

# PROTEÇÃO SOCIAL: SOB O OLHAR DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

## SOCIAL PROTECTION: UNDER THE VIEW OF SOCIAL ASSISTANTS IN MULTIPROFISSIONAL RESIDENCE.

Andréia Andrade Alves 1

**Resumo:** O estudo apresentado propõe debater a proteção social na perspectiva da/o assistente social do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do município de Palmas/TO. As reflexões discorridas partem dos dados coletados através da entrevista semiestruturada realizada com os profissionais, assim como, se utiliza de referências bibliográficas para aprofundar e embasar as discussões referente a temática. Destarte, ainda explana uma breve contextualização da política de saúde no Brasil, e sua relação com o Serviço Social, as particularidades da modalidade de pós-graduação que é a residência multiprofissional em Saúde, e a forma como esses profissionais mediam esse sistema de proteção social nos espaços ocupacionais exercendo a sua prática, abordando quais são os direcionamentos da atuação profissional diante da retirada de direitos sociais no contexto da pandemia da Covi-19, e chegando as análises que a realidade da proteção social dentro dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial não se limita a atendimentos terapêuticos e psicológicos, que há um leque de políticas intersetoriais que são acessadas.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Proteção Social. Residência Multiprofissional em Saúde.

**Abstract:** The presented study proposes to debate social protection from the perspective of the social worker of the Multiprofessional Residency Program in Mental Health in the city of Palmas/TO. The reflections discussed start from the data collected through the semi-structured interview carried out with the professionals, as well as, it uses bibliographic references to deepen and support the discussions related to the theme. Thus, it also explains a brief contextualization of health policy in Brazil, and its relationship with Social Work, the particularities of the postgraduate modality that is the multiprofessional residency in Health, and the way these professionals mediate this social protection system. in occupational spaces exercising their practice, addressing what are the directions of professional performance in the face of the withdrawal of social rights in the context of the Covi-19 pandemic, and arriving at the analyzes that the reality of social protection within the services of RAPS is not limited to therapeutic and psychological care, that there is a range of intersectoral policies that are accessed.

**Keywords:** Social Work. Social Protection. Multiprofessional Residency in Health.

## Introdução

O presente artigo traz considerações sobre a proteção social sob olhar dos/das residentes assistentes sociais que atuam em saúde mental no Programa de Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde do Centro Universitário Luterano de Palmas e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (CELP/ULBRA-FESP). Essas/es profissionais compõem equipes multiprofissionais nos espaços ocupacionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Palmas/TO.

O objetivo deste estudo é apresentar, a partir de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, a percepção da/o profissional assistente social, assim como sua prática diante do tema proteção social no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde. Para tal, as reflexões aqui delineadas seguem o direcionamento de outros estudos que abordam a emergência da proteção social em tempos de crises.

As seções destacadas no artigo, buscaram aglutinar ideias que foram desmembradas a partir das categorias presentes no título. Assim, além desta introdução, ainda compõe, breve relato do “Serviço Social na Saúde e Proteção Social”, exibindo como a profissão se evidencia neste campo, em seguida explana as “Particularidades da Formação na Residência Multiprofissional em Saúde” apontando como ela se estrutura no município de Palmas/TO, e por fim, é a seção nominada de “Saúde Mental e Proteção social: Resultados e Discussões” apresentando as reflexões a partir da vivência do contexto profissional das/os assistentes sociais residentes e como a proteção social aparece na sua prática.

