



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil

POLÍTICA DE SAÚDE E O TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS:

Dimensão social da saúde e a perspectiva interseccional como norteadora das ações
profissionais

MATHEUS OLIVEIRA DE PAULA ¹

Resumo: O artigo aborda a política de saúde e o trabalho das assistentes sociais, enfocando a importância da dimensão social da saúde interpretada através de lentes interseccionais de classe, gênero e raça. Intenta-se indicar a importância de aprofundar as análises sobre o processo saúde-doença-cuidado, na prática profissional da assistente social na saúde, através de uma apreensão de determinações estruturais que deslocam-se interseccionadas. Através do levantamento bibliográfico dos estudos contemporâneos sobre interseccionalidade e saúde, observou-se como intervenções realizadas a partir de uma perspectiva interseccional de classe, gênero e raça atuam mais na garantia de direitos e na diminuição de desigualdades.

Palavras Chaves: Política de saúde; Serviço Social na saúde; trabalho profissional; interseccionalidade; dimensão social da saúde.

Abstract: The essay aims to reflect about health policy and the work of social workers, focusing on the social dimension of

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal Fluminense

health interpreted through the intersectional lens of class, gender and race. It is intended to indicate the importance of deepening the analysis of the health-disease-care process, in the professional practice of the social worker in health, through an apprehension of structural determinations intersected. Through the bibliographic survey of contemporary studies on intersectionality and health, it was observed how interventions carried out from an intersectional perspective of class, gender and race act towards guaranteeing rights and reducing inequalities.

Keywords: Health policy; Social Service in Health; professional work; intersectionality; social dimension in health.

I - INTRODUÇÃO

Os sentidos sobre saúde e doença passaram por diferentes mudanças durante os séculos, permeados por dimensões socioculturais, a partir de formas de compreensão do mundo, da sociedade e da relação com a natureza. Almeida-filho (2011, p.15) buscando compreender a complexidade que envolve essa dimensão, e suas bases epistemológicas, pergunta: “O que é saúde?”, ao passo que:

Para responder a tal questão, podemos tomar como pressuposto, apenas para início de apreciação analítica, que saúde é um problema simultaneamente político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos.

A complexidade da apreensão sobre o que é saúde envolve e mobiliza diversos conhecimentos e epistemologias, assim, perpassam: práticas cotidianas; atividades institucionalizadas da medicina ocidental; saberes tradicionais; teorização acadêmica; e uma diversa e múltipla compreensão dos atores sociais que perfazem a construção sócio-histórica do conhecimento sobre o que se entende por “saúde” no Brasil.

Uma abordagem que dê conta de explicar a complexidade e as contradições dos fenômenos sobre saúde-doença aponta para a compreensão histórico-social desse processo. Aprender a saúde em sua totalidade, sua demarcação histórica, social, territorial

e política, realizando as mediações entre totalidade, particularidade e singularidade, é essencial para interpretar as dificuldades e desigualdades contemporâneas, vislumbrando intervenções que sejam articuladas através de uma ótica interseccional de classe, gênero e raça.

As assistentes sociais, inseridas em equipes multiprofissionais, atuando na política de saúde, lidam na dinâmica do trabalho profissional com a dimensão social da saúde, frente as desigualdades sociais em saúde que produzem e reproduzem o adoecimento. Assim, é fundamental intervenções que enfoquem a dimensão social da saúde através de lentes interseccionais de classe, raça e gênero, compreendendo as mediações e particularidades da formação social e histórica brasileira.

As políticas sociais não são “coisas/fatos” abstratos, circunstanciado por benesse e/ou bondade política de atores políticos representantes do poder nas democracias ocidentais, mas sim, são construídas materialmente em determinadas conjunturas históricas, na qual a correlação de forças se abre favoravelmente aos sujeitos sociais em lutas políticas por melhores condições de vida.

