



## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E OS DESAFIOS NA TUTORIA DO SERVIÇO SOCIAL

Alice Alves Menezes Ponce de Leão<sup>1</sup>

### Resumo

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem sido fortemente atingida pelos avanços do projeto privatista de saúde. A ênfase na carga horária prática tem reduzido o processo pedagógico dos residentes à dimensão operacional que se dilui na razão instrumental. Este artigo discute as possibilidades de intervenção do assistente social nos três níveis de atenção à saúde dando relevo às lacunas do projeto pedagógico da Residência Multiprofissional. Trata de uma abordagem teórica à luz da teoria crítica com reflexões resultantes da experiência na tutoria docente de assistentes sociais residentes de um programa de RMS. Os resultados nos levam a compreender que a revisão do projeto pedagógico deve ser um ato contínuo e em conjunto para o aprimoramento desse processo de qualificação profissional e de fortalecimento do SUS na perspectiva da reforma sanitária.

**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional em Saúde; serviço social; tutoria.

### MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN HEALTH AND THE CHALLENGES IN SOCIAL WORK TUTORING

### Abstract

The Multiprofessional Health Residency (MHR) has been severely impacted by the advances of the privatized healthcare project. The emphasis on practical hours has reduced the residents' pedagogical process to an operational dimension, diluted by instrumental reasoning. This article discusses the possibilities for social workers to intervene at the three levels of healthcare, highlighting the gaps in the pedagogical project of the Multiprofessional Residency. This theoretical approach, based on critical theory, reflects on the experience of mentoring social workers who are residents of a RMS program. The results lead us to understand that reviewing the pedagogical project should be a continuous and collaborative process to improve this process of professional qualification and strengthen the SUS (Unified Health System) from the perspective of healthcare reform.

**Keywords:** Multiprofessional Residency in Health; social service; mentoring.

Artigo recebido em: 15/10/2025 Aprovado em: 22/05/2026  
DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865v30n1e27825>

---

<sup>1</sup> Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Docente do curso de Graduação em Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da UFAM. E-mail: [aliceponce@ufam.edu.br](mailto:aliceponce@ufam.edu.br)

## 1 INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem se constituído, enquanto uma proposta de qualificação, importante para o aprimoramento dos profissionais de saúde e para o fortalecimento do SUS. Porém, os avanços do projeto privatista têm contribuído para desqualificar essa propositura e converter a RMS em uma estratégia de barateamento e exploração da mão de obra dos jovens profissionais em detrimento a novas contratações por concurso público e melhora das condições de trabalho dos profissionais efetivos.

Nesse processo, os assistentes sociais residentes deparam-se com a imposição da razão instrumental que reforça as práticas conservadoras do Serviço Social na área da saúde conformando as respostas profissionais aos ditames da política institucional. Com isso, o projeto ético-político da profissão é fortemente atingido pelas cercanias da burocracia institucional ligada aos ditames estruturais da precarização da política de saúde. Os reflexos da condução operacional da política pública também atingem a formação pedagógica dos assistentes sociais no âmbito da residência multiprofissional em saúde.

A tutoria dos assistentes sociais residentes se constitui (enquanto) em um espaço potencial para a reflexão sobre o cotidiano da prática. Esse processo pedagógico tem a propositura não somente de problematizar os entraves estruturais que balizam os avanços da intervenção profissional; pode ser, também um momento provocativo de mergulho nos meandros dos processos sociais que constituem o que chamamos de “demandas do Serviço Social”.

As reflexões tecidas nas próximas linhas são resultantes da experiência na tutoria docente de assistentes sociais residentes de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde. O sentimento de angústia e de impotência apresentados pelas jovens profissionais no momento das aulas teóricas têm despertado a preocupação com a forma de lidar com os casos, bem como com o sentido e a direcionalidade que vêm sendo impressos no cotidiano dos serviços de saúde.

Desse modo, objetiva-se discutir as possibilidades de intervenção profissional do assistente social nos três níveis de atenção à saúde dando relevo às lacunas que o projeto pedagógico da RMS deixa a desejar para o aprimoramento da formação profissional e para a melhora da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS. A revisão pedagógica deve ser um ato contínuo e conjunto dentro do processo maior de luta para a reafirmação da política de saúde enquanto direito social e dever do Estado à luz dos princípios da reforma sanitária.

## 2 SERVIÇO SOCIAL E A GESTÃO DO TRABALHO NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Serviço Social exerce um trabalho de grande envergadura no Sistema Único de Saúde (SUS) na medida em que lança a sua perspectiva de atuação sobre os determinantes sociais de saúde (DSS) contribuindo não só para o acesso da população usuária aos serviços oferecidos para a melhoria do seu bem-estar, mas, fundamentalmente, inclinando-se na organização de processos político-organizativos emancipatórios.

Na saúde, as ações assistenciais são aquelas que mediatizam, no primeiro momento, a relação do usuário com o profissional. As demandas aparecem no cotidiano dos serviços por meio das solicitações de marcação de consultas, exames, internação, reclamação quanto à qualidade do atendimento e da falta de medicamentos, falta de entendimento quanto ao tratamento recomendado e falta de condições financeiras para acessar a rede de atendimento (Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na área da saúde, CFESS, 2010). As demandas se manifestam dessa forma, enquanto aparência, geralmente relacionadas ao quadro clínico, mas, na verdade, estão diretamente relacionadas às reais condições de vida dos usuários, como o desemprego e o subemprego, às condições de moradia, situações de violência, dentre outras.

