

O SERVIÇO SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA SOCIOASSISTENCIAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SOCIAL WORK IN HIGH-COMPLEXITY HOSPITAL CARE: REFLECTIONS ON SOCIO-ASSISTANTIAL PRACTICE IN INTENSIVE CARE UNITS

 <https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-138>

Submetido em: 13/08/2026 e Publicado em: 21/08/2026

SAS: e26364

Evelyn Siqueira Couto

Pós-graduada em Instrumentalidade do Serviço Social pela FAVENI
Residente em Patologia Bucal pela Universidade Federal do Pará (UFPA)

E-mail: esiqueira508@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5192932304313324>

Abisague de Brito Salustiano

Especialista em Saúde do Idoso pela Universidade Federal do Pará (UFPA)
Residente em Patologia Bucal pela Universidade Federal do Pará (UFPA)

E-mail: salustianoabisague@gmail.com

Resumo

A atuação do assistente social em Unidades de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos constitui o tema central deste estudo, que se caracteriza como uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter exploratório-analítico, fundamentada no método dialético-crítico. A pesquisa objetivou analisar a práxis profissional na alta complexidade hospitalar, identificando as estratégias de escuta qualificada, o suporte socioassistencial prestado às famílias e os desafios institucionais decorrentes da precarização do trabalho e do modelo biomédico. A metodologia envolveu o levantamento sistemático de literatura em bases de dados e repositórios institucionais, selecionando publicações que articulam o Serviço Social à terapia intensiva e à saúde coletiva. Os resultados evidenciam que a escuta qualificada atua como um instrumento ético-político e técnico-operativo indispensável para romper com a objetificação do sujeito, reconhecendo pacientes e familiares como detentores de direitos. Constatou-se também que o suporte social viabiliza o acesso a benefícios previdenciários, assistenciais e trabalhistas diante dos impactos socioeconômicos do adoecimento crítico, conectando a instituição às redes de proteção social. Conclui-se que, apesar dos limites impostos pelo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, pela sobrecarga de trabalho e pela falta de infraestrutura, a intervenção do assistente social e a atuação na Residência Multiprofissional em Saúde reafirmam a dimensão humana e a justiça social no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Escuta Qualificada; Serviço Social; Unidade de Terapia Intensiva.



Abstract

The practice of social workers in Intensive and Semi-Intensive Care Units constitutes the central theme of this study, which is characterized as a qualitative, exploratory-analytical literature review grounded in the critical-dialectical method. The research aimed to analyze professional praxis in high-complexity hospital settings, identifying qualified listening strategies, the socio-assistential support provided to families, and the institutional challenges arising from job precariousness and the biomedical model. The methodology involved a systematic literature search across databases and institutional repositories, selecting publications that connect Social Work to intensive care and public health. The results show that qualified listening acts as an indispensable ethical-political and technical-operative instrument to break with the objectification of the subject, recognizing patients and their families as rights holders. It was also found that social support enables access to social security, welfare, and labor benefits in the face of the socioeconomic impacts of critical illness, connecting the institution to social protection networks. It concludes that, despite the limitations imposed by the underfunding of the Unified Health System, workload overload, and lack of infrastructure, the social worker's intervention and performance in the Multiprofessional Health Residency reaffirm the human dimension and social justice in the hospital environment.

Keywords: Intensive Care Units; Qualified Listening; Social Work.

1 INTRODUÇÃO

A consolidação da saúde como direito social universal e dever do Estado no Brasil, balizada pela Constituição Federal de 1988 e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconfigurou radicalmente as práticas de atenção socioassistencial no ambiente hospitalar. No cenário de alta complexidade, especificamente nas Unidades de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos (UCISI), a intervenção profissional do Serviço Social insere-se em uma arena marcada pelo dinamismo, pelo risco iminente de morte e por uma rigorosa densidade tecnológica. Tradicionalmente, esse espaço é hegemônico pelo modelo biomédico, que tende a objetificar o sujeito e a reduzir a experiência da enfermidade às suas dimensões anátomo-fisiológicas. Frente a essa lógica, o tema deste estudo centraliza-se na atuação do assistente social na UCISI, destacando a escuta qualificada e o suporte social como mediações técnico-operativas e ético-políticas indispensáveis para a garantia da dignidade humana, da humanização da assistência e do acesso aos direitos sociais de pacientes e familiares.