Assim, refletir sobre a política de saúde, com envergadura para a dimensão social da saúde, e o trabalho das assistentes sociais na saúde, através de lentes interseccionais, é fundamental para indicar intervenções que sinalizem uma ampliação do direito à saúde, minorando as desigualdades sociais em saúde, e a garantia da saúde pública através do Sistema Único de Saúde (SUS), público, gratuito e de qualidade.

Breves indicações sobre a formação social e histórica brasileira

A formação sócio-histórica brasileira é basilar para compreender e estudar a política de saúde e as desigualdades que atingem os sujeitos sociais. Evidencia-se a necessária fundamentação histórico-social da estrutura dos problemas sociais, reproduzidos na sociabilidade vigente, balizando intervenções profissionais das assistentes sociais na saúde, através de uma leitura interseccional de classe, gênero e raça, contribuindo para o fortalecimento dos direitos dos usuários do SUS.

A construção da sociedade brasileira foi marcada pelo genocídio da população nativa, escravização da população negra diaspórica e pela inserção do ideário europeu, cis-hetero-patriarcal e branco. A produção do que se entende por Brasil foi uma história marcada por violência, violações, mortes e silenciamento, contudo, é fulcral demarcar que

esse processo não foi pacífico, mas sim, demarcado por lutas, resistências (MOURA,1987) e contradições que são próprias da realidade social.

Esses processos que se sucederam na construção da sociedade brasileira dão a métrica das relações sociais contemporâneas, dessa forma, problemas estruturais são (re)produzidos, agudizados por novas matizes conjunturais. O capitalismo no Brasil foi constituído de maneira dependente (MARINI,2013) a partir de uma economia agro-exportadora (IANNI, 1994), repondo relações de colonialidade (QUIJANO, 2005) ainda presentes na cena contemporânea.

Assim, a construção da sociedade brasileira e as relações políticas entre os atores sociais passaram por processos clientelistas, patrimonialistas e paternalistas, na construção de políticas públicas e sociais, vinculado ao ideário de “benesse”, em contraponto ao direito de cidadania.

No bojo desses processos de violência e expropriação denota-se como central o racismo, como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira (GONZALES,1984), e que exerce processos de exclusão e violência – simbólica, física, material e psicológica – sobre a maior parte da sociedade brasileira que é composta pela população negra (IBGE,2020). Alia-se a esse panorama o processo de “embranquecimento” vivido no Brasil, desembocando, no “mito da democracia racial” que oculta e mistifica o racismo e o sexismo presentes na cultura brasileira (GONZALES,1984).

O patriarcalismo foi um dos elementos ordenadores na construção da sociedade brasileira. O poder masculino constituiu a base da colônia brasileira, durante o período da colonização, traduzindo e reproduzindo um modelo ocidental de organização da sociedade. Segundo Melo & Thomé (2018, p.54):

As origens da opressão feminina remontam aos primórdios do direito romano, posteriormente sedimentado pelo direito canônico. Para a sociedade brasileira, devemos buscar suas raízes em Portugal, juntar com os fios indígenas presentes na chegada dos europeus e, ainda no século XVII, somar-se à chegada da população escravizada africana. Devemos chamar atenção para Portugal, o império que conquistou a terra Brasilis e que, como os demais Estados europeus, tinha como marca a misoginia. O desenvolvimento do Estado português não se fez de forma distinta e também neste o status feminino não teve desenvolvimento diferente do resto das demais sociedade europeias. (...)

Na constituição do capitalismo brasileiro, e do necessário espraiamento da ideologia dominante sobre as práticas e costumes de grande parte da população, a função moral torna-se central como componente ideológico na normatização de práticas sociais que se vinculem a construção de uma sociedade “moderna”. A constituição do papel da mulher²

2 A representação e os papéis sociais de gênero designados, dentro dos marcos burgueses, para o “ser

reorganiza-se, vinculado as necessidades de reprodução da ideologia burguesa (RAGO,1985).