As ações socioeducativas, por sua vez, constituem-se como eixo central no trabalho do assistente social realizando-se por meio de orientações reflexivas e de socialização de informações realizadas de forma individual, grupal ou coletiva ao usuário, à sua família e/ou a determinada população de uma área. Na política de saúde, as ações socioeducativas também recebem o nome de educação em saúde, tendo como proposição a democratização das informações sobre as normas e o funcionamento das unidades de saúde, a rede de serviços e o perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários, de modo a estimular uma análise sobre a política de saúde e incentivar a participação popular por meio de uma reflexão crítica que estimule a construção de uma cultura emancipatória (Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na área da saúde, CFESS, 2010).

Segundo Nolêto e Joazeiro (2020, p. 28), as demandas socioeducativas e as demandas socioassistenciais no trabalho do assistente social “assinalam o reconhecimento de que as situações vividas pela população usuária precisam ser compreendidas na sua relação intrínseca com as *suas* necessidades de saúde”. Isso significa que o trabalho do assistente social na área da saúde perpassa inicialmente o acolhimento das necessidades mais imediatas levadas pelo usuário durante o processo de tratamento de saúde, mas desemboca na necessidade de articular essas demandas às condições de vida, de modo a desvelar as reais necessidades do usuário para a orientação de seus direitos.

A superação do caráter meramente executivo de políticas sociais em favor de um novo perfil que habilita o assistente social às funções de planejamento, administração e organização (Código de Ética do/a Assistente Social, 1993) demandam do/a profissional atitude investigativa. Isso faz com que todo assistente social, por excelência, seja um pesquisador, independentemente de seu campo de atuação, haja vista que o seu arcabouço teórico-metodológico o capacita para a compreensão dos processos sociais, tornando-o apto a construir alternativas profissionais com potencial transformador.

Segundo Battini (2009, p. 56), a atitude investigativa “considera o ato de conhecer [...] destinado a criar um novo objeto para uma nova ação, visando a transformação do real”. Conhecer, do ponto de vista dialético-crítico, significa desocultar o sincretismo que atravessa o fenômeno na sua relação aparência-essência (Pontes, 2007; Netto, 2009).

É somente por intermédio da categoria mediação que o concreto pensado deixa de ser o próprio concreto para se tornar nova concepção do real. Desse modo, a investigação é condição *sine qua non* para a reconstrução das demandas, transformando-as de demandas institucionais em demandas socioprofissionais, tornando-as desprendidas da sua condição alienante com vistas à sua superação.

Guerra (2009) corrobora com esse raciocínio dizendo que a realidade requer profissionais que não apenas respondam às demandas institucionais, mas que as compreendam em seus significados sociais e que, pela sua intervenção, lhes atribuam outros. A instrumentalidade do Serviço Social não consiste, pois, em lançar mão das técnicas de intervenção, mas dotá-las de intencionalidade emancipatória.

O/A assistente social é chamado/a a desenvolver, com isso, um tipo de competência que não se prende aos limites burocráticos do saber fazer bem, nos moldes da competência institucional. A competência institucional tem um fim em si mesma, na medida em que reduz o trabalho profissional a mera execução de tarefas e a solução de problemas imediatos. Por outro lado, a competência socioprofissional, conforme preconizam Bonetti; Silva (2007), é aquela que procura dar resolutividade às demandas institucionais tomando-as como ponto de partida para a construção de novos horizontes societários.

A competência profissional rema na contracorrente do cenário institucional onde se perfaz o trabalho do assistente social, cenário este marcado pelo retrocesso das políticas sociais sob a batuta do Estado capitalista neoliberal, que imprime uma orientação conservadora ao trabalho profissional, serviços sucateados em sua qualidade e reduzidos em sua oferta ofendendo a condição de direito social da política pública. Envoltos a tudo isto, os assistentes sociais encontram-se em condições precarizadas de trabalho, muitas vezes com vínculos fragilizados, situações que se refletem na

qualidade dos serviços prestados à população, seja em função da descontinuidade das ações e/ou pela diluição do engajamento nos casos em decorrência da sobrecarga de tarefas.

Na área da saúde, os assistentes sociais se deparam com uma rotina de atendimento saturada de demandas que ora correspondem às suas atribuições privativas ora extrapolam as suas competências, especialmente aquelas que se configuram como “desvio de função” caracterizadas pela imposição da cultura clínica ou do saber médico que ainda impera nas instituições de saúde.

O engajamento político da profissão na área da saúde se dá na “luta por um SUS menos biomédico nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades” (Sodré, 2010, p. 454). O profissional de Serviço Social é chamado para trabalhar nos três níveis de atenção em uma perspectiva de integralidade, intersectorialidade e interdisciplinaridade, resguardando a especificidade do trabalho profissional em cada nível de atenção.

