

## **Desafios e perspectivas da atuação de assistentes sociais residentes egressos do Programa de Residência em Saúde atenção integral em ortopedia e traumatologia no oeste do Pará**

**Challenges and perspectives for the performance of resident social assistants graduated from the Health Residence Program comprehensive care in orthopedics and traumatology in the west of Pará**

**Desafíos y perspectivas para el desempeño de los asistentes sociales residentes graduados del Programa de Residencia em Salud atención integral em ortopedia y traumatología en el oeste de Pará**

Recebido: 31/10/2022 | Revisado: 09/11/2022 | Aceitado: 11/11/2022 | Publicado: 16/11/2022

### **Dayara Araújo de Negreiros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7585-6634>  
Universidade do Estado do Pará, Brasil  
E-mail: [dayaranegreiros.araujo@gmail.com](mailto:dayaranegreiros.araujo@gmail.com)

### **Ivone Domingos e Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4112-3042>  
Universidade do Estado do Pará, Brasil  
E-mail: [ivonedomingos977@gmail.com](mailto:ivonedomingos977@gmail.com)

### **Raissa Ribeiro Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6213-3907>  
Universidade Federal do Amazonas, Brasil  
E-mail: [raissaribeirolima15@gmail.com](mailto:raissaribeirolima15@gmail.com)

### **Patrícia de Paula Barros Moraes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6876-3333>  
Universidade do Estado do Pará, Brasil  
E-mail: [patriciadepaula.as@gmail.com](mailto:patriciadepaula.as@gmail.com)

### **Hívia de Oliveira da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9277-8420>  
Universidade do Estado do Pará, Brasil  
E-mail: [hivilaoliveira20@gmail.com](mailto:hivilaoliveira20@gmail.com)

### **Resumo**

O artigo tem como objetivo identificar os desafios e perspectivas do fazer profissional de assistentes sociais residentes egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA) em Santarém/PA. A pesquisa foi orientada por uma perspectiva crítica e com abordagem qualitativa a fim de compreender o objeto a ser estudado em todos os seus aspectos e conexões, quanto aos participantes, foram 5 Assistentes Sociais Egressos do Programa acima mencionado e para a coleta de dados utilizou-se um formulário com perguntas abertas e fechadas. Os dados coletados foram sistematizados e analisados qualitativamente com base no procedimento de análise de conteúdo. Na primeira parte, realizou-se uma breve aproximação ao debate do Serviço Social e Residência Multiprofissional em saúde. Na segunda, aborda-se as atribuições e competências do trabalho do Assistente Social na política de saúde e na residência multiprofissional em saúde e, por fim, apresenta-se os principais resultados da pesquisa realizada no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no HRBA, tais como falta de autonomia, não compreensão da identidade profissional do Assistente Social, precariedade das condições de trabalho e outros. Ademais, torna-se importante o fortalecimento da categoria frente aos desafios e no âmbito dos Programas de Residências.

**Palavras-chave:** Residência em saúde; Serviço social; Prática profissional.

### **Abstract**

The article aims to identify the challenges and perspectives of professional practice of resident social workers graduated from the Multiprofessional Residency Program in Health Comprehensive Care in Orthopedics and Traumatology at the Regional Hospital of Baixo Amazonas (HRBA) in Santarém/PA. The research was guided by a

critical perspective and with a qualitative approach in order to understand the object to be studied in all its aspects and connections. if a form with open and closed questions. The collected data were systematized and analyzed qualitatively based on the content analysis procedure. In the first part, there was a brief approach to the debate on Social Work and Multiprofessional Residency in health. In the second, the attributions and competences of the work of the social worker in the health policy and in the multiprofessional residency in health are approached and, finally, the main results of the research carried out within the scope of the Multiprofessional Residency Program in Health Comprehensive Care are presented. in Orthopedics and Traumatology at HRBA, such as lack of autonomy, lack of understanding of the Social Worker's professional identity, precarious working conditions and others. Furthermore, it is important to strengthen the category in the face of challenges and at the heart of Residency Programs.

**Keywords:** Health residency; Social service; Professional practice.

### Resumen

El artículo tiene como objetivo identificar los desafíos y las perspectivas de la práctica profesional de los trabajadores sociales residentes egresados del Programa de Residencia Multiprofesional en Atención Integral en Salud en Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional del Baixo Amazonas (HRBA) en Santarém/PA. La investigación estuvo guiada por una perspectiva crítica y con un enfoque cualitativo con el fin de comprender el objeto de estudio en todos sus aspectos y conexiones, de una forma con preguntas abiertas y cerradas. Los datos recolectados fueron sistematizados y analizados cualitativamente con base en el procedimiento de análisis de contenido. En la primera parte, se hizo una breve aproximación al debate sobre Trabajo Social y Residencia Multiprofesional en salud. En el segundo, se abordan las atribuciones y competencias del trabajo del trabajador social en la política sanitaria y en la residencia multiprofesional en salud y, por último, los principales resultados de la investigación realizada en el ámbito del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud. Se presentan la Atención Integral en Ortopedia y Traumatología en el HRBA, tales como falta de autonomía, falta de comprensión de la identidad profesional del Trabajador Social, precariedad laboral y otros. Además, es importante fortalecer la categoría frente a los desafíos y en el seno de los Programas de Residencia.

**Palabras clave:** Residencia sanitaria; Servicio social; Practica profesional.

## 1. Introdução

A saúde é considerada como um direito social e responsabilidade do estado, a qual oferta serviços a toda comunidade por meio das Instituições Públicas de Saúde, sendo consolidada através das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), através desse sistema houve abertura de diversos espaços sócio-ocupacionais, dentre estes, para a categoria profissional de Assistentes Sociais. Dessa maneira, Iamamoto (2009) afirma que o Serviço Social é uma especialização do trabalho, inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo na sociedade capitalista.

Segundo Bravo e Matos (2006) o trabalho do Assistente Social na saúde deve ter como eixo norteador a busca criativa e incessante da inclusão de conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados intrinsecamente aos princípios dos projetos de reforma sanitária, ético-político da profissão e demais ferramentas que sustentam a prática profissional. As autoras destacam a importância de o Serviço Social estar articulado com segmentos que defendem o aprofundamento do SUS, bem como buscar estratégias as quais possam efetivar o direito social à saúde.

Compreende-se assim, o Serviço Social como profissão importante/necessária na política pública de saúde em virtude da não consolidação plena do SUS. Corroborar-se aqui o pensamento de Matos (2017) de que esse profissional constitui o elo invisível do sistema de saúde, uma vez que nesse âmbito são identificadas diversas manifestações da questão social<sup>1</sup>, potencializadas pelas contrarreformas do Estado, a qual cede espaço para a consolidação do projeto privatista.