Apreender a dimensão social da saúde e as desigualdades em saúde – que são fruto das desigualdades estruturais e estruturantes dessa sociabilidade – passa pela compreensão e centralização das questões em uma perspectiva interseccional que considere as relações (im)postas pelo ideário eurocêntrico, assim, articula-se as categorias de raça/etnia, gênero, sexualidade, classe como centrais para a análise, tal qual, diversas outras dimensões de representação e reprodução do poder na sociedade contemporânea que normatiza e binariza as formas de ser e reproduzir-se socialmente.

II – DESENVOLVIMENTO

Dimensões sociais da saúde: A determinação social do processo saúde-doença e as possibilidades do SUS

A agenda da dimensão social da saúde entra na pauta das discussões sobre saúde no Brasil a partir das lutas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) – durante o período da redemocratização e da constituinte, desembocando na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) – nesse sentido, aglutinou-se debates da saúde coletiva brasileira e da medicina social latino-americana. A categoria de análise utilizada para refletir sobre os processos sociais que interferem no adoecimento se encadeou a partir da “determinação social do processo saúde-doença”.

Essa compreensão de bases históricas e sociais é influenciada por influxos do pensamento marxista, ainda que não se tenha um panorama homogêneo na área, no que concerne a apreensão de categorias. A saúde passa a ser apreendida não mais como ausência de doença, compreende-se, agora, sua historicidade e sua relação com os processos sociais, e como a dinâmica e organização societária interfere diretamente nos níveis de saúde dos indivíduos e da coletividade. Laurell (1981, p. 12-13) aponta que:

mulher”, com a sua representação social, política e simbólica na divisão social, sexual e racial do trabalho deve ser considerada em uma perspectiva de totalidade sobre as diversas formas de “ser mulher”, quanto aos marcadores sociais de raça/etnia, classe, gênero, sexualidade. Assim, as mulheres em suas particularidades sofrem as violências de maneira diferente, no que tange, como exemplo, a relação das mulheres com o lar e com o trabalho, que foram diferentes historicamente para mulheres brancas e mulheres negras, tal e qual para mulheres lésbicas e trans.

Por el proceso salud-enfermedad de la colectividad entendemos el modo específico como se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. (...) Surge de inmediato una pregunta, ¿por qué el proceso salud-enfermedad tiene carácter social, si está definido por los procesos biológicos del grupo? (...) Por una parte, el proceso salud-enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino es necesario aclarar cómo está no se ágora en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico.

Na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a dimensão social da saúde ganhou um lugar central. Abandonou-se a compreensão da saúde entendida estritamente através da biologia/patologia, vislumbrando um conceito ampliado de saúde que converge na importância da dimensão social. A Lei 8.080/90 (BRASIL,1990), que organiza a saúde no Brasil, em suas disposições gerais, assim coloca:

Art.3. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

A lei 8.142/90 (BRASIL,1990), que compõe o conjunto regulamentar do SUS, dá ênfase para a centralidade da participação da comunidade e o controle social sobre a política de saúde, asseverando princípios democráticos e participativos, fortalecendo a cidadania e a construção de políticas sociais. Visando atribuir êxito ao conceito ampliado de saúde, compreender e intervir a partir da dimensão social da saúde é de fundamental relevância, já que se articula as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como demanda respostas formuladas de maneira intersetorial.

A apreensão da saúde a partir da sua dimensão social traz chaves de análises e categorias importantes para refletir sobre as desigualdades em saúde, sob a luz das relações sociais. Assim, evidencia-se que a determinação social do processo saúde-doença "(...) estaria, desse modo, relacionada a forma de organização da produção na sociedade, que causam desigualdades, compreendidas de maneira estrutural e estruturante do modo de produção capitalista (...)" (PAULA,2021, p.24).