A envergadura política e social que reveste o trabalho do assistente social não se esgota meramente na função de garantia do acesso aos serviços de saúde, mas, fundamentalmente, se lança na observância dos aspectos que compõem a política de vida do usuário, no intuito de articular a rede socioassistencial para o atendimento das questões que envolve todos os níveis de bem-estar, além de fomentar, pelo caráter político-pedagógico da profissão, a mobilização política para a participação social nas instâncias de controle social da política pública. Nessa linha, Nogueira e Mito (2007, p. 222) concordam dizendo que:

Destaca-se que, além de prever o acesso universal e igualitário como dever do Estado, os determinantes das condições de saúde incorporados no texto constitucional articulam dois setores: o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direito e política social, que tem prevalecido no país, de se pensar a distribuição de bens e serviços autonomizada em relação à esfera da produção.

A construção desse perfil profissional rompe com a perspectiva higienista assumida pela profissão quando de sua inserção inicial na política de saúde a partir da década de 1940. “Nesta fase, era dada ao profissional a responsabilidade pela vigilância de saúde do proletariado, bem como de sua família. Isto é, [...] as ações do profissional se estabeleciam em práticas educativas de adequação (Castro; Andrade, 2014, p. 113).

A partir da década de 1990, o Projeto Ético-Político do Serviço Social se afina com o Projeto de Reforma Sanitária quando busca a superação do sistema desigual capitalista e de suas mazelas sociais adoecedoras. Para Bravo e Matos (2007), o trabalho do assistente social na área da saúde que queira ter como horizonte o projeto ético-político precisa estar articulado e reforçar o projeto de reforma sanitária.

Este desafio aos assistentes sociais inscreve-se no campo minado da ofensiva neoliberal que ofende os avanços da SUS, especialmente a partir da década de 1990 por meio do Projeto Privatista de Saúde que, segundo Bravo (2007, p. 101),

[...] tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização a oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Os reflexos da política de ajuste neoliberal sobre a saúde refletem diretamente na qualidade dos serviços prestados pelos assistentes sociais aos usuários, descaracterizando a proposta integradora dos três níveis de atenção na medida que reforça o modelo hospitalocêntrico. Em decorrência disso, a atenção primária de saúde tem se diluído a um atendimento pobre voltado para o pobre (Schariber; Nemes, 2000), a atenção de média complexidade diluída nos encaminhamentos para a realização de exames e a alta complexidade esvaziada a questões pontuais intrínsecas ao processo de internação.

O trabalho do assistente social na atenção primária de saúde é prenhe de possibilidades, tendo em vista que este nível é responsável pela resolutividade de 80% dos problemas de saúde por atuar nos níveis de prevenção e promoção. Segundo Ponce de Leão (2015), a educação em saúde aplicada sob a orientação político-pedagógica do trabalho do assistente social tem como horizonte fortalecer os usuários em direção ético-político transformadora de suas condições de vida, as quais influenciam diretamente os níveis de bem-estar da população. Assim, os profissionais afirmam o seu compromisso com os direitos dos usuários na perspectiva da qualidade dos serviços prestados.

A inserção dos assistentes sociais na atenção primária facilita o contato mais próximo com a população do território de abrangência da unidade de saúde, permitindo, com isso, o estabelecimento de vínculos e a maior profundidade no acompanhamento do trabalho social com o usuário. Segundo Martini; Dal Prá (2018, p. 127), as perspectivas de trabalho profissional nesse nível de atenção podem ser entendidas assim:

O assistente social inserido na APS, [...], respaldado pelos princípios do Projeto Ético-Político e da Reforma Sanitária, tem subsídios para realizar o seu trabalho na perspectiva da *universalidade de acesso*, segundo a qual todos devem receber atendimento, independentemente de raça, classe social, religião, etc.; e da *integralidade da assistência*, que preconiza que seja considerada, por todos os profissionais da saúde, a realidade econômica e social do usuário, visando, com isso, a um atendimento articulado e contínuo das ações e serviços de saúde. Também contribui levantando dados sobre a realidade socioeconômica dos usuários, *divulgando e propiciando o acesso às informações pelos usuários*, visto que o assistente social tem a seu favor sua prática educativa, que traz a informação perpassada em todas as suas atividades; e *incentivando a participação da*

*comunidade* junto a órgãos legitimados de participação e controle social, ampliando com isso seu campo de atuação.

A educação em saúde constitui-se ferramenta fundamental no trabalho do assistente social na atenção primária, tendo em vista que a resolutividade das demandas apoia-se mais no conhecimento dos profissionais e menos nos equipamentos tecnológicos. Contudo, isso não significa que a educação em saúde seja uma prerrogativa da atenção primária à saúde. Embora os níveis de média e alta complexidade concentrem-se em atendimentos de maior teor diagnóstico e curativo, com fluxos mais dinâmicos de usuários nos serviços de saúde, a educação em saúde deve se fazer presente desde o atendimento mais imediato à elaboração de estratégias criativas de médio e longo alcances.

A média complexidade é marcada pela oferta de atendimentos especializados de saúde, como consultas e exames. A correlação de forças de caráter hospitalocêntrica empurra o trabalho profissional para “ações repetitivas, remetendo a dimensão do agir profissional imediato, em detrimento do caráter processual de suas ações e análises” (Nolêto e Joazeiro, 2020, p. 27), diluindo a perspectiva de educação em saúde ao reforço de orientações clínicas ou quanto às normas e rotinas da unidade de saúde.