O reconhecimento da questão social como “parte constitutiva das relações sociais capitalistas” que, condensando múltiplas desigualdades, revela “o anverso do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social” (Iamamoto, 2001, p.10), fornece bases críticas para a atuação em Serviço Social. Matos (2017) discorre como a questão social se expressa de diversas formas na área da saúde assim como em outros âmbitos profissionais, mas com particularidades que necessitam ser

---

<sup>1</sup> Entendida como a aporia das sociedades modernas que põe em foco a disjunção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos direitos e os imperativos de eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação (Teles, 1996).

levantadas e problematizadas, a fim de que os atuantes compreendam os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho, nas instituições e na vida dos usuários.

A área da saúde se configura para o Assistente Social como um desafio, pois nela há inúmeras vulnerabilidades sociais e econômicas que emergem no exercício profissional diariamente (Pereira et al., 2022). Para efetivar um trabalho com eficiência este deve se distanciar de abordagens tradicionais, funcionalistas e embasar a atuação às ferramentas legais da profissão, quais sejam: Código de Ética Profissional, Lei de Regulamentação da Profissão, Projeto Ético Político e outros, pois na saúde estão presentes muitos desafios ao exercício profissional. E, especificamente na saúde pública é necessária uma prática profissional em favor da equidade e justiça social, que assegure a universalidade do acesso à saúde.

Ademais, é relevante também reafirmar e reivindicar pela efetivação plena do SUS em face da privatização da saúde, sendo uma das principais estratégias a formação e qualificação profissional que reforce o compromisso com uma política de saúde pública de qualidade. De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2017), as Residências Multiprofissionais em Saúde foram instituídas em 2005 por meio da Lei nº 11.129 voltada para a educação em serviço de várias categorias profissionais, inclusive o Serviço Social.

Apreende-se as Residências Multiprofissionais a partir de um projeto de educação profissional em saúde ancorado na perspectiva contra hegemônica orientadas pelo desenvolvimento intelectual que fortalece o exercício profissional, moldando na área da saúde Assistentes Sociais com visões de totalidade, de criticidade para compreender os aspectos sociais que interferem no processo saúde-doença (Bravo & Matos, 2006).

A partir desses pressupostos, e, mediante à compreensão do SUS como um sistema com diversos desafios práticos, busca-se apresentar aqui os principais resultados da pesquisa realizada no âmbito da Residência Multiprofissional, a qual objetivou identificar os desafios e perspectivas do fazer profissional de Assistentes Sociais Residentes egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA) em Santarém/PA.

Assim, realiza-se uma aproximação ao debate do Serviço Social e Residência Multiprofissional em saúde, seguido de uma breve discussão sobre as atribuições e competências do trabalho do Assistente Social na política de saúde e na residência multiprofissional em saúde e, por fim, os principais resultados do estudo realizado na esfera do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no HRBA.

## 2. Metodologia

A pesquisa foi orientada por uma perspectiva crítica e com abordagem qualitativa a fim de compreender o objeto a ser estudado em todos os seus aspectos e conexões, além de permitir a escolha dos procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação dos fenômenos (Netto, 2011; Minayo, 2010). Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a temática com o objetivo de construir subsídios para a realização da pesquisa empírica.

O *locus* foi o Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna, localizado no município de Santarém/PA, cidade localizada no oeste do Pará, com uma área territorial de 17.898.389 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 308.339 pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021). Neste hospital atuam os residentes de Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

O Universo da Pesquisa compreendeu os Assistentes Sociais Residentes egressos do Programa de Residência Multiprofissional da especialidade acima mencionada, dos anos de 2013 a 2020<sup>2</sup>. De acordo com levantamento realizado na

---

<sup>2</sup> É relevante reiterar que é destinada ao Serviço Social apenas uma vaga por processo seletivo anual no referido programa.

pesquisa exploratória, 05 (cinco) Assistentes Sociais Residentes concluíram a especialização, desde o início do referido Programa de residência, conforme o quadro abaixo:

**Quadro 1** – Especialistas formados no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

<b>Especialistas formados – Residência Multiprofissional em Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia</b>									
<b>Serviço Social</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Total</b>
	1	0	0	1	1	1	0	1	5

Fonte: Universidade do Estado do Pará/UEPA (2021).

Considerando as informações levantadas, utilizou-se como critério de inclusão, residentes que concluíram a especialização até o período da pesquisa e concordaram em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE. Como critério de exclusão, foram desconsiderados Assistentes Sociais que não se encaixaram nos critérios anteriores.

Para o contato com os residentes egressos, foi solicitado os dados (e-mail e contato telefônico) via requerimento à Universidade do Estado do Pará (UEPA). Logo após estabelecer os contatos, realizar os convites e obter os aceites em contribuir com a pesquisa, encaminhou-se via e-mail o TCLE e o link do formulário online para os participantes. Tal formulário foi previamente elaborado, com perguntas abertas e fechadas, como o intuito de responder aos objetivos traçados no estudo.

Os dados coletados foram sistematizados e analisados qualitativamente com base no procedimento de análise de conteúdo. Este divide-se em três níveis: a pré-análise; exploração do material; e, tratamento e interpretação dos dados. A associação da teoria, com os dados empíricos coletados e a interpretação do pesquisador constituíram os elementos centrais para a elaboração do trabalho final e a consequente resposta aos objetivos traçados (Bardin, 2016).

Esta pesquisa foi realizada respeitando as normas aplicadas às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Resolução nº 466/2012 do CNS, a qual retificou as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil, 2016). Além disso, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UEPA/Santarém, com número de parecer 5.363.432, garantindo a confiabilidade da pesquisa.

### **3. Resultados e Discussão**

#### **3.1 Serviço Social e Residência Multiprofissional em saúde**

As residências em saúde foram instituídas em 2005 pela lei federal 11.129, que abrange profissões de nível superior regulamentadas na área da saúde. Em conformidade com a resolução do CNS nº 287/1998, podem se organizar na modalidade de área específica e multiprofissional; esta lei trata também da concessão de bolsas para a educação pelo trabalho aos profissionais e da criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (CFESS, 2017).

Com a instituição da CNRMS foi possível estabelecer princípios e diretrizes para os programas e por meio de seminários e fóruns coletivos foram elaboradas propostas com o objetivo de credenciar, avaliar e principalmente a acreditação destes. As residências além de contribuir para a concepção ampliada de saúde, oportunizam uma rede de espaços para a integração ensino-serviço, propondo a inclusão de residentes nos diversos serviços e instâncias que compõem as linhas de cuidados da saúde pública (Mendes, 2013).

De acordo com a lei 11.129/2005 as residências em saúde caracterizam-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, destinada as seguintes categoriais: assistentes sociais, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros, excetuada a médica. Referente ao processo formativo, possuem intrínseca relação entre formação e trabalho profissional, sendo esta uma estratégia de educação permanente, de qualificação e atualização dos trabalhadores no contexto do SUS (Silva & Castro, 2020).

A proposta de operacionalização da formação 'inter-categorias' tem como foco a formação coletiva dentro de um mesmo 'campo de trabalho', garantindo prioridade e respeitando o núcleo de conhecimento específico de cada profissão (Brasil, 2006). Desse modo, na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) há atividades e experiências a que todas as profissões envolvidas devem estar expostas assim como há outras que são específicas para cada uma delas, ou seja, deve haver uma interação entre o campo (espaço da prática) e o núcleo (espaço do conhecimento específico da categoria profissional) (Ramos et al., 2006).