## Serviço social na saúde e proteção social

A datar do surgimento do Serviço Social no Brasil, a área da saúde é um campo de atuação para os profissionais assistentes sociais, desde seu processo de institucionalização como profissão liberal, bem como parte do exercício profissional nas instituições em que as práticas exigiam a “[...] medicina curativa, medicina preventiva, puericultura, recuperação motora, seguro, distribuições de auxílios, conjuntos habitacionais, assessoria jurídica, institutos correccionais para menores e adultos, asilos etc.” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p.311)

De acordo com Bravo e Matos (2004), a partir da década de 1940 há uma ampliação de profissionais para atuação no campo da saúde, partindo de uma perspectiva mais ampliada abrangendo os aspectos biopsicossociais, e exigindo intervenções multidisciplinares, o que favoreceu para o reconhecimento de várias áreas do saber para além da medicina, incluindo os profissionais de Serviço Social. Outro fator que trouxe essa abertura, principalmente para os assistentes sociais, foi o fato da consolidação da Política Nacional de Saúde, trazendo consigo novas demandas, e naquele momento, esses profissionais tornariam partes importantes do processo, pois teriam que se ocupar das demandas sociais dos usuários da política e da sua característica excludente e seletiva. (Ibidem, 2004).

A Política de Saúde no Brasil foi objeto de intervenção do Estado ainda na década de 1930, porém ela só veio a ser consolidada entre os anos de 1945 a 1964 baseada na filantropia e na prática liberal. Neste período, a maior empregadora dentro da saúde para os assistentes sociais foi o a área de assistência médica previdenciária, onde a profissão sofreu influências modernizadoras. Segundo Bravo e Matos (2004, p. 06), no pós-1964, “[...] foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios.”

Entre aos anos de 1964 a 1974 no período da ditadura militar, a política de saúde estaria se desenvolvendo com base no setor privado, então para o enfrentamento a questão social o Estado implanta um modelo de “privilegiamento” do setor privado, onde aparecem algumas propostas, dentre elas: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na medicina médica curativa, individual e assistencialista. (BRAVO, 2000)

A partir da década de 1980 a saúde deixou de ser uma questão técnica passando então a ser questão política, vinculada à democracia, onde os profissionais de saúde lutavam e defendiam a melhoria do sistema, o fortalecimento do setor público e o movimento sanitário, tendo como principais propostas:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (Ibidem, 2000, p.09).

Desta forma como fruto das lutas sociais travadas nos anos anteriores, no ano de 1988 é promulgada a Constituição Federal (CF/1988), trazendo à luz os direitos sociais, aprofundando e norteando a base da Seguridade Social, que na sua composição além da assistência e previdência, relaciona os direitos relativo a saúde, como pode ser observado no art.196 que é dever do Estado a universalização desse direito “[...] 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.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2016, p.118-119).

Ao pontuar a importância da CF/1988, Boschetti (2009) enfatiza que através dela foi possível reorganizar e reestruturar as políticas sociais, formando assim, o sistema de seguridade social que abarca as políticas de assistência social, saúde e previdência social, passando a ser visto como um grande sistema de proteção social. Ao caracterizar a Seguridade social, fica pressuposto que todos os sujeitos tenham acesso aos direitos que esse sistema ampliado cobre, reduzindo ou prevenindo situações de vulnerabilidade social. (YAZBEK, 2010).

Observa-se que na década de 1990 como avanço da luta pela Reforma Sanitária<sup>1</sup>, uma das propostas seria a implantação do Sistema único de Saúde - SUS, produto de lutas dos profissionais de saúde e dos movimentos populares; o SUS teria como função assegurar que o Estado atuasse mediante a democracia e os direitos. A proposta do SUS é implementada através da Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que solicita além de outros aspectos, a municipalização do modelo de assistência à saúde que irá abranger a integralidade, contemplando além da assistência individual. (CARVALHO, 2013)

E, assim, se destaca que no governo de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002, a saúde é compreendida “[...] como um direito fundamental e há o compromisso em garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. [...]”. (BRAVO; MATOS, 2004, p.15) considerando que no Brasil os direitos sociais estão assegurados na CF, explícitos no Artigo 6º ressaltando que: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2016, p.18). Deste modo, o profissional do Serviço Social é convocado a intervir no campo social e no trabalho à efetivação dos direitos sociais da classe trabalhadora, seja no âmbito da educação, saúde, assistência e outros.