Na contrapartida dessa perspectiva, nesse nível de atenção, o assistente social é chamado a orientar o usuário quanto ao fluxo de acesso ao seu tratamento de saúde, procurando desvendar questões de ordem social que obstaculizam o seu processo de tratamento clínico, relacionadas a vulnerabilidade social, desemprego, violências, insegurança alimentar e de renda, de modo a oferecer alternativas no âmbito da intersetorialidade que possam contribuir com a integralidade do atendimento. Assim, Nolêto e Joazeiro (2020, p. 22) revelam que

[...] o trabalho do assistente social nesse nível de complexidade está marcado pela dinâmica de tentar produzir acessos e fluxos mais resolutivos no atendimento da população usuária nas instituições de saúde e na Rede, buscando imprimir dinamicidade aos processos de fruição do direito à atenção à saúde na esfera do SUS.

O trabalho do assistente social na média complexidade demanda uma escuta atenta, qualificada, perspectiva crítica de análise e capacidade criativa para a elaboração de estratégias inovadoras. Afinal de contas, as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida do usuário podem contribuir para melhorar ou piorar o seu nível de saúde e bem-estar. Como ter acesso a um exame que só realiza em uma unidade de saúde localizada em um bairro distante quando não se tem dinheiro para o transporte? Como seguir uma dieta mais saudável se a usuária sobrevive de “bicos” que mal garantem a compra de alimentos enlatados? Como conter a oscilação da pressão arterial em uma pessoa idosa que vive sob ameaças de violência provocadas pelo filho adicto? A categoria mediação

se lança como estratégia não apenas no nível dos encaminhamentos isolados, mas como possibilidade de reflexão crítica e estratégia de intervenção competente.

O nível terciário ou hospitalar é caracterizado pelas internações clínicas para a realização de procedimentos cirúrgicos. É o nível mais oneroso do SUS, pois conta com grande densidade tecnológica com privilégio do caráter curativo. Segundo Andreani, Dias, Dalpiaz (2021, p. 161), “ao ingressar nos serviços de saúde de alta complexidade os/as pacientes se encontram em alto grau de enfermidade e com diversas debilidades que antecedem a internação hospitalar”. Este nível de atenção deveria concentrar uma pequena parte de usuários, contudo, com a falha na cultura da prevenção, a sobrecarga de internações é alta.

As autoras observam que no trabalho dos assistentes sociais nos hospitais predomina o atendimento pontual e rotineiro diante da pressão que caracteriza essas unidades de saúde. “Por vezes, o profissional acaba por aderir ao formato institucional e com poucos investimentos na prática intersetorial, devido à institucionalização e ao adoecimento causado pelos limites impostos ao seu fazer profissional” (Andreani; Dias; Dalpiaz, 2021, p. 164).

A relação dos profissionais com os usuários é marcada pelas visitas ao leito, orientação aos acompanhantes sobre os direitos do usuário e do acompanhante na unidade de saúde e os direitos sociais e previdenciários do usuário internado. Contudo, o acompanhamento sistemático do usuário não pode se diluir em um atendimento rotineiro esvaziado. O cotidiano revela situações que perpassam conflitos éticos familiares e com a equipe de saúde demandando do profissional a articulação de estratégias que envolvem o enfrentamento de situações estruturais que impactam diretamente sobre a condição de saúde do usuário internado.

Nos regimes de plantão, em que a dinamicidade do trabalho é ainda mais esvaziada pelos fluxos corriqueiros, as possibilidades de trabalho do assistente social são desafiadas pela dificuldade do entendimento no prisma da totalidade dos problemas sociais apresentados. Apesar disso, Amador (2009) aponta como estratégia a criação de grupos de sala de espera com os usuários, o que pode acarretar um aumento significativo da procura por programas e serviços institucionais, demandando a expansão da oferta.

Uma outra estratégia é o desengavetamento das fichas de atendimento com possibilidade de levantamento do diagnóstico social dos usuários para a construção de alternativas de intervenção socioeducativas de curto, médio e longo prazos, que vão desde a realização de atividades sobre palestras na sala de espera sobre assuntos em comum à implantação de programas e projetos institucionais que atuem sobre focos corriqueiros da unidade de saúde.

A gestão competente do trabalho do assistente social na política de saúde não encontra fórmula mágica ou um roteiro estabelecido em cada nível de atenção. A estratégia encontra-se na

possibilidade de coadunar a instrumentalidade do Projeto Ético-Político do Serviço Social com o Projeto de Reforma Sanitária, abrindo-se a possibilidades criativas e inovadoras de intervenção que se escondem na essência do cotidiano.

### **3 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E OS GARGALOS PRÁTICO-PEDAGÓGICOS NO SERVIÇO SOCIAL**

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é um programa de cooperação intersetorial que envolve o ministério da educação e da saúde que atua conjuntamente para promover formação profissional em formato de pós-graduação *lato sensu* aos profissionais de saúde, preferencialmente recém-graduados, com o objetivo de favorecer a inserção qualificada no mercado de trabalho (Lei 11.129, de 2005).

Além da área médica, a RMS reconhece como profissionais de saúde, conforme a Resolução nº 218, de 1997, assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. A inserção desses profissionais se dá pela compreensão de que a saúde deve ser tratada em uma perspectiva integral, uma vez que está diretamente relacionada aos aspectos sociais e econômicos da vida.

