito ético, revela-se toda a importância da reflexão ética, capaz de realizar a crítica da vida cotidiana, em sua dimensão moral, ampliando as possibilidades de realização de escolhas conscientes, voltadas ao gênero humano, às suas conquistas emancipatórias, à desmistificação do preconceito, do individualismo e do egoísmo, propiciando a valorização e o exercício da liberdade e do compromisso com projetos coletivos (Barroco, 2009, p.11).

Por isso é necessário que exista uma adesão consciente ao PEP, para que se efetive, de fato, o projeto de sociedade defendido pela categoria profissional por estar alinhado aos valores que defendemos e sua incorporação na prática profissional, uma vez que as respostas às diferentes necessidades atendidas no cotidiano de trabalho são expressões dos valores morais que cada indivíduo possui – seja de forma consciente ou não (Matos, 2014).

Desta forma, o autor sinaliza que:

Os profissionais de Serviço Social no seu cotidiano de trabalho lidam com diferentes temas e questões que se corporificam nos diversos relatos de vidas que atendem. É no atendimento aos usuários que os assistentes sociais identificam contornos materiais das diferentes expressões da questão social na vida da população. Certamente em cada registro de entrevista ou na realização de um grupo, por exemplo, os assistentes sociais têm acesso a um manancial de informações, que não sendo naquele momento estatísticas, são vidas concretas que sofrem a desigualdade da sociedade capitalista (Matos, 2014, p. 12).

Portanto, a ação profissional no cotidiano tem a potencialidade tanto de fortalecer o bloco hegemônico quanto a classe trabalhadora. No que diz respeito ao objeto de trabalho do assistente social – a questão social – partimos do pressuposto de que esta não pode ser enfrentada de forma moralizante e individualizada, como nos primórdios da profissão, mas sim de forma coletiva, por isso o compromisso do CEP com a liberdade e a defesa da democracia e dos direitos humanos, com vistas a uma nova ordem societária (Matos, 2015).

Segundo Coelho (2013), do ponto de vista marxista, a imediaticidade da vida cotidiana compreende elementos característicos do ser social. De acordo com a autora, o discurso profissional que muitas vezes impera sobre a falsa dicotomia entre teoria e prática se realiza pela imediaticidade entre teoria e ação. Por isso é necessário um esforço de reflexão diária e suspensão do cotidiano, a partir do posicionamento crítico do profissional diante da realidade – com a prática sendo direcionada pela teoria de forma consciente.

Nesse horizonte, a expressão *conhecimento da realidade* se refere à obtenção de informações objetivas e subjetivas relacionadas às condições de vida de um indivíduo, considerado como tal e não como ser genérico que é, ou do grupo familiar, compreendido como uma célula. Conhecimento da realidade refere-se também, ao domínio da estrutura formal e burocrática da instituição em que o assistente social encontra-se alocado (Coelho, 2013, p. 36 – grifo da autora).

A imediaticidade aparece como saber absoluto quando não ocorre o distanciamento para realizarmos a reflexão. Neste sentido:

O pensamento limitado pela pressão do dia a dia se restringe a dar respostas automáticas e superficiais a diversas situações singulares que são homogeneizadas a partir de sua superficialidade por meio de instrumentos de gestão de políticas sociais pautados em um arcabouço jurídico-burocrático e dessa forma organizam a rotina dos serviços que possuem impacto no cotidiano da família trabalhadora. A

diversidade de atividades da vida cotidiana leva a visão limitada apenas aos fenômenos do real: enxerga-se a pobreza, mas não o movimento histórico-econômico que a engendra; conhece-se o adolescente infrator, mas não a dinâmica que o leva a se constituir enquanto tal etc. (Lacerda, 2014, p. 23).

Por isso, enfatizamos que o método de Marx se revela o mais adequado para a análise da realidade e do cotidiano profissional dos assistentes sociais, pois se fundamenta na apreensão da realidade em sua totalidade, considerando suas contradições e as conexões entre o cotidiano e a imediatez.

Diante do exposto, compreendemos a importância de vinculação da discussão dos elementos constitutivos do cotidiano à dimensão ético-política do Serviço Social – que enquanto profissão se realiza no cotidiano a partir da articulação entre suas dimensões constitutivas, a saber: a dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa – para que tenhamos a possibilidade de compreensão e ultrapassagem da racionalidade burguesa hegemônica que tende a influenciar nosso modo de agir e pensar. Neste momento, nos atentamos a dimensão ético-política para a explanação.

As autoras Paula, Ortiz e Ramos (2023) apontam que a dimensão ético-política incide sobre a ação profissional em meio ao cotidiano no mesmo sentido em que Yamamoto (2007, p. 230) destaca:

(...) as dimensões sócio-históricas e ético-políticas do projeto profissional têm consequências: supõem uma visão de mundo, articulada a uma ética correspondente e se liga à ação no sentido de interferir no comportamento dos homens no enfrentamento dos conflitos sociais. Por meio da luta hegemônica, os assistentes sociais, enquanto cidadãos e trabalhadores, passam a ser parte de um “sujeito coletivo”, que partilha concepções e realiza, em comum, atos teleológicos articulados e dirigidos a uma mesma finalidade, como parte da comunidade política (Coutinho, 1989). O projeto profissional, construído ao longo das últimas décadas aglutina segmentos significativos de assistentes sociais às forças sociais progressistas, comprometidas com a efetivação da cidadania, extensiva a todos e com a irradiação dos preceitos e práticas democráticos a todos os poros da vida em sociedade.

Logo, a dimensão ético-política do Serviço Social transcende o âmbito profissional, permeando todas as ações do assistente social, orientando suas escolhas e decisões – impactando diretamente na vida dos usuários dos serviços. Por isso é fundamental que o profissional esteja atento aos valores e princípios

éticos nos quais se baseia, inclusive no âmbito de sua vida pessoal, para que estejam alinhados à perspectiva de transformação desta sociabilidade que nos atravessa, a todo tempo, com seu caráter moralizante e superficial, cujo objetivo é dar continuidade aos processos de opressão e exploração (Paula; Ortiz; Ramos, 2023).

Assim, muitas vezes, o/a profissional possui sua ação conduzida pelos seus valores e crenças pessoais. Se isso ocorre, a construção das estratégias e táticas políticooperacionais pode se dar como um mecanismo autoritário de imposição de uma determinada ética aos segmentos com os quais o/a assistente social trabalha. Por isso, faz-se necessário que o/a assistente social também saiba respeitar o modo de viver e de pensar dos/as seus/suas usuários/as. Como nos alerta Cortella (2001, p. 56), “quase sempre a ética que não aceitamos é a do outro. Afinal, o outro é o outro e, como tal, não se comporta dentro da desejabilidade de uma circunstância de relação”. É desse modo que a dimensão ético-política do exercício profissional do/a assistente social, em todas as suas implicações, incide também na formulação das estratégias e táticas de intervenção. Essa intervenção profissional materializa-se sendo moldada por condições objetivas e subjetivas historicamente determinadas e, às vezes moralmente construídas (Paula; Ortiz; Ramos, 2023, p. 115).

Em resumo, a dimensão ético-política do Serviço Social, articulada às dimensões teórico-metodológica e técnico-operativa, possibilita que o assistente social tenha uma postura crítica e reflexiva em seu cotidiano de trabalho, considerando as condições objetivas e subjetivas que permeiam a realidade social, a partir das demandas e requisições que chegam aos profissionais exigindo, na maioria das vezes, respostas imediatas – as quais, se o profissional tiver clareza e escolha pelos princípios e valores defendidos pela categoria profissional, tem a possibilidade de realizar intervenções inscritas no campo dos valores universais, ancoradas na orientação ético-política do projeto profissional crítico (Paula; Ortiz; Ramos, 2023).

A sociedade capitalista que vivemos é baseada em elementos, valores e princípios individuais que, como dissemos, extrapola o âmbito da produção e se expressa nas relações sociais. Neste sentido as pessoas se tornam mais individualistas, competitivas, violentas, com uma falsa ideia de liberdade econômica e acumulação de riqueza a partir da propriedade privada, além da falsa ilusão de possibilidade de transposição entre as ditas “diversas classes sociais”. No âmbito da

saúde, com a influência do modelo biomédico presente de forma tão proeminente, apesar de alguns avanços, a estrutura e tradição gerencial dos hospitais torna-os organizações burocráticas e centralizadoras baseados em relações hierárquicas de trabalho. Por isso, faz-se necessário que, na atuação profissional, o assistente social coloque sempre em evidência valores coletivos, a fim de contribuir para a socialização de direitos e de acesso a serviços humanizados e de qualidade que estão articulados, por conseguinte, a valores emancipatórios.

É nesse sentido que se defende um novo modo de ser e fazer nos serviços de saúde ancorados no respeito à vida humana, a solidariedade, desenvolvimento da autonomia e cidadania dos usuários, realizando, para isso, um conjunto de ações que envolvam a melhoria das instalações físicas, renovação de equipamentos, barateamento de medicação, capacitação de recursos humanos, dentre outras linhas que visam o aperfeiçoamento de toda intervenção de atendimento à saúde (Brasil, 2001 *apud* Dornelas; Moreira; Castro, 2024, p. 198).

O investimento na formação profissional pode ser uma estratégia importante ao pensarmos a transformação das práticas de saúde. Neste trabalho, ao voltarmos nosso olhar para as Residências Multiprofissionais em Saúde, partimos da compreensão e defesa de um modelo de formação através/pelo trabalho no qual os profissionais nelas inseridos realizam suas ações a partir do esforço de compreensão do usuário de forma integral.

Neste sentido, a aproximação com o debate da Humanização pode ser um caminho para subsidiar a reflexão e, conseqüentemente, o direcionamento da ação profissional – extrapolando o aspecto de Política Nacional de Humanização (PNH), mas voltada aos valores humanos que a norteiam.

Alinhamo-nos à uma das perspectivas de preocupação sobre a Humanização apontada por Puccini e Cecílio (2004), voltada não para a busca de uma essência humana perdida, mas acreditando na existência de uma desumanização que é moldada pelo capitalismo, logo, assentada ao desenvolvimento das relações sociais conectadas às relações de produção. Em outras palavras, voltada a análise da totalidade concreta, levando em consideração os interesses das classes sociais, os elementos econômicos, ideológicos e culturais, que são fundamentais para avançarmos sobre essa discussão.

Este movimento de humanização das atividades humanas não é uma novidade para a sociedade geral nem para a saúde, graças ao estranhamento do homem diante do mundo natural pelo estranhamento de si diante do mundo do trabalho capitalista, mas é necessária cautela para não valorizarmos ao extremo a subjetividade humana, já que entendemos que este processo é um processo social (Puccini; Cecílio, 2004).

Isto posto:

(...) a essência humana não como algo abstrato e imanente a cada indivíduo ou como algo universal que se manifestaria nos indivíduos, mas como o conjunto das relações sociais. Não é no indivíduo que podemos encontrar a essência humana, mas sim nas relações sociais, das quais ele mesmo é um produto. Assim, a essência humana passa a ser compreendida como algo que só pode ser desvendado no conjunto das relações sociais, que produzem tanto a natureza do homem social como a de indivíduos, pois o indivíduo à margem dessas relações é uma abstração, e a essência humana, concebida como atributo individual, é tão abstrata quanto ele (Puccini; Cecílio, 2004, p. 1347).

Devido à preocupação com o perfil profissional e a formação continuada dos sujeitos recém-formados ingressantes nos programas de RMS, trazemos, para exemplificação, uma pesquisa recente, realizada por nós, resultado do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), cujo objetivo foi identificar os principais desafios para a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) nos serviços de saúde e quais elementos atravessam as ações profissionais e instâncias gestoras, a partir do olhar dos residentes – entendidos como potenciais sujeitos de mudança inseridos na principal modalidade de formação pós-graduada para a qualificação dos trabalhadores na área da saúde.

A referida pesquisa ilustra a potencialidade de uma chave analítica direcionada pelo olhar da Humanização, uma vez que a maioria dos residentes participantes responderam que não tiveram contato com este debate durante a graduação, logo, chamou nossa atenção a possibilidade desse elemento refletir nas ações setorializadas que são realizadas nos serviços. Por isso, diante do desafio de mudança das práticas de saúde, incluindo a crítica aos critérios biomédicos que, muitas vezes, são tomados para avaliar e validar as ações na saúde, de forma isolada, acreditamos que a Humanização articulada e desenvolvida dentro das RMS seja um caminho em potencial – uma vez que a pesquisa demonstrou essa ausência no processo formativo



dos residentes, como também a limitação do desenvolvimento de diversas ações em saúde no HU (Dornelas; Moreira; Castro, 2024).

Nesse sentido, defendemos a necessidade de incorporação da humanização nos projetos pedagógicos das residências não somente como retórica ou parte de um cumprimento legal e moral, mas com vistas à efetivação de estratégias de humanização nos cenários de prática dos residentes, com a reorientação de práticas em saúde pautadas nas redes de diálogo entre ensino, serviço e comunidade. (...) Devido às lacunas nas graduações, as residências em saúde se tornam fortes estratégias de implementação desta, por seu caráter de formação em serviço face à necessidade de discussão sobre a temática nos dias de hoje, cerca de duas décadas após a instituição da PNH (Dornelas; Moreira; Castro, 2024, p. 212-213).

Os profissionais inseridos nos programas de residência têm a possibilidade de construir propostas mais adequadas às necessidades dos usuários, considerando-as a partir da valorização da participação ativa do usuário no processo de cuidado. Outro ponto que trazemos como potencialidade são as discussões realizadas com os preceptores nos serviços, e com os tutores no âmbito acadêmico dos eixos teóricos.

Neste ínterim, os assistentes sociais são chamados a contribuir para a efetivação do direito à saúde junto a outros profissionais da área, desmistificando concepções românticas e superficiais, compreendendo a humanização enquanto um processo amplo que envolve desde a operacionalização de um processo político baseado em valores até a transformação das práticas de assistência e gestão dos serviços. Logo, a humanização não se resume a gestos isolados de gentileza; exige uma análise calcada na determinação social da saúde que possibilita aos profissionais repensarem suas práticas com vistas a construção de um projeto de saúde mais integral – com sua defesa respaldada no projeto ético-político de nossa categoria profissional comprometida com o acesso a direitos (CFESS, 2010).

Compreendemos que as Residências podem proporcionar o afinamento dessas questões e do agir profissional, uma vez que o aprofundamento das expressões da questão social e o não acesso a serviços está cada vez mais visível no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais. Se estes elementos são vistos como problemas sociais fragmentados são também compreendidos como fenômenos e, conseqüentemente, constituem uma ação diferente do direcionamento marxista (Coelho, 2013).

Para que esta ação consciente se efetive de fato, é necessária a compreensão do trabalho profissional na política de saúde – compreendendo as contradições e embates existentes entre a disputa de projetos do movimento da Reforma Sanitária versus o projeto privatista –, do Projeto Ético Político Profissional, do Código de Ética e dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde nos quais os assistentes sociais se tornam especialistas.

Assim como Mendes (2014), partimos do pressuposto de que as determinações concretas do cotidiano constituem determinações para o exercício profissional e que, para a superação dessa tensão, torna-se necessário que os profissionais tenham consciência crítica acerca de tais determinantes. Isso só nos parece possível pela compreensão da realidade na perspectiva de totalidade, para que a repetição de atividades e tarefas diárias não sejam realizadas de forma tão mecânica que se sobreponham à inconsciência (Coelho, 2013).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde podem ser uma estratégia de desenvolvimento dessas potencialidades, visto que a prática profissional é desenvolvida e articulada a reflexão e discussão da atuação.

É evidente que os dois projetos em disputa na saúde demandam diferentes requisições para o Serviço Social. Como percebido, defendemos aquele alinhado ao Movimento da Reforma Sanitária que, após intensas lutas, deu origem ao SUS. Não poderia ser diferente, haja vista a simetria com os valores historicamente defendidos por nossa categoria profissional pela busca pela democratização do acesso aos serviços, contra ações fiscalizatórias e voltadas ao atendimento das reais necessidades dos usuários de acordo com a realidade na qual vivem e estão inseridos. Todos estes elementos estão vinculados a um projeto social radicalmente democrático, como o que defendemos enquanto categoria profissional expressos nos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social.

No cotidiano de trabalho, acreditamos que o assistente social crítico realiza seu fazer profissional baseado na análise aprofundada das condições de vida dos usuários, atuando com vistas à promoção da integralidade do cuidado, através de estratégias compartilhadas com os próprios usuários para o enfrentamento do processo saúde-doença.

Baseados nessa perspectiva e no que está exposto na conjuntura atual, um tanto quanto desafiadora, existe um tensionamento da possibilidade de realizar, de forma consciente, um trabalho no cotidiano dos serviços que seja, de fato, norteado

pelo PEP e da Reforma Sanitária. Nos aflige o fato de que é possível que, mesmo com o passar de quase duas décadas, as preocupações apontadas por Bravo e Matos (2009, p. 14) estejam com a mesma força: “(...) os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não o conseguem transformá-lo em prática concreta”.

Barroco (2023, p. 18) aponta que, em muitos casos, o que ocorre é “uma defasagem entre a intencionalidade ética profissional e a objetivação do Código; quando o/a profissional tem a intenção de viabilizar o Código, mas, por diferentes razões não realiza sua intenção”. Em casos como este, acreditamos que os valores e fundamentos expressos no CEP podem ser compreendidos, mas não são, necessariamente, interiorizados, dificultando a prática profissional no cotidiano de trabalho determinado pela sociedade capitalista que, mesmo assim, possui possibilidades para uma atuação crítica conforme a realidade objetiva (Barroco, 2023).

Somente objetivamos valores ético-morais se os aceitarmos intimamente, ou seja, subjetivamente. Neste sentido, coloca-se novamente a questão da defasagem entre pensamento e ação; teoria e prática. É possível “aceitar” teoricamente os valores do Código de Ética, mas não os reproduzir na prática por várias razões que podem ser ideológicas, por falta de conhecimento etc. Mas, na verdade, a não reprodução dos valores indica que subjetivamente não os acatamos concretamente (Barroco, 2023, p. 19).

A autora salienta ainda que “nenhuma profissão pode garantir a legitimação de sua ética somente por meio de seu código” (Barroco, 2023, p. 19). Da mesma forma, o discurso favorável ao PEP não acontece por si mesmo. Para que a intervenção profissional seja condizente com os valores historicamente defendidos e conquistados pela categoria profissional, é necessário que o assistente social internacionalize esses valores, para que não caia, como traz a discussão de Matos (2015), no autoengano. O respaldo proporcionado pelo CEP e PEP diz respeito à direção social da intervenção voltado à ampliação de direitos e emancipação política e humana – que remetem a estruturas sociais determinadas conforme o modo de produção sob o qual se desenvolve a sociedade.

No trabalho em saúde, nossa atuação parte da compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que interferem no processo saúde-doença buscando estratégias para o enfrentamento de questões que possuem essa interface – este é o nosso diferencial.

Acreditamos que os dias atuais representam um terreno um tanto quanto desafiador, haja vista o avanço do pensamento conservador de extrema direita da população brasileira, qual força pôde ser exemplificada no resultado das eleições de 2018 e posteriormente na quantidade de deputados eleitos no ano de 2022, que coadunam com discursos neoconservadores – ainda que tenhamos tido a vitória do Partido dos Trabalhadores (PT), o qual, cabe destacar, possuímos muitos pontos de divergência, mas que comparado ao feito bolsonarista, possui um caráter mais favorável e aos interesses da classe trabalhadora, no que tange a manifestação ético-moral da sociedade brasileira.

Nesse sentido, concordamos com Barroco (2023, p. 16-17) ao afirmar que:

São os homens que criam as alternativas e os valores, mas, tendo em vista a existência de interesses e necessidades sociais dominantes, os valores ético-morais de uma dada sociedade tendem a reproduzir, de forma preponderante, tais expressões dominantes, o que não exclui a existência de outras referências valorativas, inclusive de oposição, indicando a impossibilidade de uma ação ética neutra.

O trabalho dos assistentes sociais na perspectiva de defesa do direito à saúde exige uma série de outros requisitos, como aponta Castro (2009): formação profissional e continuada de qualidade; organização e planejamento do trabalho com base em estudos e pesquisas; compreensão do campo da seguridade social e articulação com a rede socioassistencial; realização de ações integradas de prevenção, promoção e educação em saúde; domínio da discussão acerca das políticas públicas, em especial a de saúde e constituição do SUS; além de uma consciência sanitária que demanda uma consciência sobre a questão saúde.

Como dito, o trabalho do assistente social na saúde deve ser desenvolvido a partir da articulação entre os princípios dos projetos do MRS e do PEP. Os autores Bravo e Matos (2009) apontam que é na referência a estes dois projetos que se tem a possibilidade de o profissional responder às necessidades apresentadas pelos usuários de forma qualificada.

Ou seja, pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, ao nosso ver, é: Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma comprometida e criativa não submeter a operacionalização de seu

trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (Bravo; Matos, 2009, p. 18-19).

A principal mediação entre a Política de Saúde, o SUS e os desafios enfrentados pelos profissionais do Serviço Social, de acordo com Soares (2020), é o processo de contrarreforma do Estado brasileiro – que afeta a todas as categorias profissionais atuantes na área devido ao aumento do incentivo a lucratividade e mercantilização dos serviços indo em contramão aos princípios basilares das políticas públicas, inclusive o SUS.

A racionalidade da contrarreforma estatal, impacta diretamente a universalidade do acesso à saúde enquanto direito previsto na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e nas legislações que compreendem o funcionamento e organização do SUS, pois, ainda que alguns serviços sejam realizados em equipamentos de âmbito privado, sem nenhum custo direto aos usuários, remete um repasse de recursos que deveriam ser investidos na melhoria da qualidade dos serviços prestados na esfera pública.

É fundamental compreender o funcionamento do Estado burguês e as limitações da racionalidade do capitalismo contemporâneo para compreendermos os serviços executados e as demandas atendidas pelos assistentes sociais na estrutura da sociedade capitalista – constituída por contradições que impactam na universalidade do acesso. Ao mesmo passo, tem-se a necessidade de um profissional com posicionamento crítico, para que este não sucumba às demandas imediatas no cotidiano que, em grande parte, ainda são caracterizadas por um viés biológico e/ou tecnicista na saúde (Soares, 2020).

A política por sua vez tem ligação com a disputa ideológica nos serviços de saúde pois existem diversas concepções políticas que se expressam nestes equipamentos, gerando um tensionamento no acesso universal do direito à saúde dos usuários materializado a partir da constituição do SUS – cabe sinalizar que este último é uma concretização inconclusa do Movimento de Reforma Sanitária, pois devido a correlação de forças existente no âmbito da saúde, não se efetivou de forma completa

(Matos, 2009). Logo, a forma com que as escolhas profissionais e encaminhamentos são realizados nestes serviços de saúde, diante das possibilidades reais e efetivas existentes para as respostas aos usuários, não é neutra, pois:

Ao projetar a ação, o homem está realizando escolhas, e esse ato de optar traz à tona seus valores. Pois nenhuma ação projetada é neutra. Ao escolhermos por quais meios e por qual fim agimos, estamos lidando com valores. Ainda assim, “projeto” remete à ideia de algo em construção, que não está acabado (Matos, 2014, p. 95).

Torna-se interessante pensar na relação entre o PEP e o Projeto da Reforma Sanitária brasileira, principalmente no que tange a concepção de mundo e homem e vinculação a um projeto societário não capitalista. Ambos pautam-se na defesa de acesso a serviços de saúde públicos e estatais, a partir da concepção ampliada de saúde; garantia de acesso aos demais direitos socialmente conquistados; e aportes, referências teóricas e formação profissional de qualidade. No mesmo caminho, o CEP apresenta orientações para o trabalho dos assistentes sociais na saúde, desde a prestação de serviços diretos à população (que envolve planejamento/gestão) até a mobilização e participação social (CFESS, 2010).

Desta forma, concordamos com o autor ao afirmar que o Projeto Ético-Político do Serviço Social não se encerra em uma preocupação corporativista, mas discute o papel profissional na sociedade. Ao compara-lo ao movimento de Reforma Sanitária identifica-se que ambos os projetos “são viáveis, uma vez que são frutos do solo histórico que vivemos; mas, sem dúvida, apontam para a importância da superação do capitalismo” (Matos, 2009, p. 186).

Logo:

Compreendendo a pertinência dos valores emancipatórios da ética marxista, que em si é a essência do homem, e de suas expressões no projeto ético-político do Serviço Social e na leitura que fazemos dos princípios do projeto da reforma sanitária, entendemos o potencial criador que a internacionalização desses valores pode propiciar na luta pela democracia, pelos direitos humanos e pela liberdade (Matos, 2009, p. 188).