Contudo, apesar do assistente social lidar com os direitos assegurados pela Carta Magna, esses profissionais não têm autonomia para cumprir suas atividades de forma independente, seja pela sua jornada de trabalho ou até mesmo por correlação de forças com a instituição empregadora, como lamamoto destaca neste trecho:

Verifica-se uma tensão entre projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador

1 CFESS (2010, p.19) “A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado”.

assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, às quais são socialmente forçados a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se. (IAMAMOTO, 2015, p. 416)

Apesar do Assistente Social estar regulamentado como profissão liberal, o profissional não dispõe de total autonomia no seu exercício profissional, seja ela em âmbito técnico e/ou organizacional. Porém, uma das formas de lidar com essa situação é ampliando o comprometimento com os interesses da classe trabalhadora, garantindo-lhes os direitos civis, sociais e políticos, assim como ter compromisso com a autonomia e emancipação do indivíduo, mas, para que isso se dê de fato é necessário amparar-se no Código de Ética profissional, conforme o autor destaca:

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. [...] (NETTO, 2008, p. 155).

Enquanto profissionais da área da saúde, os assistentes sociais devem estar articulados a seguimentos que cumprem os princípios do SUS, reforçando o Projeto da Reforma Sanitária, e mais, como destaca Bravo e Matos (2004, p.17) o assistente social deve, “[...] formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde [...]”, sempre amparando-se no projeto da profissão que norteará sua atuação direcionando o seu exercício profissional para dar respostas às demandas dos usuários que são apresentadas cotidianamente.

Cabe ressaltar que, apesar de datados em épocas diferentes, os princípios que constam no Projeto Ético Político Profissional do serviço social e os princípios que fundamentam a reforma sanitária, possuem consonância, ambos defendem uma nova concepção de atuação perante os direitos dos usuários. Nesta direção,

Destaca-se, a partir do exposto, que há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade. (CFESS, 2010, p.26)

Os profissionais nesta área atuam em quatro eixos, os quais são explicitados nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde “[...] atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. [...]” (Ibidem, 2010, p.41) Terá também que conhecer alguns conceitos que são de suma importância no que se refere à saúde, como, o conceito ampliado de saúde, a intersetorialidade, a integralidade, a interdisciplinaridade e a participação social. Deste modo, o profissional deve abster-se de abordagens tradicionais funcionalistas e

pragmáticas, pois essas reforçam as práticas conservadoras, e, para que ocorra a superação dessas práticas, os profissionais devem fazer análise crítica a partir da realidade do usuário, no enfrentamento às questões rotineiras, fortalecendo ações voltadas a proteção, prevenção e promoção de saúde. (Ibidem, 2010, p.34)

Com o avanço do neoliberalismo no Brasil, um dos fatos mais evidentes desse traço político neoliberal ocorreu em 2016 com o golpe (ou impeachment dependendo da versão contada)<sup>2</sup> da Presidenta Dilma Rousseff. A partir desse episódio, o então Presidente da República Michel Temer deslegitima a Constituição Federal vigente com a Emenda Constitucional 95 (PEC da Morte), implementando o congelamento das despesas públicas por até 20 anos, “[...] A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal.” (MENESES et al, 2019, p.61)

Outro desafio para a proteção social na atualidade está no contexto da Pandemia do Covid-19 “[...] doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China.” (OPAS, 2020). Além da questão de sanitária, em que milhares de pessoas já perderam a vida, os impactos vão mais além, e atingem o cidadão em diversos seguimentos, como econômicos e sociais, aspectos esses que também fazem parte do conceito ampliado de saúde.