A problematização da pesquisa parte do tensionamento entre a necessidade de um cuidado integral na alta complexidade e os condicionantes institucionais que tendem a coisificar o usuário e invisibilizar a dimensão socioeconômica do adoecimento. Diante da rotatividade de leitos, do ritmo acelerado de trabalho e da escassez de espaços reservados para o atendimento, impõe-se a seguinte questão norteadora: como a



práxis do Serviço Social na UCISI, por meio da escuta qualificada e do suporte social, contrapõe-se à hegemonia biomédica e à precarização do trabalho em saúde para assegurar que pacientes e familiares sejam reconhecidos como sujeitos de direitos no limiar do adoecimento crítico?

Para responder a este problema, o objetivo geral do presente artigo consiste em analisar a atuação do assistente social na UCISI, identificando as estratégias de escuta qualificada, o aporte socioassistencial prestado às famílias e os desafios institucionais que atravessam a práxis profissional no contexto da alta complexidade hospitalar. Como objetivos específicos, estabeleceu-se: (1) problematizar a escuta qualificada enquanto instrumento ético-político e técnico-operativo de ruptura com o modelo biomédico; (2) analisar o impacto da internação crítica na dinâmica familiar sob a ótica dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e do acionamento das redes de proteção social; e (3) discutir as contradições do cotidiano hospitalar, abordando a sobrecarga de trabalho, os limites institucionais e o papel da Residência Multiprofissional em Saúde como espaço de resistência profissional.

A justificativa do estudo fundamenta-se na relevância social, acadêmica e profissional de adensar a reflexão crítica sobre a atenção socioassistencial em ambientes de terapia intensiva. Sob a perspectiva social e humanitária, o internamento na UCISI desestrutura radicalmente as condições materiais e emocionais de reprodução da vida das famílias trabalhadoras, demandando mediações que garantam sua proteção previdenciária, trabalhista e assistencial. Sob o prisma acadêmico e profissional, justifica-se pela necessidade de combater abordagens reducionistas que enxergam o assistente social como mero executor de rotinas burocráticas ou prestador de "conforto emocional estéril". Reafirma-se, assim, o Projeto Ético-Político Profissional em um momento de avanço das políticas neoliberais de dismantelamento da Seguridade Social e de subfinanciamento do SUS.

Teoricamente, a pesquisa sustenta-se na Teoria Social Crítica e na produção teórica consolidada do Serviço Social na saúde. A apreensão da realidade apoia-se no conceito de questão social formulado por Yamamoto (2007), compreendendo o adoecimento não como um fenômeno isolado, mas articulado às desigualdades estruturais da sociedade capitalista e às suas manifestações no cotidiano. O debate sobre a dimensão ética e operativa do trabalho profissional ampara-se em Barroco (2010) e Vasconcelos (2006), que caracterizam a escuta qualificada e o instrumental socioassistencial como ações intencionais voltadas ao fortalecimento da autonomia e à viabilização de direitos. A análise do suporte social e das redes de proteção frente aos Determinantes Sociais da Saúde dialoga com Buss e Pellegrini Filho (2007), Mioto (2010) e Bravo e Matos (2001), demonstrando que o acolhimento à família exige a integração intersetorial entre a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social. Por fim, a reflexão crítica sobre as contradições institucionais, a precarização do trabalho e as disputas interprofissionais fundamenta-se nos aportes de Silveira e Silva (2018), Sanches e Silva (2019) e Netto (2009), posicionando a Residência Multiprofissional como um campo estratégico de defesa do SUS público, universal e de qualidade.



2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter exploratório-analítico. A pesquisa bibliográfica fundamenta-se no levantamento e na análise crítica de construções teóricas e documentos científicos já publicados, permitindo uma apreensão aprofundada das categorias conceituais que delimitam o objeto de estudo (GIL, 2008). A abordagem qualitativa dedica-se ao exame dos significados, valores, representações e dinâmicas sociais inerentes às relações humanas nas instituições de saúde (Goldenberg, 2004). O percurso analítico apoia-se nos princípios do método dialético-crítico, a partir do qual os fenômenos observados no cotidiano da alta complexidade hospitalar são apreendidos em sua totalidade, historicidade e contradição (Netto, 2009).