De acordo com Castro (2013) a expansão da incorporação do Serviço Social nos programas de residência em saúde iniciou no final dos anos 2000, em seus estudos realizou um mapeamento da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) sobre a inserção do Serviço Social nos programas de residências em saúde, identificou-se que a categoria de Assistentes Sociais está inserida, principalmente, na modalidade multiprofissional. Referente ao cenário de prática assistencial, a maior parte são desenvolvidos no âmbito hospitalar e uma pequena parcela na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os residentes possuem uma carga horária de 60 horas semanais por um período de dois anos, as quais equivalem a 5.760 horas; 80% dessa carga horária está voltada para as atividades práticas e 20% destinadas a atividades teóricas e teórico-práticas (CFESS, 2017). Em relação a isso, Mendes (2013, p. 194) discorre que “[...] tal carga horária encontra-se ainda na contramão da reivindicação das centrais sindicais brasileiras, que vêm se mobilizando pela redução da jornada de trabalho para 40 horas semanais”.

No que tange a essa questão, Silva (2016, p. 126) destaca:

Com relação à carga horária, a modalidade residência para médicos ou demais profissionais de saúde, conforme legislação vigente define uma jornada de 60 (sessenta) horas semanais. Mesmo havendo a conjugação de atividades práticas e teórico-práticas, é evidente o caráter excessivo dessa jornada. [...]. O modelo de formação para atuação na saúde que surge com a residência médica e é incorporado pela residência uni e multiprofissional, no que se refere a uma metodologia de ensino a partir do trabalho – “o ensino em serviço” – pode atender a uma formação que se desenvolva voltada para necessidades de saúde e a partir de realidades sociais, ou seja, como uma ação estratégica voltada para a formação e nos moldes dos princípios basilares do SUS. Contudo, entendemos que o impositivo de uma carga horária extensa cria condições para a instauração de uma dinâmica de superexploração do trabalho do residente [...].

Partindo dessa análise, se identifica a presença de diversas designações para a Residência, sendo esta entendida como treinamento em serviço, ensino em serviço, aprendizagem no trabalho, aprendizagem baseada na prática, e como formação para o trabalho no SUS. Esses termos, muitas vezes, utilizados como sinônimos comportam concepções diferenciadas no que tange à formação e ao trabalho em saúde.

Vasconcelos e Vieira (2018, p. 13) observam que a aprendizagem em serviço é posta como “um esforço pedagógico que se desenvolve na prática e no cotidiano de saúde para aquisição de uma formação de qualidade, consistência e relevância”. Silva (2016) destaca que se deve tomar cuidado para que o chamado “aprender fazendo”, não se efetive como “mais uma mão de obra no serviço”. Dessa forma, considera-se que esses termos podem reduzir a formação à prática, simplificando a relação teoria e prática.

Defende-se que o termo formação para o trabalho e, especialmente, voltada para o SUS é o que contempla a proposição de residência vinculada ao projeto de Reforma Sanitária dos anos 1970. Silva (2016, pp. 154-155) reforça que “a RMS nasce como possibilidade de construção de uma formação em saúde atenta e associada à diversidade e complexidade das necessidades de saúde postas no cotidiano do SUS”, outro direcionamento constatado é de que as Residências se localizam no campo da Educação Permanente em Saúde (EPS). A RMS se movimenta no campo das estratégias de formação e qualificação de recursos humanos para a saúde, se constituindo enquanto uma formação continuada e pós-graduada, que tem seu processo de ensino-aprendizagem referenciado na EPS (Closs, 2010).

Assim, essa proposta de educação permanente deve contribuir para a formação de profissionais que desenvolvam uma atuação diferenciada no SUS, que reorienta as ações assistenciais por intermédio do trabalho em equipe, atenta às necessidades de saúde da população e dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira (Silva & Patrocínio, 2016). No âmbito do Serviço Social, essa proposta deve estar respaldada nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, no Código de Ética do Assistente Social de 1993 e demais regulamentações da profissão.

### **3.2 Atribuições e competências do trabalho do assistente social na política de saúde e na Residência Multiprofissional em saúde**

A sociedade capitalista caracteriza-se como uma arena de interesses particulares, a qual busca a acumulação do capital em detrimento da coisa pública e é nesse contexto que as expressões da questão social se modificam em objeto de uma intervenção sistemática e contínua do Estado através das políticas sociais, e em meio a esse processo há a emergência do Serviço Social como profissão (Raichelis, 2020). Dessa maneira, trata-se de uma profissão que junto com outras, participa da viabilização dos serviços sociais e direitos, em resposta as inúmeras necessidades sociais de indivíduos, grupos e classes na (re)produção social.

Dentre as áreas de atuação, destaca-se a política de saúde, a qual conforme Matos (2017) é repleta de contradições geradas pela não implementação do SUS constitucional. Diante dessa realidade, o trabalho do Assistente Social se faz necessário e deve ser orientado pelos fundamentos da profissão, a saber: teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo. Em vista disso, o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS com objetivo de direcionar o trabalho profissional nos níveis de atenção do SUS desenvolveu o documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*.

Neste documento, a atuação possui 04 (quatro) grandes eixos, como: 1) atendimento direto aos usuários; 2) mobilização, participação e controle social; 3) investigação, planejamento e gestão; 4) assessoria, qualificação e formação profissional.



**Quadro 2** – Eixos de atuação do Assistente Social na saúde.

<b>Eixos da atuação dos assistentes sociais na saúde</b>	
<b>1</b>	Se dá nos diversos espaços de atuação do Assistente Social na saúde, da atenção básica à alta complexidade. As ações predominantes neste eixo são as ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e socioeducativas, estas ocorrem de maneira complementar e são indissociáveis.
<b>2</b>	Envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação da comunidade, usuários, trabalhadores da saúde em espaços democráticos e de controle social. Consiste em contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos e de direitos através das ouvidorias, conselhos e outros.
<b>3</b>	Ações que visem o fortalecimento da gestão democrática e participativa, que resultem em propostas potencializadoras em favor dos usuários e trabalhadores da saúde na garantia de seus direitos sociais. As atuações deste eixo devem ser embasadas pelos estudos e pesquisas, as quais revelem as condições de vida e demandas da classe trabalhadora.
<b>4</b>	Atividades de qualificação e formação profissional, as quais tenham como objetivo o aprimoramento profissional, tendo como centralidade a melhoria na qualidade dos serviços prestados aos usuários, como: programações que visem a qualificação da equipe de saúde, na perspectiva de um trabalho interdisciplinar. No tocante à formação profissional, esta envolve supervisão de estagiários, programas de residência multiprofissional, preceptoria de residentes e outros.

Fonte: Conselho Federal de Serviço Social [CFESS] (2010); adaptado pelas autoras (2022).