Assim, acreditamos que a tradição marxista seja fundamental para a fundamentação da ética da ação profissional no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais, por ser a teoria que, ao nosso ver, desmistifica os elementos necessários para a leitura crítica da realidade e direciona um posicionamento que reforça determinado

projeto de sociedade. Desta forma, entendemos que existem possibilidades de suspensão do cotidiano, durante a prática profissional, caso esta seja ancorada pelos princípios defendidos pela categoria profissional de forma hegemônica.

Tendo em vista o conjunto teórico apresentado, o próximo capítulo ilustra a direção ético-política defendida no decorrer deste trabalho, com a realização de um grupo focal com os assistentes sociais residentes de um Hospital Universitário. A pesquisa nos adverte sobre os valores e posicionamentos que precisam ser defendidos no cotidiano de trabalho em saúde nesta que é a principal modalidade de pós-graduação da área.

### **CAPÍTULO 3: TRABALHO EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES ACERCA DOS VALORES EXPRESSOS NO COTIDIANO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Neste terceiro e último capítulo, nos propomos a articular o debate teórico geral com a problematização dos valores expressos no cotidiano de trabalho em saúde a partir da vivência de assistentes sociais residentes inseridos nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFJF/EBSERH.

Em um primeiro momento, apresentaremos o nosso cenário de estudo, trazendo informações sobre o seu funcionamento e os elementos necessários à defesa da formação que, ao nosso ver, são os mais importantes para seu desenvolvimento – partindo do entendimento da Residência como uma estratégia de formação pelo trabalho voltada para a atuação no contexto sanitário brasileiro, por intermédio do SUS.

No segundo momento do capítulo, serão apresentadas e discutidas as situações reflexivas que direcionaram o debate no decorrer do grupo focal, bem como a análise dos dados que foram obtidos com os sujeitos participantes da pesquisa no que tange à defesa e posicionamento profissional expressos no cotidiano de trabalho em saúde.

#### **3.1 CENÁRIO DO ESTUDO: A FORMAÇÃO PELO TRABALHO PROPORCIONADO PELA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFJF**

A Residência em Área Profissional da Saúde é definida – conforme art. 13 da Lei no 11.129 de 30 de junho de 2005 – como “modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica”. Constitui-se em um programa de cooperação com inserção dos profissionais em áreas prioritárias do SUS, de acordo com as necessidades e realidade locais e regionais em que são desenvolvidos. As áreas de formação dizem respeito a: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.



As propostas têm ênfase na inserção de residentes em cenários que representem a realidade sanitária brasileira, buscando a concepção ampliada de saúde, estratégias de abordagem efetivas para a política de saúde, o compartilhamento de saberes e práticas compartilhadas, importantes para estabelecer mudanças nos processos de trabalho (Rodrigues, 2016).

Os programas de residência têm duração mínima de 02 (dois) anos e carga horária de 60 (sessenta) horas semanais em caráter de dedicação exclusiva sob supervisão docente-assistencial, cuja responsabilidade é compartilhada entre os setores da educação e da saúde, reforçando a integração entre teoria e prática no processo formativo. Dessas horas, 80% envolvem atividades práticas e 20% são destinadas a atividades teóricas ou teórico-práticas, com debates específicos de cada área de concentração profissional e também com discussões mais amplas que dizem respeito a todos os profissionais de determinado programa – entendendo a importância da integralidade do cuidado à saúde e também a elaboração de novas estratégias posteriormente aplicadas nas instituições de prestação de serviço (Ministério da Educação, 2014).

Partimos do pressuposto de que os programas de Residência Multiprofissionais em Saúde se caracterizam como um processo diferenciado para o processo formativo, com vistas a formação crítica que é construída pelas relações com os usuários e trabalhadores. Rodrigues (2016) aponta que é justamente a possibilidade de trabalho conjunto que os potencializa, pela “construção de ações ‘costuradas’ por diferentes áreas profissionais, sendo que o que as une, neste caso, é a defesa de uma determinada política, qual seja, a pública, voltada à defesa do SUS e da saúde como direito” (Rodrigues, 2016, p. 76).

De acordo com Silva (2020), existem algumas especificidades na modalidade Residência que merecem ser destacadas: sua certificação de especialização, apesar de não operar em termos específicos já que se realiza na mediação ensino/educação, saúde e trabalho – bem como a carga horária que são contabilizadas a 360 (trezentos e sessenta) horas e a Residência em Saúde possui carga horária mínima total de 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas –; seu caráter de ensino em serviço interministerial, normatizada e acompanhada pelos Ministérios da Educação e da Saúde; e sua concepção enquanto uma modalidade de formação que se realiza através e pelo trabalho em saúde, exigindo uma série de meios para sua realização como: recursos humanos, físicos, materiais, financiamento, etc.

Cabe retomar a existência do tensionamento, no âmbito da Política de Saúde, da disputa entre os interesses públicos e privados presentes no cotidiano dos serviços. Como expressão significativa desse processo, relacionado ao nosso objeto de pesquisa, temos no âmbito dos Hospitais Universitários, a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – exemplo característico do aumento da transferência de recursos públicos para o âmbito privado, com a expansão da mercantilização da gestão dos cenários de prática feita por meio de Organizações Sociais (OS's). Desta forma, compreendemos que as questões presentes na Política de Saúde, as quais discutimos neste trabalho, influenciam e determinam os parâmetros das práticas de saúde nas instituições e serviços (Silva, 2020).

A educação profissional, neste contexto, é atrelada à perspectiva polivalente do trabalho, da formação individualista e/ou fragmentada, com a mão de obra voltada para o mercado, conforme as exigências da divisão social do trabalho. Sendo assim, a função atribuída a formação passa a ser de “empregabilidade” ou “formação para o desemprego”, visto que não há política de incentivo/ampliação de empregos por parte do Estado, expectativa de crescimento na carreira, etc. (Frigotto, 2001).

Este cenário é oposto à perspectiva de formação que defendemos com os trabalhadores da saúde, que diz respeito a articulação entre as dimensões técnicas, científicas, culturais, sociais e políticas apreendidas voltadas a atuação profissional estratégica diante da ofensiva privatista, lucrativa e mercadológica das empresas capitalistas sobre a saúde, com a defesa da esfera pública em relação ao acesso a direitos, tendo como horizonte uma nova sociabilidade (Frigotto, 2001; Nascimento; Oliveira, 2016).

Cabe salientar que o Hospital Universitário que fazemos menção nesta pesquisa faz parte do complexo hospitalar gerido pela EBSERH. Concordamos com Zigato (2015, p. 102), ao afirmar que a vinculação das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) à EBSERH

fragiliza e secundariza a dimensão do ensino, da pesquisa e da extensão uma vez que a lógica desta Empresa se pauta no cumprimento de metas, de ações que elevem a produtividade no processo de trabalho em saúde que comprometerá, também, a assistência à saúde em relação à qualidade dos atendimentos que serão ofertados para os usuários do SUS. Mesmo com o discurso de que os Hospitais Universitários geridos pela EBSERH continuarão a ser 100% SUS, a lógica impressa para estes corrobora com os elementos contraditórios que Oliveira (2014) afirma relativos à

oposição entre SUS x EBSEH. Tais elementos são: a orientação por metas e os princípios da universalidade e integralidade; a busca por lucro e os princípios da universalidade, da equidade e da descentralização e a não previsão do controle social e o princípio da participação da comunidade.

Sendo assim, identifica-se o projeto ao qual instituições como a EBSEH estão vinculadas – à lógica da iniciativa privada e supercapitalização, haja vista que a saúde é um campo importante para a maximização de lucros e recebe alto investimento tecnológico e de grande mercado como os planos de saúde, seguros, medicamentos, redes hospitalares, dentre outros, que a caracterizam como um intenso campo de disputa.

Compreendemos que a formação profissional proporcionada pelos programas de Residência possui um lugar estratégico na efetivação do SUS – pois se constrói a partir das necessidades de saúde dos usuários e da leitura da realidade social –, a partir da articulação entre formação e trabalho no cotidiano dos serviços de saúde “à luz de problematizações que possibilitem mediações com a totalidade (Silva, 2020, p. 152).

Rodrigues (2016) destaca algumas tensões que dizem respeito a inserção das equipes de residentes nos espaços sócio-ocupacionais, como o trabalho multiprofissional, levando em consideração as trocas, conversas, reuniões e ações em rede; a visão do residente como substituição de mão de obra por parte de alguns profissionais; a exigência de profissionais para a supervisão das práticas dos residentes; a definição de horários de estudos, reflexões, reuniões e encontros que ampliem o leque de conhecimentos para novas possibilidades e estratégias de educação permanente; entre outros elementos que propiciem a transformação de modelos de trabalho em saúde.

Para Domingos, Nunes e Carvalho (2015, p. 1222):

À medida que os residentes vivenciam os problemas do cotidiano, aproximam-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS). É nesse tipo de aprendizagem que ocorre a produção de sentidos, uma vez que utiliza o dia a dia do trabalhador como cenário de reflexão para a transformação das práticas, que acontece quando o indivíduo se sente motivado a aprimorar seus conhecimentos, considerando os conhecimentos prévios do trabalhador e o contexto local.

Este posicionamento é resultado de uma pesquisa realizada pelas autoras, as quais levantaram uma gama de características positivas a respeito da inserção dos profissionais residentes nos espaços de saúde a partir da percepção dos usuários e demais profissionais. Dentre elas: facilidade do encaminhamento para completar o tratamento dos usuários; integração entre diversas disciplinas, que contribui no pensamento das ações em conjunto para a resolução dos problemas de saúde; e o fortalecimento do trabalho coletivo.

A interação ensino-serviço gera conhecimento acerca da realidade do território e das demandas dos usuários dos serviços para as instituições prestadoras, ao mesmo tempo em que contribui para a educação permanente em saúde voltada aos profissionais. Neste sentido, o aporte teórico “contribuiu para a formulação e reformulação dos valores e ideias que cada profissional tinha sobre o SUS, por meio ‘de ideias novas que provocam a mudança de uma prática antiga da unidade’” (Domingos, Nunes e Carvalho, 2015, p. 1226).

Dentre os pontos positivos trazidos pelas autoras, apontamos ainda a ampliação da relação teoria e prática, o conhecimento dos trabalhadores sobre o território de abrangência, o fortalecimento de ações de saúde voltadas ao conceito de integralidade, a melhoria das habilidades de relacionamento com os usuários através da vivência nos serviços, bem como seu modo de agir (Domingos, Nunes e Carvalho, 2015).

Nesse contexto, fazemos a defesa dos programas RMS como uma importante estratégia de formação qualificada voltada para o SUS, tendo relação direta com a construção de projetos societários, ao realizar as mediações entre a dinâmica micro e macrossocial (Ferreira et al., 2020). Por este motivo, também se tornam espaço fecundo para a análise do cotidiano de trabalho em saúde, ao passo que possibilita a percepção dos valores expressos pelos profissionais nos serviços por meio de seus atendimentos.

Para apresentar o cenário de estudo, faremos, assim como Costa (2016), uma apresentação dos Programas de Residência Multiprofissional que atualmente se desenvolvem no âmbito do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de

Fora (UFJF, 2025)<sup>5</sup> e dos quais os residentes, participantes da pesquisa, estão inseridos, a saber:

- a) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas:

Este Programa tem como objetivo formar novos profissionais no campo da saúde, articulando conhecimentos interdisciplinares para qualificar a assistência e promover a busca por direitos humanos, inclusão social e concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio de parcerias com instituições públicas de saúde de Juiz de Fora/MG, busca capacitar residentes para uma prática profissional que valorize a integralidade do cuidado.

A estrutura do programa contempla a inserção dos residentes nos três níveis de atenção à saúde – primária, secundária e terciária – por meio de atividades multiprofissionais (transversais) e uniprofissionais (específicas). Atualmente, abrange oito (8) áreas profissionais: Farmácia (ênfases em Análises Clínicas e Farmácia Hospitalar), Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, oferecendo 23 (vinte e três) vagas anuais, sendo seis destinadas a farmacêuticos, das quais três são reservadas para especialização em Análises Clínicas, refletindo a tradição da UFJF na formação continuada dessa área.

O currículo do programa alterna diferentes abordagens pedagógicas, incluindo tutoria, preceptoria, estudos autônomos, aulas expositivas e experimentais, com sistematizações, análises e sínteses conceituais. Essas estratégias visam estimular a autonomia, a criticidade e a capacidade reflexiva dos residentes, preparando-os para a tomada de decisões e o trabalho em equipe por meio da suspensão do cotidiano de trabalho em saúde. A formação é norteada pelos ideais da Reforma Sanitária Brasileira, promovendo práticas significativas em saúde e especialização profissional que valorizem o cuidado integral ao ser humano em seu contexto social e existencial, alinhando-se aos princípios ético-políticos do SUS.

---

<sup>5</sup> As informações sobre os programas estão disponíveis na íntegra no endereço eletrônico da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – HU/Residências: <https://www2.ufjf.br/huresidencias/coremu/>, podem ser acessados outros documentos como: Legislação CNRMS, Regulamentos, Coordenação, Programas, Formulários e Editais COREMU.

Os grupos de residentes participam de rodízios quadrimestrais, permitindo que, ao final do primeiro ano, todos tenham vivenciado as rotinas de trabalho dos diferentes serviços.

O programa estrutura o Seminário Integrador em dois eixos transversais. No primeiro ano, o eixo está voltado para a inserção dos residentes nos ambulatórios da unidade Dom Bosco e na atenção primária, abordando questões como a adaptação dos residentes às unidades, apresentação dos ambulatórios, discussões de casos clínicos e as especificidades das diferentes áreas de atuação. No segundo ano, os residentes são alocados em duas frentes principais: terapia nutricional e tabagismo. As discussões realizadas nesse período são direcionadas para a análise de temáticas relacionadas a essas linhas de cuidado. Esses espaços de discussão têm o objetivo de promover a reflexão sobre a prática em serviço, ao fomentar uma análise crítica do processo de trabalho em saúde, qualificando a atuação profissional dos residentes (Costa, 2016).

A respeito da Semana Padrão do eixo da Unidade Básica de Saúde (UBS), os residentes são divididos em quatro UBS's em Juiz de Fora: UBS São Pedro; UBS Santa Cruz; UBS Santo Antônio e UBS Olavo Costa. Nelas, desenvolvem ações multiprofissionais próprias dos territórios das unidades, além de ações nas trilhas de assistência focadas na Atenção Primária à Saúde (APS) em Hanseníase, Tabagismo, Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

A Semana Padrão do Eixo Transversal é subdividida entre os R1 e R2. Os primeiros são alocados no eixo transversal e desenvolvem atividades práticas nos ambulatórios do HU – Unidade Dom Bosco e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-HU), atuando no Ambulatório Multidisciplinar da Dor; Ambulatório de Doenças Raras; Ambulatório Multiprofissional de Hanseníase; Grupo de Doenças Crônicas; Ambulatório de Saúde da Mulher; Ambulatório de Endocrinologia e Ambulatório de Álcool e Drogas. Aos residentes de segundo ano, cabe desenvolverem suas atividades práticas no HU – Unidade Santa Catarina, com pacientes internados e no CAPS-HU. Atuam nos seguintes campos: Núcleo Interno de Regulação (NIR), Manejo do Tabagismo e Transplante de Medula Óssea (TMO).

Este programa foi o único que constam, no endereço eletrônico indicado, informações sobre a Semana Padrão do Eixo Específico de Serviço Social, também dividida em relação ao ano de inserção dos residentes. Para os R1's, durante o eixo específico do primeiro ano, atuam em atividades específicas do assistente social, na

unidade Dom Bosco, nos ambulatórios de doenças raras e na unidade de Hemodiálise, além de plantão aos finais de semana. Os residentes do segundo ano, atuam em atividades específicas na unidade de internação Santa Catarina, nas enfermarias da Clínica Médica Feminina e Masculina e, igualmente, nos plantões aos finais de semana.

#### b) Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do HU-UFJF tem como objetivo formar profissionais éticos e qualificados, preparados para atuar na rede de serviços do SUS ao enfatizar uma formação com rigor científico e tecnológico, alinhada ao desenvolvimento de raciocínio clínico e habilidades específicas cujas áreas profissionais são: Enfermagem, Farmácia (incluindo análises clínicas), Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Destaca-se o estímulo ao trabalho em equipe e à assistência humanizada, promovendo uma prática interprofissional articulada e guiada pelos princípios da clínica ampliada e integralidade do cuidado. O currículo busca estimular autonomia, criticidade e capacidade reflexiva por meio de atividades como tutoria, preceptoria, estudos autônomos, aulas expositivas e práticas experimentais.

Os residentes são inseridos em campos de prática específicos ou uniprofissionais, conforme escalas organizadas pelos tutores e preceptores, abrangendo setores como Pediatria, Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e TMO. O programa também inclui rodízios multiprofissionais anuais, com duração de quatro meses, em áreas transversais, como Terapia Nutricional, Vigilância Epidemiológica, e Núcleo de Apoio Técnico ao SUS (NATS).

As atividades práticas do programa têm como principal cenário a unidade do HU-Santa Catarina, onde ocorre o atendimento a usuários internados. Desde 2015, o programa oferece 17 (dezessete) vagas anuais distribuídas entre seis (6) áreas profissionais: Farmácia (ênfase em Análises Clínicas), Farmácia (ênfase Farmácia Hospitalar), Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Espera-se que os egressos desenvolvam habilidades críticas e reflexivas, capazes de analisar e solucionar problemas de saúde, contribuindo para a qualidade da assistência e a efetivação dos princípios do SUS.

A respeito da Semana Padrão estrutura-se da seguinte forma: atividades práticas durante todas as manhãs da semana, três dias a tarde com carga teórica com aulas expositivas, seminários e oficinas, contemplando conteúdos do eixo transversal, eixo específico de cada área profissional e o Seminário Integrador. Os plantões podem ocorrer de forma semanal ou aos finais de semana, conforme escala prévia.

c) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Este Programa caracteriza-se por uma abordagem de educação em serviço, desenvolvida predominantemente nas UBS's que adotam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o propósito de aprofundar o entendimento sobre os diversos fatores que influenciam a saúde das famílias e contribuir para a transformação do modelo assistencial de saúde buscando promover uma prática humanizada e tecnicamente competente, alinhada às necessidades locais e aos princípios do SUS, fortalecendo a integração entre ensino, serviço e comunidade.

Adicionalmente, o programa estende-se a estabelecimentos de saúde de referência secundária e terciária, abrangendo diversas linhas de cuidado e seguindo os princípios de integração ensino-serviço, de forma regionalizada, conectando instituições acadêmicas e prestadoras de serviço, conforme os fundamentos do SUS.

Seu caráter multiprofissional integra profissionais das áreas de Enfermagem, Odontologia e Serviço Social, com objetivo de formar profissionais competentes, criativos e resolutivos nos aspectos clínicos, individuais e coletivos de suas respectivas áreas, mas trabalhando em equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

O programa mantém articulação com o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora e com a Secretaria de Saúde do município, visando concretizar os princípios de universalidade, integralidade, equidade e controle social no SUS.

Costa (2016) aponta que as atividades práticas, desenvolvidas no interior das Unidades Básicas de Saúde podem ser agrupadas em: assistência aos usuários e famílias; participação e controle social; levantamento das condições socioeconômicas, sanitárias e pesquisa; produção de material técnico; planejamento e organização do trabalho; e educação em saúde.

O acompanhamento específico realizado pela FSS-UFJF se divide entre momentos de tutoria e aulas teóricas. Dentre os elementos essenciais para a



suspensão do cotidiano, o instrumento do Portfólio também se apresenta e é utilizado como um espaço de reflexão no processo de ensino-aprendizagem.

Castro et al. (2019), por exemplo, apontam reflexões sobre o trabalho do assistente social inserido em equipes multiprofissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto, produzidas através do portfólio reflexivo – documentado por análises, reflexões e inquietações a partir da vivência profissional, pautadas nas discussões realizadas na Tutoria e no Seminário de Área estabelecendo diálogos e sendo mais uma possibilidade de suspensão do cotidiano de trabalho em saúde, ao permitir uma formação reflexiva.

A construção do portfólio permite ao profissional em formação uma reflexividade constante sobre o vivido, sobre as condições de trabalho, a conjuntura social e seus rebatimentos no cotidiano profissional, a realidade dos usuários atendidos e a própria atuação profissional. Tal instrumento auxilia na tomada de decisões, no enfrentamento dos conflitos, no esclarecimento de dúvidas, no processo de auto-avaliação e do autoconhecimento a partir da conscientização dos seus pontos fortes e fragilidades (SÁ-CHAVES, 2005). Desse modo, o portfólio se constitui como uma estratégia profissional de reflexão e desvendamento das estruturas do cotidiano, permeadas pelo imediatismo e a superficialidade, em que os sujeitos se apropriam de maneira espontânea e naturalizada as demandas profissionais e os elementos constitutivos da vida em sociedade (COELHO, 2013) (Castro et al., 2019, p. 2).

Logo, defendemos que os espaços diferenciados proporcionados pela residência, por intermédio de metodologias ativas e participativas, como atividades teóricas, seminário de área e integrador, tutoria, preceptoria e o uso do Portfólio, possibilitam e instigam a reflexão crítica ao longo do processo formativo, ao se tornarem estratégias que possibilitam momentos de análise aprofundada da prática profissional, da realidade e da reflexão – fundamentais para nortear as respostas profissionais alinhadas ao PEP e ao projeto de Reforma Sanitária (Castro et al., 2019).

### 3.2 GRUPO FOCAL: A DEFESA E O POSICIONAMENTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS RESIDENTES A PARTIR DA REALIDADE CONCRETA DO COTIDIANO DE TRABALHO EM SAÚDE

O posicionamento dos residentes, principais sujeitos do processo de formação pelo trabalho proposto pelos programas de Residência Multiprofissionais em Saúde,

sempre foi um ponto de interesse para nós – principalmente no que diz respeito ao seu direcionamento e posturas profissionais desenvolvidos no cotidiano de trabalho em saúde. Existe, por parte desses sujeitos, um posicionamento crítico ou conservador sobre as demandas apresentadas? Entendemos que as pistas deixadas em seus atendimentos refletem seu posicionamento e/ou base da formação acadêmica. Por se tratar de um profissional recém-formado, a RMS tem a potencialidade de reafirmar valores críticos sobre a atuação profissional e, nos casos contrários, desmistificar paradigmas conservadores construídos ao longo de sua trajetória pela possibilidade de suspensão e reflexão do cotidiano.

A partir do entendimento dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde enquanto estratégia de formação pelo trabalho buscamos, então, compreender de que forma se expressam os valores que fundamentam o PEP e o CEP, no cotidiano de trabalho em saúde, vivenciado por assistentes sociais residentes. A partir da realidade do atendimento direto aos usuários dos serviços<sup>6</sup>, nos debruçando a refletir sobre as respostas e encaminhamentos realizados pelos profissionais com recorte voltado ao cotidiano – entendido como o espaço onde aparecem as questões éticas e de possíveis conflitos (Matos, 2014).

Assim como Gil (2002), não acreditamos que a pesquisa tenha um caráter etapista, mas para uma melhor compreensão do leitor, vamos apresentar de forma mais qualificada a coleta e análise dos dados, tendo em vista que os elementos da pesquisa bibliográfica que subsidiaram as análises já foram elencados no início deste trabalho. Neste sentido, é importante salientar que houve um esforço inicial de realizar um levantamento bibliográfico que nos auxiliou no mapeamento de produções acadêmicas sobre o cotidiano, trabalho em saúde e Serviço Social.

Para qualificar nossa pesquisa, optamos pela realização de um grupo focal com assistentes sociais residentes inseridos no HU-UFJF/EBSERH. De acordo com Gomes e Barbosa (1999), o grupo focal possui como objetivo colher informações qualitativas em profundidade, revelando as percepções dos participantes sobre

---

<sup>6</sup> O atendimento direto aos usuários, conforme exposto nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), refere-se às atividades realizadas pelos assistentes sociais junto aos indivíduos, famílias ou grupos que demandam os serviços de saúde. Esse atendimento é orientado por princípios éticos, técnicos e políticos que buscam garantir a integralidade do cuidado, a partir do que reconhecimento a determinação social do processo saúde-doença; o acesso a direitos e a defesa da dignidade humana, considerando as particularidades e tensionamentos existentes no campo da saúde.

determinado assunto, a partir de suas características comuns. As autoras Iervolino e Pelicioni (2001) apontam que o grupo focal, como técnica de pesquisa qualitativa, possui grande eficácia no âmbito da saúde — tanto em levantamentos, diagnósticos e planejamentos, quanto para a revisão do processo de ensino-aprendizagem. Afirmam, ainda, que esta técnica serve como forma de aproximação e interação entre os participantes com o objetivo de “(...) colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado grupo focal)” (Iervolino; Pelicioni, 2001, p. 116).