O assistente social é um profissional estratégico na área da saúde por ser habilitado para compreender de forma crítica os aspectos sincréticos que se escondem por detrás dos sintomas apresentados e que desembocam na causa e/no agravamento das condições de saúde dos usuários, cuja intervenção demanda a mobilização de um conjunto de serviços das diferentes políticas públicas de seguridade social contribuindo, junto à equipe multiprofissional, não só com o processo terapêutico de prevenção e recuperação da saúde, mas, fundamentalmente, com a transformação das condições de vida dos sujeitos sociais.

É nesse sentido que o projeto ético-político da profissão coaduna com os objetivos da reforma sanitária, na medida em que pressupõe a qualidade dos serviços prestados, a democratização do acesso, a defesa dos direitos humanos, a articulação com as outras categorias profissionais e o protagonismo dos usuários na gestão democrática da política pública. Para Bravo e Matos (2007, p. 17):

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o

profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Silva e Brotto (2016) afirmam que a maioria dos assistentes sociais compreende a política de saúde na perspectiva do projeto de reforma sanitária enquanto a maioria dos profissionais das outras categorias optam pelo conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Na ótica da reforma sanitária, a saúde é compreendida enquanto um direito social e dever do Estado e deve ser garantida mediante a articulação entre as políticas sociais e econômicas, o que rompe com o modelo médico-assistencial que reduz a saúde como a mera ausência de doenças. Para a OMS, a saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social, mas ao não conectar esses aspectos com o contexto estruturante capitalista pressupõe uma abordagem meramente utópica e, portanto, ultrapassada.

A compreensão crítica da saúde não é suficiente para os avanços do Serviço Social nessa política pública. Se a profissão avançou do ponto de vista da teorização crítica, pouco se vê os efeitos na dimensão interventiva. Os assistentes sociais ainda verbalizam no discurso um compromisso com a população usuária, mas o cotidiano da intervenção profissional tem denunciado um esvaziamento das mediações e um reforço à dimensão utilitarista da profissão que mais se afina com os objetivos institucionais, centrados no fisiologismo, do que com o compromisso com o projeto ético-político.

Os avanços da ofensiva neoliberal refreiam o projeto de reforma sanitária por meio do corte nos gastos públicos, da seletividade da oferta, do sucateamento dos serviços, da precarização do trabalho dos profissionais, da falta de contratação de recursos humanos, cujos rebatimentos incidem sobre a instrumentalidade do Serviço Social com forte inclinação a práticas esvaziadas de sentido ético-político.

Essa situação afeta de forma específica os assistentes sociais residentes. Se por um lado, a Residência Multiprofissional de Saúde se inscreve enquanto um projeto de qualificação profissional para o fortalecimento do SUS, por outro lado, vem sendo fortemente surrupada pelos interesses do projeto privatista de saúde que vem superexplorando a mão d obra dos jovens profissionais como estratégia para a redução de custos de novas contratações por meio de concurso público.

Não é raro ouvir dos assistentes sociais residentes as suas queixas sobre a carga horária extenuante de trabalho, que afeta, inclusive, a concentração nas aulas teóricas; a intensidade do trabalho concentrado na dimensão operacional que toma quase o dia inteiro sem grandes possibilidades de reflexão junto à preceptoria; a dificuldade de diálogo com a equipe multiprofissional, especialmente médicos e enfermeiros; a desmobilização estudantil; a violação do direito às férias e ao descanso; a obrigatoriedade de reposição do trabalho em caso de afastamento por questões de saúde;

a falta de tempo para a produção intelectual; supervisão de estagiários de graduação; os entraves institucionais que dificultam os encaminhamentos; a disfunção das atividades profissionais em virtude da imposição do saber médico e a descontinuidade e o imediatismo que diluem o sentido teleológico do trabalho profissional no rumo de uma práxis transformadora.

Essas questões levam os assistentes sociais a um intenso sentimento de angústia e impotência que os fazem questionar o sentido de permanecerem no programa de RMS. No intercurso do processo pedagógico da tutoria com um profissional assistente social docente, a dimensão da instrumentalidade do trabalho é sempre posta em discussão como forma de provocar a reflexão sobre o cotidiano do internato, já que os residentes possuem 80% da carga horária dedicada às atividades práticas e 20% para as atividades teóricas, compondo, assim, a tríade ensino-serviço-comunidade.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) assenta-se, então, em duas dimensões: a pedagógica e a trabalhista. O caráter pedagógico se constitui enquanto eixo de aprendizagem estimulado a partir de processos reflexivos da clínica ampliada de modo a construir estratégias integrais de cuidado dentro de uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, em alinhamento ao inciso IV, 2º parágrafo da Resolução nº 2/2012, que dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em profissional de saúde. A dimensão trabalhista reside no fazer profissional no cotidiano dos serviços de saúde.

Vê-se que a dimensão trabalhista se sobrepõe à dimensão pedagógica, não só pela carga horária maior, mas pela primazia da razão instrumental que tem orientado os serviços de saúde na perspectiva da competência institucional. As marcas dessa racionalidade assentam-se no produtivismo, nos atendimentos pontuais, na rotineirização, no tecnicismo e em processos educativos reificadores da ordem social vigente. Silva (2013, p. 78) defende que

[...] em nada interessa uma racionalidade instrumental ao Serviço Social, ou seja, uma orientação centrada no puro manejo de índices, dados e instrumentos, no reformismo conservador, no equilíbrio dinâmico/sistêmico da ordem e na gestão acrítica, dócil e 'solidária' do pauperismo.