A partir do quadro acima é possível compreender as ações desenvolvidas pelo Assistente Social na área da saúde, cada uma delas expressam a importância de sua atuação. É relevante destacar também a relação intrínseca entre elas, as quais não podem ser compreendidas de maneira isolada, mas articuladas dentro de uma percepção de totalidade, resultando em intervenções competentes ancoradas na garantia de direitos dos usuários. Dentre os eixos supracitados, pode-se evidenciar a qualificação e formação profissional como primordial, pois resulta no desenvolvimento intelectual e na ampliação dos horizontes do fazer profissional.

Assim como as demais profissões da área da saúde, o Assistente Social possui competências e atribuições privativas. A primeira são aquelas ações que o profissional pode desenvolver, porém não são exclusivas; a segunda diz respeito aquelas vinculadas diretamente à natureza da profissão; estas estão fundamentadas no Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da profissão e, devem ser respeitadas pelas instituições empregadoras.

Mediante a estas compreensões, destacaremos as principais atribuições privativas do Assistente Social nos serviços de saúde, segundo o CFESS (2010) que está alinhado com as demais ferramentas da profissão e se caracteriza como orientador para o exercício profissional nesta área:

**Quadro 3 – Atribuições privativas do assistente social na saúde.**

<b>Atribuições privativas do assistente social na saúde</b>
- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como, a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- Fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos;
- Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Fonte: CFESS (2010); adaptado pelos Autores (2022).

Conforme Raichelis (2020) as atribuições e competências profissionais configuram a maneira de ser das profissões no âmbito da divisão sociotécnica do trabalho na sociedade capitalista. Discutir sobre estas questões no contexto do Serviço Social nos remete, principalmente, debater sobre a profissão, pois, embora consideradas relevantes, as definições legais e normativas das atribuições e competências não são suficientes para firmar a legitimidade social frente aos empregadores e especialmente, na relação com os usuários da política de saúde.

No que diz respeito a questão pedagógica do Serviço Social no interior das residências, Silva e Castro (2020) pontuam a importância da existência de conteúdos teóricos e práticos ancorados nas produções e referências no campo do projeto ético-político profissional e na luta pela consolidação plena da reforma sanitária, uma vez que ambas se encontram situadas dentro de um mesmo projeto societário e vinculados aos valores de defesa de justiça social, democracia e igualdade.

Outro ponto a ser destacado, são os princípios das diretrizes curriculares que implicam a capacitação teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa da formação profissional do Assistente Social. Tais princípios e diretrizes devem orientar a capacitação dos residentes, são estes: 1) Apreensão crítica do processo histórico como totalidade; 2) Investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira; 3) Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; 4) Apreensão das demandas – consolidadas e emergentes – postas ao Serviço Social via mercado de trabalho; 5) Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor (ABEPSS, 1996).

A ABEPSS tem como objetivo a coordenação e avaliação da política de formação profissional na área de Serviço Social, a qual defende a formação profissional como um processo permanente de qualificação e atualização. Diante disso, verifica-se a importância da teoria está articulada à prática. Sobre esta questão Castro (2013), Silva e Castro (2020) evidenciam que as articulações entre a formação teórica e a prática assistencial que a residência proporciona é decisiva para se



compreender o significado social do trabalho profissional na saúde, e especialmente para moldar o perfil de um profissional comprometido com as prerrogativas do SUS.

Por conseguinte, o processo de formação em residência em saúde deve ser compreendido em sua potencialidade para repensar práticas profissionais cristalizadas e motivar reflexões sobre a organização e estrutura dos serviços de saúde, com intuito de propor mudanças e inovações, bem como de aprimorar a prática profissional conforme preconiza o eixo 4º da atuação do Assistente Social na saúde, que tratam das atividades de qualificação e formação profissional (Mendes, 2013).

Assim, faz-se importante refletir sobre os desafios profissionais identificados nesta pesquisa, a fim de discuti-los e situá-los aos desafios gerais da profissão inserida nos marcos da sociedade capitalista e, como isso impacta de forma particular a atuação profissional dos residentes egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no HRBA.

### **3.3 Atuação profissional de Assistentes Sociais Residentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia – HBRA Santarém/PA**

O HRBA foi inaugurado em 28 de dezembro de 2006, segundo o Manual de Gestão do HRBA (2016), a partir do ano de 2008 a Organização Social Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar assumiu a administração da instituição, por meio de contrato consolidado junto à Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESPA). A unidade atende a uma população estimada em mais 1,1 milhão de usuários dos 20 municípios do Oeste do Pará, disponibilizando vários serviços e especialidades.

É relevante mencionar como esta instituição tem se tornado referência no ensino e pesquisa, credenciada pelos Ministérios da Saúde e Educação, pois o Hospital conta com 12 programas de Residência Médica e com 02 programas de Residência Multiprofissional nas especialidades: Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia e Atenção em Oncologia. São oferecidas 28 vagas distribuídas em 7 áreas profissionais: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Serviço Social.

Conforme o site da Pró-Saúde (2021) o HRBA conta com 153 leitos divididos entre as especialidades: 17 clínicos, 45 cirúrgicos, 19 pediátricos, 21 oncológicos, 2 obstétricos, 20 Unidades de Terapia Intensiva - UTI adulto, 10 UTI pediátrica e 19 UTI neonatal. Referente a área de Ortopedia e Traumatologia, atualmente possuem 10 leitos fixos destinados atender os usuários, tais leitos localizam-se no segundo, terceiro e quarto andar da instituição, onde os Residentes de Serviço Social também realizam a prática profissional.

Referente ao perfil dos participantes da pesquisa, dos 5 (cinco) residentes egressos entrevistados, 3 (três) concluíram graduação em instituições de ensino superior públicas e 2 (dois) em instituições privadas. Quanto ao tempo de conclusão da graduação até o período da pesquisa, 4 (quatro) concluíram há mais de 5 (cinco) anos e 1 (um) concluiu há mais de 3 (três) anos. Sobre a inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia ser (ou não) a primeira experiência profissional dos participantes, 3 (três) responderam que sim, e, 2 (dois) responderam que não.

Quando perguntados sobre as dificuldades encontradas em seu processo de inserção/integração no Programa, a dificuldade de adaptação com a carga horária aparece como uma questão em comum.

*Por ter sido da primeira turma, a modalidade ensino em serviço não era bem conhecida da equipe (tutores, preceptores) e a vasta carga horária acabava por trazer sobrecarga ao processo de residência [...] sendo cobrado um cumprimento integral quase todo voltado para a assistência ao usuário. (ESPECIALISTA 1).*

*A minha adaptação como residente foi difícil, a carga horária é muito extensa, 12h por dia não é fácil, eu digo que a residência para mim foi um grande aprendizado, por estar em um hospital de referência, porém muito desafiador, que por conta da carga horária extensa, houveram muitas dificuldades. (ESPECIALISTA 4).*

*A carga horária do próprio programa (cenário da prática e das disciplinas). Ademais, a dinâmica determinada nos primeiros meses que consiste em atividades prática e teórica, concomitantemente, foi bastante cansativa e, muitas vezes, as 12 horas por dia destinadas ao programa acabava sendo ultrapassada com as tarefas designadas em ambos os cenários. (ESPECIALISTA 5).*

Como destacado anteriormente por Silva (2016) a carga horária extensa cria um cenário de superexploração do trabalho do residente. Nas falas, observa-se que este fator criou um campo de dificuldades, de adaptação, de cumprimento das atividades do Programa, das disciplinas e afins, além do cansaço físico, pode gerar impactos na saúde mental dos residentes. Sobre isso, Oliveira (2017) em levantamento realizado junto a publicações sobre Residência e saúde mental demonstrou que o adoecimento no trabalho dos residentes já tem sido alvo de reflexões.