Nesta técnica, os participantes são selecionados por suas características em comum, de acordo com o que está sendo pesquisado (Iervolino; Pelicioni, 2001). Todos os assistentes sociais residentes foram convidados a participarem, incluindo os R1's e R2's, contudo, compareceram apenas os R1's, totalizando seis (6) participantes. Acreditamos que esse quantitativo não tenha influenciado na qualidade das problematizações, uma vez que o número de participantes de um grupo focal, conforme a literatura, está entre seis (6) e quinze (15) pessoas, contanto que possibilite a participação e discussão efetiva de todos os participantes (Trad, 2009).

O grupo focal foi realizado nas dependências da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, no momento de desenvolvimento da disciplina de Seminário de Área Específico. Como critério de inclusão temos os assistentes sociais vinculados aos programas anteriormente mencionados e, como critério de exclusão, aqueles em período de férias, licença e afastamentos médicos no momento da pesquisa.

Como dissemos anteriormente, existem muitas variáveis que favorecem que as RMS se tornem espaços fecundos para a realização dessa análise, principalmente pela possibilidade de suspensão do cotidiano através das mediações teórico-práticas e as possíveis reflexões que se desdobram a partir dessa suspensão. Por isso, a natureza qualitativa desta pesquisa é voltada à importância dos significados, com a perspectiva de interpretação das falas e/ou modo com que os residentes expressam suas opiniões/perspectivas.

Partimos da hipótese de que assistentes sociais com clara concepção e opção pelos valores explicitados no PEP e CEP tendem a construir uma prática profissional no cotidiano de saúde articulada à compreensão da determinação social. Por isso, acreditamos que seja uma atuação mais condizente com a realidade dos usuários da Política de Saúde.

A respeito dos custos com os suprimentos e equipamentos necessários para a realização da pesquisa, estes foram reduzidos ao mínimo. Por isso, utilizamos uma das salas das dependências da FSS-UFJF, pensando na facilidade de acesso dos participantes, assim como a baixa possibilidade de interrupções externas. Os materiais de anotações utilizados foram os de pertences dos próprios residentes como cadernos, lápis e caneta, já que também se tratou de uma atividade de estudo para os mesmos, com carga horária destinada a esta finalidade.

Esta pesquisa possuiu riscos mínimos uma vez que poderia, eventualmente, causar preocupação aos participantes pela exposição e possível identificação devido às informações de nome e voz coletadas. Por isso, foram utilizadas técnicas de anonimato no tratamento dos dados para a garantia do sigilo através da utilização de números romanos representando as casas decimais de dez (10) a sessenta (60) para ilustrar a fala dos participantes: Participante X, Participante XX, Participante XXX, Participante XL, Participante L e Participante LX.

O uso de gravador de voz foi feito após a autorização expressa dos residentes, no ato da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a finalidade de transcrição das falas para a análise de dados na fundamentação da perspectiva qualitativa, por intermédio da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo passou por várias formas de efetivação ao longo do tempo. No início de sua utilização, era voltada à perspectiva quantitativa, mas a partir da década de 1970 tem-se o entendimento deste instrumento como uma técnica de análise qualitativa, indo além do que está explícito em uma mensagem. “Em outras palavras, através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (Gomes, 2010, p. 82).

Conforme Bardin (1977, p. 31):

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Ao nos reportarmos ao tratamento das informações a partir desta técnica, não nos limitaremos apenas ao conteúdo, levando em consideração, também, a análise de suas expressões e significados – visto que a análise de conteúdo é um método que

utiliza saberes de ordem psicológica, sociológica, histórica e/ou econômica para sua interpretação (Bardin, 1977). Neste sentido, corresponde ao viés crítico de análise que nos apoiamos para a aproximação com os elementos que compõem a realidade, a partir das condições de vida objetiva dos sujeitos.

A análise de conteúdo nos proporciona condições de realizar deduções lógicas sobre a origem das mensagens coletadas, como o contexto no qual estão inseridas e seus efeitos, por exemplo, em conformidade com a natureza da questão a ser investigada. Logo, o objetivo da análise de conteúdo é “(...) a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” (Bardin, 1977, p. 46).

A análise foi desenvolvida a partir da compreensão dos significados das falas dos participantes do grupo focal com a finalidade de ultrapassar o caráter meramente descritivo do que foi dito, na tentativa de identificar quais os pontos convergem ou divergem dos valores defendidos historicamente pela categoria profissional e o que os motiva a se apresentarem dessa forma.

Ao reportarmos-nos ao tratamento das informações a partir da técnica de análise de conteúdo, consideraremos, também, a análise de suas expressões e significados – visto que a análise de conteúdo é um método que utiliza saberes de ordem psicológica, sociológica, histórica e/ou econômica para sua interpretação (Bardin, 1977).

Conforme mencionado, as situações reflexivas utilizadas (APENDICE B) foram construídas hipoteticamente, a partir da experiência enquanto residente. Deteremo-nos, neste momento, às concepções e categorias que buscamos analisar em cada um deles apresentando-os a partir das questões norteadoras.

Na primeira situação reflexiva trazemos questionamentos sobre a concepção de família e se esta concepção impacta no cuidado aos usuários no cotidiano de trabalho em saúde; qual a visão dos membros da família na realização do cuidado; e como os profissionais da saúde podem contribuir nesta situação.

Na segunda situação trazemos questionamentos sobre a atuação do assistente social junto a família; ameaça e/ou violação de direitos; a defesa dos princípios profissionais; a acessibilidade; e a influência do consumo de álcool e outras drogas na dinâmica familiar.

Na terceira situação nos debruçamos às indagações sobre as possíveis intervenções do assistente social frente a autonomia dos usuários dos serviços; quais os desafios profissionais existentes mediante o modelo de assistência médica hegemônico; e o impacto no cuidado a partir da rotatividade de leitos.

Na quarta situação tratamos as estratégias profissionais utilizadas no atendimento aos usuários; a reafirmação de alguns elementos trazidos anteriormente como os princípios profissionais que devem ser defendidos e as situações de ameaça e/ou violação de direitos; a preparação dos profissionais de saúde para lidar com casos de violência; e as políticas públicas e/ou serviços da rede socioassistencial necessários para a garantia de direitos do referido contexto.

Apresentamos, nos tópicos a seguir, os resultados das discussões.

### **3.2.1 Valores expressos no cotidiano: a família em questão**

Na primeira situação hipotética, possuíamos a intenção de debater sobre a concepção de família que orienta a prática profissional. Trata-se da seguinte:

*Criança hospitalizada, transferida de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) após quadro de Síndrome de Weil (forma grave de leptospirose caracterizada por icterícia, insuficiência renal e hemorragia). O Serviço Social da Unidade foi acionado pela equipe plantonista sobre o acompanhante da criança sob justificativa de ser “inadequado”. Tratava-se de um relacionamento a três, constituído por uma mulher e dois homens. A mulher trabalhava em uma mercearia durante o dia e fazia freelance como cuidadora de idosos à noite, com folga apenas aos domingos e feriados. Um dos pais trabalha como porteiro em escala 12x36h e conseguiu fazer trocas pelo fim de semana com um colega de trabalho. O outro estava desempregado mas havia conseguido freelance em um bar aos finais de semana, recebendo cerca de R\$60 por noite (de 21h às 4h). Sendo assim, a criança teria como acompanhante os pais que revezariam aos finais de semana. A dinâmica familiar, de acordo com a equipe, era “confusa” e precisava da intervenção do Serviço Social para que a mãe compreendesse sua “responsabilidade de acompanhar o(a) filho(a)” porque se ele “chegou a esse estágio foi por falta de cuidado com a higiene”. A solicitação de intervenção ainda veio acompanhada de outras falas e comentários, a saber: “Como vai ficar a cabeça dessa criança crescendo com 2 pais e uma mãe?” “Será que é mesmo filho de um deles? Porque se uma mulher se relaciona com os dois, quem pode garantir que não tenha outros homens?” “Coitada dessa criança quando crescer”.*

Em nossa perspectiva, a situação em tela parte de uma concepção conservadora (cisheteronormativa) que aponta uma única verdade e possibilidade de arranjo familiar, logo, contrária a concepção defendida por nós, enquanto categoria

profissional. Nesse sentido, a partir das contribuições de Mioto (2012), defendemos uma definição de família que é ampliada, compreendida como um grupo social em constante transformação que desempenha funções diversas e complexas no âmbito das relações sociais, afetivas, econômicas e culturais não se limitando a um modelo nuclear tradicional, mas vista como uma unidade dinâmica inserida em um contexto social, histórico e político plural.

A concepção foi devidamente constatada pelos residentes que posicionaram-se contrários a mesma, defendendo o conceito ampliado de família, como pode ser observado:

*(...) eu vejo que a gente trabalha com um conceito ampliado de família que família, né, existem vários tipos de família (Participante XXX).*

*(...) o conceito ampliado de família é o que a gente tem que se orientar, né? Porque família não é só pai e mãe, inclusive, dentro da família mesmo é que acontecem as violências, os traumas, e muitas vezes a gente vai precisar de outras pessoas que não têm o próprio sangue, né? (Participante XX)*

Conforme Mioto (2012), os efeitos ideológicos das políticas sociais instaurada na conjuntura dos anos 1990, marcada pelo avanço do neoliberalismo, impactam na concepção de direitos sociais. Essa dinâmica, somada à fragmentação dos princípios que constituem o núcleo essencial da proteção social, faz com que a família se torne uma referência central para as políticas sociais com um caráter contraditório – elemento que dialoga com a discussão realizada por Guimarães (2017) sobre a hegemonia ideológica do Estado (classista) em direcionar funções que são de sua competência, por meio das políticas sociais, para o âmbito familiar e comunitário, influenciando os profissionais a realizarem uma intervenção subjetiva e funcionalista, sendo necessária a suspensão do cotidiano e sua reflexão para uma abordagem crítica, evidenciando a disputa entre projetos para a saúde e, conseqüentemente, para a sociedade.

Mioto (2012) aponta, ainda, que este elemento torna-se mais significativo para as profissões que possuem caráter interventivo, considerando os discursos e práticas de responsabilização das famílias que são tratados de forma tão naturalizada nos serviços públicos/políticas sociais.

Diante disso, a compreensão desse fenômeno seria o primeiro passo para o delineamento de estratégias para o rompimento com tais

discursos e práticas e com a construção de ações mais profissionais que possam adensar e materializar de fato o projeto ético-político do Serviço Social (Mito, 2012, p. 126).

A concepção ampliada de família a qual nos remetemos no âmbito do Serviço Social permite que os assistentes sociais atendam às demandas dos usuários de forma mais adequada às suas realidades. Ao invés de nos restringirmos à noção tradicional de família (formada por pai, mãe e filhos), partimos do entendimento de que existe uma diversidade muito maior de arranjos familiares, como as famílias monoparentais, homoafetivas, famílias extensas, famílias constituídas por laços de solidariedade e não necessariamente sanguíneo, etc. Neste sentido, construímos práticas em posição contrária a visões estigmatizantes e preconceituosas, favorecendo o acesso a serviços, políticas públicas e valores democráticos.

Para além disso, os residentes pontuaram sobre o posicionamento da equipe em relação a composição familiar exposta neste contexto. As análises marcadas por estereótipos e uma perspectiva cisheteronormativa realizadas por profissionais de saúde influenciam o cuidado aos usuários de diversas formas, podendo tanto contribuir para a articulação e planejamento de ações de cuidado como minar o potencial de articulação com a rede de apoio que possui o usuário ao deslegitimá-la por um direcionamento moral.

Neste sentido, Mito (2012, p. 127) sinaliza que “(...) é importante assinalar que as famílias não são homogêneas, nem em recursos, nem em fases dos ciclos da vida, nem em modelos culturais e organizativos, e são influenciados e interagem com o conjunto da legislação e das políticas sociais”.

*A concepção da equipe impacta ali na linha de cuidado (...) Muitas vezes acaba partindo de um olhar mais preconceituoso, estigmatizante ou até mesmo punitivo quando a gente está falando em questões que de alguma forma envolvem questões sanitárias que acaba vindo com um olhar meio punitivo, preconceituoso, muitas vezes moral. Então, isso acaba impactando na propositiva de uma linha de cuidado que vai ter ali como foco uma questão moral, ao invés de tentar identificar o que na realidade produziu aquela doença ou favoreceu, enfim. E também acaba, como mencionaram, tirando o potencial de uma rede de apoio, que a gente está falando de mais duas pessoas, e acaba deslegitimando essa rede de apoio, que ela é legítima, e jogando toda a responsabilidade na mãe. E ao invés de a gente pensar na integralidade desse cuidado em relação a essas pessoas, está responsabilizando a mãe e ainda jogando uma culpa sobre ela de uma questão que não deveria ser culpa, né? Em vez do*



*foco ser a criança, está pensando nesse relacionamento que não tem nada de mais, né? (Participante X).*

*(...) fica muito explícito que a questão dessa estrutura familiar um pouco diferente da heteronormatividade fere mais os trabalhadores do que a própria situação (...), da resolução do problema em saúde, e da questão de saber que a família é o apoio que a criança vai ter, né? Independente de como ela é formada (Participante XX).*

*Quando a equipe coloca que a dinâmica familiar é “confusa” e há uma responsabilização da mãe por ausência de higiene, uma vez que ela tem dois parceiros, provavelmente fixos, pelo que está relatado aqui no caso, ela coloca que o que poderia ser considerado como a maior rede de apoio passa a ser colocado como um demérito da mãe, num preceito mais moralista. Então, se fosse um homem hospitalizado, onde tivesse duas mulheres participando do cuidado, seriam duas mulheres responsabilizadas pelo cuidado dessa pessoa. Uma vez que é uma mulher com dois companheiros, que foge um pouco do que o patriarcado espera de nós, ela é colocada como uma mulher menos higiênica e responsabilizada, inclusive, uma questão de insuficiência renal pelo histórico de relacionamento. Então, impacta negativamente e coloca, mais uma vez, que a moral está intrínseca no atendimento que é prestado (Participante L).*

Nesses casos, possuímos subsídio, principalmente, no que está expresso no XI princípio fundamental de nosso CEP, que diz respeito ao exercício do Serviço Social sem ser discriminado ou discriminar, por qualquer questão que seja, de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física e, nesse caso, de conformação familiar (CFESS, 2012).

Também pôde ser observado um olhar voltado a importância ao diálogo com a equipe multiprofissional, como caracterizado abaixo. Acreditamos que o Serviço Social não seja a única profissão responsável pela difusão do pensamento crítico no ambiente de trabalho em saúde, mas, se na equipe multiprofissional, é a única profissão com esse posicionamento – enquanto postura política –, por que não construir o diálogo articulado aos valores que direcionam a prática profissional e contribuir para a intervenção profissional, inclusive, de outras profissões? Temos como direcionamento a ampliação e consolidação da cidadania e, para isso, torna-se necessária a articulação com movimentos de outras categorias profissionais que contribuam para a luta dos trabalhadores.

A perspectiva crítica, utilizada de forma hegemônica no direcionamento teórico na formação dos assistentes sociais, caracteriza os princípios democráticos e concepção de direito que defendemos em nosso projeto profissional – também

hegemônico. Esse aspecto destaca a relevância da inserção do Serviço Social nos serviços de saúde no que tange ao fortalecimento da cidadania dos usuários e à compreensão da determinação social da saúde, bem como os elementos impostos pela lógica da sociedade capitalista que impactam nos processos de cuidado e construção do modelo de família dita como “ideal”.

*(...) a gente vai atender essa família partindo da demanda que foi colocada para a gente, mas o olhar que a gente tem ele é nosso e a autonomia do atendimento ele é nossa, então a gente atende essa família e a gente faz o nosso atendimento pautado nos nossos princípios ético, político, naquele que é garantido até na legislação, que não é restrito ao Serviço Social, mas o direito à liberdade, né? A liberdade de escolher os parceiros, a composição da família... Então, a gente vai atender ao chamado da equipe, mas a gente vai fazer o nosso atendimento... a gente vai dar uma resposta àquela demanda, mas a resposta pautada nos nossos princípios. E a nossa sensibilização deve partir daí também, do nosso atendimento e do registro que a gente faz, que fica disponível para toda a equipe poder consultar no prontuário. Então, é muito importante a gente ser cauteloso também, dar essa resposta para a equipe, porque a gente não quer criar contenda com as pessoas que a gente trabalha e também fortalecer aquela família dentro do hospital, saber que eles estão resguardados por legislações que garantem que aqueles pais estejam ali, para que eles tenham também autonomia de enfrentar qualquer preconceito que eles sofram ali dentro (Participante XXX).*

*(...) em relação à equipe com quem trabalhamos, é muito importante ter o posicionamento bem definido, com base nos nossos princípios éticos, nas nossas legislações. É sensibilizar mesmo, é conversar e não ficar quieto. Se posicionar mesmo... Até mesmo porque acho que ficar quieta numa situação dessas, tendo ali a visão que a equipe tem colocado a respeito da família é uma forma de você concordar, de ser omissa numa situação que precisa de um certo enfrentamento, de um posicionamento (Participante XL).*

Alinhados a este pensamento, destacamos uma fala importante sobre o papel do assistente social inserido em uma equipe do serviço de saúde que exemplifica, de forma clara, a nossa defesa:

*Acho que é interessante pontuar também, que muitas vezes o assistente social é requisitado para resolver problemas que não diz respeito de fato à nossa atuação profissional. Então, por exemplo, quando a gente é acionado aqui para lidar com essa questão de uma família é colocada pela equipe como inadequada, pelo plantonista, a gente está esbarrando aqui em uma questão que é uma moral que é estabelecida enquanto imposto como uma família tradicional. Então, esperava-se que fosse aqui constituído uma família por um pai e uma mãe. Então, quando foge um pouco dessa norma heterocisnormativa, nós temos dificuldades para lidar com a equipe porque o exercício*

*profissional, embora ele deva ser pautado nos códigos de éticas das respectivas profissões, eles são atrelados ao conceito moral que nós trazemos de base. Então, existe sim um código de ética, mas a moral ela perpassa pelo atendimento. Então, esse inadequado, ele vem muito disso, do que é esperado numa sociedade heterocisnormativa (Participante L).*

Muitos profissionais com os quais lidamos no dia-a-dia ainda possuem a visão do Serviço Social tal qual em seus primórdios: quando os assistentes sociais assumiam um papel moralizador a fim de corrigir comportamentos ditos desviantes e inserir valores tradicionais burgueses nas famílias usuárias dos serviços – como uma forma de manutenção do *status quo*.

Outro elemento trazido pelos residentes trata-se das expressões da responsabilização do cuidado no âmbito da saúde que, predominantemente, recai sobre as mulheres, reforçando estereótipos herdados da divisão sexual do trabalho no capitalismo em conformidade a estrutura patriarcal.

Este debate será melhor desenvolvido na situação reflexiva hipotética de número quatro, contudo, cabe evidenciar algumas falas dos sujeitos da pesquisa:

*Na verdade, a questão de enxergar a família vai muito mais por enxergar a mulher, porque as falas, pelo menos que estão aqui, são sempre direcionadas, segundo o olhar dessa equipe, à “promiscuidade da mulher”, aos “atos inconsequentes dessa mulher”, a “irresponsabilidade”, a falta de higiene dessa mulher, em nenhum momento, eu posso estar enganada, questionaram como esses homens vivem nessa relação. A questão é a mulher, né? A equipe enxerga como uma família que não é capaz de cuidar daquela criança pela sua composição. E sempre culpando a mulher por essa situação (Participante XXX).*

*A equipe segue perpetuando a perspectiva, a ideia, a imposição da mulher como mantenedora, cuidadora, enfim, e responsável por realizar o cuidado de forma geral da casa, da família. E como no caso percebe uma total responsabilização da mãe sobre o quadro de saúde da criança ao invés de alguma forma integrar as outras pessoas da família. No caso tem mais dois homens, ne? Mas a equipe acaba perpetuando mesmo esse papel imposto da mulher como responsável pelas questões de cuidados de forma geral, seja família, casa, enfim... (Participante X).*

No campo da saúde, torna-se imprescindível reconhecer e valorizar a dimensão da diversidade como elemento de compreensão da individualidade humana, ao passo que se manifesta nas diferenças relativas às relações de gênero, étnico-raciais, orientação sexual, de identidade de gênero, entre outros.

Esses elementos configuram o modo pelo qual a individualidade se constitui em interação dinâmica e contraditória aos processos de sociabilidade que permeiam a sociedade. Entretanto, na sociabilidade capitalista, prevalece uma tendência de relegar as diferenças ao campo da opressão, caracterizada pela ausência de reconhecimento ético, político e jurídico das singularidades individuais, expressando-se em violações de direitos, negação da liberdade e reprodução de inúmeras formas de opressão que afetam a vida cotidiana, sobretudo, contra as mulheres, jovens, crianças/adolescentes e a população LGBTQIAPN+ (CFESS, 2010).

Cabe frisar que este é um processo hegemônico, mas não homogêneo. Por isso, nossa defesa se faz no acesso a formação profissional de qualidade, que promova o debate crítico sobre a realidade e os múltiplos elementos que constituem a vida dos sujeitos, partindo de reflexões particulares, mas fazendo sua conexão com o universal – articulado ao modo de produção pelo qual estrutura-se a vida em sociedade.

Chegamos à conclusão de que a Residência Multiprofissional em Saúde se configura como um espaço propício a reflexão ao integrar a experiência de formação e trabalho. Na situação reflexiva apresentada, permeada por posturas conservadoras, os residentes destacaram a existência da possibilidade, por meio da suspensão do cotidiano e de sua reflexão, de posturas alinhadas à perspectiva emancipatória vinculadas aos valores defendidos pela categoria profissional. Nos dias atuais, de forma hegemônica, defendemos o compromisso com a eliminação de todas as formas de preconceito, o respeito à diversidade e a valorização das diferenças, além do reconhecimento e defesa de direitos (CFESS, 2012).

Constatamos que os valores subjetivos expressos no cotidiano de trabalho em saúde, por parte dos residentes, no grupo focal, direciona-os em sua atuação profissional, assim como defendemos que seja de fato. Esses valores, ao nosso entendimento, estão alinhados a uma perspectiva crítica e de horizonte emancipatório, proporcionando aos profissionais o arcabouço necessário para que não cometam o autoengano, mas uma prática profissional crítica consciente.

### **3.2.2 Vínculos familiares e a responsabilização das famílias por abandono e/ou negligência familiar: quais valores estão sendo reproduzidos?**

Na segunda situação hipotética, possuíamos a intenção de dar continuidade ao debate sobre famílias, agora voltada ao recorte da ideia de manutenção e/ou reconstrução de vínculos devido aos laços sanguíneos e à responsabilização das famílias que acontece em incontáveis situações nos serviços de saúde.

Trata-se do seguinte:

*Idoso internado na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com perspectiva de possível alta para a enfermagem, mas sem sucesso da equipe no contato com familiar. O idoso em questão é deficiente físico e informou que mora sozinho em uma casa cedida por um amigo falecido, localizada em um bairro com pouca acessibilidade. Teve uma das pernas amputada devido a complicações de má circulação de sangue ocasionado pelo uso de cigarro (cerca de 3 maços por dia). Relata que por conta do trabalho na zona rural, como retireiro, usava botinas durante todo o dia e que tinha muitas frieiras nos pés. Devido à má circulação, as frieiras não cicatrizavam e infeccionaram levando-o a amputação de uma das pernas. O idoso também é dependente de álcool, desde os 13 anos de idade (quando o pai, segundo ele, o oferecia para que “esquentasse o corpo” para conseguir dormir à noite, pois passavam muita dificuldade e mal tinham cobertores no inverno). Já adulto, quando estava sob efeito da bebida agredia a ex-esposa e os 5 filhos, muitas vezes colocando-os para fora de casa no meio da noite – motivo pelo qual não possui mais vínculo com nenhum deles. A equipe da UTI entrou em contato com o Serviço Social para que algum dos familiares comparecerem no Hospital e ficassem como acompanhantes do idoso porque “era um absurdo que nenhum dos filhos pudessem cuidar do pai na velhice”.*

É nítida e recorrente, de acordo com os residentes, esse tipo de situação no âmbito hospitalar. Existe uma ideia de que o Serviço Social é responsável por resolver todo e qualquer tipo de conflito familiar e, em nossa visão, essa sentença nunca foi verdadeira – apesar de ter sido difundida devido ao contexto histórico da profissão mencionado anteriormente.