A busca e seleção do acervo bibliográfico deu-se de forma sistemática nas principais bases de dados e bibliotecas digitais da América Latina: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Google Acadêmico. Adicionalmente, recorreu-se aos repositórios institucionais do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e à literatura de referência em livros acadêmicos consolidados da área de Serviço Social e Saúde Coletiva.

Para a busca das publicações nas plataformas digitais, utilizaram-se descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), bem como palavras-chave temáticas específicas do campo socioassistencial. As estratégias de busca foram estruturadas por meio da combinação dos operadores booleanos *AND* e *OR*, abrangendo os seguintes termos em português: ("Serviço Social" *OR* "Assistente Social") *AND* ("Unidade de Terapia Intensiva" *OR* "UTI" *OR* "UCISI" *OR* "Alta Complexidade") *AND* ("Escuta Qualificada" *OR* "Acolhimento" *OR* "Suporte Social") *AND* ("Determinantes Sociais da Saúde" *OR* "Trabalho em Saúde" *OR* "Residência Multiprofissional").

Os critérios de inclusão adotados para a seleção do material foram:

- Artigos científicos originais e de revisão publicados em periódicos avaliados por pares;
- Livros e capítulos de livros teóricos de autores de referência da Teoria Social Crítica e do Serviço Social no Brasil;
- Documentos normativos e diretrizes do CFESS;
- Textos na íntegra e em acesso aberto, redigidos em língua portuguesa;
- Publicações que abordassem diretamente a práxis do assistente social, a escuta qualificada, o acolhimento familiar e os limites do trabalho em saúde na alta complexidade.

Como critérios de exclusão, descartaram-se:

- Trabalhos que tratavam do ambiente de UTI/UCISI exclusivamente sob a perspectiva clínica, médica ou de enfermagem, sem interface com o Serviço Social ou com as ciências sociais e humanas em saúde;



- Resumos expandidos em anais de eventos, boletins informativos e textos de opinião sem rigor acadêmico;
- Duplicatas encontradas entre as diferentes bases de dados consultadas.

Para a aplicação temporal dos filtros, priorizaram-se artigos científicos publicados no período entre 2010 e 2025, visando capturar a discussão contemporânea sobre a precarização do trabalho no SUS e as transformações na residência multiprofissional. Contudo, essa janela temporal foi flexibilizada para a inclusão de obras teóricas e legislativas clássicas, como a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e as obras estruturantes do Serviço Social das décadas de 1980, 1990 e 2000, tendo em vista seu caráter indispensável para a fundamentação teórica e histórica da profissão.

A análise do material selecionado seguiu as etapas da leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. A leitura exploratória permitiu a triagem inicial do acervo recuperado; a seletiva determinou os textos que respondiam diretamente ao objetivo geral e aos específicos; a analítica viabilizou a ordenação e síntese das ideias principais; e a interpretativa articulou os achados da literatura à problematização da práxis do assistente social na UCISI, culminando na estruturação temática das seções analíticas do artigo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ENTRE A TECNOLOGIA E O AFETO: A ESCUTA QUALIFICADA COMO INSTRUMENTO ÉTICO-POLÍTICO NA ALTA COMPLEXIDADE

As Unidades de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos (UCISI) estruturam-se, historicamente, como a máxima expressão da incorporação tecnológica no campo da atenção hospitalar. Trata-se de espaços crivados por aparatos de monitoramento contínuo, suporte de vida invasivo e ritmos de trabalho intensamente fragmentados. Nesse cenário, o modelo biomédico tradicional tende a exercer uma hegemonia que reduz o sujeito adoecido à sua dimensão estritamente anátomo-fisiológica, fragmentando a relação terapêutica e despersonalizando o indivíduo. Contrapondo-se a essa lógica hiper tecnicizada e objetificante, a intervenção do Serviço Social afirma-se como um contraponto crítico que insere a dimensão social, subjetiva e política na atenção à saúde na alta complexidade.