A autora aponta que, segundo a pesquisa realizada em uma universidade do Rio Grande do Sul, 37,84% residentes apresentaram alta exaustão emocional e 27% indicativo para Síndrome de Burnout. Essas situações inclusive, têm sido alvos de denúncias, principalmente em relação ao assédio moral e a responsabilização do residente pelo atendimento das demandas dos serviços em detrimento da formação profissional (Rodrigues, 2016).

Silva et al. (2021) em suas pesquisas sobre o processo de adoecimento do Assistente Social na saúde, aponta que os profissionais se tornam vulneráveis, estando mais suscetíveis a doenças de cunho mental como depressão, ansiedade, baixa autoestima, cansaço físico extremo. Todas essas condicionalidades advêm das precárias condições de trabalho, do alto número de demandas, e no que diz respeito aos residentes a carga horária é um fator que contribui para o adoecimento.

Andrade (2015, p. 66) evidencia que “a ênfase da formação neste tipo de programa de pós-graduação está no exercício profissional, por isso a disponibilidade de mais tempo às atividades em serviço”, porém, suas propostas devem contemplar a necessária articulação entre teoria e prática e a oferta de um conjunto de conteúdos e de estratégias pedagógicas que realizem as mediações necessárias para essa relação.

Identificou-se ainda o não reconhecimento da identidade profissional dos Assistentes Sociais Residentes pelos usuários, empregadores e, principalmente, pela equipe multiprofissional. Sobre isso, os participantes relataram:

*[...] pode-se destacar o assédio ao residente, como sendo um profissional "quebra galho" e que deveria fazer tudo que fosse delegado sem as vezes, respeitar o processo de ensino-aprendizagem próprio do programa de residência. A prática do cotidiano precisa ser afirmada e (re) afirmada de forma condizente com as prerrogativas profissionais para que assim ocorra o devido reconhecimento, e que o profissional não recaia em ações fragmentadas e administrativas. (ESPECIALISTA 1).*

*Ainda há falta de compreensão de outros profissionais sobre as atribuições do serviço social no hospital. Ainda se tem a visão da profissão pautada na filantropia e destinação de funções como "remoção de ambulância e organização documental de TFD" entre outros destinados ao serviço social. Ainda há funções "empurradas" ao Serviço Social, e quando vem da alta gestão da organização descrito em "interação de trabalho", faz o serviço social perder sua autonomia, principalmente pela sua coordenação ser dual "psicossocial". (ESPECIALISTA 3).*

*Enquanto residente eu tinha um bom relacionamento dentro do Serviço Social, mas a gente encontra entraves com as equipes e outras especialidades no reconhecimento de nossas atribuições profissionais. Eu sentia muito isso que eu tinha que explicar para os meus colegas residentes o que eu fazia, as demandas eram muito inadequadas, que a gente dizia “não é isso meu trabalho” [...] mas a gente mesmo tem que colocar sempre, falar da nossa identidade até mesmo para os usuários entenderem (ESPECIALISTA 4).*

*[...] diante do trabalho do assistente social determinado pelo empregador muitos profissionais de outras categorias não conhecem as particularidades do serviço social na saúde, isso prejudica a assistência prestada ao usuário que ali adentra. O assistente social é requisitado, muitas vezes, para intervir somente na alta hospitalar e quando o usuário refere que não tem como retornar ao seu município; existem usuários que entram e saem da instituição*

*hospitalar várias vezes sem ter sido atendido por assistentes sociais, justamente por conta dessa dinâmica trabalhista [...]. Diante disso, a profissão acaba sendo descaracterizada dentro da instituição e por outras categorias, pois não há espaço para fixarmos nossa identidade junto à equipe e aos usuários. (ESPECIALISTA 5).*

Como supracitado, existem as atribuições legais referentes à atuação do Assistente Social na saúde, contudo, as instituições empregadoras e até mesmo as outras categorias profissionais, seja pelas condições de trabalho ou o pouco conhecimento sobre as atribuições do profissional de Serviço Social, requisitam ações as quais, muitas vezes, fogem de sua atribuição, como: marcação de consultas e exames; identificação de vagas para transferência hospitalar; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade; montagem de processo e preenchimento de formulários de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e outros (CFESS, 2010).

Outra questão apontada pelos interlocutores é a perda de autonomia profissional em face da coordenação ser dual psicossocial. Há uma divisão do espaço do Serviço Social com a psicologia, o que interfere no sigilo profissional, podendo causar situações vexantes no atendimento aos usuários ao revelarem suas condições no momento do atendimento. A falta de reconhecimento da identidade profissional e autonomia relativa dos Assistentes Sociais Residentes pela instituição empregadora e/ou pela equipe multiprofissional impacta diretamente no trabalho do residente, pois contribui para o não conhecimento de suas atribuições pelos próprios usuários.

Referente ao trabalho multiprofissional, este é importante para a concretização da integralidade da assistência à saúde, contudo percebe-se barreiras e desafios existentes, dentre os quais a sobreposição de uma profissão à outra que, em grande medida, ainda se faz presente no trabalho em saúde. Em vista disso, é fundamental o reconhecimento da importância da profissão, bem como de sua identidade pelos usuários, empregadores e, principalmente, pela equipe multiprofissional, uma vez que de acordo com Matos (2017) os trabalhos nos serviços de saúde reproduzem um atendimento multiprofissional, o qual é composto por diversas categorias profissionais, visando um tratamento diferenciado e humanizado que enxerga o usuário em sua totalidade biopsíquica-social.

Nesse bojo, quando perguntados sobre a importância da atuação do Assistente Social no interior das equipes multiprofissionais, os interlocutores expuseram:

*O assistente social tem fundamental papel na gestão da política e dos serviços na área da saúde. Em especial no reconhecimento dos direitos e do acesso a eles. Faz-se como mediador e articulador do amplo acesso à política de saúde pelo usuário. O grande desafio se faz no reconhecimento do papel deste profissional nesta política. (ESPECIALISTA 1).*

*O Serviço Social é importantíssimo na acolhida, avaliação social e no momento de alta hospitalar. No repasse de informações do campo social que venham interferir no tratamento para toda a equipe, pois as condições de moradia, os laços familiares, o acesso às políticas públicas, todos interferem no tratamento do paciente. (ESPECIALISTA 3).*

*[...] o Serviço Social é uma profissão que trabalha dentro da viabilização dos direitos sociais, inserindo, encaminhando, orientando sobre as políticas públicas, então com certeza o trabalho do Serviço Social é de fundamental importância dentro da equipe, principalmente pelo reconhecimento das políticas públicas para a efetivação dos direitos dos usuários. (ESPECIALISTA 4).*

*O assistente social possui um ângulo de observação que difere de outros profissionais e, considerando o conceito ampliado de saúde é extremamente importante sua intervenção nesse contexto, pois as determinações sociais vivenciadas pelos usuários interferem diretamente no seu processo saúde-doença. (ESPECIALISTA 5).*

Nas falas, observa-se a importância do trabalho do Assistente Social no interior das equipes de residência multiprofissional. Segundo o CFESS (2010) e Nogueira e Mioto (2006) ao participar da equipe multiprofissional, o Assistente Social dispõe de ângulos particulares de observação e de interpretação das condições de saúde do sujeito, como também uma

competência distinta para o proceder de suas ações, que o diferencia das demais categorias, contudo as particularidades do exercício profissional precisam ser respeitadas.