Neste sentido, expomos o posicionamento dos participantes observado nos trechos a seguir:

*E só ressaltando que o Serviço Social, ele não vai criar vínculos, ele não é capaz de criar vínculos...que muitas vezes não existe esse vínculo e não é o Serviço Social que vai reconstruir ou construir algo*

*que não existe, que não existe por décadas. E às vezes a equipe multiprofissional acredita que o Serviço Social tem a varinha de condão para fazer que todos se amem e tenham um “final feliz”. Mas não é assim, porque muitas vezes também, por que não? Esse usuário que chegou a esse estado de saúde, às vezes lá atrás, ele foi um homem ou uma mulher opressora. Ele também cometeu negligências, ele também foi omissivo com seus filhos, com a sua família. Então, é importante salientar isso também, essa compreensão (Participante LX).*

*Eu percebo que a equipe de saúde tende a pensar o assistente social, que também faz parte da equipe de saúde, é a única pessoa responsável por conversar com a família. Acredita-se que tudo que é relacionado à família é do Serviço Social, independente da demanda que seja, sendo que conversar com a família é uma atribuição comum a todos os profissionais, porque faz parte do trabalho. Como que você vai atender aquela pessoa sem atender aquela família, entender aquela história? (Participante XXX).*

Compreendemos que não cabe ao Serviço Social criar ou reconstruir vínculos familiares, porque nossa atuação está pautada por princípios éticos e metodológicos que reconhecem a complexidade das relações familiares e sociais, conforme expomos na primeira situação hipotética apresentada. Muitas vezes, os rompimentos de vínculos ocorrem devido à situações de violências, abusos, negligências e outros conflitos, que não podem ser solucionados por intervenções meramente técnicas. Em casos como este, forçar o vínculo, além de se caracterizar como uma prática autoritária, pode causar maior dor e sofrimento aos envolvidos.

*(...) a equipe de saúde tende a responsabilizar a família, independente se tem laço, vínculo ou não, pelo cuidado de uma pessoa. E essa responsabilização vem com imposições que às vezes nem fazem sentido na rotina de um hospital. Essa obrigatoriedade de um acompanhante de alta da UTI para a enfermaria, por exemplo, de onde surgiu essa demanda? É uma demanda do hospital por falta de profissionais? Muitas vezes, nesses casos, o Serviço Social já fez a intervenção, porque é uma situação em que o Serviço Social intervém naturalmente já no hospital. A gente obviamente faria o contato com a família porque é o que nos foi demandado mais uma vez, atendendo a requisição do nosso empregador, mas a gente vai atender essa demanda na perspectiva que a gente aprendeu a trabalhar de acordo com a nossa formação, os nossos princípios então a gente vai conversar com essa família entender o contexto social, o contexto familiar, entender essa dinâmica e, a partir disso, a gente vai conseguir compreender por que essa família não está lá no hospital. E mesmo que fosse uma família que não tivesse problemas de relacionamento, em momento nenhum a gente poderia exigir que eles estivessem lá. Porque isso não faz parte das nossas atribuições e nem é uma obrigação da família permanecer no hospital. As pessoas ainda*

*confundem muito o abandono com a negligência, com não fazer visita. Enfim, então a gente conversaria com essa família para tentar entender mesmo essa história e repassar isso para a equipe, né? Olha, não existe, embora sejam filhos, não existe vínculo, não há nada ali para ser construído, eles não têm condições de dar esse suporte e eles não têm obrigação de dar esse suporte, de ficar aqui como acompanhante. O caso aqui deveria ser encaminhado para o Ministério Público (Participantes XXX).*

*(...) chega sempre essas demandas e a gente tem que fazer essa sensibilização, essa educação com a equipe, de que não é uma obrigação, é um direito... fazer a entrevista social com os familiares para compreender essa dinâmica sócio-familiar, a rede de apoio, a história, o histórico e compartilhar com a equipe, mas não culpabilizar. E se não existe a opção desses familiares cuidarem do idoso, encaminhar para o Ministério Público (Participante LX).*

Esse direcionamento é essencial e está previsto no segundo item dos princípios fundamentais do nosso Código de Ética Profissional, que preconiza a recusa ao arbítrio e ao autoritarismo. Assim, qualquer decisão referente ao processo de cuidado do usuário deve respeitar sua vontade, mesmo que esta divirja da posição adotada pela equipe de saúde responsável por sua assistência.

A respeito da imediaticidade com que a equipe multiprofissional apresenta em relação a resposta do Serviço Social às demandas de trabalho, compreendemos que apesar de, frequentemente, se manifestar na busca por respostas rápidas diante das demandas emergentes, a compreensão profunda dessas demandas exige um esforço de reflexão que transcenda o campo imediato, como destacada Coelho (2013).

A UTI é um setor complexo do nível hospitalar e requer maior agilidade, mas, antes de qualquer resposta, assim como em outros setores dos serviços, torna-se necessário conhecer o contexto familiar daquele usuário, refletir sobre ele, compreender quais os possíveis conflitos e se existe a possibilidade e interesse do usuário e de sua rede de apoio em resolvê-los para, a partir daí, construir estratégias de forma conjunta.

As relações familiares são baseadas em aspectos que ultrapassam a capacidade de controle ou intervenção externa, e a construção e/ou manutenção de vínculos depende da vontade, disponibilidade emocional e decisão dos sujeitos envolvidos.

*Nessa parte aqui que fala que a equipe entrou em contato com o Serviço Social para que alguns dos familiares comparecessem ao hospital e ficassem de acompanhante, eu percebo um certo*

*imediatismo que as equipes no hospital apresentam. Elas acham que a gente vai ligar antes de conhecer o contexto, de conhecer mesmo as questões que são apresentadas na entrevista de avaliação social, dos vínculos familiares, se tem ou não, da rede de apoio. Então, assim, primeiro é importante conversar com essa família, compreender como que são os vínculos, compreender todos os elementos, antes que a gente exija... assim, a gente nem tem por que exigir ninguém, né? Porque como foi mencionado [ficar como acompanhante] é um direito, não uma obrigação. Então, eu pensei muito a respeito dessa questão do imediatismo e da equipe não considerar essa questão de não existir mais vínculos e que há outros caminhos legais e institucionais para responder essa demanda (Participante XL).*

Conforme apontamos anteriormente, a imediaticidade, entendida como a relação direta entre pensamento e ação, de forma espontânea e superficial, é uma categoria central para a análise do cotidiano. Segundo Netto (2012), nenhum objeto ou fato é verdadeiramente imediato, sendo todos produtos de mediações que necessitam de reflexão para sua compreensão plena.

Dessa maneira, apresentamo-la como um possível desafio no âmbito da atuação profissional no trabalho em saúde, pois frequentemente conduz a respostas automáticas que negligenciam as complexas e contraditórias relações que estruturam a realidade social. Isso ocorre porque, conforme Heller (1970), o pensamento cotidiano tende a ser funcional e direcionado à resolução de necessidades imediatas, dificultando uma análise aprofundada – aspecto central na situação em xeque.

Logo, a crítica à imediaticidade requer a suspensão da vida cotidiana por meio da reflexão, como argumenta Carvalho (2012). Essa suspensão não representa uma fuga, mas um movimento essencial para a compreensão da realidade a fim de qualificar a atuação profissional pela superação de visões focalizadas articuladas a seu aspecto imediato, voltada ao entendimento de determinações mais amplas, possibilitando que o assistente social construa respostas fundamentadas em princípios e valores emancipatórios.

O papel do assistente social, neste contexto, ao nosso ver, é atuar na mediação de conflitos ou facilitação de diálogos, caso seja da vontade dos sujeitos envolvidos e contribuir para o acesso a direitos e às condições dos usuários exercerem sua cidadania, respeitando o limite das relações interpessoais privadas, exceto em casos de violação de direitos. Essa prática reflexiva reafirma nosso compromisso ético-político, demonstrando que a superação da imediaticidade é um elemento essencial para o fortalecimento de nosso PEP.



Ao se debruçar sobre a responsabilização das famílias no âmbito da política de saúde, Miotto (2012) elucida que esse processo se desenvolve sobre as atividades administrativas/burocráticas necessárias a efetivação do acesso ao direito a saúde – como as escolhas entre alternativas de atendimentos e serviços de reabilitação e cuidado –, e à participação devido a deficiência, falta de recursos materiais e humanos dos serviços – no hospital, por exemplo, por diversas vezes, a família é requisitada para o cuidado do usuário durante sua hospitalização para assisti-lo a noite, trocar fraldas, alimentá-lo, etc., e não necessariamente para se fazer cumprir o direito a um acompanhante.

Conforme demonstrado nas falas dos participantes, entendemos que a discussão sobre a responsabilização da família deve estar vinculada a uma análise histórica e conjuntural. Ao abordar a Política Social, reconhecemos que ela é o campo que mais evidencia a interferência e/ou participação do Estado na dinâmica das famílias (Miotto, 2012). A autora salienta que no contexto dos serviços públicos esse processo de responsabilização torna-se explícito à medida que o Estado transfere parte das obrigações sociais e de proteção para as famílias – muitas vezes sem fornecer os recursos necessários para que possam cumpri-las adequadamente. Tem-se como exemplo o sucateamento e subfinanciamento das Políticas Sociais.

Isso evidencia como as ideologias neoliberais tendem a eximir o Estado de suas responsabilidades, transferindo para as famílias – especialmente aquelas que sobrevivem às margens da sociedade capitalista – o ônus desta sobrecarga. Este elemento reflete o que mencionamos anteriormente: o cotidiano expressa as mesmas contradições que estruturam a sociabilidade capitalista, manifestando, de forma dialética, a tensão entre a luta da classe trabalhadora por seus direitos e os interesses da burguesia, que, por meio de sua hegemonia ideológica, difunde seus valores em todas as esferas da vida social.

Uma fala importante que traz elementos potentes para reflexão, pode ser observada abaixo. O assistente social, ao atuar na busca de fortalecimento de vínculos familiares, conforme preconizam legislações e orientações das políticas sociais, deve também procurar outras formas de garantia de direitos civis e políticos para além de laços sanguíneos e vínculos de solidariedade, tendo em vista a existência de políticas públicas voltada a garantia de direitos.

*(...) não é porque existe um vínculo sanguíneo que isso se configura no modelo de família. Então, neste caso, a escuta não é para fazer um restabelecimento de vínculo, é para entender esse conceito de família, o que aconteceu, se houve um vínculo, inclusive se há o interesse da família em algum momento de retornar esse cuidado (...). Se esse vínculo não foi reestabelecido ao longo dos anos, é preciso, a partir de agora pensar no tripé de seguridade para o idoso, uma vez que a família se ausentou. Como a sociedade, o Estado, vai dar conta desse “problema”? E aí é pensar se o Estatuto do Idoso consegue dar uma garantia; pensar se a gente tem uma Instituição de Longa Permanência; pensar se esse idoso tem uma renda e consegue pagar um cuidador; pensar se essa casa ainda está cedida; se há acessibilidade, se essa casa é adaptada para receber ele nessas condições... Aí é acionar os órgãos competentes, e pensar, inclusive, como acionar uma vez que esse vínculo foi perdido há bastante tempo, né? Muitas vezes o assistente social é requisitado para fazer esse fortalecimento de vínculo, mas o equipamento responsável para o fortalecimento de vínculo não é outro assistente social. Se o fortalecimento de vínculo pode ser estabelecido no CRAS, aí a gente vai trabalhar em parceria hospital-CRAS. Uma vez que é perdido, vamos acionar o Ministério Público, não para solicitar a família, mas para solicitar uma vaga na Instituição de Longa Permanência, uma vez que esse idoso não tem vínculo familiar (Participante L).*

*Mesmo assim [diante de todo o contexto de opressão e violência para com os membros de sua família] ele tem direitos, então, apesar de tudo isso, ele pode acessar esses direitos através do Estado, de instituições e de aparatos institucionais do Estado (Participante LX).*

Conforme previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde, enquanto direito social, é também dever do Estado e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Logo, o cuidado também é de responsabilidade do Estado, principal mantenedor das políticas públicas e, neste caso, acionado através do encaminhamento ao Ministério Público (MP) (Brasil, 1988).

Ainda de acordo com a CF/1988, o MP possui papel fundamental na Proteção Social<sup>7</sup>, sendo responsável pela defesa da ordem jurídica do regime democrático, na

---

<sup>7</sup> A Proteção Social visa a garantia da vida, redução de danos e a prevenção da incidência de riscos, especialmente voltado a família, maternidade, infância, adolescência, velhice, habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária. É estruturada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que organiza as ações de assistência no território brasileiro a partir de um sistema público, descentralizado e

garantia de direitos e fiscalização de aplicações de leis referentes aos interesses sociais e individuais indisponíveis, protegendo não somente os idosos, como na situação apresentada, mas àqueles usuários sem vínculos familiares ou que passam por situação de ameaça ou violação de direitos por se tratar de um mecanismo da Proteção Social Especial – que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos (Brasil, 1993).

Em relação ao recorte de envelhecimento trazido na situação destacamos o que preconiza o Estatuto do Idoso, no que tange ao direito a vida, no Art. 9º, em que é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (Brasil, 2003).

A insuficiência de vagas em Instituições de Longa Permanência (ILPI's), por exemplo, se destacada com um dos desafios para a garantia de direitos dos idosos sem vínculos familiares, pois escancaram a falta de recursos destinados à assistência social e a dificuldade de articulação entre os diferentes setores públicos que limitam sua efetividade. Por isso, o posicionamento profissional realizado a partir das demandas do cotidiano de trabalho em saúde não pode ser desarticulado da interpretação crítica das políticas públicas e dos serviços disponíveis para os encaminhamentos – que evidenciam a opção do Estado burguês.

Torna-se necessário pensar, para além dos encaminhamentos de determinada situação, em estratégias de ampliação do investimento em programas de acolhimento e suporte à população idosa, fortalecimento de parcerias entre o MP e outras instituições da rede de proteção social, bem como o diálogo com movimentos sociais que possuam esta bandeiras de luta, divulgação de informações com vistas ao fortalecimento da participação popular e sua mobilização, além de capacitações para os profissionais envolvidos na prestação da assistência a idosos, garantindo atendimento humanizado e eficiente. Nossa atuação, portanto, deve estar integrada ao horizonte de um sistema mais amplo de proteção social, que reconheça as demandas da população e assegure condições de vida dignas para os usuários.

---

participativo previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). A Proteção Social se subdivide, ainda em Básica e Especial. Nos detemos a explicação da Proteção Especial pelo debate proposto (Brasil, 1993).

Cabe sinalizar, ainda, que a temática do acolhimento institucional de pessoas idosas é atravessado por diversos preconceitos e estigmas que vão desde o sentimento de “fracasso” vivenciado pelos próprios idosos, até a culpabilização das famílias que, muitas vezes, são responsabilizadas por sua ausência de forma vertical, dadas as legislações que a colocam como principal instituição de cuidado, reforçando aspectos morais de responsabilidades, sem levar em consideração a negligência do Estado e a ausência de políticas alternativas (Terto, 2023).

Neste contexto, é necessário que o assistente social possua clareza de seus princípios e quais objetivos profissionais deseja alcançar a partir do recebimento das demandas, uma vez que o entendimento e posicionamento dos demais profissionais, exposto nesta situação reflexiva, reflete um processo de disputa ideológica nos serviços de saúde, moldado pela estrutura das relações sociais da sociedade capitalista.

Para isso, um elemento que consideramos importante é a capacitação e formação continuada, não somente no âmbito do Serviço Social, mas para toda a equipe de saúde na qual este profissional está inserido, uma vez que nela também existe o tensionamento/disputa entre os saberes sobre o entendimento do acesso a direitos de forma universal e equânime, comprometida com a qualidade dos serviços prestado à população, inclusive com o aprimoramento intelectual profissional.

Este elemento pode ser visto nas falas a seguir:

*Muitas vezes vai ter essa forma mesmo, vai ter um enfrentamento. E a partir de tudo que foi falado aqui, após atendimento da demanda, da sensibilização, precisamos identificar parcerias nessa equipe multiprofissional para elaborar materiais, discussões, que possam sensibilizar a equipe como um todo nessa questão de não levar para o pessoal, e sim como um direito dessa família ser atendida, dessa criança ser atendida, não com viés preconceituoso (Participante LX).*

*(...) eu acho, também, muito importante, pensar como que a gente consegue contribuir, uma vez que os profissionais de saúde precisam estar sempre se atualizando. Então, que a gente consiga levar esses conceitos que a gente produz na academia e que a gente teoriza sobre o que já está sendo, o que acontece no cotidiano, no cotidiano na sociedade... Pensar como que as pessoas que estão nesses espaços de coordenação, de equipe, conseguem levar essa discussão para as equipes, para que a gente consiga minimizar a moral no atendimento, a ausência de informação ou fazer com que essas questões não sejam perpassadas no atendimento. Então, onde eu estou, por exemplo, nós temos um horário protegido para formação continuada, hoje em dia com o novo horário. Então, pensar que esses espaços de formação*

*continuada, eles podem ser usados para que esses conceitos sejam introjetados pelos profissionais de saúde, uma vez que a gente trabalha para atender múltiplas famílias, múltiplas concepções de família, famílias atravessadas por “N” questões interseccionais e pensar como que a gente consegue fazer para que isso chegue na equipe de fato, ne? (Participante L).*

Para além das ações de educação continuada e capacitações, este último participante trouxe, ainda, uma contribuição que merece destaque:

*(...) a gente precisa parar de tutelar esses profissionais de saúde que atuam de formas dissidentes do que é preconizado... Porque eu acho isso muito importante, já que a gente trabalha nessa perspectiva de educação, de capacitação, de educação, de moral, mas eu acho que a gente precisa passar um pouco também para a ótica da lei, da penalização, da cassação, da prisão, porque eu acho que é isso. Quando você nega e dificulta o acesso de uma família, você está negando um direito constitucional que é o direito à saúde. Então, se a gente passa também por essas questões de muita tutela do profissional, ele nunca vai se responsabilizar. Eu acredito, sim, no momento de formação, na capacitação, mas eu acho que a gente já pode avançar nisso enquanto debate (Participante L).*

Quando pensamos na ampliação da cidadania e, conseqüentemente, no acesso a direitos é importante levarmos em consideração o aspecto legal a que este se remete. A previsão do direito à saúde na CF/1988 é uma importante ferramenta para o combate aos tipos de violência que podem se apresentar nos serviços de saúde – estando articulado a defesa dos direitos humanos de forma mais ampla. Neste sentido, o aparato legal se faz importante para que os profissionais reflitam sobre suas ações e realizem mudança em suas práticas no que tange a sua responsabilidade social enquanto prestadores de serviço.

Outro elemento que buscamos trazer nesta situação reflexiva diz respeito ao uso de álcool e outras drogas. O direcionamento do Serviço Social frente ao consumo dessas substâncias deve pautar-se em um posicionamento crítico e reflexivo, compreendendo-o como uma expressão multifacetada da questão social. Essa abordagem não se limita à visão individualizante ou moralizante do consumo, mas busca entender as condições estruturais, históricas e sociais que configuram essa problemática, a partir da perspectiva materialista histórico-dialética, que o traz como resultado das contradições do sistema capitalista emergindo não apenas como uma resposta às tensões individuais, mas também como um reflexo das condições sociais adversas vivenciada pelos trabalhadores. Essa abordagem se contrapõe, ainda, às

tentativas de patologização ou criminalização das pessoas que fazem uso dessas substâncias, destacando a necessidade de políticas públicas que enfrentem as causas estruturais desse fenômeno (CFESS, 2016).

Neste sentido, o pensamento conservador pode ser evidenciado no cotidiano apresentando desafios e/ou contraposição direta de representantes políticos, por exemplo, para a efetivação de políticas inclusivas baseadas nos direitos humanos, especialmente em contextos como este, ao reforçar discursos estigmatizantes e excludentes, que vinculam o uso de substâncias à criminalidade e ao fracasso moral a partir de julgamentos e preconceitos construídos socialmente, alinhados a práticas que priorizam o controle e a punição.

A exemplo disso, trazemos o muro de 40 metros de extensão, construído na área conhecida como “Cracolândia”, na capital de São Paulo, sob a justificativa da Prefeitura de melhoria no atendimento a usuários, garantia de segurança e fluxo ativo de veículos na região central. Contudo, sabemos que a motivação desse “curral humano”<sup>8</sup> tem como base um juízo de valor e o controle dos corpos, ao passo que não reconhecem a autonomia dos sujeitos, contribuindo para o verdadeiro apagamento dessas pessoas, cerceando-as, inclusive, do direito à liberdade de ir e vir previsto na Constituição Federal de 1988.

Nenhum juízo de valor existe de forma isolada e descolada da realidade (Santos, 2013), logo, este posicionamento reforça uma forma/estrutura da sociabilidade transformando intervenções tão brutais como essa em atividades banais, de rotina e medíocres (Carvalho, 2012).

Em contrapartida, a defesa de uma abordagem inclusiva, centrada no tratamento voluntário e no enfrentamento do estigma e da criminalização, exige dos profissionais um rompimento com a lógica imediatista, superficial e aparente. Essa abordagem requer uma compreensão ampliada da realidade, orientada por uma reflexão crítica, que possibilite a construção de respostas que valorizem a dignidade humana e reconhecem a autonomia dos sujeitos ao oferecerem um suporte para minimizar os impactos negativos, sem a imposição da abstinência como requisito para

---

<sup>8</sup> Maiores informações podem ser acessadas na reportagem “Entre gradis e muro: Defensoria relatou ‘curral humano’ na Cracolândia em SP em junho de 2024”, disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2025/01/15/entre-gradis-e-muro-defensoria-relatou-curral-humano-na-cracolandia-em-sp-em-junho-de-2024>.

o acesso aos direitos e tratamentos, deslegitimando as narrativas calcadas em valores conservadores e moralistas.

Estes elementos estão articulados ao posicionamento que defendemos enquanto categoria profissional, sendo exemplificado na série de cadernos “Assistente Social no combate ao preconceito” construída pelo CFESS no quadriênio 2014/2017, cujo objetivo foi orientar e estimular os assistentes sociais, a partir da reflexão, à compreensão crítica das variadas situações de preconceito enraizadas nos encaminhamentos cotidianos da prática profissional chamando a categoria à responsabilidade ética na defesa do PEP, uma vez que “o preconceito é expressão das relações conservadoras da sociabilidade burguesa e de seu individualismo, que, por sua vez, remete à exploração, cada vez mais bárbara, do trabalho pelo capital” (CFESS, 2016, p. 5).

Desta forma:

As motivações para o uso de psicoativos (drogas) respondem, assim, a inúmeras necessidades sociais. Motivações que são socialmente determinadas e que transformam o modo como os indivíduos sociais se relacionam com os diferentes psicoativos (naturais ou sintéticos), alterando seu significado e padrões de consumo. Portanto, o uso de psicoativos pode: estar associado a indicações cientificamente comprovadas, decorrer de autoadministração; ser esporádico, ocasional, recreativo, abusivo ou dependente. O uso de psicoativos (drogas) é, portanto, uma prática social - profundamente alterada pela lógica mercantil e alienante da sociedade capitalista madura - que requer da/o assistente social compreensão crítica, dada sua complexidade e a multiplicidade de determinações históricas que alteram seus padrões e significados (CFESS, 2016, p. 7).