Compreender saúde-doença enquanto um processo social, histórico, político e cultural é imprescindível para realizar as mediações entre a totalidade, particularidade e singularidade. Avançando nessa compreensão, alguns estudos contemporâneos trabalham a análise do processo saúde-doença sob lentes interseccionais (BARBOSA et. al,2021;

CORRÊA et.al., 2021; OLIVEIRA et. al., 2021). Os marcadores sociais da diferença são extremamente importantes para compreender como os sujeitos sociais são interseccionados por diferentes relações de poder e atravessados por desigualdades que se relacionam (OLIVEIRA; COUTO; SEPARAVICH; LUIZ, 2020). Segundo Oliveira et.al (2020, p. 2-3):

A abordagem interseccional considera que nenhuma diferença deve ser reduzida a um único sistema classificatório, a fim de não perder a força da articulação que propõe para os marcadores sociais da diferença, para assim compreender as várias dimensões das desigualdades que conformam e influenciam as posições sociais, as experiências dos sujeitos e as relações de poder que estabelecem na sociedade. (...) A utilização da abordagem interseccional na saúde congrega a perspectiva da equidade e justiça social. O debate, posto desde a primeira década do atual século, considera os arranjos estruturais dos marcadores sociais da diferença, buscando ir além do reconhecimento da natureza multidimensional das iniquidades em saúde. Além disso, propõe a elaboração de desenhos de pesquisas e modelos de análise capazes de medir e analisar simultaneamente, a multidimensionalidade dos marcadores sociais da diferença em processo de iniquidade em saúde.

Assim, é necessário interpretar os processos que acometem a saúde como históricos, bem com suas contradições que são imanentes aos processos sociais, apreendendo como as dimensões e relações entre gênero, raça e classe interferem no processo saúde-doença da coletividade. Desse modo:

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito ao processo saúde-doença em si, bem como ao acesso e utilização de serviços de saúde. As desigualdades em saúde no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. Há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis. (BARATA,2009, p.20)

As desigualdades em saúde não são naturais e/ou inatas, como a retórica liberal (re)produz através da ideologia dominante, mas são frutos de relações desiguais que estão no bojo das opressões/explorações que ocorrem dentro da sociabilidade vigente. Para Motta (2018, p.75) "(...) os processos de diferenciação histórica determinaram desigualdades e exclusões, originando discriminações de identidades que tiveram (e ainda têm) efeitos nos processos políticos, econômicos, culturais e sociais."

Os processos que acometem a saúde individual e coletiva, tal e qual os níveis de saúde do Brasil, estão relacionadas as dinâmicas estruturais da formação social e histórica

brasileira, bem como elementos conjunturais que inflexionam a construção de políticas sociais. Assim, compreender a determinação social do processo saúde-doença, através de lentes interseccionais, é desvelar como o racismo, o heterossexismo e o classismo atuam conjuntamente na produção e reprodução de violências, silenciamentos, e ambientes que adoecem a coletividade e os indivíduos que são marcados pelas diferentes formas de opressão. Desse modo, mostra-se necessário criticar essa hegemonia cis-hetero-patriarcal, branca, classista e europeia, na construção de uma contra-hegemonia (hooks,2015).

É substancial apreender as relações sociais em uma totalidade, e como as identidades conformam os sujeitos sociais em uma multiplicidade complexa, rejeitando uma explicação unicausal que interpele apenas uma das relações de opressão como “modus operante” de todas as outras, necessitando encontrar as interconexões e as contradições. Os serviços e as ações de saúde, formulados, planejados e executados por sujeitos sociais podem, por vezes, reproduzir a dinâmica opressiva, afastando os indivíduos. Ora, se as desigualdades operam no plano da realidade social, de maneira contraditória, os serviços tendem a reproduzir preconceitos que se tornam barreiras de acesso. Entretanto, ao mesmo tempo, abrem-se caminhos e potencialidades para construir uma saúde que agregue a dimensão social e colabore para a enforçar processos que sejam mais horizontais e participativos, vislumbrando potenciais mudanças de paradigmas arraigados.