Partindo da compreensão que a articulação do Assistente Social com outras profissões ocorre frequentemente, torna-se necessário, nesse processo, desmitificar a ideia de que quando a equipe desenvolve um trabalho em conjunto cria uma identidade entre seus participantes, a qual leva à diluição de suas particularidades profissionais (Matos, 2017). Nesse contexto, faz-se importante a clareza das competências e das atribuições privativas visualizadas anteriormente pelo profissional de Serviço Social.

Outra questão levantada pelos participantes foi a precariedade das condições de trabalho no hospital onde atuavam. Sobre isso os especialistas argumentam:

*Quanto as condições de trabalho não há uma sala específica do serviço social [...] pois há uma divisão da sala com profissionais de psicologia o que por vezes provocou situações vexatórias aos pacientes pois revelavam suas condições na frente de outras pessoas. [...] para um Hospital de ONA nível 3, há necessidade de desvincular o serviço social da psicologia e lhe garantir condições de trabalho com autonomia (sala própria, garantia do sigilo, computador e auxiliar administrativo). (ESPECIALISTA 3).*

*O profissional de serviço social, inserido na divisão sociotécnica do trabalho e a partir das análises das relações macrossocietárias, tem por si só uma relativa autonomia durante a sua intervenção, estando sujeito às precárias condições de trabalho e com o assistente social residente não é diferente, ou seja, existem fatores externos e institucionais que determinam essa falta de autonomia e essas condições de trabalho precarizado, que somado à isso ainda existe as relações interpessoais no interior da categoria profissional que compõe o arsenal de determinantes para o fazer profissional. (ESPECIALISTA 5).*

Esse cenário de precariedade nos serviços da rede de saúde, a falta de salas de atendimento, insuficientes recursos e instrumentos de trabalho contribuem para a precarização do trabalho, retirando seu caráter de estratégia e formação para o trabalho em saúde da residência multiprofissional. Como afirma Silva (2018, p. 207), é necessário estar “atento a possibilidade de direcionamento da residência enquanto trabalho precário, uma vez que é tensionada pelas condições objetivas para sua efetivação e pela legislação que a fundamenta”.

Ainda sobre os desafios profissionais, outra questão pujante destacada pelos participantes foi referente à articulação intersetorial. Na fala dos interlocutores destaca-se a fragilidade da articulação com outras políticas, configurando apenas uma questão burocrática; ausência de sistematização/mapeamento da rede socioassistencial existente na região; dificuldades de encaminhamento à rede; não formalização de encaminhamento, restringindo-se a ligações telefônicas; a centralidade dos encaminhamentos, mas, sem diálogo, acompanhamento ou retorno desses.

Dado essas constatações, é imprescindível a discussão e articulação de uma rede intersetorial efetiva dentro do município/estado que possibilite uma comunicação adequada entre os profissionais atuantes nessas políticas sociais e que o funcionamento não seja centralizado apenas nos encaminhamentos, de modo a viabilizar aos usuários o acesso adequado aos serviços dessas políticas. Esses desafios elencados acima, postos ao trabalho dos Assistentes Sociais Residentes, não estão isolados, mas são determinados pelos desafios do trabalho profissional na contemporaneidade.

Estes, se colocam como entraves para o endurecimento do Projeto ético-político profissional, acentuado pela conjuntura de retração de direitos e ajustes fiscais, refletindo, principalmente, na política de saúde, na má qualidade dos serviços prestados, insuficiência de medicamentos, acúmulo de demandas e na precariedade das instituições de saúde (Neves et al., 2017). Isso reflete diretamente no trabalho do Assistente Social, no engendramento de rotinas burocráticas e imediatistas, comprometendo a criticidade e um atendimento qualificado às demandas profissionais.

A despeito dos desafios apontados pelos participantes da pesquisa, questionamos sobre a avaliação e sugestões dos egressos do programa em relação à formação e atuação profissional no HRBA.

*A construção de um programa voltado para a proposta da residência multiprofissional de modo integralizado e concernente com a política de saúde. Preceptores qualificados, com mínimo de experiência profissional, rotina de trabalho que envolve propostas para além da assistência direta ao usuário e trabalho efetivo e interdisciplinar entre as demais profissões do programa de residência, articulação com a equipe médica, qualificação voltada para a especificidade do programa de residência (trauma/orto). (ESPECIALISTA 1).*

*Ampliar o acervo de conteúdo do serviço social no campo de ortopedia e traumatologia e instrução desta temática para o residente ainda no início do programa, principalmente pela parte específica de concentração; acolhimento institucional ao residente na parte específica do serviço social, com treinamentos sobre sistemas, prontuário eletrônico, instruções de trabalho e demais regimentos institucionais. (ESPECIALISTA 3).*

*Seria organização, planejamento, estreitar laços entre preceptor, tutor e gestão [...] dentro da residência eu vejo que falta ser oferecido um melhor acolhimento para o residente de Serviço Social, precisa ter uma melhor integração, capacitação, incluir os preceptores nas capacitações, pois percebemos que muitos não tinham o conhecimento de residência, e, proporcionar momentos de troca de conhecimentos pode contribuir com o trabalho do assistente social residente. (ESPECIALISTA 4).*

*Disciplinas precisam ser reorganizadas dentro do projeto pedagógico do programa, bem como a definição prévia dos professores que irão ministrar tais disciplinas para não haver sobrecarga dos profissionais; criar estratégias para possibilitar uma maior autonomia à tutora de serviço social diante da particularidade apresentada; criar espaços de debates, reuniões e discussão entre coordenação-tutor-preceptor-residente para que seja possível levantar as dificuldades vivenciadas por esses atores no processo da residência e criar caminhos alternativos para sanar esses entraves. Ressalto que uma mudança no rodízio dos assistentes sociais residentes no sentido de inseri-lo de maneira efetiva nas clínicas/UTI's mediante a busca ativa seria um dos fatores que iria contribuir com o trabalho do residente no HRBA, inclusive seria uma forma de dar visibilidade ao Serviço Social na instituição. (ESPECIALISTA 5).*

Dentre as principais avaliações e sugestões dos participantes, algumas narrativas em comum apontam o acolhimento, a introdução à temática específica do programa e o estreitamento das relações entre coordenação, tutoria, preceptoria e residentes como as principais ausências percebidas no processo de atuação na residência multiprofissional. Destaca-se também a qualificação profissional dos preceptores, reorganização de disciplinas e a qualificação da proposta do programa de residência. Além dos relatos acima, o Especialista 02 propõe também que o residente de Serviço Social “[...] *necessita de mais tempo para elaboração de artigos e aprimoramento de seus estudos*”.