Os residentes demonstraram estar articulados a perspectiva defendida por nós, como pode ser observado nas colocações abaixo:

*O consumo isolado de álcool e outras drogas em si não traz impactos na composição familiar, na minha concepção. Mas como nada na sociedade é pautado isoladamente, a gente consegue perceber que essas complicações do uso se intensificam quando a família não tem um suporte financeiro e social bem estabelecido. Então, as famílias mais empobrecidas e mais marginalizadas, e aí pensando o conceito amplo de marginal – à margem da sociedade, inserida precocemente no mercado de trabalho –, tendem a sofrer os rebatimentos do álcool e de outras drogas de forma muito mais intensificada. E digo isso pensando que o álcool e outras drogas podem e são utilizados na sociedade de forma recreativa. É muita hipocrisia da nossa parte colocar que ele não é utilizado, mas quando passam a ter papéis*

*centrais na vida do indivíduo, por exemplo, nesse caso, para se aquecer, a gente está falando de uma vulnerabilidade muito maior do que o próprio álcool, né? Então a pessoa deixa de conseguir trabalhar, passa a ficar mais violento, deixa de se alimentar, então traz ali outras complicações, inclusive na própria sobrecarga do cuidado daqueles que não estão dependentes do uso (Participante L).*

*A gente não pode pensar o álcool e as drogas de forma isolada, mas, de fato, esse uso abusivo de álcool e drogas teve um impacto devastador para a saúde dele, ao ponto de que culminou com uma amputação e um agravamento praticamente irreversível... então, o Serviço Social, acho que tem essa condição, graças à nossa formação, de ter o olhar mais amplo e, ao mesmo tempo, conseguir perceber essa singularidade (Participante XXX).*

Ao serem questionados sobre quais princípios do nosso Projeto Profissional devem ser defendidos, alguns participantes optaram por não responder ou se posicionar, sob a justificativa de que suas opiniões já haviam sido contempladas pelas falas dos colegas. Outros afirmaram não se recordar prontamente dos princípios que norteiam nossa atuação, limitando-se, em sua maioria, aos princípios estabelecidos pelo Código de Ética Profissional.

*Ixi, difícil, né? Porque aí volta especificamente no código de ética. Qual foi a última vez que vocês, companheiros, leram o código de ética? Essa é uma questão, né? Às vezes a gente fala muito que tem a nossa atuação pautada no código de ética, mas o código de ética não é um livro de cabeceira que você lê todos os dias. Óbvio que, pelo menos quando eu falo isso, eu falo muito comprometida com conceitos que eu introjetei ao longo da vida. E aí também volta na questão moral. Então, a minha atuação é um pouco mais progressista, porque, ao longo da vida, eu introjetei conceitos progressistas. E isso me traz um pouco de alívio, pensando na minha atuação, mas me traz um pouco de sofrimento pensar que uma pessoa homofóbica, racista, ela também vai ter um atendimento pautado nesses preceitos. Agora, a pergunta... Pois é, eu não sei responder. Eu falando assim, traria conceitos soltos, mas, sendo sincera, eu não sei (Participante L).*

Os princípios defendidos pelos assistentes sociais ultrapassam o que está formalmente inscrito no Código de Ética do/a Assistente Social, mesmo que enraizados no PEP. Enquanto o CEP estabelece os valores, compromissos e responsabilidades que norteiam a prática profissional, o PEP é a expressão mais ampla do posicionamento profissional crítico orientado pela luta por direitos, justiça social e emancipação humana com vistas a transformação deste modelo de sociedade.



Isto posto, compreendemos que a normatividade do nosso CEP não é isolada, está diretamente vinculada ao horizonte político e social que possuímos alcançar – uma sociedade mais justa e igualitária contrária as condições estabelecidas pelo sistema capitalista.

Alinhada a esta perspectiva, perguntamos aos residentes a respeito da nova condição de pessoa com deficiência do usuário, tentando trazer à tona a reflexão acerca da acessibilidade e se/como esta impacta nos encaminhamentos profissionais a serem realizados. Como respostas de maior destaque temos as seguintes:

*A gente pensar os encaminhamentos que vão ser dados para esse idoso no pós-alta, considerando que ele agora é uma pessoa com deficiência, sozinho, sem rede de apoio e em um lugar sem acessibilidade, obviamente, a gente não vai conseguir fazer os encaminhamentos do mesmo jeito que a gente faria para um outro usuário que tem um familiar que pode resolver para ele. A gente não consegue, por exemplo, o departamento de internação domiciliar porque tem rigorosos critérios de acessibilidade, inclusive com a própria residência. [Perguntam] quantos degraus têm, se tem energia elétrica, água encanada... Então fica muito difícil a gente dar certos encaminhamentos considerando aquela realidade de vida, por isso que, muitas vezes, esses casos são encaminhados para o Ministério Público ou para outra instância porque as próprias instituições não conseguem responder (Participante XXX).*

*Acredito que tenha que se pensar um plano de acessibilidade, seja questões físicas, de tecnologia, de adaptação, de acesso, para a gente viabilizar de forma efetiva o tratamento ou as condições dignas para que o usuário não volte a adoecer, por exemplo. Então não adianta a gente pensar apenas que ele tem que acessar tal equipamento mas se ele não conseguir, isso não adiantou para nada. E uma das necessidades desse plano terapêutico vai ser pensar a acessibilidade e todas as questões envolvidas (Participante X).*

Outra colocação nos chamou a atenção e servirá como ponto de partida para a discussão, a saber:

*Quando a gente pensa em acessibilidade a gente está falando de um conceito que diz respeito à forma que o cidadão e os usuários conseguem acessar bens, serviços, produtos uma série de questões. A gente trabalha com muitas articulações em rede, mas o usuário precisa dar sequência no que é encaminhado, então, pensando na rede como um todo, ela se torna uma rede muito complexa e as vezes inacessível. Neste caso, a acessibilidade vai além da própria questão da deficiência que esse idoso veio a ter pela amputação [mas também em suas negativas de acesso à rede]. A rede é inacessível, por exemplo: quando você precisa desospitalizar um usuário que precisa dar entrada no INSS, onde você liga no 135 e fica 25 minutos para*

*tentar um acesso e você precisa falar as palavras corretas para a pessoa conseguir te atender e agendar uma perícia; se torna inacessível se agenda a perícia virtual e precisa de um telefone que tenha hardware e software possíveis para isso e pro envio de documentação; se torna inacessível quando o usuário mora em um bairro de difícil acesso, e quiçá com saneamento básico uma vez que uma casa cedida... Então a acessibilidade deveria ser pensada como algo mais amplo. Que acessibilidade a gente está pautando? A gente tem ônibus na cidade e não são adaptados para pessoas com deficiência. A gente tem uma população com longevidade prolongada, mas a gente não tem espaço pensado para idoso. Então, hoje a acessibilidade é pensada, mas também é negligenciada, eu colocaria assim. Ela impacta negativamente porque a gente não consegue, de fato, construir espaços acessíveis para todos (Participante L).*

O posicionamento trazido pelos residentes faz-nos avançar na concepção ampla de acessibilidade – para além de adaptações voltadas ao cumprimento de legislações e normativas como construção de rampas, calçadas, elevadores em estabelecimentos, meios de transporte, disponibilização de tradutor/a intérprete de língua de sinais etc., que são ferramentas importantes para a vida da pessoa com deficiência no que tange a ultrapassagem das barreiras que cerceiam sua participação na vida em sociedade, mas sem vistas e/ou esforço para a transformação da estrutura social para seu desenvolvimento pleno, que é o que possuímos como horizonte – sem nenhum tipo de mecanismos de opressão. São necessárias “tecnologias assistivas, apoios e recursos indispensáveis para promover a independência e o desenvolvimento das potencialidades e possibilidades de todas as pessoas que assim desejarem” (CFESS, 2023, p. 34).

O que observamos, hoje, na realidade concreta é um modelo funcionalista que reforça a lógica mercantil em tratar essas demandas como um serviço e não como direito. Partimos do pressuposto que na sociedade capitalista, o valor de cada indivíduo é mensurado por sua capacidade de atender aos padrões de funcionalidade e produtividade impostos pela lógica do mercado. Nesse cenário, os corpos que não correspondem ao padrão de funcionalidade que serve aos interesses de acumulação de capital possuem pouca importância para o mercado e são relegados à sua margem, sendo tratados de forma capacitista e com suas potencialidades invisibilizadas, reduzindo o acesso a direitos por parte das pessoas com deficiência no que tange a oportunidades e participação na vida social, econômica e cultural (CFESS, 2024).

O capacitismo, nesse contexto, opera como uma forma de opressão que legitima a “exclusão” das pessoas com deficiência, sustentado pela ideia de que essas

vidas têm menos valor ou utilidade. Compreendemos que essa concepção reforça a desumanização intrínseca no sistema capitalista, ao priorizar uma lógica que define o "normal" pelo que é produtivo e economicamente vantajoso, em detrimento da diversidade humana – contrário aos valores que defendemos enquanto categoria profissional. Logo, é necessária a implementação de políticas inclusivas que reconheçam a dignidade e os direitos das pessoas com deficiência não condicionados à lógica produtivista e, para isso, é imprescindível uma postura crítica radical às bases econômicas e culturais que sustentam o modelo capitalista, com horizonte à sua superação.

O Conjunto CFESS-CRESS assumiu o compromisso com a luta anticapacitista ressaltando a relevância desta pauta em relação aos valores que orientam a prática profissional dos assistentes sociais. Como estratégia, foi proposta a criação de comitês para a formulação e implementação de ações concretas que impulsionem e acompanhem essa pauta dada sua expressão nos diversos espaços sócio-ocupacionais. Contudo, como mencionado anteriormente, tais questões muitas vezes, são silenciadas pela perpetuação dos valores conservadores burgueses no desenrolar da vida cotidiana, relativizando os direitos da pessoa com deficiência, incluindo o direito à vida, educação, livre exercício de direitos sexuais e reprodutivos, à cultura, ao lazer, entre outros. (CFESS, 2024).

Destacamos, ainda, a necessidade de conhecimento e embasamento por parte dos assistentes sociais da Resolução do CFESS nº 992, de 22 de março de 2022, que estabelece as normas e vedações de atos e condutas discriminatórias e/ou preconceituosas contra pessoas com deficiência no exercício profissional do/a assistente social, regulamentando os princípios II, VI e XI inscritos no Código de Ética Profissional, a Resolução CFESS nº 1.063, de 20 de março de 2024, que institui o Glossário em Libras do Serviço Social, do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015), da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2010), bem como a articulação aos movimentos sociais com essa bandeira de luta, haja vista a natureza recente dos documentos mencionados.

Para a efetivação da garantia da acessibilidade, é de fundamental importância a adequação às normas de acessibilidade vigentes, como medida de enfrentamento e superação de tais barreiras, aliada ao reconhecimento das singularidades das pessoas com deficiência, a partir da escuta e identificação de suas reais demandas, sob a perspectiva do lema da ONU que diz: “Nada sobre nós, sem nós”, ou

seja, toda e qualquer pauta a respeito da pessoa com deficiência deve garantir a sua participação como protagonista desta construção coletiva, por meio da expressão de suas escolhas, que devem ser consideradas e respeitadas (CFESS, 2023, p. 35).

Sobretudo, tomamos como necessário assumir um posicionamento ético e crítico no cotidiano dos serviços pautados na diversidade humana e no reconhecimento das pessoas com deficiência como sujeitos com autonomia e liberdade para fazerem suas próprias escolhas, pensando que a nossa defesa de acessibilidade, de forma ampla, seja, de fato, o acesso às políticas sociais acessíveis para todos.

Concluimos que, na situação reflexiva apresentada, os residentes, novamente, demonstram posturas importantes alinhadas à perspectiva crítica hegemônica em nossa categoria profissional – diante dos desafios evidenciados no cotidiano do trabalho em saúde como as práticas de policiamento de comportamentos, abordagens tradicionais e conservadoras, que tratam as expressões da questão social como problemas individuais neste espaço de reprodução da singularidade que é o cotidiano.

### **3.2.3 A autonomia do usuário e a efetivação do direito ao acesso à saúde**

Na terceira situação reflexiva hipotética possuíamos a intenção de debater, principalmente, sobre a autonomia do usuário, as possibilidades de intervenção do assistente social nesse âmbito e os desafios existentes nos serviços de saúde em conformação ao modelo de assistência médico hegemônico.

Trata-se do seguinte:

*Homem encaminhado de um Hospital de Pronto Socorro, após acidente de motocicleta, no qual foi surpreendido por um condutor menor de idade, sem habilitação e sob efeito de álcool e outras drogas, que ultrapassou a sinalização de trânsito. O Serviço Social foi solicitado pela equipe médica para convencer o usuário a aceitar o procedimento, uma vez que este último não concordava com a possível conduta, ainda que a equipe médica fosse extremamente qualificada. O homem havia esmagado um dos ligamentos que revertem a coluna e são fundamentais pelos movimentos das pernas e a proposta era de uma cirurgia delicada e de alto risco, existindo a possibilidade de não voltar a andar caso houvesse algum erro de reconstituição*

*durante a cirurgia. A outra opção de tratamento seria a inclusão de uma prótese não disponibilizada pelo SUS, sendo necessária intervenção judicial, com retorno de no mínimo 30 dias – sendo necessário, então, que o homem ficasse internado até obter a resposta. O maior empecilho para a equipe médica, nesse contexto, é a necessidade de “girar leito”.*

Partimos do entendimento de que “o usuário, na condição de sujeito protagonista da sua história, deve ser autônomo para decidir sobre os rumos do tratamento de saúde a ser adotado e a que procedimentos deve ser submetido” (CFESS, 2010). Logo, a autonomia do usuário, defendida pelo Serviço Social na Saúde, refere-se à capacidade dos indivíduos de tomarem decisões conscientes sobre seu próprio cuidado. Essa perspectiva está fundamentada em princípios éticos e políticos que valorizam a liberdade, a dignidade e o respeito à singularidade dos sujeitos, reconhecendo-os como protagonistas de suas trajetórias e não meros receptores passivos de assistência ou cuidados.

*O usuário tem total direito, estando lúcido e orientado, de decidir por não realizar qualquer procedimento. E cabe à equipe médica explicar isso para o usuário de forma a colocar a importância do tratamento e do não tratamento também, as consequências, cabendo ao usuário decidir se vai fazer ou não. Nesse caso, a autonomia dele está sendo violada porque a equipe demandou o Serviço Social para convencer que ele fizesse um tratamento. Ou ele não está orientado sobre o que é o tratamento, quais as consequências de fazer e de não fazer, ou ele realmente não quer fazer e ele tem o direito de não querer (Participante XXX).*

*Eu concordo com o que foi mencionado anteriormente, e fiquei pensando a respeito de como a equipe enxerga o Serviço Social nesses casos. Muitas das vezes, colocam o Serviço Social como uma categoria que precisa convencer o usuário a aceitar algum tratamento, aceitar alguma cirurgia... (Participante XL).*

*A equipe médica tem que ser clara com o usuário, colocando todas as possibilidades da não realização ou realização, mas também respeitar a decisão dele, se ele não quiser fazer a gente não vai agir para convencimento do usuário ou dos familiares só pra girar o leito. A gente tem nossos princípios ético, políticos, e a gente tem como base norteadora o direito desse usuário de decidir o que ele deseja, sabendo, é claro, os riscos, os prós e os contras de ambas situações. Se for necessário o Serviço Social pode até ser um mediador entre a equipe médica e multiprofissional com esse usuário (Participante LX).*

O assistente social pode contribuir para o fortalecimento e preservação da autonomia do usuário na perspectiva da garantia de direitos reconhecendo a saúde como um direito social, facilitando o acesso à informação de forma clara, objetiva e acessível, orientando sobre o fluxo dos procedimentos e os serviços ou recursos disponíveis de acordo com sua condição de saúde, possibilitando ao usuário ponderar suas decisões – atuando de forma contrária à concepção dos demais profissionais da equipe de saúde, exposta nesta situação reflexiva que, em nossa avaliação, se trata de uma prática coercitiva e impositiva do cuidado, desconsiderando as preferências e/ou necessidades do usuário.

Neste aspecto, todos os residentes participantes pontuaram a importância das contribuições do assistente social no fortalecimento e preservação da autonomia do usuário.

*É nosso papel contribuir para essa autonomia, já que a gente trabalha na perspectiva de defesa dos interesses dos nossos usuários. No hospital, pensando em um caso como esse, a gente vai primeiramente ouvir o usuário, entender se ele foi esclarecido das orientações, se ele tem mais alguma dúvida, conversar com a equipe médica, levar as questões do usuário e se possível realizar um atendimento conjunto, a fim de que a gente possa estabelecer também essas mediações junto com a equipe médica. E aí a gente precisa colocar sobre os direitos do usuário, não só para o usuário, mas também para os demais colegas. Eles precisam saber que aquele usuário tem o direito de decidir sobre a própria saúde dele. Muitas vezes isso pode gerar atritos entre a equipe, porque parece que a gente está passando por cima do saber médico de salvar aquela vida a qualquer custo, fazer o procedimento a qualquer custo, não importando o que está estabelecido na própria legislação que estabelece o direito de decidir sobre o tratamento de saúde (Participante XXX).*

*Eu acho que podemos contribuir fazendo essa mediação, uma vez que o usuário quer preservar a possibilidade de voltar a andar ou talvez conseguir essa prótese a partir do entendimento que ele tem. A equipe médica quer fazer essa operação porque entende que é o processo mais seguro, mesmo havendo a possibilidade de uma incapacidade permanente através do erro, então, acho que é importante reforçar que o entendimento da autonomia precisa ser dado e resguardado, assim como as informações do que está circunscrito, porque não dá para entender que o usuário está exercendo autonomia quando ele não teve informações suficientes para garantir o interesse dele, né? Se a equipe entende que o usuário não compreendeu, aí já é outra questão, mas essa autonomia precisa ser preservada com as informações que foram passadas (Participante L).*

*A gente precisa envolver outros profissionais e competências específicas nesse processo. Não adianta querer que o Serviço Social*

*também intervenha de forma isolada quando a gente está inserindo uma equipe multiprofissional que tenta enxergar aquele sujeito nas suas diversas dimensões. Por exemplo, profissionais da psicologia fazem total diferença nesse momento para avaliar a situação daquele usuário, se existe alguma relação emocional ali, alguma questão que está afetando as decisões, se aquela decisão está sendo tomada no momento de lucidez e de clareza ou numa situação de nervosismo, de preocupação, de medo de um procedimento. Então, os outros profissionais também são importantes nessa jornada de tomada de decisão (Participante XXX).*

Ao ignorar o tempo e as articulações necessárias para a promoção do protagonismo do usuário no seu próprio cuidado, estes profissionais reafirmam a centralidade da imediaticidade existente no cotidiano de trabalho em saúde, ao esperarem respostas rápidas e descontextualizadas da realidade de vida do usuário, bem como sua superficialidade e fragmentação ao limitarem-se à mera aplicação de protocolos, intervenções cirúrgicas e/ou medicamentosas a assistência à saúde, sem compreender as relações sociais e condições estruturais que constituem e determinam seu modo de vida.

Logo, como destaca Sousa (2018), ao discutirmos a prática profissional no âmbito de imediaticidade própria do cotidiano, é necessário pensá-la sob dois ângulos: atividade determinada objetivamente – que possui limites e possibilidades para a ação; e como resultado da ação e do pensamento dos sujeitos – que é perpassado por diversas perspectivas políticas que conformam sua compreensão de mundo. Ambos os elementos estão expressos na situação apresentada.

Alinhado a isso, destacamos a concepção de centralização de um poder absoluto nas mãos de profissionais médicos, a partir da hierarquização das relações nos serviços de saúde e a patologização do cuidado, reforçada por valores conservadores. Inclusive, dentre os diversos desafios para a efetivação da autonomia dos usuários nos serviços, os residentes apontaram que o modelo de assistência médica hegemônica é o principal deles, uma vez que, em diversas situações, é sobreposto à vontade dos sujeitos.

A equipe médica deve fornecer ao usuário uma explicação clara sobre as opções terapêuticas disponíveis e os detalhes do procedimento proposto, garantindo que sua decisão seja tomada de forma consciente e informada. Embora a recomendação médica seja fundamentada em critérios técnicos, o usuário tem o direito de recusá-la, optando por não realizar o procedimento, conforme sua autonomia e vontade.

Neste sentido, tomamos como base a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2009) que é uma importante ferramenta para seu conhecimento por parte dos usuários. Nela está disposto que é assegurado ao usuário receber informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível bem como as diferentes possibilidades terapêuticas, em conformidade a sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e na relação custo-benefício das alternativas de tratamento, quando existirem, e à consideração de sua recusa.

Fertonani et al. (2015) apontam que a emergência do designado “modelo biomédico” assume relevância internacional a partir dos anos de 1970 e é percebido com maior expressividade no Brasil na segunda metade dos anos de 1980. Segundo as autoras, este modelo foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde pelos seus benefícios de promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças, contudo, possui limites no que tange a atenção à saúde das pessoas com as seguintes características principais: foco nas queixas dos indivíduos e exacerbada intervenção no corpo e na “parte” afetada, a partir da identificação de sinais e sintomas de doenças com ênfase nas ações curativas de lesões e danos; organização das práticas de saúde priorizando a assistência individual; ênfase na medicalização, especialização e uso de tecnologias; dificuldade na integralidade do cuidado; desenvolvimento do trabalho de forma fragmentada, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais.

Portanto, nossa crítica ao modelo biomédico hegemônico baseia-se em seu caráter reducionista e limitado, que prioriza o aspecto biológico da saúde em detrimento das dimensões sociais, culturais, econômicas e psicológicas que também constituem o processo saúde-doença.

*Apesar de hoje a gente trabalhar no Sistema Único de Saúde com um modelo que deveria, pelo menos, sair desse modelo biomédico, hospitalocêntrico, que tem a figura do médico como central ainda é desafiador. Existe uma predileção dos saberes das ciências da saúde em detrimento do que é colocado dentro dos consultórios médicos, principalmente em algumas especialidades. Existem especialidades onde o cuidado é partilhado de uma forma melhor e outros setores de hospitais e atendimento em saúde que a hierarquia é construída sem as vezes nem pensar na necessidade do usuário. Principalmente em locais onde os procedimentos são mais invasivos e que, no geral, as pessoas não entendem que o usuário consegue participar daquele momento porque ele não tem o saber, ne? Então, apesar de não ter o saber técnico, e de fato não temos, porque são áreas de conhecimento diferentes, esse modelo de atenção em saúde, muitas vezes, não é*



*participativo, de fato. Então, a gente tem o PTS, que é o Projeto Terapêutico Singular, que deveria ser construído entre vários saberes da ciência e o usuário, mas muitas vezes, se você faz um recorte com as pessoas que fazem esse PTS, chega muita gente no leito, discute perto do usuário, mas o usuário nem sabe o que aconteceu. Então não foi construído, né? Então, essa horizontalização do cuidado, muitas vezes, é idealizada, mas há uma dificuldade na construção (Participante L).*

*O grande desafio é estabelecer o diálogo, acessar esses profissionais que vivem tão dentro do grupinho deles. A medicina é uma profissão que existe há séculos e séculos, a gente não consegue desconstruir essa hegemonia da noite para o dia, isso é um processo demorado, longo, e aqui é um trabalhinho de formiga mesmo, que envolve diálogo e articulação tentando não haver atritos, porque afinal de contas a gente precisa do médico, mas a gente precisa mostrar para ele que ele também precisa da gente. E aí é um trabalho de articulação, de conversa, de dia a dia, de mostrar que a gente é fundamental, de que eles são fundamentais para a integralidade de cuidar daquele usuário (Participante XXX).*

*Acho que a hierarquização do saber no contexto do hospital dificulta, para não falar que impossibilita, o reconhecimento de outros saberes e vontades e desejos, seja do próprio usuário ou de outros campos do conhecimento, como do Serviço Social e outros colegas que muitas vezes são de alguma forma silenciados no trabalho em equipe dificultado pelo modelo hegemônico, infelizmente (Participante X).*

Outro desafio apontado pelos residentes foi o impacto da exigência de urgência e rapidez na rotatividade de leitos sobre a qualidade do cuidado prestado. Quando indagados sobre a forma como essa dinâmica se manifesta nos serviços, mencionaram aspectos que, na realidade, estão intrinsecamente relacionados à hegemonia do saber médico, no âmbito da saúde – o qual não obtemos acordo.