A racionalidade instrumental é intrínseca ao modelo de produção flexível, atuando na desespecialização das profissões com profundo desrespeito à formação profissional e ao posicionamento ético-político historicamente construído dentro de um processo de amadurecimento crítico da categoria. Soma-se a isto a condição subalternizada que ainda marca o Serviço Social nas instituições de saúde, carregado de preconceito de gênero sobre a presença predominantemente feminina das profissionais.

Em decorrência disso, delega-se às (aos) assistentes sociais funções que distorcem o caráter do atendimento humanizado em saúde e que mais se convertem em atividades caritativas e/ou

auxiliares. É comum ouvir dos assistentes sociais residentes que o Serviço Social é chamado a comunicar óbito, a orientar familiares impedidos de adentrarem a instituição pelo descumprimento das normas hospitalares relacionados à vestimenta inadequada, a organizar fichas de alimentação aos acompanhantes e a acionar ambulância para o traslado de usuários em caso de transferência ou de alta hospitalar.

Esse descontentamento com as funções do Serviço Social dentro das instituições de saúde impulsiona mais a crítica por parte das assistentes sociais residentes do que das próprias profissionais que trabalham lá, que sustentam uma postura conformadora supostamente pelo receio de perseguição institucional, mesmo sendo concursadas (os). As residentes, por outro lado, recebem a fama de “barraqueiras” por ousarem questionar as normas instituídas.

Paula, Lima, Bedin (2020) estabelecem a diferença entre requisição, competência e atribuições. Para as autoras, a requisição é geralmente institucionalizada e provém da instituição que contrata o assistente social, podendo ser acolhida ou não a depender de sua autonomia para julgar se é compatível com o seu exercício profissional.

As competências profissionais referem-se às habilidades adquiridas ao longo do processo de formação profissional que tornam o profissional capaz para planejar, implementar, executar e avaliar projetos, programas e políticas sociais. Essas atividades podem ser desenvolvidas tanto por assistentes sociais, como também por outros profissionais. Aquilo que é privativo dos assistentes sociais, entende-se por atribuições, de acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/1993). As atribuições são um conjunto de atividades que devem ser exercidas exclusivamente pelo profissional de Serviço Social.

Há que se notar que os assistentes sociais residentes demonstram compreensão crítica sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e que articulam a dimensão do cuidado em saúde segundo as diretrizes do Projeto Ético-Político profissional e da Política Nacional de Humanização (2003). Esses jovens profissionais demonstram um empenho maior e mais sensível à realidade dos usuários e de seus familiares e acompanhantes.

No âmbito de sua prática no regime de internato, dedicam-se atentamente a escuta qualificada, demonstram capacidade de articulação institucional, intersetorial e interdisciplinar, conseguem compreender o funcionamento da rede socioassistencial e as possibilidades de referência e contrarreferência, conhecem os limites estruturais da política de saúde, contribuem para a qualificação dos atendimentos institucionais, são criativos, apresentam engajamento político nas instâncias de participação do programa de RMS e possuem domínio da política de saúde e suas várias resoluções. Ao que parece, cumprem rigorosamente as suas atribuições previstas na Resolução 2/2012.

Ao se depararem com as aulas teóricas junto ao professor-tutor, os assistentes sociais residentes podem encontrar apenas uma discussão didática de textos para elucidar a compreensão da prática já desenvolvida no cotidiano dos serviços de saúde. Contudo, esse processo pedagógico ao ser conduzido para além da transmissão estéril de conhecimentos, procura mergulhar nos meandros dos processos sociais da prática instigando esses profissionais sobre o sentido e a direcionalidade do seu fazer. Eis o início de um processo reflexivo angustiante.

Por vezes a interlocução do assistente social residente com o professor-tutor culmina com a angústia do fatalismo quando se reflete sobre o esgotamento das suas possibilidades de intervenção diante das amarras institucionais e dos entraves estruturais da própria política pública. Em meio a tudo isso, sentem-se realizados quando encontram resolutividade para os casos que são postos ao Serviço Social. Contudo, essa resolutividade centra-se na ideia de “resolver o problema”, sendo, por isso, imediatista e operacional.

Essa expectativa de instrução para a resolutividade de problemas práticos, que se deposita sobre a tutoria, quando não problematizada no contexto da lógica de formação do trabalho em saúde, acaba por fortalecer o projeto mercantil de educação que se dilui na perspectiva de prestação de serviços, “segundo os critérios de produtividade, competição e eficiência” (Iamamoto, 2010, p. 438).

A sensação de eficiência, nesse caso, tem caráter instrumental, mesmo que contribua para a solução de uma questão imediata compreendida adequadamente a partir do processo social que envolve a situação de saúde do usuário. Mas, ao não se vislumbrar a construção de um enfrentamento efetivo no âmbito dos movimentos sociais, de um planejamento estratégico a médio e/ou longo prazo mediante a criação de programas e projetos, tem-se uma atuação isolada no formato de uma prática esvaziada do sentido teleológico do trabalho transformador.