A inserção do assistente social na UCISI não se orienta pela lógica do controle ou da mera funcionalidade institucional. Ao contrário, baliza-se nos princípios do Projeto Ético-Político Profissional, que toma a defesa intransigente dos direitos humanos, a democratização das relações sociais e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados como pilares da práxis. Conforme aponta Iamamoto (2007), o trabalho profissional exige uma leitura crítica da realidade capaz de desnaturalizar as demandas imediatas e apreendê-las na sua articulação com as expressões da questão social. No contexto da terapia intensiva, essa leitura crítica concretiza-se primordialmente por meio da escuta qualificada.

Distanciando-se de visões reducionistas, a escuta qualificada não pode ser compreendida como uma



"triagem de demandas" puramente burocrática cujo fim seria apenas o preenchimento de formulários e o direcionamento mecânico de fluxos, tampouco como um "conforto emocional estéril", desprovido de intencionalidade transformadora e circunscrito ao assistencialismo pontual. Para o Serviço Social, a escuta qualificada configura-se como uma dimensão constitutiva do complexo de instrumentos técnico-operativos da profissão, indissociável das dimensões teórico-metodológica e ético-política (Barroco, 2010). Ela exige um exercício sistemático de acolhimento ativo que reconhece a dor, a angústia e a história de vida dos sujeitos em situação de sofrimento extremo.

Na alta complexidade hospitalar, a iminência da morte e a perda momentânea da autonomia colocam pacientes e familiares em uma condição de vulnerabilidade agravada. A racionalidade instrumental dominante no ambiente hospitalar tende a tratar o familiar como um mero espectador passivo ou como um obstáculo à rotina médica. A escuta qualificada opera, portanto, como uma brecha emancipatória: ao acolher a subjetividade do paciente e de sua família, o assistente social devolve-lhes a condição de sujeitos históricos e de interlocutores legítimos no processo de cuidado (Sanches; Silva, 2019).

Essa atitude relacional rompe com a verticalidade do saber biomédico ao reposicionar o usuário e sua rede de suporte familiar enquanto detentores de direitos fundamentais. Conforme assinala Vasconcelos (2006), o fazer do assistente social no campo da saúde implica a construção de uma prática emancipatória que favoreça o acesso às informações, o fortalecimento da autonomia e a garantia da dignidade humana. A escuta torna-se, assim, o meio pelo qual se identificam os determinantes sociais que atravessam o processo de adoecimento, possibilitando a formulação de estratégias de intervenção que articulam o acolhimento afetivo à viabilização de direitos socioassistenciais, previdenciários e trabalhistas.

Ademais, no espaço interprofissional da UCISI, a escuta qualificada exercida pelo Serviço Social Tensiona as práticas fragmentadas da equipe de saúde. Ao traduzir as necessidades sociais, culturais e subjetivas dos usuários para a equipe multiprofissional, o profissional problematiza a tendência de coisificação do paciente, promovendo a humanização da assistência prevista nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Bravo; Matos, 2001). Não se trata de negar a relevância do aparato tecnológico, indispensável para a manutenção da vida biológica, mas de recusar a pretensão de que a tecnologia, por si só, esgote as necessidades do ser humano.

Em suma, a escuta qualificada na terapia intensiva afirma-se como uma mediação fundamental entre a tecnologia e o afeto. Ao distanciar-se da passividade e da neutralidade técnica, ela se consolida como um instrumento ético-político intencional, comprometido com a garantia da integralidade da atenção e com a afirmação dos usuários e suas famílias como sujeitos de direito no cotidiano da alta complexidade hospitalar.