Com o governo Bolsonaro a situação fica ainda mais complicada, pois “a cada piscar de olhos” um direito é retirado do cidadão, e estando em contexto pandêmico, a desproteção social fica mais latente, constituem características desse (des) governo:

[...] continua com a intenção deliberada de tensionamento social que tem todos os ingredientes para elevar as perdas de renda e de acesso a bens e serviços para a maioria da população, com a elevação das tensões, violências e inseguranças sociais. Isso indica ainda maior redução da proteção social e do bem-estar social da maioria da população, aproximando-se aceleradamente de uma situação de barbárie social, no decorrer de uma das maiores pandemias que o país já enfrentou. (CASTRO, 2020 p.13)

A saúde a partir da CF/1988 é compreendida como uma das políticas que compõem a seguridade social<sup>3</sup>, e assim como outras políticas públicas e sociais foi e continua sendo alvo de luta e resistência, e o assistente social é um ator fundamental nesse campo de luta, pois ele é um agente transformador na mediação dessas políticas.

Portanto, se aborda a seguir a prática do profissional assistente social residente na área da saúde, e para tal, torna-se necessário conhecer como acontece o processo na Residência Multiprofissional em Saúde e como os profissionais residentes continuam a existir e resistir neste espaço de garantia de direito do cidadão que é o SUS.

## **Particularidades da Formação na Residência Multiprofissional em Saúde**

No Brasil, instituída conforme a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, no Artigo 13, a Residência em Área Profissional da Saúde é definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, direcionada para o ensino em serviço às categorias profissionais da área de saúde, excetuando a médica, e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), com a organização e funcionamento compartilhados entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2005).

2 Nesta reflexão se debate na perspectiva do golpe, golpe ao povo, aos direitos sociais.

3 Entende-se a seguridade social a partir da Carta de Maceió “[...] como um padrão de proteção social de qualidade, com cobertura universal para as situações de risco, vulnerabilidade ou danos dos cidadãos brasileiros” (CFESS, 2000, p.1).

A Residência Multiprofissional em Saúde - RMS tem como característica principal a realização do trabalho em saúde, a partir da sua capacidade político pedagógica, abrangendo as seguintes áreas profissionais: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Assim, a RMS possibilita a inserção de profissionais jovens (majoritariamente) no mercado de trabalho principalmente em áreas preferencialmente do SUS. (SILVA, 2018).

A diversidade de áreas profissionais da RMS se configura a partir da característica da interdisciplinaridade<sup>4</sup>, uma potencialidade inovadora da proposta. Desta forma a atuação acontece de forma multiprofissional no mesmo campo de trabalho, contudo, sem esquecer a especificidade de cada categoria, observando o núcleo de cada profissão, pois “[...] é na dinâmica de trabalho das equipes multiprofissionais que se conjugam os saberes e práticas do campo com os conhecimentos e técnicas de cada núcleo [...]” (FERNANDES; RIBEIRO, 2016, p. 58)

Considerando que os residentes estão em formação, refletir sobre esse processo torna-se essencial. Deste modo é necessário apontar outros atores, como os tutores e preceptores, figuras que garantem a supervisão teórica e prática desses profissionais. O preceptor deve estar inserido na mesma equipe e espaço ocupacional que o residente, pois este fará as “pontes” entre os demais profissionais e o ambiente de trabalho, já o tutor “[...] deve partir de uma orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico práticas e práticas do residente por meio do estudo, da avaliação e da reflexão [...]” (SILVA; CASTRO, 2020, p.133)

Partindo da realidade do município de Palmas, a Lei nº 2.240 de 23 de março de 2016, reestrutura o Programa Integrado de Residência em Saúde – PIRS, que integraliza os Programas de Residências Médicas. O PIRS conta atualmente com os seguintes programas: Saúde Mental, Saúde Coletiva, Saúde da Família e Comunidade, Enfermagem Obstétrica, Clínica Integrada de Adultos e Medicina Veterinária. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2016, p.01). O programa é ofertado na modalidade de pós-graduação *latu sensu*, de ensino em serviço, por um período de dois anos, com carga horária semanal de 60 horas, divididas entre atividades práticas, teórico-prática, trabalho e Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), em regime de dedicação exclusiva, totalizando ao final do curso 5.760 horas. (RODRIGUES, 2016).