Castro (2013) destaca que a residência em Serviço Social deve propiciar não só o aprofundamento da reflexão sobre as relações do Estado com a política de saúde e a inserção dos assistentes sociais nessa área, mas, também, deve possibilitar o trânsito por um conjunto de disciplinas que iluminem a construção de respostas teórico-práticas às demandas institucionais, de modo a romper com a perspectiva da residência como uma especialização meramente técnica do profissional da saúde.

Longe de romantizar as possibilidades de intervenção profissional nas cercanias dos limites institucionais, o processo pedagógico da tutoria, junto aos assistentes sociais residentes, deve se inclinar à construção de microestratégias possíveis dentro do horizonte que orienta o trabalho profissional do Serviço Social. É necessário, para isto, adensar as produções acadêmicas a respeito do processo de tutoria dos assistentes sociais residentes, tendo em vista que “vislumbra-se com mais

predominância produções que abordam o exercício da preceptoría, mas em escala menor de tutoria” (Sousa; Medeiros, 2023, p. 07).

As diretrizes da RMS preconizam que os profissionais devem conhecer a lógica das redes de atenção à saúde e gestão do SUS (Resolução 2/12, Art. 4º, Parágrafo 2º, Inciso I), e também, contemplar as prioridades loco-regionais de saúde, respeitadas as especificidades de formação das diferentes áreas profissionais da saúde envolvidas (Resolução 2/12, Art. 4º, Parágrafo 2º, Inciso II). Será que o Projeto Pedagógico (PP) do Serviço Social da RMS tem priorizado as discussões transversais que envolvem o processo saúde-doença? E, ainda, contempla as questões culturais que envolvem o povo do território onde o Programa está implantado?

O avanço das discussões teóricas no processo de tutoria sempre coloca questões que ponderam o porquê da retenção da demanda nos serviços de média e alta complexidade, o funcionamento simplista e reduzido da atenção básica de saúde, o desrespeito ético aos saberes tradicionais de usuários indígenas e quilombolas no processo terapêutico de cuidado, o preconceito com a diversidade sexual, a obrigatoriedade da alta hospitalar e a impotência do cuidador, os cuidados paliativos a usuários em estado terminal abandonados no hospital em razão do rompimento de seus vínculos familiares, a dimensão existencial da morte e o assistente social como o profissional indicado para se responsabilizar pela assinatura do atestado de óbito, em último caso, após todas as tentativas frustradas de contato familiar.

Essas questões que compõem os meandros do cotidiano dos assistentes sociais residentes nos serviços de saúde atravessam as discussões de gênero, violência, humanização, bioética, mas que nem sempre são contempladas nos PP da RMS. Embora se reconheça a primazia da discussão da política pública no processo pedagógico, há que se levar em medida de importância equivalente o debate desses temas filosóficos, sociológicos e antropológicos como disciplinas obrigatórias a todos os profissionais residentes conjuntamente em espaços de tutoria interdisciplinar.

A construção, bem como o aprimoramento contínuo do Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional de Saúde, é um dever de tutores, preceptores, coordenador e residentes. Não pode ser um esforço de apenas uma categoria profissional ou que essas pautas sejam travadas de forma transversal e facultativa no processo de tutoria de algumas categorias profissionais.

Essa perspectiva pedagógica ampliada da tutoria dos assistentes sociais residentes é uma estratégia de consolidação dos objetivos da RMS. O maior desafio aos assistentes sociais para avançar verdadeiramente numa perspectiva emancipatória, conforme Abreu (2008), não se limita à defesa dos direitos civis, sociais e políticos conformados no solo da cidadania burguesa, mas deve se projetar em uma tendência inovadora de fortalecimento dos processos e lutas sociais a favor das classes subalternas, no sentido de construção de uma nova sociabilidade.

É necessário, para isto, que as outras categorias profissionais possam somar-se aos assistentes sociais na luta pelo fortalecimento dos projetos societários das classes subalternas e a requalificação do PP do Serviço Social e do exercício da tutoria dos assistentes sociais residentes para que esse momento pedagógico se constitua de um tempo preñado de novas reflexões e de construção de estratégias de rompimento do conservadorismo profissional nas instituições de saúde.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção do Serviço Social na área da saúde é um grande contributo ao fortalecimento do projeto de reforma sanitária. A defesa da saúde enquanto direito social e dever do Estado deve ser garantido mediante a articulação de políticas setoriais que contemplem os aspectos sociais e econômicos que influenciam diretamente na situação de saúde dos sujeitos sociais e promovam o protagonismo social e político para que a população atue democraticamente na condução da política pública.

Os avanços do projeto privatista de saúde atuam no corte dos gastos públicos e na redução da oferta de serviços, na primazia da esfera curativa e ênfase na dimensão clínica do tratamento. A prevalência da razão instrumental nos serviços de saúde dificulta o exercício da mediação na medida em que se valoriza a resolutividade dos casos na perspectiva da competência institucional em detrimento a respostas mais qualificadas de cunho efetivamente transformador.

A Residência Multiprofissional em Saúde vem sendo atingida na medida em que tem sido diluída pela exploração do trabalho dos residentes. Os assistentes sociais que fazem parte desse programa se veem acorrentados diante das balizas institucionais e intersetoriais que refreiam os avanços de sua intervenção em uma perspectiva ético-política.