3.2 A FAMÍLIA NO LIMAR DA CRISE: SUPORTE SOCIAL, DETERMINANTES DA SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DO ADOECIMENTO CRÍTICO

O processo de adoecimento crítico e a subsequente internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidades de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos (UCISI) constituem momentos de profunda ruptura na dinâmica da unidade familiar. Longe de se restringir a um evento de natureza estritamente biológica ou individual, o adoecimento grave opera como um catalisador de crises socioeconômicas, cujos impactos incidem diretamente sobre as condições materiais de reprodução da vida das famílias. Nesse horizonte, a intervenção do Serviço Social fundamenta-se na apreensão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), compreendendo que a saúde e a doença são produções sociais marcadas pelas desigualdades estruturais da sociedade capitalista (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

No cotidiano da alta complexidade hospitalar, a admissão de um ente querido na UCISI impõe uma reordenação repentina das rotinas e dos papéis de cuidado no núcleo familiar. A literatura do Serviço Social aponta que as expressões da questão social — concebida por Iamamoto (2007) como o conjunto das desigualdades sociais produzidas na sociedade capitalista amadurecida, expressas na contradição entre capital e trabalho — emergem com grande clareza durante o processo de hospitalização. O internamento crítico frequentemente acarreta o afastamento do indivíduo de suas atividades produtivas, a perda temporária ou definitiva de rendimentos e o surgimento de despesas extraordinárias associadas ao transporte diário para acompanhamento e visitas, à alimentação fora do domicílio e à aquisição de insumos não cobertos de imediato pela rede pública.

Essas determinações materiais incidem de forma desproporcional sobre as famílias da classe trabalhadora, cujas redes formais e informais de proteção social já se encontram historicamente fragilizadas. Conforme problematiza Miotto (2010), a família tem sido demandada pelo Estado de forma sobrecarregada para assumir funções de proteção e cuidado sem que lhe sejam garantidas as condições socioeconômicas necessárias para tal. A presença contínua no ambiente hospitalar, embora fundamental para a garantia do direito ao acompanhamento e para o fortalecimento dos vínculos afirmativos, exige rearranjos complexos no trabalho doméstico, no cuidado de dependentes (crianças, idosos ou pessoas com deficiência) e na manutenção dos vínculos empregatícios dos próprios familiares.

Diante dessa complexidade, a atuação do assistente social junto às famílias na UCISI supera enfaticamente a dimensão burocrática ou meramente informativa. Embora o repasse claro e acessível de orientações sobre as rotinas e boletins hospitalares seja um componente relevante da atenção, a práxis profissional não se reduz a um papel comunicacional passivo. A intervenção realiza-se por meio do instrumental socioassistencial, como a entrevista social, o estudo socioeconômico e a visita de leito, estruturando-se como um processo de mediação técnica e política voltado à garantia de direitos (Vasconcelos, 2006).



O suporte social prestado pelo Serviço Social viabiliza a articulação contínua entre a instituição hospitalar e as redes externas de proteção social. No âmbito da Seguridade Social — que engloba a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social —, o assistente social atua na identificação e na viabilização do acesso a benefícios assistenciais de prestação continuada (como o BPC/LOAS), benefícios eventuais municipais (como auxílio-transporte ou auxílio-vulnerabilidade) e proteções previdenciárias (como o auxílio por incapacidade temporária). Além disso, a mediação profissional estende-se à orientação e salvaguarda de direitos trabalhistas dos familiares e usuários, tais como a utilização de licenças legais, o saque do FGTS/PIS-PASEP em decorrência de enfermidades graves e a garantia de estabilidade previstas na legislação vigente.

A atuação estende-se, ademais, ao acionamento das redes de apoio comunitário e das instituições de acolhimento socioassistencial (casas de apoio, Centros de Referência de Assistência Social — CRAS, e Centros de Referência Especializados — CREAS), assegurando a continuidade do cuidado no momento do pós-alta ou da reabilitação domiciliária. De acordo com Bravo e Matos (2001), o compromisso da profissão com a consolidação da reforma sanitária e com o projeto ético-político exige que a atenção socioassistencial no hospital atue como uma engrenagem integradora da rede intersectorial, combatendo a descontinuidade do cuidado e o isolamento das famílias em situação de vulnerabilidade.

Em suma, ao analisar o suporte social sob a ótica dos Determinantes Sociais da Saúde, o Serviço Social na UCISI afirma a família não como uma mera receptora passiva de prescrições médicas ou diagnósticos, mas como um sujeito coletivo de direitos no limiar da crise. A intervenção profissional qualificada intervém sobre as determinações materiais que precarizam a vida, operando mediações cruciais para assegurar que o enfrentamento do adoecimento crítico seja amparado pela proteção social pública, pela justiça social e pela dignidade humana.