A formação da residência, nas reflexões de Silva e Castro (2020), apesar das contradições (carga horária excessiva, trabalho precarizado, mão de obra barata, etc.) é um importante meio de tensionamento da superação do modelo biomédico, ampliando o cuidado para outras categorias profissionais, e para outros setores que não são diretamente os da saúde. E essa formação aprofundada na relação teoria e prática a partir das vivências nos cenários, poderá criar um perfil de profissionais com condições de intervir no processo de saúde-doença da sociedade.

Deste modo, foi relevante contextualizar até aqui o que é RMS, e como ela se estrutura no município de Palmas, para que então, se possa a seguir discutir o funcionamento das estratégias de proteção social no Programa de Saúde Mental.

## Saúde mental e proteção social: resultados e discussões

Para o Serviço Social, trabalhar com usuários dos serviços de saúde mental, é além de tudo trabalhar com os direitos sociais desse público, não se limitando apenas a questão da saúde - clinicamente e subjetivamente falando -, mas, com o conceito ampliado de saúde, que também inclui os determinantes sociais no processo entre saúde e doença em que “[...] o social passa a integrar a leitura e trabalho clínico de muitos trabalhadores da saúde/saúde mental, haja vista que o clínico ser julgado ao político, na perspectiva de alterações nas relações de poder na sociedade [...]” (ROSA, 2016 p. 20). Ou seja, a subjetividade do indivíduo, o adoecimento mental, está imbricado também a questões de cunho social, advindas do modo

4 “[...] a prática interdisciplinar coloca-se como potencializadora da integração que permitiria uma compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde, pela interação entre os profissionais e a articulação entre os diversos saberes e fazeres presentes no trabalho em saúde, possibilitando deste modo outras formas de relação entre os sujeitos envolvidos no processo. A perspectiva interdisciplinar, no trabalho em saúde, identifica-se com alguns aspectos que vem sendo tratados como Novas Formas de Organização do Trabalho [...]” (MATOS et al, 2009, p.864)

de produção capitalista, de modo que, o usuário tem que ser acompanhado na sua totalidade, como um sujeito de necessidades integrais.

Com o objetivo aprofundar sobre o assunto e as nuances que envolve o processo de trabalho e a proteção social, da/o assistente social inserido no Programa de Residência em Saúde Mental, foi utilizada a pesquisa qualitativa representada através do roteiro de entrevista aplicado de maneira remota aos residentes assistentes sociais de saúde mental alocados nos Centro de Atenção Psicossocial II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Consultório na Rua. Deste modo, foram escolhidos nomes fictícios para os sujeitos de pesquisa, com o intuito de manter o anonimato dos participantes. Assim, os nomes escolhidos para os sujeitos em análise foram nomes de planetas (MERCÚRIO, VÊNUS e SATURNO)

Para a realização da pesquisa, a proposta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas que, outrora fora submetido na Plataforma Brasil. Deste modo, a partir do parecer de número 4.262. 286 favorável para execução, deu-se continuidade com o estudo.

Utilizou-se a como procedimento de coleta de dados a entrevista semiestruturada<sup>5</sup>, baseada em um formulário norteador, mas não se limitando a ele, pois a condição da pesquisa permite a flexibilidade de interação entre pesquisador e participante, além de referências bibliográficas que embasaram cientificamente as reflexões pontuadas.

Para as informações obtidas com os dados coletados, se utilizou a análise de conteúdo. A pesquisa como um todo, pretendeu dialogar com o método dialético-crítico em que “[...] não resulta de descobertas abruptas ou de intuições geniais – ao contrário, resulta de uma demorada investigação” (NETTO, 2011, p.17), e assim a partir da análise da realidade na sua totalidade compreender os processos que permeiam a realidade apresentada.