As assistentes sociais na política de saúde: breve trajetória profissional e alguns tensionamentos

A inserção de assistentes sociais na política de saúde é de longa data, a primeira inserção é datada na década de 1940 (MATOS,2017), tendo em 1967 a regulamentação do Serviço Social na assistência médica previdenciária³ (BRAVO,2010). Anteriormente à construção do SUS, as profissionais já realizavam um trabalho na política de saúde, em um caráter assistencial e auxiliar à prática médica. Nesse momento, a organização da saúde era a partir da medicina previdenciária, tal qual um modelo hospitalocêntrico e médico-assistencial privatista (LUZ, 1991 *apud* MATOS, 2017), no qual o médico era o detentor do

3 Segundo Bravo (2010, p.102), algumas das ações previstas: “(...)individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar de em pesquisas médico-sociais. (...)”

saber e das práticas na área da saúde.

A partir do Movimento da Reforma Sanitária, com a apreensão da determinação social da saúde; a posterior aprovação da Constituição de 1988; a construção do SUS, cristalizando a dimensão social no conceito de saúde, modificando, jurídico-legalmente, o paradigma sobre saúde-doença; bem como a guinada na profissão, em direção a teoria social crítica; as práticas e atuações na área da saúde, das assistentes sociais, foram, paulatinamente, reordenadas. As assistentes sociais foram acionadas para atuar nas equipes multiprofissionais de saúde, sendo consideradas, a partir desse momento, profissionais de saúde⁴, de modo a intervir nas expressões da “questão social” que causam desigualdades e adoecimento em saúde.

O Serviço Social Brasileiro construiu um arcabouço teórico qualificado para a intervenção na realidade social, na linha da teoria social de Marx, primando pelo aprimoramento da categoria profissional e atento às dimensões estruturais e conjunturais da realidade brasileira (ABEPSS,1996). A mudança nas formas de pensar a profissão se caracterizou em novas práticas e intervenções no trabalho coletivo em saúde, tendo as assistentes sociais, gradativamente, como imprescindíveis para a consecução do direito à saúde, como inscrito na constituição. Contudo, as intervenções não se dão aquém de tensionamentos políticos e institucionais, já que o trabalho em saúde ainda está centrado em uma perspectiva médico-hospitalocêntrica, que se ancora no saber médico, desconsiderando, ocasionalmente, a dimensão social da saúde.

O modelo médico-assistencial privatista, pautado na política de ajustes, é o que vem sendo colocado na agenda do SUS, construindo um “SUS para os pobres”, segmentando o sistema, articulado aos subsistemas privados (CFESS,2010). O trabalho da assistente social na saúde vem sendo fortemente impactado devido as contrarreformas na política de saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018), trazendo uma lógica gerencialista (MENEZES; LEITE, 2016) para a organização e execução dos serviços de saúde, que são, paulatinamente, mais adversos para a atuação das assistentes sociais – no que se refere ao vínculo de trabalho; condições para a realização do trabalho; redução e focalização das políticas sociais. Segundo Castro (2018, p.57), esse processo de redução do Estado:

(...) retomou também a família como sujeito fundamental na provisão do bem-estar. No bojo das transformações societárias pautadas no ideário neoliberal,

⁴Em março de 1997 é aprovada a Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde, a qual reconhece os profissionais de saúde, dentre eles está o assistente social. Essa aprovação reitera o reconhecimento da compreensão ampliada de saúde e da necessidade de intervenção coletiva por uma equipe de diferentes profissionais, visando a materialização do direito à saúde (BRASIL,1997).

há uma chamada à família para a responsabilização da provisão das condições objetivas e subjetivas de sua vida, ocorrendo concomitantemente uma retração da responsabilidade do Estado sob a proteção social dos membros da sociedade.

No trabalho profissional, na atuação em equipes multiprofissionais de saúde, as assistentes sociais lidam com expressões da “questão social” que interferem no processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde. A compreensão do perfil da população usuária leva a apreensão de que as questões não são individuais, mas sim coletivas e estruturantes do modo de produção capitalista e de relações de poder e dominação estruturais da sociedade brasileira.

À luz da teoria social crítica desvela-se que as condições de saúde da população se inserem em um panorama mais amplo que retrata como a produção está organizada, agregando ainda diferentes determinações e relações de opressão/exploração de gênero, sexualidade, raça/etnia e classe que se reproduzem no trabalho profissional das assistentes sociais na saúde.