É no processo pedagógico da tutoria que as agruras desse processo são externadas, não apenas como forma de compreensão didática do cotidiano da prática nos serviços de saúde, mas enquanto momento crítico e reflexivo do projeto pedagógico que não tem preparado suficientemente os assistentes sociais e as demais categorias profissionais de residentes para um olhar profundo e efetivamente humanizado do cuidado.

A tutoria chama a responsabilidade para o dever conjunto e em ato contínuo de revisão do projeto pedagógico dos residentes, não apenas do Serviço Social para que os profissionais não corram o risco de um teorismo estéril sem possibilidades de efetivação junto à equipe multidisciplinar, mas enquanto esforço coletivo que conclame todos os atores envolvidos nesse programa para o fortalecimento da qualificação profissional e do SUS na perspectiva da reforma sanitária.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- AMADOR, Josy Ramos de Oliveira. A prática do assistente social na atualidade: a sala de espera como alternativa nos espaços de plantão. **Revista Eletrônica Polêmica**, v. 8. Rio de Janeiro: Labore, 2009.
- ANDREANI, Jacqueline Fernandes; DIAS, Miriam Thais Gutierrez; DALPIAZ, Ana Kelen. Reflexões acerca das requisições ao trabalho do/a assistente social na alta complexidade em saúde. **Revista Serviço Social em Debate**, v. 4, n. 2. Minas Gerais, 2021.
- BRASIL. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. **Dispõe sobre as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde**. Brasília, DF, 16 de abril de 2012. (Citado em 28 de dezembro de 2024). Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-002-2012-04-13.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2025.
- BRASIL. Lei 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)**. Brasília, DF, 30 de junho de 2005 (citado em 27 de dezembro de 2024). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm). Acesso em: 20 jan. 2025.
- BRASIL. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. **Reconhece como profissionais de saúde de nível superior categorias profissionais**. Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\\_06\\_03\\_1997.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html). Acesso em: 27 dez. 2024.
- BRASIL. Lei 8.662, de 07 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências**. Brasília, DF, 07 de junho de 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm). Acesso em: 28 dez. 2024.
- BRAVO, Maria Inês de Souza; Matos, Maurílio de Castro. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária**: Elementos para o debate. Ana Elizabete Mota [et. al.] (org.). 2 ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.
- BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil. *In*: BRAVO, Maria Inês de Souza. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.
- BATTINI, Odária. Atitude investigativa e prática profissional. *In*: BAPTISTA, Myrian Veras; BATTINI, Odária (orgs.). **A prática profissional do assistente social**: teoria, ação, construção do conhecimento, v.1. São Paulo: Veras Editora, 2009.
- BONETTI, Dilséa Adeodata; SILVA, Marlise Vinagre *et. al.* **Serviço Social e Ética**: Convite a uma nova práxis. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- CASTRO, Jamile Silva de Oliveira; ANDRADE, Laurinete Sales de. Serviço Social e o SUS: desafios na prática do assistente social. **Revista Serviço Social & Saúde**, v. 13, n. 1. São Paulo: Campinas, 2014.
- CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Formação em saúde e Serviço Social: as residências em questão. **Textos & Contextos**, v. 12, n. 2. Porto Alegre: 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

GUERRA, Yolanda. O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas. In: Baptista, Myrian Veras; Battini, Odária. **A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento**, v. 1. São Paulo: Veras Editora, 2009.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 6 ed. São Paulo, Cortez: 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MARTINI, Débora; DAL PRÁ, Keli Regina. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. **Revista Argumentum**, v. 10. Vitória, ES, 2018.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA *et. al*, Ana Elizabete. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2 ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

NOLÊTO, Violêta Maria da Silva; JOAZEIRO, Edna Maria Goulart. O trabalho do assistente social e as estratégias de intervenção nos serviços de saúde de média complexidade em Timon (MA). **Revista Barbarói**, n. 56. Santa Cruz do Sul, 2020.

PONCE DE LEÃO, Alice Alves Menezes. **Serviço Social e Velhice: perspectivas para o trabalho do assistente social na promoção à saúde do idoso**. Manaus: Edua, 2015.

PAULA, Luciana Gonçalves Pereira de; LIMA, Joseane Barbosa de; BEDIM, Vanisse Bernardes. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: reflexões sobre competências e atribuições dos assistentes sociais/residentes. **Revista Libertas**, v. 20, n. 1, p. 176-195. Juiz de Fora, 2020.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, B. Maria Inês *et. al*. Necessidades de saúde e atenção primária. In: **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SILVA, Luciana da Conceição e; BROTTTO, Márcio Eduardo. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. **Revista Em Pauta**, n. 37, v. 14, p. 126-149. Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, José Fernando Siqueira da. Serviço Social: razão ontológica ou instrumental? **Revista Katálisis**, v. 16, n. 1, p. 72-81. Florianópolis, 2013.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 103. São Paulo: Cortez, 2010.

SOUSA, Livia Maria Sales de; MEDEIROS; Juliana Maíra Alves Amaral de. **Tutoria em Serviço Social na Residência em Saúde**: relato de experiência dos desafios na perspectiva pedagógica. XI Jornada Internacional de Políticas Públicas: reificação capitalista e emancipação humana como necessidade histórica – formação da consciência de classe na luta de hegemonias. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2023. ISSN 2175-280X. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2023/index.php#trabalhos>. Acesso em: 24 maio 2026.