Mas que tipo de proteção social está se referindo? Qual a compreensão das profissionais sobre o assunto? Inicialmente as entrevistadas foram questionadas sobre a percepção da temática, assim uma das profissionais respondeu: “Ela é um conjunto de políticas, um conjunto de trabalho que vai atender a população, então acredito que a proteção social vai para além da saúde, para além da assistência.” (MERCÚRIO, 2020). Referindo em sua fala, que o cuidado não se limita apenas ao âmbito da saúde, e efetivar direitos nessa seara está longe de ser algo fácil e rotineiro, pois pessoas com transtornos mentais no Brasil e no mundo, são historicamente violadas e desprotegidas dos seus direitos. Refere-se inclusive a direitos básicos como “[...] direito de ir e vir, de possuir documentação; de estabelecer e manter laços afetivos, uma vez que, vivendo em hospitais por muitos anos, tinham rompidos seus vínculos familiares e/ou outros contatos sociais [...]” (FERNANDES; RIBEIRO, 2016, p.62)

O Assistente social em seu processo de trabalho com usuários bem como com os familiares de saúde mental deve analisar e intervir para o alcance dos direitos sociais que estejam sendo violados, perceber aquele sujeito na sua totalidade, pois como relata a entrevistada: “[...] o usuário vai lá buscar a saúde, e você vai fazer essa ligação, essa ponte, para garantir os direitos do cidadão, justamente para aquelas pessoas que estão em situação de vulnerabilidade social [...]” (VÊNUS, 2020). Portanto, o trabalho do profissional assistente social residente deve estar focado no sujeito e nas questões singulares que o atinge, assim como, fazer uma análise profunda sobre cada usuário e suas necessidades. Um dos destaques desse trabalho é que ele “[...] deve ter como guia o princípio da integralidade que pressupõe considerar: as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam a população com vinculação expressiva com suas condições de vida e trabalho [...]” (FERNANDES; RIBEIRO, 2016, p.62).

Existem várias formas de intervir no acompanhamento desses usuários, como é apontada por uma das profissionais entrevistadas, pois na sua compreensão do que é proteção social e como ela imprime na sua rotina, traz um direcionamento de sua prática: “[...] está muito relacionada aos determinantes e condicionantes da saúde, sobre a questão de encaminhar a pessoa na questão de trabalho, fazer alguma inscrição em algum curso [...]” (SATURNO, 2020). Sobre a questão do trabalho pontuada pela profissional, a dificuldade de inserção dos usuá-

5 Entrevista realizada na modalidade remota via Google Meet respeitando as medidas de distanciamento social recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, devido a pandemia do Covid-19.

rios de saúde mental no mercado de trabalho é potencializada pelos preconceitos e estigmas relacionados a loucura, deste modo, como refere a autora: “[...] a inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho pode produzir efeitos singulares, subjetivos e de cidadania, que são fundamentais no marco da atual sociabilidade.” (GOMES, 2017, p.63).

Na intervenção junto aos usuários da RAPS uma das estratégias de ação é o trabalho com a família, esta é vista como uma potencialidade e um dos pilares da proteção social, não a única, pois não se deve eximir a responsabilidade do Estado que antecede a da família, conforme reforça Santos (2017, p. 178-179) “Ao fazer referência que proteção social é um dever partilhado, cabe a identificação das responsabilidades em que o Estado tem para com as famílias [...]”, assim ao trabalhar com família “[...] reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos.” (MIOTO, 2010, p.168)

Ao levantar a questão do trabalho com a família, e se a proteção social acontecia de forma específica ao usuário, ou se ela é estendida aos familiares dos usuários atendidos, uma das entrevistadas responde: “Eu acredito que ela é estendida a família. Seria o ideal, porque a família do usuário de drogas também vive um adoecimento, um sofrimento (SATURNO, 2020). Essa extensão a qual a profissional se refere acontece por meio de atendimentos individuais à família do usuário, por meio de orientações e apoio no grupo de família através da escuta e intervenção nas suas necessidades emergentes. Assim, como retrata a reflexão da residente assistente social: “[...] não adianta tratar só o usuário e a família do usuário estar passando por fome, por violência, então aí que entra a questão da proteção social” (VÊNUS, 2020). Além de fortalecer os vínculos entre usuários e familiares, essa abordagem com a família identifica outros aspectos de violação de direitos, e vai buscar na intersectorialidade caminhos para resolução desses problemas sociais.