*Isso prejudica a organização e planejamento de uma alta segura. O que é uma alta segura? É um planejamento que não só envolve o Serviço Social, mas outras especialidades além da médica no melhor encaminhamento realizado no pós-alta. Isso não é feito da noite para o dia, infelizmente como foi falado aqui ainda existe essa questão da hierarquia, do modelo médico centrado, em que para a categoria médica ainda é muito fácil dar alta, girar o leito de uma forma rápida sem se atentar aos aspectos determinantes do processo de adoecimento, [do processo] saúde-doença do usuário. Então, às vezes é muito difícil o diálogo, a comunicação, o que eles querem fazer é girar o leito. Apesar de vários embates, de várias defesas, isso rebate no atendimento à condição de saúde, às necessidades desse usuário, porque não é só ele estar internado, existem outras questões que perpassam o adoecimento e, muitas das vezes, não é considerado principalmente pela equipe médica, dificultando uma alta segura, como é preconizado na legislação e nos hospitais em que a gente atua (Participante LX).*

*Essa questão da rotatividade de leitos, pra mim, eu vejo muito como um processo de linha de produção, de produtividade, libera, libera, libera pra vir mais! Então eu acho que está muito associado à questão do neoliberalismo, da mentalidade neoliberal que já está bem diluída na sociedade. E a respeito do que foi dito anteriormente, eu concordo, acredito até que muitas das vezes a própria equipe multi articula um processo de alta segura com outros serviços, com a família, com a rede de apoio, e às vezes os profissionais médicos desconsideram tudo o que foi construído e dão alta...passam por cima... colocando como se o conhecimento deles fosse o único que existisse ali no hospital. Eles [médicos] sobrepõem seus conhecimentos aos da equipe, que tem muito a contribuir e muitas das vezes eles desconsideram todo esse processo (Participante XL).*

*O que foi notado nesse período de residência aqui, até o momento, é que já aconteceu da própria equipe médica, de deixarmos tudo fechadinho, mas a própria equipe médica, o preceptor responsável atuou por fora, por meios próprios para girar o leito, desqualificou e desfez tudo aquilo que foi combinado dentro do hospital, pegando todos de surpresa (Participante LX).*

*Eu acho que tem duas coisas importantes. A primeira é reconhecer o nosso trabalho, a importância da gente entender e se saber para além do biomédico. Por exemplo, uma pessoa em situação de rua que não tem como ter um tratamento pós-cirúrgico, como é que ela vai receber essa alta para poder gerar esse leito? Aí eu acho que vai muito dessa questão também da nossa defesa de socializar os conhecimentos, que é uma coisa que eles não detêm, essa parte de entender, essa parte social. E o trabalho em equipe, para a gente conseguir ainda mais espaço e explicitar ainda mais que a cura ou a reestabilização do indivíduo não é apenas a questão biomédica (Participante XX).*

A crítica ao impacto no cuidado diante da necessidade de urgência na rotatividade de leitos se conecta às características do cotidiano, apontadas anteriormente, ao passo que reflete uma pressão pela agilidade no atendimento que pode se desenvolver em uma superficialidade no cuidado. Quando os profissionais de saúde são forçados a tomarem decisões rápidas em um curto espaço de tempo, a avaliação detalhada pode ficar comprometida e impactar no cuidado humanizado e de forma integral – contribuindo para a manutenção de um sistema de saúde em que a rapidez prevalece sobre a qualidade do atendimento, muitas vezes, voltado a geração de lucro, visto que nesta sociabilidade “tempo é dinheiro”. Além disso, a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para aprofundar as relações entre profissionais e usuários também geram uma visão superficial das necessidades reais de cuidado.

Um participante expôs a conexão com o modo de produção capitalista e outro ao modelo de gestão da EBSEH:

*O atual modelo econômico que a gente está inserido, de forma imposta, coloca um formato de gestão nos leitos que, na maioria das vezes, não vai levar em conta todas as dimensões na produção de cuidado. E isso acaba colocando em cima da equipe uma série de pressões, e muitas vezes até mesmo de assédio em relação a qual plano terapêutico a gente está propondo para aquele usuário... Então em certa instância, vai muito mais além até mesmo de algumas atitudes de alguns colegas. A gente tem um modelo econômico que está impondo um tipo de gestão no hospital e muitas vezes a gente fica rifando os leitos para verificar quem pode ou não ocupar aquele leito, qual pessoa está no estado pior ou não para ocupar determinado leito ou então para o leito gerar mais lucro... Então, a gente tem uma dificuldade aí que também está atrelada à forma como a gente pensa a economia. Isso traz uma certa dificuldade porque vai muito além dos próprios profissionais do hospital (Participante X).*

*E é importante ressaltar e fazer uma crítica à empresa EBSEERH, que atua com o objetivo de produtividade. Até em questão dos profissionais concursados, dos residentes... A gente mensalmente tem que colocar numa planilha e enviar a produtividade dos nossos atendimentos realizados. E, além disso, isso rebate fortemente na nossa própria atuação, na precarização do trabalho, na precarização do atendimento às necessidades desses usuários. Então, é importante também ressaltar que os Hospitais Universitários sofreram essa ofensiva quando a EBSEERH entrou para administrar e agora está administrando com um objetivo neoliberal (Participante LX).*

A respeito deste debate, da relação entre trabalho e formação profissional nos Hospitais Universitários geridos pela EBSEERH, trazemos o trabalho de Fernandes, Castro e Zacaron (2024) que elencam reflexões importantes sobre sua lógica gerencialista e seu impacto nas Residências em Saúde, que são um processo fundamental para a formação de trabalhadores no SUS e para o SUS.

Dentre os principais desafios destacados pelas autoras apontamos: a implantação da lógica empresarial baseada na dinâmica de produtividade com prejuízos na qualidade da assistência em saúde e no âmbito do processo formativo, uma vez que com a perspectiva mercantil atividades de ensino, pesquisa e extensão são percebidas como geradoras de custos, em contraste com os indicadores necessários para o cumprimento das metas estabelecidas; condições e relações de trabalho profissionais desenvolvidas em um cenário que privilegia a assistência à saúde em detrimento ao ensino; o rompimento com o caráter eminentemente público da Universidade voltado, agora, à lógica privatista proporcionando, ainda, uma inversão na missão dos HU's no que tange ao seu caráter histórico de hospital-escola esvaziando conteúdos criativos e reflexivos graças a ideologia da gestão capitalista;

a intensificação do ritmo do trabalho e relações hierarquizadas entre gestores e funcionários; dentre outros (Fernandes; Castro; Zacaron, 2024)

Diante dos elementos expostos, concluímos que a atuação profissional deve estar, necessariamente, vinculada a análise da realidade concreta de modo mais amplo, considerando tanto as contradições existentes no âmbito das políticas sociais quanto os aspectos constitutivos do cotidiano compreendidos a partir de sua suspensão crítica.

Em diversos contextos de cuidado, especialmente em sistemas de saúde públicos pressionados por situações de urgência e escassez de recursos, valores conservadores podem influenciar a priorização de tratamentos e a atenção dispensada aos usuários ao direcionar o foco para uma gestão mais eficiente de tempo e recursos do que a promoção de um cuidado mais humanizado. Além disso, valores conservadores, em compatibilidade à ideologia capitalista dominante, podem se limitar à manutenção de práticas tradicionais e pragmáticas que não respondam adequadamente às reais necessidades dos usuários.

Em síntese, apontamos que contribuir com o fortalecimento da autonomia do usuário é um exercício que desafia as características conservadoras postas no cotidiano. Portanto, requer uma prática profissional comprometida com a reflexão crítica, a superação das dinâmicas imediatistas e a construção de relações de cuidado horizontalizadas e emancipadoras, em uma perspectiva de integralidade do cuidado.

#### **3.2.4 Violência de Gênero e Saúde: Reflexos do machismo e patriarcado no cuidado às mulheres**

Na quarta e última situação reflexiva, tivemos como ponto principal o debate sobre a violência contra a mulher e as possíveis estratégias de intervenção profissional em acontecimentos como este no cotidiano de trabalho em saúde.

Trata-se do seguinte:

*Mulher negra, de 22 anos, internada por complicações da laqueadura após o parto do quarto filho. Nesta última gestação, havia engravidado no período de resguardo que não foi respeitado pelo marido que, segundo ela, não conseguiria ficar sem sexo por mais de um mês e que ela, enquanto esposa, possuía a obrigação de “satisfazer suas necessidades”. A equipe de enfermagem percebeu que a mulher*

*ficava muito nervosa com as visitas do marido, tendo sido alertada também por outros pacientes que compartilhavam o mesmo quarto que ele a tratava muito mal e dizia que ela só veria os filhos quando tivesse alta, porque ele não concordava com o procedimento que havia sido realizado (já que depois da atualização da Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 não é mais necessário o consentimento do marido e a idade foi reduzida para 21 anos) e que ela merecia passar por isso. A mulher se sentia culpada pela situação, sua pressão oscilava e sempre haviam intercorrências após as visitas. A situação foi encaminhada ao Serviço Social para intervenção e, por coincidência, sua internação ocorreu no dia 2 de março, mês da mulher, em que a equipe de assistentes sociais havia articulado a realização de um projeto com as usuárias internadas, tendo, inclusive, encenações de peças teatrais nos quartos das enfermarias realizado por um grupo feminista sobre as diversas formas de violência contra a mulher e as possibilidades de medidas e encaminhamentos seguros na perspectiva do pós-alta.*

Partimos do entendimento da violência enquanto resultado dos processos sociais, que se complexifica à medida que se complexifica o próprio desenvolvimento da sociedade capitalista – sendo uma expressão das contradições estruturais deste sistema, conectando a realidade objetiva à subjetividade humana e à reprodução das relações sociais (Nunes; Dombrowski, 2022). A violência de gênero, por sua vez, manifesta-se como uma expressão concreta das desigualdades estruturais de poder, sendo o machismo e o patriarcado elementos centrais nessa dinâmica, aspecto que destacamos nesta reflexão.

No âmbito da saúde, esta se manifesta de forma contundente, impactando no cuidado às mulheres e revelando sua interface com as características estruturais e organizacionais do trabalho em saúde. Por se tratar de um fenômeno complexo e multifacetado, profundamente enraizado nos processos sociais e históricos, demanda uma análise mais aprofundada.

Alguns elementos conformam esse processo. Cisne (2015) aponta a dimensão do patriarcado, como um sistema de opressão, apropriação e exploração sobre as mulheres que foi construído paralelamente ao capitalismo, pela divisão sexual do trabalho, bem como o racismo, criando camadas adicionais de desigualdade para as mulheres. Na situação apresentada, realizamos o recorte racial a fim de exemplificar a apropriação da corporalidade e existência das mulheres negras, reduzidas a objetos

de satisfação e desejo sexual, em um processo de desumanização. Essa apropriação envolve tanto o controle de suas capacidades produtivas quanto reprodutivas, instrumentalizando seus corpos e impedindo a autonomia sobre suas próprias vidas. Nesse sentido, a violência reflete a perpetuação de desigualdades de poder e de condições materiais que subjugam as mulheres, reforçando práticas discriminatórias e opressivas que se articulam à exploração econômica (Cisne, 2015).

Por se tratar de uma gama de determinações da vida dessas mulheres, emergidas de dinâmicas sociais complexas e historicamente construídas, torna-se fundamental que os profissionais estejam preparados para lidarem com essas questões nos serviços de saúde, uma vez que conformam o processo de saúde-doença como um todo. A Residência, neste sentido, é um espaço propício a suspensão e reflexão crítica desses elementos por intermédio do eixo transversal e dos seminários de área e integradores, que podem fomentar a discussão envolvendo todas as áreas profissionais que constituem os programas – por meio da suspensão do universo de heterogeneidade cotidiana.

A violência contra a mulher, constatada nesta situação reflexiva, caracteriza uma manifestação explícita e brutal do patriarcado, abrangendo ações que atentam contra a dignidade e a integridade física e psicológica das mulheres, que vão desde as múltiplas jornadas de trabalho não remuneradas até abusos e agressões, sustentadas por uma lógica que naturaliza a opressão. Neste sentido, é uma realidade que pode atravessar o cotidiano profissional dos assistentes sociais, uma vez que reflete a sociedade na qual estamos inseridos.

Cabe sinalizar que, historicamente, o Serviço Social, foi constituído como uma profissão predominantemente feminina, evidenciando a associação social das mulheres ao campo da reprodução social e ao papel de cuidado. Conforme Cisne (2015), essa predominância não é fruto de um processo natural ou espontâneo, mas sim de uma construção histórica que incorpora o feminino à atividades ligadas à esfera privada e à manutenção da vida cotidiana, revelando como as estruturas patriarcais influenciam não apenas a configuração das profissões, mas também as relações de poder e os papéis sociais atribuídos às mulheres, perpetuando desigualdades e desafios que ainda marcam a atuação profissional.

Por isso, a escolha em trazer essa temática para o debate se faz pelo esforço de entender que a violência – em suas diversas expressões – faz parte do *modus operandi* da sociabilidade capitalista, logo, se expressa no cotidiano.

Alguns elementos apontados anteriormente (Yasui; Pena, 2015; Santos Filho, 2007) são importantes para refletirmos sobre esse processo no âmbito do trabalho em saúde, como: a fragmentação das práticas de saúde, que podem comprometer a integralidade do cuidado às mulheres; a ausência e/ou dificuldade de organização de uma abordagem interprofissional e de relações de trabalho baseada na hierarquia médico-centrada, perpetuando lacunas no reconhecimento e tratamento das demandas específicas das mulheres, sendo, muitas vezes, vistas e tratadas sob uma perspectiva biomédica – priorizando a estabilização física e ignorando aspectos sociais e psicológicos da violência resultando na superficialidade das intervenções e negligência das necessidades emocionais de médio e longo prazo, por exemplo; e a dificuldade da organização e relações de trabalho por parte de gestores pouco capacitados e conservadores, impedindo que medidas efetivas sejam implementadas para o tratamento de situações de violência e criação de ambientes acolhedores para as vítimas enquanto estiverem nos serviços de saúde.

Essas características tornam o trabalho em saúde suscetível à manutenção da reprodução das desigualdades de gênero e à precarização do cuidado, principalmente quando pensamos na dinâmica do cotidiano de trabalho em saúde centrada na rotatividade e baixo investimento que, muitas vezes, impede que os profissionais tenham sequer o tempo necessário ou suporte suficiente para intervirem de maneira aprofunda e de qualidade do cuidado não somente às mulheres, mas aos usuários em geral.

A superação desse cenário exige um enfrentamento sistêmico das estruturas que perpetuam essas práticas, com ações articuladas entre diferentes campos – sem perder de vista os tensionamentos que permeiam a política e os serviços de saúde, como: as condições de trabalho; as relações de poder; as necessidades da população; o histórico do trabalho em saúde organizado e desenvolvido nas sociedades capitalistas como forma de controle de doenças e recuperação do doente para a manutenção da força de trabalho e consumo das classes subalternas; a importância do diálogo efetivo entre os profissionais da equipe para um melhor desenvolvimento do trabalho; assim como o posicionamento crítico dos assistentes sociais frente a processos que evidenciam a necessidade de ampliação do acesso a direitos, a partir de valores emancipatórios que direcionam sua intervenção profissional.

Neste sentido, os encaminhamentos a serem realizados na perspectiva do pós-alta dessa usuária também são fundamentais e baseiam-se nos valores que estes

profissionais possuem em seu íntimo, expressando seu posicionamento ético-político. Quando perguntados sobre quais estratégias poderiam ser utilizadas no atendimento realizado por assistentes sociais, obtivemos as seguintes reflexões:

*Eu acho importante, antes de tudo, esclarecer com a equipe médica que esse pode ser um quadro que demanda uma internação para além do que a recuperação física. Porque a gente precisa saber se aquela mulher vai ter condições de voltar para a casa e a gente vai precisar de um tempo para intervir nessa situação. Então, a primeira intervenção é conversar com ela e compreender o seu contexto de vida, entender na perspectiva dela o que é a situação que ela vive. Como já coloca aqui ela possui a “obrigação” de satisfazer as necessidades do homem e a gente não sabe como que ela enxerga isso, se aceita como sofrimento, se internaliza isso ou se já nutre uma certa revolta quanto aquilo. Então, a gente precisa compreender e trabalhar a partir de como que ela enxerga a própria realidade. A gente precisa expor para ela o que é uma violência, quais são os tipos de violência e ir trabalhando isso aos poucos para criar o esclarecimento e depois fortalecer com instrumentos necessários para que ela consiga dar os primeiros passos para sair dessa situação, ou até mesmo se ela já tem isso dentro dela e só nunca teve a oportunidade de começar a sair disso. Então, se for esse o caso, a gente precisa dar esse direcionamento e contar com o restante da equipe, né? A psicologia, a enfermagem, a medicina precisa estar envolvida e entender que o quadro de saúde daquela mulher vai para muito além da condição clínica de internação dela (Participante XXX).*

*Também fazer um diálogo com ele para sensibilizar sobre a autonomia do corpo da mulher, que é uma mulher que o acompanha, que está com ele há mais tempo, de apresentar para ele conceitos do planejamento familiar, da mudança da perspectiva de lei, e explicar para ele que se ele não concorda com essa questão da laqueadura, ele não precisa de fato concordar. Eu acho que com uma fala um pouco menos agressiva, mas falar que esse direito da laqueadura, assim como da vasectomia, diz respeito somente ao próprio indivíduo. Talvez trabalhar com ele junto com a equipe da psicologia qual é o conceito de cuidado, de família, para ver se ele percebe que uma gestação indesejada traria consequências na vida do casal. Acho que a gente precisa trabalhar também que esse conceito de obrigatoriedade conjugal, hoje a gente trabalha numa perspectiva de estupro, né? Mas sensibilizar o rapaz e a menina, uma vez que ela está tendo complicações desse processo, pensando que ele pode não saber que isso é uma violência, mas não é porque você não sabe que está fazendo errado que deixa de ser errado, entende? (Participante L).*

*Só ressaltando que é isso, sensibilizar e orientá-los (tanto ela quanto ele), mas se houver de fato a compreensão dele e continuar com essa atitude/pensamento expor que a questão punitiva existe e que existem consequências cabíveis e legais diante do poder jurídico. Assim, encaminhá-la aos equipamentos de proteção a mulher (Participante LX).*



Novamente, revela-se a importância de contribuirmos para o fortalecimento da autonomia dos usuários quando estes se encontram nos espaços sócio-ocupacionais nos quais estamos inseridos.

A Lei Maria da Penha (Brasil, 2006) prevê diversos mecanismos de assistência e proteção às mulheres em situação de violência, envolvendo medidas integradas de prevenção; prestação de assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar prestada em caráter prioritário no SUS e no Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), de forma articulada; atendimento pela autoridade policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado por servidores capacitados, preferencialmente do sexo feminino; medidas protetivas de urgência; atuação do Ministério Público; Assistência Judiciária e Equipe de Atendimento Multidisciplinar.

O Conselho Nacional de Justiça indica as instituições e serviços oferecidos no país: Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM's) que são unidades da Polícia Civil destinadas a ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal; Juizados/Varas Especializadas com competência cível e criminal; Coordenadorias de Violência contra a Mulher cuja finalidade é o aprimoramento na estrutura do Judiciário; Casas-Abrigo; Casa da Mulher Brasileira; Centros de Referência de Atendimento à Mulher; Defensoria Pública; e Serviços de Saúde Especializados para o atendimento de casos de violência contra a mulher com equipe multidisciplinar (CNJ, 2016).

Em Juiz de Fora, de acordo com o Portal da Mulher, da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), disponível para consulta no site da Prefeitura Municipal, existem 5 (cinco) mecanismos: Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180); Patrulha de Prevenção à Violência Doméstica-PPVD/Polícia Militar; DEAM; Casa da Mulher (Centro de Referência Municipal que possui como serviços: atendimento e acompanhamento psicológico, assistência jurídica, Programa Auxílio-Moradia (PAM), oficinas profissionalizantes e etc.); Defensoria Pública de Atendimento Especializado da Mulher. É apontada, também, a Plataforma mulher segura (ONU), com canais de apoio disponíveis por todo o País.

Um dos participantes elucidou a fragilidade da rede socioassistencial para encaminhamentos nos casos de violência diante de dados estatísticos que compreendem a agudização da violência doméstica – sobretudo entre mulheres negras – notificados e expostos diariamente nos meios de informação/comunicação,

por exemplo, sinalizando, ainda, a deficiência dos recursos humanos disponíveis, com necessidade de formação e capacitações permanentes.

*Eu acho importante pensar a fragilidade da rede socioassistencial em caso de violências e proteção social em alguns tipos de violência. Pensando nesse caso aqui, vamos supor que essa mulher perceba que está inserida numa relação abusiva e ela decide, a partir da autonomia dela, separar desse cara? Quais equipamentos de proteção social a gente tem que garantir para a segurança dessa mulher? Uma casa de passagem? Um abrigo que vai acolher as crianças e garantir sua segurança? A polícia vai garantir que esse cara cumpra a medida protetiva? Eu acho que nesse contexto, pensando isso, é muito complicado para nós, enquanto profissionais, garantirmos a segurança dessa pessoa, uma vez que ela faz essa denúncia de violência. Inclusive, nos equipamentos a gente tem um trabalho incessante de convencer os profissionais que fazem escuta inicial de que alguns casos precisam ser notificados, mesmo em caso de notificação compulsória. Mas aí a gente faz essa sensibilização para notificação e muitas pessoas têm dificuldade de entender o que é notificação e o que é denúncia. Uma vez que notificado, o profissional acha que ele tem que se responsabilizar, mas ele não se responsabiliza, ele gera ali um dado epidemiológico. Mas, a partir do momento em que a pessoa decide denunciar, a gente tem poucos equipamentos legais que garantem, de fato, essa proteção social. Então, a gente fica um pouco nesse abismo entre saber trabalhar com essa violência e essa violação de direito e garantir que essa violação, uma vez anunciada, não se repita, ora pelo parceiro ou o antigo parceiro, ora pela omissão do Estado (Participante L).*

Quando indagados sobre a preparação dos profissionais de saúde para lidar com casos de violência, houve o consenso, por parte dos residentes que, de modo geral, esses profissionais não estão devidamente preparados. Além disso, destacaram a recorrência de pensamentos conservadores e/ou moralistas, inclusive em relação a tendência de culpabilização da mulher.

O cotidiano é propício à repetição acrítica, determinada pela forma e estrutura da sociabilidade. Lefebvre (1991) destaca que esse aspecto, central para a análise do cotidiano, vai além da mera mecânica da vida (como padrões de uso do espaço, gestos, rituais, normas, repetições de gestos, trajetos, etc.) e possibilita compreender a reprodução e perpetuação das relações sociais.

Por conseguinte, o cotidiano de trabalho em saúde reflete aquilo que é construído socialmente e, nesta sociedade capitalista, os valores que conformam o pensamento dos sujeitos se manifestam nos espaços sócio-ocupacionais conforme seu *modus operandi* – por este motivo, ao analisarmos as demandas que chegam aos assistentes sociais em sua prática profissional devemos fazê-la articulada à análise

da realidade a as diversas determinações que a constitui, sendo imprescindível que o profissional tenha clareza de suas atribuições e competências para direcionar suas ações e respostas aos usuários.

*Eu acho que lidar com casos de violência sobretudo violências de gênero que envolvam alguma questão de preconceito ou hierarquias da sociedade são situações muito complexas. E acho que temos dificuldade em lidar com alguns tipos de violência, quando queremos impor determinado caminho. Enquanto profissionais, temos que lidar conforme a escolha da pessoa ou o caminho que aquela situação está seguindo, então, acho que é bem complexo. Acho que, de forma geral, a gente não está preparado. As simples capacitações que ocorrem não são suficientes. Acho que é necessário pensarmos um fluxo para que não gere mais uma violência institucional para essas pessoas, por exemplo, quando tem que ficar falando toda hora sobre o ocorrido, gerando mais sofrimento (Participante X).*

*Nós, enquanto profissionais, vendo que outros profissionais, de certa forma, estão fazendo violência contra os usuários devemos alertá-los sobre isso. Isso também é o nosso papel, porque às vezes a gente culpabiliza e não conversa com esse profissional, mas por que não? É claro que a gente não tem esse poder, não é poder punitivo nem policialesco, mas temos uma visão de garantir o direito daquele usuário(a) (Participante LX).*

É neste cenário de trabalho em saúde que trazemos a importância da presença de assistentes sociais, devido a defesa e direcionamento crítico da profissão pensando na construção de alternativas voltadas a garantia de acesso a direitos, graças a formação crítica que possuímos de forma hegemônica – fato que contribui para a identificação das situações de violência e sua compreensão como expressão da questão social e das relações de poder. Esses elementos nos permitem uma compreensão ampliada das situações de violência de forma coletiva e não restrita ao âmbito individual. Logo, direcionam uma atuação voltada ao acolhimento das vítimas, orientação, e encaminhamento aos mecanismos que lhes são de direito e necessários.

Para isso, é fundamental uma rede de serviços bem estruturada, apoiada em políticas eficazes para o enfrentamento da violência contra a mulher, que conte com profissionais qualificados, incluindo assistentes sociais. Estes, em conformidade com o Código de Ética Profissional, reafirmam o compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos. Cisne (2015, p. 325) destaca que “garantir e debater sobre direitos humanos para as mulheres é evidenciar a necessidade de lutar por uma

sociedade sem violência e sem as apropriações, explorações e opressões que dão corpo as múltiplas violências contra as mulheres”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar os valores expressos no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais inseridos nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH), com objetivo de compreender quais determinações constituem o cotidiano de trabalho em saúde e influenciam na compreensão da determinação social do processo saúde-doença; bem como refletir sobre as ações de atendimento direto aos usuários realizadas por assistentes sociais residentes, cotejando com o Projeto Ético-Político profissional; e compreender quais os limites e possibilidades de internalização e externalização dos valores do Projeto Ético-Político e do Código de Ética Profissional postos no cotidiano da vida dos assistentes sociais, levando em consideração o âmbito da atuação profissional e também suas experiências para além da formação formal.