Referente a essas questões, Silva e Brotto (2016, p. 130) observam que a utilização das residências para interiorização e expansão de saúde no Brasil deve ser realizada com estrutura adequada para desenvolvimento dos programas, uma vez que a “inserção de residentes em áreas com a atenção mal estruturada, sem garantias de articulação de espaços e profissionais formadores para tutoria, supervisão e docência” compromete, além da qualidade da expansão desses serviços, a própria formação dos profissionais.

Em relação à precarização da formação teórica apontada pelos interlocutores, Souza e Mira (2016) apontam como um dos motivos o fato dos docentes não estarem preparados para trabalharem as temáticas necessárias ao arcabouço teórico da residência, como também a limitação na dedicação às aulas, devido ao cansaço gerado pela carga excessiva de trabalho, a qual já fora problematizado. As autoras mencionam também que em alguns programas de residência há escassez de profissionais assumindo a preceptoria e tutoria devido à instabilidade do emprego e ao grande volume de demandas de trabalho.

Importante frisar que o trabalho dos residentes, bem como dos preceptores e tutores são atravessados por rotinas de trabalho hierarquizadas e caracterizadas pela exigência de produção de resultados, o que impacta em atividades descaracterizadas de reflexões (Souza & Mira, 2016). Para que não se corra o risco de culpabilizar os sujeitos individualmente, mas compreender que esses desafios são determinados pela conjuntura de retração de direitos e ajustes fiscais, os quais refletem diretamente na política de saúde, e, respectivamente, no trabalho profissional no âmbito das instituições de saúde.

Não obstante, dado esse cenário de desafios, Ribeiro et al. (2016) defende a necessidade de efetividade dos momentos de reflexões teóricas realizadas entre os vários sujeitos que compõe os programas de residências (residentes, tutores,



preceptores e docentes), pois é esta articulação que irá contribuir decisivamente para a superação da prática profissional rotineira, fragmentada e burocratizada.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de educação permanente para todos os profissionais envolvidos na RMS e afinamento na compreensão do papel desta nos serviços de saúde. A RMS deve ser compreendida como uma área estratégica e deve estar articulada com as premissas constitutivas do projeto de Reforma Sanitária que baseia-se em “uma formação em saúde que supere a lógica privatista e modelo hegemônico de saúde, afirmando a construção de um modelo assistencial pautado na integralidade, na universalidade do acesso e na participação popular” (Closs et al., 2012, p. 2), e, especificamente para o Serviço Social estar ancorado no Projeto ético-político profissional e na lei de regulamentação da profissão.

#### **4. Considerações Finais**

Este artigo buscou, por meio das discussões teóricas e pesquisa empírica, identificar os desafios e perspectivas do fazer profissional de Assistentes Sociais Residentes egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no HRBA em Santarém/PA. O estudo aponta vários fatores a serem refletidos para aprimorar o trabalho do residente e do programa o que se refere ao Serviço Social.

A pesquisa aponta como um dos principais desafios para os residentes a dificuldade de adaptação à carga horária do Programa e a sobrecarga de atividades. Mesmo com a compreensão de que os programas de residência possuem ênfase no exercício profissional e por isso exigem disponibilidade de mais tempo para as atividades, deve-se considerar que “o impositivo de uma carga horária extensa cria condições para a instauração de uma dinâmica de superexploração do trabalho do residente, principalmente considerando a dinâmica atual de precarização das condições de trabalho no SUS” (Silva, 2016, p. 126). E, além do esgotamento físico pode gerar impactos na saúde mental dos residentes.

Outro desafio apontado pela pesquisa se refere ao não reconhecimento da identidade profissional dos Assistentes Sociais Residentes pelos usuários, empregadores e, principalmente, pela equipe multiprofissional. Isso reflete no trabalho dos assistentes sociais residentes, pois contribui para a ausência de autonomia e para o não conhecimento de suas atribuições pelos próprios usuários. Salienta-se que a vivência multiprofissional nos serviços de saúde não é tarefa fácil, é constantemente um desafio posto para os profissionais residentes e demanda enfrentá-los de forma dialógica no cotidiano dos serviços, não caindo num maniqueísmo de compreensões (Pezuzzi, 1998).

A precariedade das condições de trabalho também aparece como outro desafio pujante, evidenciando a insuficiência de recursos e instrumentos de trabalho. Desse modo, faz-se importante considerar também as condições de efetivação dos programas de residência, os quais desenvolveram-se “em meio a uma disputa política e ideológica em torno das políticas de Estado e as de mercado (hospitais, empresas privadas de saúde, medicina de grupo)” (Miotto et al., 2012, p.189) como pode ser expresso através das Organizações Sociais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos hospitais universitários.

Soma-se a isso a ausência de concursos públicos, as terceirizações e subcontratações devido aos novos modelos de gestão para a política pública de saúde que acabam por colocar os programas de residência como alternativa para recomposição do quadro de trabalhadores da saúde, contribuindo para a precarização do trabalho, retirando seu caráter de estratégia e formação para o trabalho em saúde. A pesquisa evidencia ainda a fragilidade da articulação intersetorial com outras políticas, que revela a burocratização do trabalho e a centralidade dos encaminhamentos, mas, sem diálogo, acompanhamento ou retorno desses, sendo necessárias discussão e articulação de uma rede intersetorial efetiva dentro do município/estado (Castro et al., 2012).

Em relação a avaliação e sugestões dos egressos do programa sobre a formação e atuação profissional no HRBA, as narrativas apontam como as principais ausências percebidas no processo da residência o acolhimento, a introdução à temática



específica do programa e o estreitamento das relações entre coordenação, tutoria, preceptoria e residentes, bem como a qualificação profissional dos preceptores, reorganização de disciplinas e a qualificação da proposta do programa de residência.

Os desafios aqui identificados não devem ser pensados de forma deslocada ou autônomos dos desafios do trabalho profissional na contemporaneidade, mas são atravessados por essa conjuntura de regressão de direitos e corte de gastos no seio da sociedade neoliberal e capitalista que atingem de maneira geral todos os setores da sociedade e, especificamente a política de saúde. No entanto, apesar das diversas contradições e desafios, a inserção do Serviço Social nas residências multiprofissionais se coloca como estratégia “para responder as questões colocadas pela disputa de projetos sanitários distintos, claramente definidos ou travestidos, como para o avanço da própria profissão” (Mioto et al., 2012, p. 203). A formação ofertada pelas residências contribui para os serviços públicos de saúde com centralidade no SUS.