Trabalho coletivo em saúde e o trabalho das assistentes sociais: a dimensão social da saúde frente ao contexto neoliberal

No atual estágio do capitalismo, financeiro-rentista, bem como com a adoção de políticas e medidas neoliberais, há um processo de mistificação da raiz dos problemas sociais, transladando-os para a sociedade civil. O discurso que se espraia, fragmenta e individualiza os problemas e as desigualdades, tendo o indivíduo, unicamente, responsabilidade por suas condições de vida. Esse processo engendra respostas profissionais fragmentadas e descoladas de uma perspectiva que considera a totalidade da realidade social (VASCONCELOS,2006), reproduzidas na gestão e execução das práticas coletivas do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde é, eminentemente, coletivo, tendo os profissionais de saúde diferentes formações e compreensão da dinâmica social. O trabalho em equipe, multidisciplinar e/ou interdisciplinar, não dilui as competências e atribuições de cada profissional, exigindo maior compreensão do seu domínio (IAMAMOTO,2002 *apud* CFESS,2010).

O trabalho nas unidades de saúde ainda é caracterizado por um modelo hospitalocêntrico médico-hegemônico, que considera apenas a patologia/biologia,

“biologizando” as dimensões sociais, tendo uma forte centralidade na figura do médico. Matos (2017, p.54-55) indica que:

O trabalho nos serviços de saúde reproduz um atendimento multiprofissional, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, onde mesmo os profissionais “co-habitando” o mesmo espaço pouco se falam. Por exemplo, se entrarmos em uma enfermaria poderemos ver enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas e outros, próximos aos usuários e realizando parceladamente o seu trabalho, sem que esses profissionais sequer se olhem e muito menos saibam o nome de seus colegas. Tal situação piora se um destes profissionais estiver fora do seu dia habitual de trabalho, já que devido ao regime de trabalho em plantão, a cada dia a instituição parece outra, pois tirante o concreto do imóvel e dos móveis e a permanência de parte dos usuários, seus trabalhadores são outros.

O trabalho orientado a partir da centralidade do saber médico, desconsidera, por vezes, a determinação social do processo saúde doença que está atrelada a dinâmica das relações sociais desiguais engendradas no modo de produção capitalista, tal e qual “tutela” os usuários do serviço de saúde – enfatiza-se que a própria caracterização das pessoas que utilizam o sistema de saúde, como “paciente”⁵ em contraponto à “usuário”, assevera essa ideia – devido as intervenções em saúde realizadas, já que esses são vistos, diversas vezes, como sujeitos sem protagonismo do processo saúde doença.

No exercício profissional as demandas aparentes no trabalho profissional têm uma dimensão estrutural que configura a totalidade dos processos sociais. Contudo, as expressões da “questão social” aparecem fragmentadas e pulverizadas, tendo o assistente social competência crítica para compreender as dimensões e conexões que ela tem com processos macrosociais. Nesse sentido, dá-se como necessário apreender as expressões da “questão social” (NETTO,2015) a partir da teoria crítica, tendo em vista os debates acumulados na categoria profissional.

A gestão das unidades de saúde sob a égide gerencialista impõe para as profissionais uma lógica produtivista, com foco na eficiência, na qual reproduz-se, reiteradamente, uma lógica perversa de alienação, na qual os usuários do sistema de saúde são vistos como “números” e/ou “leitos” a serem “desocupados”, em um processo de reificação das relações sociais (MARX, 2017), processo que se dá de mesmo modo na construção do trabalho coletivo em saúde.

A interseccionalidade acionada como uma ferramenta analítica – no campo teórico e prático – é uma estratégia fundamental para desvelar discursos e práticas que culpabilizam os sujeitos. Intervir de maneira a agregar uma perspectiva interseccional dirige-se nas linhas

5 A noção de paciente remete a um sujeito passivo, sobre o qual outra pessoa intervém, nessa relação, sobre o seu processo de saúde doença, ocultando o protagonismo que o indivíduo e a coletividade têm nesse processo.

dos princípios do código de ética, tal e qual coletiviza e posiciona as questões em um nível macroestrutural dos problemas. Isto posto, dá-se como essencial desvelar os discursos e práticas coletivas na área da saúde que reforçam perspectivas contrárias ao projeto ético político, tornando-se inteligível a vinculação das ações práticas dos assistentes sociais a determinados projetos de sociedade que, eventualmente, podem ser contrárias ao código de ética.