A respeito das determinações que constituem o cotidiano de trabalho em saúde e influenciam na compreensão da determinação social, que conforma o processo saúde-doença, destacamos os seguintes elementos que trouxemos para a análise: a relação do cotidiano com o espaço social; seu entendimento enquanto objeto de estudo filosófico e espaço de repetição acrítica; a alienação; a imediaticidade; a superficialidade; a heterogeneidade; a pseuconcreticidade; e a relação dialética do indivíduo social enquanto ser particular e genérico.

Com a mesma importância, apontamos os princípios e valores presentes no CEP e PEP, que direcionam o posicionamento profissional neste contexto, a saber: liberdade e justiça social; defesa da democracia, dos Direitos Humanos e do pluralismo; orientação da atuação profissional ética com vistas a uma sociedade mais justa e igualitária; crítica em relação à ordem social vigente; compromisso com a classe trabalhadora; fortalecimento da ação coletiva; além da intervenção na realidade de forma propositiva.

No contexto da pesquisa, percebemos que os assistentes sociais residentes não verbalizam fidedignamente quais os princípios expressos em nosso CEP, mas expressam suas ideias e realizam suas ações profissionais em conformidade ao direcionamento crítico do PEP. Essa compreensão parte do que foi captado no desenvolvimento do grupo focal com as posturas e ações críticas, alinhadas aos valores fundamentais da profissão, como a defesa intransigente dos direitos humanos,

a promoção da autonomia dos sujeitos, e o posicionamento em favor da liberdade e da equidade. Assim, mesmo que a memorização do texto do CEP não seja literal, sua essência norteadora é incorporada no cotidiano profissional, evidenciando o compromisso com os princípios éticos que estruturam a prática.

Saber os elementos presentes no CEP não é apenas uma formalidade, mas sim um recurso importante, pois ele orienta as ações profissionais e reafirma o posicionamento da categoria diante das demandas que surgem no cotidiano profissional como foi exemplificado por nós. Semelhante a Lei de Regulamentação da Profissão, o CEP é uma referência substancial, no âmbito legal, para a prática profissional no que tange a defesa dos valores democráticos e emancipadores com horizonte de superação desta sociabilidade. Reconhecer esses princípios e traduzi-los em ações concretas é o que faz com que o assistente social atue de maneira comprometida com essa transformação social, na luta por uma sociedade mais justa e igualitária. Contudo, acreditamos que, mais do que apenas memorizar os princípios do CEP, é fundamental que os assistentes sociais desenvolvam uma postura crítica articulando-a ao nosso Projeto Ético-Político.

O PEP, enquanto guia mais amplo e estruturante da prática profissional, orienta os valores e posicionamentos da categoria em defesa de uma sociedade mais justa e igualitária, ainda que não seja sob moldes de “receita de bolo”. Mesmo sem verbalizar exatamente os princípios descritos no CEP, os residentes demonstraram compreender e incorporar em sua prática profissional os fundamentos essenciais de nosso projeto profissional hegemônico, como a defesa intransigente dos Direitos Humanos, a promoção da autonomia dos sujeitos e o compromisso com a liberdade e a equidade. Essa postura é imprescindível para nós, pois é o direcionamento profissional que se expressa no cotidiano de trabalho em saúde.

Logo, o entendimento profundo dos valores do PEP proporciona uma base sólida para a intervenção, assegurando que as ações sejam coerentes com a defesa da dignidade humana e do acesso aos direitos sociais, tornando a prática crítica e reflexiva do Serviço Social mais eficaz na articulação de respostas às demandas sociais, reafirmando o compromisso ético e político da profissão nesse cotidiano permeado por contradições desenvolvidas pelas categorias trabalhadas ao longo do primeiro capítulo.

No que tange à reflexão sobre as ações de atendimento direto aos usuários realizadas por assistentes sociais residentes, cotejando com o projeto ético-político

profissional apontamos que as respostas dos assistentes sociais às demandas dos usuários estão profundamente vinculadas à sua formação. Desta forma, vincula-se também à compreensão dos limites e possibilidades de internalização e externalização dos valores do PEP e CEP postos no cotidiano da vida dos assistentes sociais, levando em consideração o âmbito da atuação profissional e também suas experiências para além da formação formal.

Constatamos que um dos elementos que motivam os assistentes sociais a responderem às demandas dos usuários de determinada forma é a formação que tiveram acesso, tanto no âmbito formal durante a graduação, quanto sua formação extra-acadêmica (participação em coletivos, movimentos sociais, grupos de pesquisa, especializações) que constituem sua personalidade humana individual e moldam também sua percepção sobre o caráter coletivo da humanidade.

Conforme defendemos desde o início deste trabalho, os valores moldam a percepção que os indivíduos têm do mundo, influenciando diretamente a maneira como os profissionais compreendem e interpretam a realidade ao seu redor. Essa compreensão se apresenta de forma concreta no cotidiano de trabalho em saúde, revelando que não há uma separação entre o *ser pessoal* e o *ser profissional*, uma vez que ambos estão imbricados nos valores e nas interpretações que orientam suas ações (Lukács, 2018 – grifo nosso). Por isso as crenças e concepções dos sujeitos transparecerem em sua prática profissional, oferecendo-nos pistas sobre a perspectiva que orienta a atuação do assistente social no dia-a-dia dos serviços.

Reafirmamos nossa compreensão de que os valores estão vinculados a interesses de classe e desempenham um papel fundamental na legitimação e manutenção da ordem social. Na sociedade capitalista em que vivemos, por exemplo, o cotidiano de trabalho em saúde torna-se cada vez mais desafiador diante do avanço do conservadorismo, que se alinha ao *modus operandi* hegemônico e acentua os limites impostos às possibilidades de intervenção neste contexto.

Por isso criamos as situações reflexivas apresentadas no grupo focal que, apesar de serem claras em relação a divergência do que defendemos enquanto categoria profissional, na perspectiva de ampliação da democracia, dignidade humana e acesso a direitos, se manifestam nos serviços de saúde, e em outros campos das políticas sociais, de forma tão banal e naturalizada – sendo, muitas vezes, incorporadas de forma acrítica reforçando desigualdades e/ou ignorando as contradições próprias desse modo de produção.

Nesse sentido, a formação crítica proporcionada pela Residência amplia a capacidade de análise das situações concretas e fortalece a autonomia dos profissionais para questionar, refletir e construir estratégias de atuação contra-hegemônicas. Acreditamos que na Residência a formação é potencializada por meio da articulação entre teoria e prática, criando oportunidades para que os profissionais desenvolvam intervenções alinhadas à defesa de acesso a direitos, autonomia dos sujeitos, compreensão da dignidade humana e liberdade, com vistas, ainda que em última instância, à transformação social.

Assim, valores fundamentados em uma perspectiva de formação crítica tornam-se indispensáveis para que os assistentes sociais atuem de forma ética, reflexiva e comprometida com a construção de uma sociedade verdadeiramente democrática, mais justa e igualitária.

No trabalho em saúde, nossa atuação parte da compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que interferem no processo saúde-doença, portanto, na determinação social da saúde, buscando estratégias para o enfrentamento de questões que possuam essa interface. Compete aos profissionais do Serviço Social formular estratégias que criem e/ou reforcem experiências que efetivem o direito à saúde nas instituições e serviços e, os elementos basilares para isso, são expressos, como mencionado anteriormente, no CEP e no PEP, reafirmando o compromisso com os interesses históricos da classe trabalhadora, vinculado a um projeto social radicalmente democrático, entendido como único padrão de organização capaz de assegurar a explicitação dos valores essenciais da liberdade e da equidade (CFESS, 2012).

Para que o assistente social tenha a possibilidade de pensar criticamente no cotidiano de trabalho é necessário, também, que existam condições objetivas de suspensão desta realidade, porque ainda que a opção de fortalecimento de um projeto ou outro seja perpassada pela singularidade dos profissionais, faz parte de um processo profissional coletivo (Santos, 2002).

Aqui está a potencialidade da Residência Multiprofissional em Saúde: propiciar a reflexão dos atendimentos diretos aos usuários no espaço de imediatividade e superficialidade do cotidiano, correspondendo a nossa suposição de que, ao realizar um atendimento, este precisa também ser pensado – inclusive para se ter maior clareza dos equipamentos necessários para o encaminhamento daquele(a) usuário(a).



Dito isso, reafirmamos a potencialidade dos programas de RMS no direcionamento da formação de profissionais alinhados à perspectiva de defesa e garantia de acesso a direitos e aos princípios do projeto profissional aqui defendidos, indicando uma atuação comprometida com os usuários e suas necessidades em um ambiente de possibilidade de reflexão crítica a partir das intervenções. Foi constatado que existe, por parte dos profissionais inseridos neste espaço, a compreensão da determinação social da saúde, em conformidade ao preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária, condizente com o posicionamento Ético-Político construído historicamente pelos assistentes sociais.

Para além do exposto, nos inquietou compreender as ações e encaminhamentos realizados pelos assistentes sociais a partir da inserção neste espaço, visto que estas respostas são baseadas em valores, modo de pensar e de entender a sociedade por parte deste profissional. Os residentes posicionaram-se com maestria, mostrando-se críticos e condizentes com o que defende a categoria profissional, voltados a democratização do acesso aos serviços de forma gratuita e de qualidade, em concordância aos princípios e diretrizes do SUS.

Ao finalizarmos as análises dos dados coletados, concluímos que os assistentes sociais com clara concepção e opção pelos valores explicitados no PEP e CEP tendem, de fato, a construir uma prática profissional no cotidiano de saúde articulada à compreensão da determinação social da saúde, logo, uma atuação mais condizente com a realidade dos usuários.

Esses elementos estão em consonância ao direcionamento do CFESS (2010) apresentado nos “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”. O referido documento demarca a atuação dos assistentes sociais neste campo, organizando-se em quatro grandes eixos, dentre os quais destacamos o atendimento direto aos usuários, no qual predominam as seguintes ações:

- **Ações socioassistenciais:** envolvem a articulação de estratégias que superem o caráter emergencial, burocrático, seletivo e focalizador das políticas sociais, promovendo uma atuação crítica e reflexiva, com objetivo de responder às demandas dos usuários, que decorrem das contradições criadas a partir da contrarreforma na saúde e das condições socioeconômicas adversas. Exemplos incluem facilitar o acesso a consultas, exames e medicamentos, intermediação com a equipe multiprofissional, oferecer orientações sobre

direitos sociais como acesso a transporte urbano para atendimento em unidade básica de saúde de referência em seu território, criar fluxos de encaminhamento dentro da rede de saúde, formular estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários e etc. Outras demandas referem-se às condições de vida dos usuários como, por exemplo, o desemprego e subemprego.

Por meio dessas e outras atividades, busca-se democratizar informações e destacar a determinação social da saúde, garantindo o cuidado para além do aspecto curativo, abrangendo a proteção social de forma integrada e efetiva a partir da mobilização da rede de serviços. Estas são orientadas pelos princípios do Projeto Ético-Político da profissão, que tem como cerne a garantia de direitos, o acesso a serviços e a promoção da justiça social. Importante destacar que o campo de atuação do assistente social não inclui terapias individuais ou familiares, mas sim a ampliação do acesso aos direitos sociais e a inserção crítica no contexto das políticas públicas de saúde. Essa abordagem reafirma o compromisso do Serviço Social com a transformação social e a luta por uma saúde pública e democrática.

- **Ações de articulação interdisciplinar:** consistem em promover o diálogo e a cooperação entre os diferentes profissionais da equipe, a partir da contribuição de cada um, com suas competências específicas para uma abordagem integrada do cuidado, valorizando as diferenças que enriquecem o atendimento. Nesse sentido, é fundamental que os assistentes sociais tenham claras suas atribuições e competências, e da mesma forma, as esclareça aos demais membros da equipe com a finalidade de diminuição de cobranças de práticas conservadoras que alguns profissionais ainda perpetuam sobre o Serviço Social, contribuindo para o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças. Essa prática interdisciplinar reforça o compromisso com a humanização do atendimento, defendendo a saúde como um direito e promovendo articulações que garantam a efetividade das políticas públicas e o cuidado em saúde não somente restrito à porta de entrada, mas tendo como referência o projeto de

Reforma Sanitária, como: elaboração de propostas de capacitação, técnico/administrativas, discussão sobre o modelo assistencial e elaboração de normas, rotinas e oferta de atendimento nos serviços, planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito; favorecer a participação dos usuários e/ou sua família no processo de cuidado, e etc.

- **Ações socioeducativas:** consistem em orientações reflexivas e socialização de informações, por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas direcionadas aos usuários, famílias e comunidades abordando aspectos como a democratização das rotinas e funcionamento das unidades de saúde, análise da determinação social da saúde, a apresentação e debate sobre a política de saúde e os mecanismos de participação popular. O objetivo dessas atividades não é apenas informar ou garantir a adesão dos usuários às normas dos serviços, mas promover sua autonomia e participação crítica, bem como a tomada de consciência de que a saúde é um direito individual e coletivo, sendo necessária a construção de estratégias coletivas em prol da cidadania.

Todas essas ações ocorrem de maneira integrada, inserindo-se no processo coletivo do trabalho em saúde, de forma complementar e indissociável (CFESS, 2010). Podemos observa-las/exemplifica-las em todas as situações reflexivas que trouxemos para o debate no grupo focal, procurando debater alguns de seus nós críticos, como a intervenção focalizada dos mecanismos de proteção das políticas sociais, por exemplo, que selecionam “o pobre do mais pobre” para ter acesso a direitos que deveriam ser universais.

Em tempos de avanço do conservadorismo, de violação de direitos e de criminalização da pobreza, faz-se necessário o posicionamento tal qual os residentes participantes desta pesquisa, fortalecendo a dimensão política da profissão, respaldada pelos princípios éticos do Serviço Social.

Tendo tudo isto exposto, as limitações que foram identificadas em nosso estudo, no que tange a expressão de valores emancipatórios no cotidiano do trabalho em saúde, a partir do atendimento aos usuários, perpassam a estrutura societária de hegemonia capitalista, sendo necessária sua superação para avançarmos plenamente na perspectiva de acesso a direitos que defendemos.

Contudo, não devemos permanecer inertes, aguardando que essa mudança ocorra espontaneamente. Torna-se necessário elaborar e implementar estratégias de atuação contra-hegemônicas que contribuam para o fortalecimento das lutas sociais e promovam avanços progressivos em direção a uma transformação concreta da realidade.

Acreditamos que pesquisas futuras podem ampliar a compreensão sobre o debate aqui proposto, principalmente sobre o cotidiano de trabalho em saúde diante da escassez de resultados sobre esta discussão explícitos pelos achados desta pesquisa.

Tornamos a repetir o que foi dito em nossa introdução: Caso o profissional esteja melhor qualificado, no espaço insuprimível de imediaticidade do cotidiano, a partir do exercício de reflexão crítica, há maior possibilidade de internalização dos valores emancipatórios do Projeto Ético-Político do Serviço Social e Código de Ética Profissional e, por conseguinte, maior proposição de ações e encaminhamentos adequados não só no trabalho como em outras esferas de convivência e relacionamento sociais, realizando a externalização desses valores.

Neste sentido, embora o cotidiano não deva ser tomado como todo o movimento do real, em uma outra ordem societária – pautada em valores hegemônicos emancipatórios, por exemplo –, as respostas profissionais no cotidiano seriam mais qualificadas, mesmo quando imediatas (Matos, 2015). Isso porque o cotidiano também se configura como um espaço possível de mediação entre a reprodução espontânea e as mais altas formas de generosidade, conforme destaca Coelho (2013).

## REFERÊNCIAS

BAQUIÃO, A. P. S. S. **Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em programas de residência em saúde**. 2023. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora: 2023.

BARDIN, L. (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROCO, M. L. S. Fundamentos éticos do Serviço Social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS (Org.). **Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais**. Brasília, DF: CFESS: ABEPSS, 2009. Disponível em: <<https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/8QQ0Gyz6x815V3u07yLJ.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2024.

\_\_\_\_\_. 30 ANOS DO CÓDIGO DE ÉTICA DO/A ASSISTENTE SOCIAL BRASILEIRO/A!. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 23, n. 46, p. 13-23, jul./dez. 2023. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/43320/29225>>. Acesso em 12 de abril de 2024.

BOSCHETTI, I. Expressões do conservadorismo na formação profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 124, p. 637-651, out./dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/xv3Lm3vQmxLmWNTmbpmBzNt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 16, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2014**. Altera a Portaria Interministerial no 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial no 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial no 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/huresidencias/files/2017/07/Portaria-interministerial-n%C2%B016-de-22-de-dezembro-de-2014.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2024.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sqtes/degex/legislacao/2018-e-antes/2009/portaria-n-1077-12-novembro-2009.pdf/view#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Resid%C3%Aancia%20Multiprofissional,de%20Resid%C3%Aancia%20Multiprofissional%20em%20Sa%C3%BAde>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)>. Acesso em 29 dez. 2024.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos direitos dos usuários da saúde /** Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2024

\_\_\_\_\_. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 26 dez. 2024.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm)>. Acesso em: 17 jan. 2024.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em: 04 jan. 2025.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)>. Acesso em: 29 dez. 2024.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.** Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 26 dez. 2024.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS, 2004.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2005. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2024.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em

Profissional de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25. Disponível em:  
<[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-s-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-s-n2-13abril-2012&Itemid=30192)>. Acesso em: 17 jan. 2024.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. O projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et. al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em:  
<<https://cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2024.

CARVALHO, M. C. B. O conhecimento da vida cotidiana: base necessária à prática social. In: NETTO, J. P; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 10ª Edição. São Paulo: Cortez, 2012, p. 13-64.

CASTRO, M. M. C. et al. SERVIÇO SOCIAL, RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E TRABALHO EM EQUIPE: REFLEXÕES A PARTIR DO PORTFÓLIO. In: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”, 2019. Brasília (DF, Brasil). **Anais [...]**. Disponível em:  
<https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/834/814>>. Acesso em: 14 jan. 2025.

CASTRO, M. M. C. **Trabalho em Saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2009. Disponível em:  
<<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/2738/1/marinamonteirodecastro.pdf>> Acesso em: 21 de set. 2024.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 10ª Edição. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em:  
<[https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2024.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010. Disponível em:  
<[https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 02 mai. 2024.

\_\_\_\_\_. Série Assistente Social no combate ao preconceito. Caderno 2. **O estigma do uso de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2016. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>>. Acesso em 27 dez. 2024.

\_\_\_\_\_. **CFESS Manifesta Maio Especial: Dia da e do Assistente Social**. Brasília (DF), 15 de maio de 2024. Disponível em:

<<https://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2024-DiaAS-site.pdf>>. Acesso em 28 dez. 2024

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CFESS Nº 1.063, DE 20 DE MARÇO DE 2024**. Ementa: Institui, no âmbito do Conjunto CFESS/CRESS, o Glossário em Libras do Serviço Social.\* Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/11063-2024.pdf>>. Acesso em 29 dez. 2024.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CFESS Nº 992, DE 22 DE MARÇO DE 2022**. Ementa: Estabelece normas vedando atos e condutas discriminatórias e/ou preconceituosas contra pessoas com deficiência no exercício profissional do/a assistente social, regulamentando os princípios II, VI e XI inscritos no Código de Ética Profissional. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/rescfess992.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2024.

\_\_\_\_\_. **Anticapacitismo e exercício profissional: perfil de Assistentes Sociais com Deficiência**. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/LivroAnticapacitismoExercicioProfissional2023Cfess-Acessivel.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2024.

CISNE, M. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Revista**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 138–154, 2015. Disponível em: <<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23588>>. Acesso em: 29 dez. 2024.

COELHO, M. **Imediaticidade na prática profissional do assistente social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

COSTA, V. A. **A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: UM DEBATE NECESSÁRIO**. 2016. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/ppgservicosocial/wp-content/uploads/sites/131/2016/08/vivian.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2025.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **CNJ Serviço: Conheça a rede de proteção à mulher vítima de violência**. Brasília, 19 de agosto de 2016. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/cnj-servico-conheca-a-rede-de-protecao-a-mulher-vitima-de-violencia/>>. Acesso em: 04 jan. 2025.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface** (Botucatu). 19(55):1221-32. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/rSCfWS9nWd7wZvH7FPdnNCt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 mar. 2024.

DORNELAS, C. B. C.; MOREIRA, I. A.; CASTRO, M. M. C. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: A REALIDADE DE UM HOSPITAL PÚBLICO. In:



**Serviço social, questão social e políticas públicas** [recurso eletrônico] / Edneia Alves de Oliveira, Carina Berta Moljo. – Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2024. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/ppgservicosocial/wp-content/uploads/sites/131/2024/11/SERVICO-SOCIAL-QUESTAO-SOCIAL-E-POLITICAS-PUBLICAS.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2024

FERREIRA, A. M. et al. Residências multiprofissionais em saúde: elementos acerca do direcionamento pedagógico da formação. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.20, n.1, p. 159-175, jan./jun. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27126/20629>>. Acesso em: 09 mai. 2024.

FERTONANI et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1869-1878, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt&format=pdf#:~:text=aracter%C3%ADsticas-Modelo%20Biom%C3%A9dico,e%20acolhimento%20n%C3%A3o%20s%C3%A3o%20priorizados>>. Acesso em: 27 dez. 2024.

FERNANDES, R. B; CASTRO, M. M. C; ZACARON, S. S. Trabalho e formação profissional nos Hospitais Universitários: impactos nas Residências em Saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v. 147(1), e-6628407, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/P5H7yYSDbR5qCF4QWTwwK6D/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 jan. 2025.

FRIGOTTO, G. Educação e Trabalho: bases para debater a educação profissional emancipadora. **Perspectiva**, Florianópolis, v: 19, nº 1, p. 71-87, 2001. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/8463/7770>>. Acesso em: 09 mai. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2002. Disponível em: <[https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo\\_C1\\_como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2024.

\_\_\_\_\_. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F; GOMES, R; MINAYO, M. C. S (Organizadora). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2010, p. 79-108. Disponível em: <<https://bibliocetas.fct.unesp.br/Arquivos%20P%C3%ABlicos/Pesquisa%20Qualitativa%20Pesquisa%20Social%20-%20Teoria%20M%C3%A9todo%20e%20Criatividade%20-%20minayo.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2024.

GOMES, M. E. S; BARBOSA, E. F. A Técnica de Grupos Focais para obtenção de Dados Qualitativos. Educativa (Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais),

Belo Horizonte, 1999. Disponível em:

<[https://www.academia.edu/5227600/A\\_T%C3%A9cnica\\_de\\_Grupos\\_Focais\\_para\\_Obten%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Dados\\_Qualitativos](https://www.academia.edu/5227600/A_T%C3%A9cnica_de_Grupos_Focais_para_Obten%C3%A7%C3%A3o_de_Dados_Qualitativos)>. Acesso em: 09 mai. 2024.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. 53p. (Cadernos CEFOR - Textos, 1).

GUERRA, Y. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para assistentes sociais: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 4. O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSSUNB, Brasília, 2000. Disponível em:

<<https://www.uel.br/cesa/sersocial/pages/arquivos/GUERRA%20Yolanda.%20A%20Instrumentalidade%20no%20trabalho%20do%20assistente%20social.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2025.

GUIMARÃES, E. M. S. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 564-582, set./dez. 2017 Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/3M8B67GBFspYdZRZMNdZtCk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 9 jan. 2025.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 4ª Edição. São Paulo: Editora Paz e Terra S/A, 1970.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kFzCC9Dfbfv7WzPNQbJZVmF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 27 mai. 2024.

KOSIK, K. Dialética do concreto. Tradução de Celia Neves e Alderico Toríbio. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. Disponível em:

<<https://archive.org/details/2019.2livrokarelkosikdialeticadoconcretopazeterra1976/page/81/mode/2up?view=theater>>. Acesso em 30 ago. 2024.

LACERDA, L. E. P. Exercício profissional do assistente social: da imediatividade às possibilidades históricas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 22-44, jan./mar., 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/fzRhbg3nNXppSby5K4k4Xjh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 mar. 2024.