Desse modo, defende-se que os Assistentes Sociais Residentes não renunciem sua identidade profissional, mas que a atuação nas residências multiprofissionais passe “pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (Schmaller et al., 2012). E não devem prescindir da especificidade do Serviço Social e devem agir embasados pelo Código de Ética e da Lei que regulamenta a categoria.

A partir do exposto, se espera que o estudo possa subsidiar futuros trabalhos os quais englobem o Serviço Social na área da saúde, bem como o fortalecimento da categoria na busca por melhorias e superação dos desafios encontradas no exercício profissional do Assistente Social nas instituições empregadoras. Ademais, é importante também o incentivo à pesquisa que desvele sobre o cotidiano de trabalho desse profissional em áreas específicas de atuação como Hemodiálise, Oncologia, Ortopedia e outros no âmbito da média e alta complexidade, e, especificamente no contexto da residência multiprofissional em questões como preceptoria e tutoria.

## Referências

- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. (1996). *Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social (Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996.)*. ABEPSS: Rio de Janeiro.
- Andrade, K. R. (2015). *A formação profissional do assistente social na residência multiprofissional em saúde do HU/UFS*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Social Social/Universidade Federal de Sergipe.
- Bardin, L. (2016) *Análise de Conteúdo*. Ed. Martins Fontes. ed. 70.
- Brasil. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2016). *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Plenário do Conselho Nacional de Saúde: Brasília. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Bravo, M. I., & Matos, M. C. (2006). Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez.
- Castro, M. M. C., Oliveira, L. M. L., & Stephan-Souza, A. I. (2012). Residência em Serviço Social: formação para o trabalho coletivo. In: *Anais do Encontro Nacional De Pesquisadores Em Serviço Social (ENPESS)*, Juiz de Fora/MG.
- Castro, M. M. C. (2013). O serviço social nos programas de residência em saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. *Temporalis*, (26) 153-171. Brasília/DF. <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/5309/4944>
- Closs, T. T. (2010). *O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade?*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- Conselho Federal de Serviço Social. (2010). *Parâmetros de atuação de Assistentes Sociais na área da Saúde*. CFESS: Brasília, DF.
- Conselho Federal de Serviço Social. (2017). *Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão*. CFESS: Brasília, DF.
- Hospital Regional do Baixo Amazonas. (2016). *Manual de Gestão*. M.HRBA.DIR.001. Versão 5. HRBA: Santarém, PA.
- Hospital Regional do Baixo Amazonas. (2021). *Quem somos nós?*. HRBA. [hrba.org.br/quem-somos](http://hrba.org.br/quem-somos)

- Iamamoto, M. V. (2014). O Serviço Social na cena contemporânea. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. CFESS, Brasília. [https://www.amures.org.br/uploads/1521/arquivos/1545464\\_LIVRO\\_COMPLETO\\_\\_\\_CFESS\\_\\_\\_Servico\\_Social\\_Direitos\\_Sociais\\_e\\_Competicencias\\_Profis\\_sionais\\_\\_2009.pdf](https://www.amures.org.br/uploads/1521/arquivos/1545464_LIVRO_COMPLETO___CFESS___Servico_Social_Direitos_Sociais_e_Competicencias_Profis_sionais__2009.pdf)
- Iamamoto, M. (2001). *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. Cortez.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Cidades e Estados*. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/santarem.html>
- Matos, M. C. (2017). *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. (2a ed.): Cortez.
- Mendes, A. G. (2013). Residência multiprofissional em saúde e serviço social. In: Silva, L. B., & Ramos, A. *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas: Papel Social.
- Mioto, R. C., et al. (2012). As Residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. *Serviço Social e Saúde*, 11 (2), 185-208.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.
- Neves, D. C., Gonçalves, C. A., & Favaro, T. C. (2017). Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social. *Revista Katálysis*, Florianópolis, 20 (02), 225-233. <https://doi.org/10.1590/1982-02592017v20n2p225>
- Netto, J. P. (2011). *Introdução ao estudo do método de Marx*. Expressão Popular.
- Nogueira, V. M. R., & Mioto, C. T. (2006). Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*, Campinas, 15 (01), 71-82. <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-Sistematiza%C3%A7%C3%A3o-Planejamento-e-Avalia%C3%A7%C3%A3o-das-A%C3%A7%C3%B5es-dos-Assistentes.pdf>
- Oliveira, V. D. (2017). *Projetos político-pedagógicos das residências multiprofissionais em saúde*. (Dissertação de Mestrado). ESS/UFRJ.
- Peduzzi, M. (1998). *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. (Tese de Doutorado). UNICAMP/FCM.
- Pereira, R. B., et al. (2022). Os desafios do assistente social na saúde. *Research, Society and Development*, 11(14), e72111435766. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.357662>
- Raichelis, R. (2020). *As atribuições e competências profissionais à luz da “nova” morfologia do trabalho*. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS): Brasília.
- Ramos, A. S., et al. (2006). Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Ribeiro, P. M., et al. (2016). Residência multiprofissional em saúde: a intervenção do assistente social. In: *Encontro Nacional De Pesquisadores Em Serviço Social (ENPESS)*, XV. Anais. Ribeirão Preto/SP.
- Rodrigues, T. F. (2016). Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? *Serviço Social e Saúde*, Campinas, 15 (01), 71-82. <https://doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>
- Schmaller, V. P. V., et al. (2012). Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. *Revista Textos e Contextos*, Porto Alegre, 11 (02), 346-361.
- Silva, G. S., et al. (2021). Condições de trabalho e processos de adoecimento: impactos na saúde do profissional de serviço social no campo da saúde. *Research, Society and Development*, 10 (10), e427101019104. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19104>
- Silva, L. C., & Brotto, M. E. (2016). Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, 14 (37), 126-149. 10.12957/REP.2016.25396
- Silva, L. B., & Castro, M. M. C. (2020). *Serviço Social e residência em saúde: trabalho e formação*. Papel Social.
- Silva, L. B. (2016). *Trabalho em saúde e residência multiprofissional: problematizações marxistas*. (Tese de Doutorado). Universidade do Rio de Janeiro.
- Silva, L. C., & Patrocínio, S. S. (2016). Formação na Residência em saúde: aproximação através do relato dos preceptores. In: *Anais do Encontro Nacional De Pesquisadores Em Serviço Social (ENPESS)*. Ribeirão Preto/SP.CD-ROM.
- Silva, L. B. (2018). Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, Florianópolis, 21 (01), 200-209. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
- Souza, M. R., & Mira, M. L. G. (2016). Formação e Atuação profissional no Contexto Hospitalar: o serviço social na residência multiprofissional. In: *Anais do 15º Congresso Brasileiro De Assistentes Sociais (CBAS)*, Olinda/PE. [https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos\\_artigos/0990.pdf](https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/0990.pdf)
- Teles, V. S. (1996). Questão Social: afinal do que se trata? *São Paulo em Perspectiva*, 10 (4), 85-95.
- Vasconcelos, A. P. S. M., & Vieira, S. B. (2018). Aprender em serviço. In: Ceccim, R. B. *Ensiqlopedia das Residências em saúde*. Série vivências em educação na saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 13-14. 10.18310/9788566659986