II - CONCLUSÃO

A importância das assistentes sociais, inseridas no trabalho coletivo em saúde, desvela assim o seu caráter político e a sua potencialidade na construção de estratégias de defesa da saúde pública e dos direitos sociais. A assistente social, pautada à luz do Código de Ética Profissional, na construção de estratégias coletivas imprime parte da sua formação e valores, compartilhados pela categoria profissional, é nesse sentido que se abrem possibilidades, dentro da sua autonomia relativa, para a construção de processos que promovam reflexões críticas e mudanças na instituição e na relação com as usuárias do sistema de saúde. Nesse sentido, fomenta discussões éticas na equipe de saúde, facultando a reflexão sobre processos sócio históricos macrossociais, relacionados à dimensão social da saúde, favorecendo a compreensão que os processos sociais não são dissociados, mas estão articulados na totalidade da realidade social de maneira interseccional.

Dois aspectos são importantes de serem salientados, que tem a potencialidade da construção de estratégias de resistência e democratização das ações e dos serviços, a saber: a dimensão política e a dimensão socioeducativa. Assim, as ações e atividades devem ser construídas de forma coletiva, com as usuárias do serviço de saúde, visando fomentar o protagonismo das mesmas, tal e qual a democratização das informações, serviços e ações, revelando-se como estratégias políticas de expansão da participação e do conhecimento coletivo. No mesmo sentido se dá a dimensão socioeducativa, devendo ser respaldada pelo código de ética, ampliando processos mais horizontalizados e de maneira dialógica, promovendo uma construção coletiva dos saberes.

No âmbito do trabalho das assistentes sociais na política de saúde, as profissionais se inserem em diferentes atividades, tanto no âmbito da execução, quanto na gestão, tendo que articular com outros profissionais, em equipes multidisciplinares, construindo estratégias

e pactuações políticas para a estruturação do trabalho coletivo em saúde. Assim, as disputas políticas que se expressam dentro das instituições, pela direção social das intervenções e ações, são mediações essenciais a serem empreendidas no trabalho profissional (YASBEK,2014).

Logo, repõe-se a necessidade de sedimentação da prática teórico crítica no trabalho profissional, a partir da apreensão das dimensões estruturais e conjunturais que conformam a realidade social.

O trabalho das assistentes sociais na saúde, a partir da contribuição de lentes interseccionais de classe, gênero e raça movimenta-se na compreensão das condições estruturais da sociabilidade vigente (COLLINS; BILGE,2021), interpretando como as expressões da “questão social” interferem e causam desigualdades nos níveis de saúde individual e coletivo. Esse processo se demarca conduzindo-se na direção do código de ética profissional. Apregoa-se a afluência das dimensões teórico-metodológica; ético-política e técnico operativa (ABEPSS,1996), em um movimento de mediações constate no exercício profissional. Assim, alinha-se aos princípios do código de ética na construção de um projeto profissional, vinculado a construção de uma sociedade sem exploração/dominação de raça, classe e gênero (CFESS,2012).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. **ABEPSS**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf Acesso em: 10 jul. 2022.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Presidência da República: Casa Civil**. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 08 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Presidência da República: Casa**

Civil. Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 08 de jul. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo temer. **Argum.** Vitória, v. 10, n.1, p. 9-23, jan-abr. 2018. Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545985>> Acesso em: 13 jul. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de; JÚNIOR, Natan dos Santos Rodrigues. Modelo de ajuste nos governos petistas em meio à ideologia da conciliação de classes: chão histórico do Golpe de 2016 no Brasil contemporâneo. **Em Pauta.** Rio de Janeiro, 2019, n.44, v.17, p.274-291. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/45245>> Acesso em: 18 jul. 2022.