LEFEBVRE, H. A vida cotidiana no mundo moderno. Tradução de Alcides João de Barros. São Paulo: Editora Ática S.A., 1991. Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7545199/mod\\_resource/content/0/359893124-Henri-Lefebvre-A-Vida-Cotidiana-No-Mundo-Moderno.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7545199/mod_resource/content/0/359893124-Henri-Lefebvre-A-Vida-Cotidiana-No-Mundo-Moderno.pdf)>. Acesso em: 31 out. 2024

LEFEBVRE, H. O espaço social. In: LEFEBVRE, H. A produção do espaço. Tradução Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: La production de l'espace. 4e éd. Paris: Éditions Anthropos, 2000). Primeira versão: início – fev. 2006. Disponível em:

<[http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/02\\_arq\\_interface/1a\\_aula/A\\_producao\\_do\\_espaco.pdf](http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/02_arq_interface/1a_aula/A_producao_do_espaco.pdf)>. Acesso em 30 ago. 2024.

LUKÁCS, G. Para uma ontologia do ser social. [Traduzido por Sérgio Lessa e revisado por Mariana Andrade]. Maceió: Coletivo Veredas, 2018. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/lukacs/ano/mes/Ontologia-Volume-14.pdf>>. Acesso em 11 ago. 2024.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2ª Edição. São Paulo: Expressão Popular, 2008 (Prefácio).

\_\_\_\_\_. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

\_\_\_\_\_. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo (Digital), 2013.

MATOS, M. C. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 124, p. 678-698, out./dez., 2015. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/zKqHPXYyTSPvMBrGZnzqjm/>>. Acesso em: 28 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. **Cotidiano, Ética e Saúde**: O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e a criminalização do aborto. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/18000/1/Maurilio%20Castro%20de%20Matos.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2024.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social Ética e Saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

MENDES, D. L. P. **Serviço Social e cotidiano**: reflexões sobre o exercício profissional do assistente social. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/480/1/danielaleonelpaulamendes.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2024.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F. GOMES, R. MINAYO, M. C. S (Organizadora). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29ª edição. Petrópolis - RJ: Vozes, 2010, p. 9-29. Disponível em: <<https://bibliocetas.fct.unesp.br/Arquivos%20P%3%BAblicos/Pesquisa%20Qualitativa%20Pesquisa%20Social%20-%20Teoria%20M%3%A9todo%20e%20Criatividade%20-%20minayo.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2024.

MIOTO, R. C. T. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: SARMENTO, H. B. M. (org.). **Serviço Social: questões contemporâneas**. 1ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2012, v. 1, p.125-138.

NASCIMENTO, C. C. S; OLIVEIRA, C. M. Educação Permanente e Serviço Social: apontamentos sobre a formação profissional. **Revista Temporalis**, Brasília (DF), ano 16, n. 31, jan./jun., p. 133-165, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/12321/10103>>. Acesso em 08 abr. 2023.

NETTO, J. P. Para a crítica da vida cotidiana. In: NETTO, J. P; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 10ª Edição. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NUNES, A. P; DOMBROWSKI, O. Violência contra a mulher: quem mete a colher? O Serviço Social e a produção do conhecimento na área em questão. **Serviço Social em Revista**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 321–339, 2022. DOI: 10.5433/1679-4842.2022v25n2p321. Disponível em: <<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/45639>>. Acesso em: 29 dez. 2024.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fltk3FpWqwb3krjLkQwymDw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2024

PAULA, L. G. P; ORTIZ, F. G; RAMOS, A. **O TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL E SUAS POSSIBILIDADES** Reflexões sobre as dimensões constitutivas do Serviço Social. 1ª Edição. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2023. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2023/05/O-TRABALHO-PROFISSIONAL-DOA-ASSISTENTE-SOCIAL-E-SUAS-POSSIBILIDADES.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH. Portal da Mulher. Juiz de Fora, 2025. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sedh/portal-da-mulher/casa/servicos.php>>. Acesso em 04 jan. 2025.

RODRIGUES, T. F. RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: FORMAÇÃO OU TRABALHO. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v.15, n. 1 (21), p. 71-82, jan./jun., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8647309/14261>>. Acesso em: 03 nov. 2023.

SANTOS, C. M. As Dimensões da Prática Profissional do Serviço Social. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 02, n. 02, p. 23-42, jul./dez., 2002. Disponível

em: <<https://periodicos.uff.br/index.php/libertas/issue/view/1254/330>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. **Na prática a teoria é outra?** Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SANTOS FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizassus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B; BARROS, M. E. B (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007, p. 73-96. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhar\\_sobre\\_trabalho.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhar_sobre_trabalho.pdf)>. Acesso em: 08 jul. 2024.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional: notas sobre uma formação através do trabalho em saúde. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n.1, p. 140-158, jan./jun. 2020. ISSN 1980-8518 Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciict/43985/Artigo%20RM%20notas%20sobre%20uma%20forma%20de%20formacao%20atrav%20de%20trabalho%20Let%20cia%20LIBERTAS%202020.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 06 mar. 2024.

\_\_\_\_\_. **Trabalho em Saúde e Residência Multiprofissional:** problematizações marxistas. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.btdt.uerj.br:8443/bitstream/1/15901/1/Tese%20-%20Leticia%20Batista%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em 17 set. 2024.

SOARES, R. C. O campo de tensões das demandas e práticas sociais do Serviço Social no SUS (Capítulo 3) In: SOARES, R. C. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social** [recurso eletrônico]. Recife: Editora UFPE, 2020. Originalmente apresentada como tese da autora (doutorado – UFPE. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Serviço Social, 2010) sob o título: Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/70/120/322>>. Acesso em: 01 mai. 2024.

SOUSA, A. A. S. A CONTRIBUIÇÃO DO PENSAMENTO DE G. LUKÁCS PARA O DEBATE TEORICO DO SERVIÇO SOCIAL: NOTAS APROXIMATIVAS. In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social – ENPESS, 2018. Vitória – ES. **Anais** [...]. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22122>>. Acesso em: 28 out. 2024.

TEIXEIRA, J. B; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS (Org.). Serviço Social: **Direitos e**

**Competências Profissionais.** Brasília, DF: CFESS: ABEPSS, 2009. Disponível em: <[https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata\\_braz-marcelo-201608060407431902860.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_braz-marcelo-201608060407431902860.pdf)>. Acesso em: 13 de mar. 2024.

TERTO, C. M. S. PESSOAS IDOSAS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO: relato de experiência nas inspeções regulares. In: XI Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2023. São Luís - MA. **Anais [...]**. Disponível em: <[https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/images/trabalhos/trabalho\\_submissaold\\_1933\\_1933648a6f334de05.pdf](https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/images/trabalhos/trabalho_submissaold_1933_1933648a6f334de05.pdf)>. Acesso em 24 dez. 2024.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 777-796, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2009.v19n3/777-796/pt>>. Acesso em: 28 nov. 2024.

UFJF – UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Residência Multiprofissional. Juiz de Fora, 2025. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/huresidencias/coremu/>>. Acesso em: 15 jan. 2025.

YASUI, S; PENA, R. S. Repetição e invenção: o cotidiano do trabalho em saúde, suas tensões, ambiguidades e contradições. **Ayvu: Revista de Psicologia, Volta Redonda**, v. 01, n. 02, p. 66 -78, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/22180/13079>>. Acesso em: 08 jul. 2023.

ZIGATO, J. O. **A implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF): dilemas presentes e perspectivas futuras.** 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/1128/1/jhonyoliveirazigato.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2024.

**APÊNDICE A – Resultados da pesquisa em Revistas, Periódicos e Catálogo da Capes**

Quadro 1 – Publicações em periódicos da área do Serviço Social indicados pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS)

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR(ES)</b>	<b>PALAVRAS-CHAVES</b>	<b>REVISTA / PERIÓDICO</b>	<b>ANO</b>
<p><b>Ética e direitos humanos no trabalho de assistentes sociais na Saúde.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/39432/27893">https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/39432/27893</a></p>	<p>Ramos, S. R., Sousa, A. M. C., Vasconcelos, I., &amp; Souza, L. J. F. de.</p>	<p>Ética; Direitos Humanos; Serviço Social; saúde.</p>	<p>Revista Em Pauta</p>	<p>2019</p>
<p><b>Serviço Social e saúde: relação antiga, desafios presentes.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/45242/30955">https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/45242/30955</a></p>	<p>Viviane Cristina Barbosa</p>	<p>Serviço Social; Saúde; Cotidiano profissional</p>	<p>Revista Em Pauta</p>	<p>2019</p>
<p><b>Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: reflexões sobre competências e atribuições dos assistentes sociais/residentes</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27102/20630">https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27102/20630</a></p>	<p>Luciana Gonçalves Pereira de Paula, Joseane Barbosa de Lima, Vanisse Bernardes Bedim</p>	<p>Serviço Social; Assistente social; Trabalho; Saúde; Residência multiprofissional</p>	<p>Revista Libertas</p>	<p>2020</p>
<p><b>Reflexões sobre o Processo de Trabalho na Saúde e suas Implicações no Cotidiano Profissional do Serviço</b></p>	<p>Anna Cláudia Rodrigues Alves</p>	<p>Saúde, Processo de trabalho, Serviço Social.</p>	<p>Revista Libertas</p>	<p>2005</p>

<p><b>Social, na Realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora.</b></p> <p>Disponível em:  <a href="https://periodicos.uff.br/index.php/libertas/article/view/18142/9394">https://periodicos.uff.br/index.php/libertas/article/view/18142/9394</a></p>				
<p><b>A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social na saúde.</b></p> <p>Disponível em:  <a href="https://periodicos.uff.br/index.php/libertas/article/view/18406/9621">https://periodicos.uff.br/index.php/libertas/article/view/18406/9621</a></p>	<p>Tatiane Valéria Cardoso dos Santos;  Leticia Batista Silva;  Thiago de Oliveira Machado</p>	<p>Determinantes sociais da saúde; Serviço Social; Questão social</p>	<p>Revista Libertas</p>	<p>2016</p>
<p><b>Residência multiprofissional em saúde: considerações para a construção da integralidade na perspectiva do Serviço Social.</b></p> <p>Disponível em:  <a href="http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_37_SL_art_2_Almeida_Salazar%20(1).pdf">http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_37_SL_art_2_Almeida_Salazar%20(1).pdf</a></p>	<p>Wagner Lopes de Almeida;  Silvia Neves Salazar</p>	<p>Residência multiprofissional em saúde; Integralidade; Serviço Social.</p>	<p>Revista O social em questão</p>	<p>2017</p>
<p><b>Residência Multiprofissional em Saúde: percepções acerca da inserção do profissional de Serviço Social na Estratégia Saúde da Família (ESF).</b></p> <p>Disponível em:  <a href="https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/relem/article/view/11708/8464">https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/relem/article/view/11708/8464</a></p>	<p>Silviane Freitas;  Márcia Irene Andrade Mavignier;  Bastos Gomes;  Gladson Rosas Hauradou</p>	<p>Residência Multiprofissional em Saúde; Atenção Básica; Serviço Social.</p>	<p>ELEM – Revista Eletrônica Mutações</p>	<p>2022</p>



<p><b>A política de saúde e o assistente social: neoliberalismo, formação universitária e cotidiano de trabalho.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/460/1895">https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/460/1895</a></p>	<p>Tuani Alves Lima</p>	<p>Assistente Social; Política de Saúde. Neoliberalismo; Formação Universitária. Cotidiano de Trabalho.</p>	<p>Serviço Social em Perspectiva</p>	<p>2019</p>
<p><b>Residências, disputa de projetos formativos e Serviço Social.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/40215/30148">https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/40215/30148</a></p>	<p>Marina Monteiro de Castro e Castro; Carina Bárbara de Carvalho Dornelas</p>	<p>Residência, Serviço Social, Saúde</p>	<p>Serviço Social em Revista</p>	<p>2021</p>
<p><b>Desafios e estratégias na atuação das assistentes sociais da saúde em Maceió/AL.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/42233/29264">https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/42233/29264</a></p>	<p>Jinadiene da Silva Soares Moraes</p>	<p>Serviço Social, Projeto ético-político, Política de Saúde</p>	<p>Revista Temporalis</p>	<p>2023</p>
<p><b>Trabalho profissional dos assistentes sociais na saúde na contrarreforma estatal.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/10132/8400">https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/10132/8400</a></p>	<p>Gleiciane Viana Gomes; Liana Brito de Castro Araújo</p>	<p>Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Contrarreforma do Estado; Trabalho Profissional do Serviço Social.</p>	<p>Revista Temporalis</p>	<p>2016</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2 – Catálogo de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

TÍTULO	AUTOR(ES)	PALAVRAS-CHAVES	INSTITUIÇÃO	ANO
<p><b>1. Cotidiano, ética e saúde: o serviço social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/18000/1/Maurilio%20Castro%20de%20Matos.pdf">https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/18000/1/Maurilio%20Castro%20de%20Matos.pdf</a></p>	Maurílio Castro de Matos.	Serviço Social; Saúde; Ética; Aborto.	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo	2009
<p><b>2. Bioética no exercício profissional do serviço social: uma análise sob a ótica da ontologia social de Marx.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18007/1/Luciana%20Maria%20Cavalcante%20Melo.pdf">https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18007/1/Luciana%20Maria%20Cavalcante%20Melo.pdf</a></p>	Luciana Maria Cavalcante Melo.	Bioética; Serviço Social; Ontologia social.	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo	2009
<p><b>3. A ética discursiva dos atores da política de saúde de Santa Rosa.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5158?mode=full#preview">https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5158?mode=full#preview</a></p>	Zeli Machado de Castro Gallo	Serviço Social; Saúde Pública – Santa Rosa; Assistência Social; Política de Saúde Ética na Saúde Pública.	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre	2007
<p><b>4. O trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Porto Alegre.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://repositorio.pucrs.br/">https://repositorio.pucrs.br/</a></p>	Vanessa Marua Panozzo	Serviço Social; Trabalho; Saúde Mental.	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	2009

<a href="https://dspace.handle/10923/5147#preview">dspace/handle/10923/5147#preview</a>				
<p><b>5. A Contrarreforma na política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://editora.ufpe.br/books/catalog/download/70/120/322?inline=1">https://editora.ufpe.br/books/catalog/download/70/120/322?inline=1</a></p>	Raquel Cavalcante Soares	Sistema Único de Saúde; Serviço Social; Reforma administrativa ; Política de saúde – Brasil.	Universidade Federal de Pernambuco, Recife.	2010
<p><b>6. O processo de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família: um estudo sobre as demandas sociais na saúde.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17486">https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17486</a></p>	Michelly Laurita Wiese	Processo de trabalho em saúde; Estratégia saúde da família; Demandas sociais.	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.	2010

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 – Catálogo de Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

TÍTULO	AUTOR(ES)	PALAVRAS-CHAVES	INSTITUIÇÃO	ANO
<p><b>1. O serviço social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/489/1/430599.pdf">https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/489/1/430599.pdf</a></p>	Maria Isabel Barros Bellini	Educação permanente; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde; Assistentes Sociais - formação profissional	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre	2011
<p><b>2. Redução de danos: uma análise da prática profissional das assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas CAPs-AD.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9479/1/arquivo374_1.pdf">https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9479/1/arquivo374_1.pdf</a></p>	Luciana Ferreira Gomes Espíndola, Luciana;	Serviço Social, Projeto ético-político; Redução de danos.	Universidade Federal de Pernambuco - Recife	2010
<p><b>3. Desafios contemporâneos para o Projeto Ético-político do Serviço Social: cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência/RJ</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/20465/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Ver%C3%B4nica%20Cristina%20de%20Oliveira%20">https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/20465/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Ver%C3%B4nica%20Cristina%20de%20Oliveira%20</a></p>	Veronica Cristina de Oliveira.	Prática profissional; Formação profissional; Condições de trabalho	Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro	2012

<a href="#">-%202012%20-%20Completa.pdf</a>				
<p><b>4. Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/2738/1/marina_monteirodecastrocastro.pdf">https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/2738/1/marina_monteirodecastrocastro.pdf</a></p>	MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO.	Atenção primária à saúde; Trabalho em saúde; Serviço Social	Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.	2009
<p><b>5. Avaliação da prática e a prática da avaliação: desafios ao serviço social na saúde.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://sapiencia.pucsp.br/handle/handle/17599">https://sapiencia.pucsp.br/handle/handle/17599</a></p>	Nancy Mieko Igarashi.	Política de saúde; Prática profissional; Avaliação	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.	2012
<p><b>6. Os elementos do projeto ético político profissional e seu debate.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17591/1/Reginaldo%20Pereira%20Franca%20Junior.pdf">https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17591/1/Reginaldo%20Pereira%20Franca%20Junior.pdf</a></p>	Reginaldo Pereira França Junior.	Teoria social de Marx; Projeto ético-político; Trabalho profissional.	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.	2012
<p><b>7. O peso que não é medido pela balança: as repercussões da obesidade no cotidiano dos sujeitos.</b></p> <p><a href="https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/502/1/436260.pdf">https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/502/1/436260.pdf</a></p>	Patrícia Teresinha Scherer.	Serviço Social; obesidade; cotidiano; Aspectos sociais; Políticas públicas.	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre	2012
<p><b>8. O outro lado da saúde: abraçe seu bairro.</b></p> <p>Disponível em: <a href="https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17591/1/Cassia%20Maria%20Gellerth.pdf">https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17591/1/Cassia%20Maria%20Gellerth.pdf</a></p>	Cassia Maria Gellerth	Família; Promoção de saúde; Programa social Abraçe seu bairro	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo	2012

<a href="https://repositorio.ufrn.br/handle/17605/1/Cassia%20Maria%20Gellerth.pdf">am/handle/17605/1/Cassia%20Maria%20Gellerth.pdf</a>				
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora

## APÊNDICE B – Situações reflexivas utilizadas no grupo focal

1. Criança hospitalizada, transferida de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) após quadro de Síndrome de Weil (forma grave de leptospirose caracterizada por icterícia, insuficiência renal e hemorragia). O Serviço Social da Unidade foi acionado pela equipe plantonista sobre o acompanhante da criança sob justificativa de ser “inadequado”. Tratava-se de um relacionamento a três, constituído por uma mulher e dois homens. A mulher trabalhava em uma mercearia durante o dia e fazia freelance como cuidadora de idosos à noite, com folga apenas aos domingos e feriados. Um dos pais trabalha como porteiro em escala 12x36h e conseguiu fazer trocas pelo fim de semana com um colega de trabalho. O outro estava desempregado mas havia conseguido freelance em um bar aos finais de semana, recebendo cerca de R\$60 por noite (de 21h às 4h). Sendo assim, a criança teria como acompanhante os pais que revezariam aos finais de semana. A dinâmica familiar, de acordo com a equipe, era “confusa” e precisava da intervenção do Serviço Social para que a mãe compreendesse sua “responsabilidade de acompanhar o(a) filho(a)” porque se ele “chegou a esse estágio foi por falta de cuidado com a higiene”. A solicitação de intervenção ainda veio acompanhada de outras falas e comentários, a saber: “Como vai ficar a cabeça dessa criança crescendo com 2 pais e uma mãe?” “Será que é mesmo filho de um deles? Porque se uma mulher se relaciona com os dois, quem pode garantir que não tenha outros homens?” “Coitada dessa criança quando crescer”.

2. Idoso internado na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com perspectiva de possível alta para a enfermaria, mas sem sucesso da equipe no contato com familiar. O idoso em questão é deficiente físico e informou que mora sozinho em uma casa cedida por um amigo falecido, localizada em um bairro com pouca acessibilidade. Teve uma das pernas amputada devido a complicações de má circulação de sangue ocasionado pelo uso de cigarro (cerca de 3 maços por dia). Relata que por conta do trabalho na zona rural, como retireiro, usava botinas durante todo o dia e que tinha muitas frieiras nos pés. Devido à má circulação, as frieiras não cicatrizavam e infeccionaram levando-o a amputação de uma das pernas. O idoso também é dependente de álcool, desde os 13 anos de idade (quando o pai, segundo ele, o oferecia para que “esquentasse o corpo” para conseguir dormir à noite, pois passavam

muita dificuldade e mal tinham cobertores no inverno). Já adulto, quando estava sob efeito da bebida agredia a ex-esposa e os 5 filhos, muitas vezes colocando-os para fora de casa no meio da noite – motivo pelo qual não possui mais vínculo com nenhum deles. A equipe da UTI entrou em contato com o Serviço Social para que algum dos familiares comparecerem no Hospital e ficassem como acompanhantes do idoso porque “era um absurdo que nenhum dos filhos pudessem cuidar do pai na velhice”.

3. Homem encaminhado de um Hospital de Pronto Socorro, após acidente de motocicleta, no qual foi surpreendido por um condutor menor de idade, sem habilitação e sob efeito de álcool e outras drogas, que ultrapassou a sinalização de trânsito. O Serviço Social foi solicitado pela equipe médica para convencer o usuário a aceitar o procedimento, uma vez que este último não concordava com a possível conduta, ainda que a equipe médica fosse extremamente qualificada. O homem havia esmagado um dos ligamentos que revertem a coluna e são fundamentais pelos movimentos das pernas e a proposta era de uma cirurgia delicada e de alto risco, existindo a possibilidade de não voltar a andar caso houvesse algum erro de reconstituição durante a cirurgia. A outra opção de tratamento seria a inclusão de uma prótese não disponibilizada pelo SUS, sendo necessária intervenção judicial, com retorno de no mínimo 30 dias – sendo necessário, então, que o homem ficasse internado até obter a resposta. O maior empecilho para a equipe médica, nesse contexto, é a necessidade de “girar leito”.

4. Mulher negra, de 22 anos, internada por complicações da laqueadura após o parto do quarto filho. Nesta última gestação, havia engravidado no período de resguardo que não foi respeitado pelo marido que, segundo ela, não conseguiria ficar sem sexo por mais de um mês e que ela, enquanto esposa, possuía a obrigação de “satisfazer suas necessidades”. A equipe de enfermagem percebeu que a mulher ficava muito nervosa com as visitas do marido, tendo sido alertada também por outros pacientes que compartilhavam o mesmo quarto que ele a tratava muito mal e dizia que ela só veria os filhos quando tivesse alta, porque ele não concordava com o procedimento que havia sido realizado (já que depois da atualização da Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 não é mais necessário o consentimento do marido e a idade foi reduzida para 21 anos) e que ela merecia passar por isso. A mulher se sentia culpada pela situação, sua pressão oscilava e sempre haviam intercorrências após as visitas.



A situação foi encaminhada ao Serviço Social para intervenção e, por coincidência, sua internação ocorreu no dia 2 de março, mês da mulher, em que a equipe de assistentes sociais havia articulado a realização de um projeto com as usuárias internadas, tendo, inclusive, encenações de peças teatrais nos quartos das enfermarias realizado por um grupo feminista sobre as diversas formas de violência contra a mulher e as possibilidades de medidas e encaminhamentos seguros na perspectiva do pós-alta.

## **APÊNDICE C – Questões norteadoras para o debate**

### **Situação Reflexiva número 1:**

- 1) Qual concepção de família vocês analisariam nessa situação?
- 2) A concepção de família impacta no cuidado aos usuários? Como?
- 3) Como vêm os membros da família na realização do cuidado?
- 4) Como os demais profissionais de saúde podem contribuir nesta situação?

### **Situação Reflexiva número 2:**

- 1) Como o(a) assistente social deve atuar junto a esta família?
- 2) Há direitos ameaçados ou violados neste caso? Quais?
- 3) Quais princípios do projeto profissional devem ser defendidos?
- 4) De que forma a questão da acessibilidade impacta nos encaminhamentos a serem realizados?
- 5) Como vocês percebem a influência do consumo de álcool/outras drogas na dinâmica familiar?

### **Situação Reflexiva número 3:**

- 1) Quais as possíveis intervenções do(a) assistente social junto a criança/adolescente?
- 2) Como é percebida/tratada a autonomia do usuário neste caso?
- 3) O(A) assistente social pode contribuir para o fortalecimento/preservação da autonomia? Se sim, de que forma?
- 4) Quais os desafios profissionais existentes mediante o modelo de assistência médica hegemônico?
- 5) A rapidez na rotatividade de leitos impacta no cuidado? Como?

### **Situação Reflexiva número 4:**

- 1) Quais estratégias poderiam ser utilizadas no atendimento a usuária por parte do(a) assistente social? E a seu companheiro?

- 2) Quais direitos estão sendo violados/ameaçados?
- 3) Quais princípios profissionais devem ser defendidos?
- 4) Os profissionais de saúde estão preparados para lidar com casos de violência?
- 5) Quais políticas públicas e/ou serviços da rede socioassistencial seriam necessários para a garantia de direitos nesse contexto?