[...] na perspectiva de construção de estratégias políticas que possam levar os cuidadores familiares a se expressarem melhor em torno de suas necessidades específicas, conjugando a luta pela cidadania da pessoa com transtorno mental com a luta pela sua própria cidadania, reforçando o Estado na provisão e na manutenção da divisão de cuidados com as famílias e a comunidade, assim como a atuação em prol das dimensões protetivas, principalmente em contextos vulnerabilizantes, como é o caso do transtorno mental. (ROSA, 2017, p.155)

É possível observar o reconhecimento do “fator social” no processo de saúde-doença, pois “[...] sua intervenção se situa nos vários níveis dos determinantes sociais: o dos indivíduos, o das redes sociais e o das condições sociais, econômicas e culturais.” (FAZENDA, 2017, p.213).

Nas falas das entrevistadas é sinalizado que o cuidado dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental vai para além de intervenções clínicas e psicológicas, que a proteção social a esses indivíduos é fundamental para o processo de “cura”, pois as condições subjetivas também são determinadas pelas condições sociais as quais os sujeitos se encontram.

## Considerações Finais

Mais de 30 anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a proteção social que na proposta constitucional segue a linha da concessão dos direitos sociais aos cidadãos vem sendo continuamente ferida, com cortes e retiradas desses direitos a partir do avanço das políticas neoliberais. Isto se torna em um grande desafio para os assistentes sociais que tem como objeto de intervenção a mazelas produzidas pelo capitalismo, atuando na perspectiva de mediação e garantia de direitos aos usuários do espaço ocupacional em que estão inseridos, e na limitação deste estudo, na área da saúde propriamente dita, que para além dos desmontes que vinha sofrendo agudizada pela “PEC da Morte”, encara o contexto mundial da pandemia da Covid-19.

Uma das estratégias de luta desses profissionais que estão no enfrentamento diário, re-

sistindo e tensionando o sistema, é apropriar-se dos direcionamentos do Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social, que corrobora com os princípios da Reforma Sanitária, e assim, estar articulado com os trabalhadores e usuários do SUS, possibilitando o acesso, fomentando a participação popular, bem como refletindo e intervindo por meio da sua prática através da pesquisa, e assim, relacionando a saúde com a profissão. (CFESS, 2009)

E, o universo da Residência Multiprofissional em Saúde, além de um espaço de formação de assistentes sociais especialistas nas áreas da saúde, é também de acordo com a proposta do programa, um campo de atuação e intervenção nos processos de prevenção de doenças e promoção de saúde dos usuários. Desta forma, Silva e Dalbello-Araujo (2019, p.1242), compreende que um dos papéis da residência “[...] é promover mudanças na atenção à saúde, buscando a integralidade das ações prestadas em acordo com uma política de educação permanente para a formação de trabalhadores para o SUS.” Assim, falar da prática profissional do residente assistente social, conforme Silva e Brotto (2016) é referir a um profissional que desburocratize o sistema, que busque agilidade e resolutividade das demandas trazidas pelos usuários da RAPS, pois a proposta da residência é além de tudo refletir e criticar sobre as reformas e contrarreformas no SUS.