CASTRO E CASTRO, Marina Monteiro de. **Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade.** São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. **CFESS.** Brasília, DF, 2010. Disponível em:< http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf> Acesso em: 12 jul. 2022.

CORRÊA, M.; MOURA,L.; ALMEIDA,L.; ZIRBEL,I. As vivências interseccionais da violência em um território vulnerável e periférico. **Saúde e Sociedade (online).** 2021, v,30, n.2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mWbM6RR4wzCTvpvqJ5tfFHB/?lang=pt#> Acesso em: 20 jul.2022.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **In: Revista Ciência Sociais Hoje.** Anpocs, 1984, p.223-244. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20Lélia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf

Acesso em: 12 jul. 2022.

Hooks, bel. “Mulheres negras: moldando a teoria feminista”, **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº16. Brasília, janeiro - abril de 2015, pp. 193-210.

IANNI, Octávio. **A ideia de Brasil Moderno.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

IBGE. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. **Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE).** PNAD Contínua. Rio de Janeiro, IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf Acesso em: 02 jul. 2022.

LAURELL, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. In: **Revista Latinoamericana de Salud**. México, 1981, p. 7-25. Disponível em:

https://www.terceridad.net/SP3/Biblio%20SPIII_2011_%20manolo/Laurell-LA%20SALUD%20ENFERMEDAD%20COMO%20PROCESO%20SOCIAL.pdf Acesso em: 01 jul. 2022.

MARINI, Rui Mauro. **Subdesenvolvimento e revolução**. 4. ed. Florianópolis: Insular, 2013.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política: Livro III: o processo global da produção capitalista**. São Paulo: Boitempo, 2017

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MELO, Hildete Pereira de; THOMÉ, Débora. **Mulheres e poder: histórias, ideias e indicadores**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2018.

MENEZES, Débora Holanda Leite; LEITE, Janete Luzia. A nova configuração da política de saúde no Brasil: o Rio de Janeiro como laboratório. **R. Pol. Públ.** São Luís, v.20, n.1, p. 121-136, jan-jun. 2016.

Disponível em: < <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=a+nova+configura%C3%A7%C3%A3o+da+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde:+o+rio+de+janeiro&ie=UTF-8&oe=UTF-8>> Acesso em: 01 jul. 2022.

MOTTA, Daniele. Do universal ao específico: entrelaçando gênero, raça e classe. **Cadernos CEMARX**, Campinas, n. 11, p. 71-88, 2018.

MOURA, Clóvis. **Rebeliões da Senzala**. 3 ed. São Paulo. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584886/mod_resource/content/2/14%20-%20Rebeliões-da-Senzala-Clovis-Moura_Completo.pdf

Acesso em: 12 jul. 2022.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 17.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

OLIVEIRA, E.; COUTO, M.; SEPARAVICH, M.; LUIZ, O. Contribuição da interseccionalidade na compreensão saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação (online)**. 2020, v.24. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/YjPXdHKdRgCCHVxNpxwNPNv/?lang=pt#>

Acesso em: 10 jul. 2022.

PAULA, Matheus Oliveira de. **Determinantes ou Determinação social do processo saúde doença: contribuições reflexivas para o trabalho da assistente social na saúde**. [Trabalho de Conclusão de Curso] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2021. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br> Acesso em: 07 jul. 2022.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf Acesso em: 10 jul. 2022.

RAGO, Luzia Margareth. **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890 – 1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas democráticas na saúde. MOTA, Ana Elisabete et al (org) In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2006. Disponível em: <

http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf>

Acesso em: 13 jul. 2022.

YASBEK, Maria Carmelita. A dimensão política do trabalho do assistente social. **Serviço Social e Sociedade**. 2014, n.120, pp.677-693. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/4RNYGqckdySpPrJ6cTmsBSQ/?lang=pt#>> Acesso em: 19 jul. 2022.