3.3 CONTRADIÇÕES DO COTIDIANO HOSPITALAR: LIMITES INSTITUCIONAIS, PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A práxis do Serviço Social na alta complexidade hospitalar desenvolve-se em um terreno de intensas contradições, atravessado pelas transformações macroestruturais do capitalismo contemporâneo e pela reconfiguração do papel do Estado frente às políticas sociais. A implementação das diretrizes neoliberais no Brasil tem promovido o desmantelamento progressivo da Seguridade Social, manifestado no subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde, na privatização da gestão hospitalar e na precarização sistemática das relações de trabalho em saúde (Bravo; Matos, 2001). Esse cenário reflete diretamente no cotidiano da UCISI, tensionando os limites institucionais e impondo severos desafios à efetivação do Projeto Ético-Político da profissão.



No ambiente de terapia intensiva, a rotina profissional é marcada pelo ritmo acelerado das demandas médicas, pela lógica produtivista e pelo imperativo da rotatividade de leitos. Tais condicionantes institucionais invadem o fazer do assistente social e tendem a esvaziar as condições objetivas para o exercício de uma intervenção qualificada. A ausência de espaços físicos reservados que garantam o sigilo e a privacidade — indispensáveis para o acolhimento de famílias em momentos de luto ou angústia extrema —, aliada ao ruído constante dos equipamentos e à circulação ininterrupta da equipe, impõe barreiras materiais à realização da escuta qualificada. Conforme adverte Iamamoto (2007), a precarização das condições de trabalho não afeta apenas a dimensão operacional, mas atinge a própria autonomia técnica e ética do profissional, arriscando converter o fazer crítico em respostas puramente burocráticas e pragmáticas.

Essa dinâmica de precarização incide de forma acentuada sobre a inserção dos residentes em Serviço Social. Integrantes de programas de Residência Multiprofissional em Saúde (estratégicos para a formação em serviço), os residentes vivenciam a tênue linha entre o caráter formativo e o suprimento de lacunas decorrentes do déficit de pessoal nos quadros efetivos das instituições. A sobrecarga de trabalho, traduzida em extensas jornadas, acúmulo de atribuições e cobrança por metas quantitativas, gera desgaste físico e psíquico, além de restringir o tempo destinado ao adensamento teórico, ao estudo de casos e à reflexão crítica sobre a prática. Como problematizam Silveira e Silva (2018), o cotidiano hospitalar tende a submeter o assistente social a uma demanda imediata por "solução de problemas", cobrando respostas rápidas que muitas vezes desconsideram a complexidade dos determinantes sociais que perpassam o adoecimento.

Ademais, no âmbito da equipe multiprofissional, o Serviço Social enfrenta disputas cotidianas em torno da delimitação de suas atribuições e saberes. Em um ambiente historicamente hegemonizado pelo modelo biomédico e por hierarquias corporativas, persiste a tendência de requisitar o assistente social para ações de cunho disciplinador, controle do comportamento de familiares ou mero repasse de informações institucionais. Contrapondo-se a essa visão instrumental, o trabalho profissional exige o exercício constante de reafirmação de seu campo de competências técnico-políticas e ético-críticas. Como assinala Vasconcelos (2006), o pertencimento à equipe interprofissional não deve significar a diluição da identidade profissional, mas a construção de interlocuções pautadas pelo respeito às especificidades de cada área e pelo compromisso comum com a integralidade do cuidado.

Nesse contexto contraditório, a Residência Multiprofissional emerge não apenas como espaço de aprendizado, mas também como um potente *locus* de resistência política e acadêmica. A presença da residência oxigena os serviços de saúde ao introduzir o debate teórico atualizado, a pesquisa e a problematização das rotinas instituídas. Ao integrar assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais em um processo formativo pautado pelo trabalho coletivo e pela defesa do SUS constitucional, a residência tensiona a lógica privatista e fragmentadora que domina a gestão



hospitalar (Netto, 2009).