## Referências

BOSCHETTI, I. A política de seguridade social no Brasil. In: CFESS (ORG). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS: Brasília, 2009. p. 323-339.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E.; et al (ORGs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília: DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 88-110.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Reforma sanitária e projeto ético-político: elementos para o debate. In: MOTA, A. E.; et al (ORGs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília: DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 197-241.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 12 fev. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2005.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, n. 27, v. 78, p. 1-22, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

CASTRO, J. A. de. Proteção social em tempos de Covid-19, (préprint), **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1186/version/1271>. Acesso: 19 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistente Social na**

**Saúde.** Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. CFESS: Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 12 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Em defesa da reforma Sanitária e do Projeto Ético-político do Serviço Social na Saúde. In: **CFESS Manifesta Serviço Social na Saúde**. Brasília, 8 de junho de 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/seminariosaude2.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

FAZENDA, I. Serviço social, direitos humanos e saúde mental. In: DUARTE, M. J. de O; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M da S. (ORGs). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 209-229.

FERNANDES, J. C.; RIBEIRO, C. S. Saúde mental e serviço social: entre o campo e núcleo. In: ROSA, L. (ORG). **Atenção Psicossocial e serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016. p. 45-72.

GOMES, T. M. da S. Reflexões sobre o processo de implementação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil neoliberal. In: DUARTE, M. J. de O; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M da S. (ORGs). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 51-66.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempos de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, de R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17.ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2005.

MATOS, E. M.; et al. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 62, v. 6, nov./dez., p. 863-9, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a10v62n6.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MENEZES, A. P. do R.; et al. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública: austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 5 (especial), v. 43, p. 58-70, dez, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MIOTO, R. C. T. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, n. 2, v. 12, p. 163-176, jan./jun., 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>. Acesso em: 14 fev. 2020.

NETO, J. P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E.; et al (ORGs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília: DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p.141-160.

NETO, J. P. **Introdução ao estudo do método em Marx**. 1ª ed., São Paulo, Expressão Popular, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **O que é COVID-19?**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 19 fev. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS. Câmara Municipal de Palmas. **Lei nº 2. 240, de 23 de março de 2016**. Reestrutura o Programa Integrado de Residências em Saúde e o Programa Municipal de Bolsas de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho, instituídos pela Lei nº 2010, de 12 de dezembro de 2013, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Pal-

mas, Palmas, TO, 23 mar. 2016. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/02/LEI-2240-2016-Reestrutura-o-PIRS-e-PET-Palmas.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2021.

RODRIGUES, T. de F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? **Serviço Social & Saúde**, Campinas, n. 1, v.15, p. 71-82, jan./jun., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ROSA, L. C. dos S. Ganhos da ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. In: DUARTE, M. J. de O; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M da S. (ORGs). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 141-159.

SANTOS, R. dos. Modo(s) de (des)proteção social da família. In: SANTOS, R.; DAL BELLO, M. G. (ORGs). **Família que vive do trabalho e proteção social: três perspectivas de análise**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. 238p.

SILVA, C. A. da; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 123, v. 43, out./dez., p. 1240-1258, 2019. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf). Acesso em: 10 fev. 2021.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Katálysis**, Florianópolis, n. 1, v. 21, p. 200-209, jan./abr., 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802018000100200](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000100200). Acesso em: 10 fev. 2021.

SILVA, L. B. da. A questão da formação dos assistentes dos assistentes sociais nas residências. In: SILVA, L. B. da; CASTRO, M. M. de C. e (ORGs). **Serviço social e residência em saúde: trabalho e formação**. Campinas: Papel Social, 2020. 184 p.

SILVA, L. B. da; CASTRO, M. M. de C. e. Tutoria e Preceptoria de Assistentes Sociais na Residência em Saúde. In: SILVA, L. B. da; CASTRO, M. M. de C. e (ORGs). **Serviço social e residência em saúde: trabalho e formação**. Campinas: Papel Social, 2020. 184 p.

SILVA, L. da C e; BROTTTO, M. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 37, v. 14, p. 126-149., 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/25396/18360>. Acesso em: 14 fev. 2020.

YAZBEK, M. C. **Sistemas de proteção social, intersectorialidade e integração de políticas sociais**. Janeiro 2010. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF07/Carmelita%20Y.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

Recebido em 20 de fevereiro de 2021.

Aceito em 24 de fevereiro de 2021.