Portanto, superar os limites impostos pelo cotidiano hospitalar exige do Serviço Social a recusa ao fatalismo e ao tecnicismo neutro. A reafirmação do Projeto Ético-Político na UCISI concretiza-se na capacidade de decodificar as pressões institucionais, utilizar estrategicamente os espaços de formação, como a residência, e articular a dimensão técnico-operativa à defesa dos direitos dos usuários e à luta pela consolidação de um sistema público de saúde universal, estatal e de qualidade.

4 CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu apreender criticamente a complexidade que envolve a práxis do Serviço Social em ambientes de alta densidade tecnológica, especificamente nas Unidades de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos. Longe de consistir em um espaço de mera execução rotineira de procedimentos formais, a terapia intensiva revela-se como um campo de disputas em que se defrontam a lógica hiper tecnificada e objetificante do modelo biomédico tradicional e a dimensão ético-política da atenção humanizada e garantidora de direitos.

Os resultados analíticos evidenciam que a escuta qualificada se consolida como a principal mediação técnico-operativa e ético-política do assistente social no espaço hospitalar. Ao renegá-la enquanto "triagem burocrática" ou "conforto emocional estéril", a reflexão teórica demonstra que o acolhimento da subjetividade do paciente e de sua família constitui um ato intencional de ruptura com a verticalidade do saber médico. Essa estratégia devolve aos sujeitos a sua condição de interlocutores legítimos e detentores de direitos fundamentais, humanizando o cuidado no limiar do adoecimento crítico.

Ademais, ao examinar o suporte socioassistencial sob a ótica dos Determinantes Sociais da Saúde, o estudo constatou que a internação na UCISI desencadeia profundas rupturas na reprodução material e socioeconômica das famílias trabalhadoras. A intervenção do assistente social transcende o mero repasse de informações institucionais, articulando ações de mediação essenciais para o acesso a benefícios previdenciários e assistenciais, salvaguarda de direitos trabalhistas e integração à rede socioassistencial (CRAS, CREAS e instâncias de acolhimento). Essa atuação combate o isolamento familiar e assegura que a proteção social pública cumpra seu papel constitucional.

Não obstante a relevância dessa intervenção, a discussão teórico-prática pôs em relevo as intensas contradições do cotidiano hospitalar, marcadas pelo avanço de diretrizes neoliberais, subfinanciamento do SUS e precarização das relações de trabalho. A ausência de infraestrutura adequada para o atendimento privativo, o ritmo acelerado imposto pela rotatividade de leitos e a sobrecarga que incide sobre os residentes em Serviço Social constituem barreiras reais à consolidação do Projeto Ético-Político Profissional. Nesse cenário, reafirma-se a Residência Multiprofissional em Saúde não apenas como espaço de aprendizado



técnico, mas como um *locus* de resistência acadêmica, política e interprofissional em defesa de um sistema público de saúde universal, estatal e de qualidade.

Por fim, conclui-se que o fortalecimento da dimensão socioassistencial na alta complexidade hospitalar demanda a constante superação do fatalismo e da neutralidade técnica por parte dos profissionais. Recomenda-se o incentivo contínuo a pesquisas empíricas que aprofundem o impacto da intervenção do Serviço Social nas redes de atenção pós-alta, bem como a valorização das equipes multiprofissionais e a melhoria das condições institucionais de trabalho, garantindo que o direito à saúde permaneça indissociável da dignidade humana e da justiça social.

REFERÊNCIAS

- BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética: fundamentos sociohistóricos**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social e saúde: reflexões sobre a reforma sanitária**. São Paulo: Cortez, 2001.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al.* (org.). **Política social no capitalismo: tendências e lutas sociais**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 114-137.
- NETTO, José Paulo. **Introdução ao método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.
- SANCHES, Natália; SILVA, Rafael Bianchi. A escuta qualificada na assistência social: da postura diagnóstica às formas (po)éticas de escutar. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 4, p. 1186–1204, 2019.
- SILVEIRA, Ana Paula; SILVA, Maria das Graças. O Trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in)visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 315–327, 2018.
- VASCONCELOS, Ana Maria. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.