

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Larissa Shikasho

**OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: um  
estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde**

Juiz de Fora  
2013

Larissa Shikasho

**OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: um  
estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Auta Iselina Stephan de Souza

Juiz de Fora

2013

Shikasho, Larissa.

Os Programas de Residência e a Integralidade da Atenção : um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde / Larissa Shikasho. – 2013.

209 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.


1. Sistema Único de Saúde. 2. Residência e Internato. 3. Assistência Integral à Saúde. I. Título.

LARISSA SHIKASHO

**“Os Programas de Residência e a Integralidade da Atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 25/03/2013

  
Auta Iselina Stephan de Souza – UFJF

  
Ricardo Burg Ceccim – UFRGS

  
Beatriz Francisco Farah – UFJF

*Aos residentes participantes que  
contribuíram com seu olhar crítico neste  
estudo e a todos aqueles que, ao  
acreditarem ser possível uma assistência  
pública de qualidade, se dedicam a  
práticas coerentes aos seus ideais.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos professores do Mestrado de Saúde Coletiva, com afeto e gratidão, em especial às professoras Maria Teresa Bustamante Teixeira e Isabel Cristina Gonçalves Leite pela oportunidade.

À minha orientadora, que apostou na relevância deste estudo e aceitou a parceria, direcionando sempre um olhar atento e crítico a esta produção.

Aos professores Ricardo Ceccim e Beatriz Farah, que aceitaram prontamente a tarefa de avaliar o presente trabalho, compondo a banca examinadora. Obrigada pelos ensinamentos e pelas valiosas contribuições.

À querida Stella Figueiras, por acompanhar minha trajetória profissional desde o começo e por seu incentivo e confiança.

Aos colegas de trabalho, turma do mestrado, residentes, ex-residentes e profissionais do HU, pelas trocas de experiências e aprendizado.

À Irene Duarte Souza, pelo acolhimento, solidariedade e apoio.

À minha família, pelo amor e apoio incondicional, em especial à minha mãe, Neide, pela leveza com que toca à vida e à minha irmã, Lívia, pela cumplicidade e imenso carinho.

Ao Gabriel, por seu senso de justiça, companheirismo, apoio e paciência com que soube suportar o tempo que a dissertação nos roubava.

Aos amigos queridos, que estiveram ao meu lado nos momentos difíceis e àqueles que, mesmo distantes, conseguem se manter tão presentes. Em especial à Aline Magalhães, pela amizade sincera e carinho.

Ao amigo Márcio Alves, pelos laços fortalecidos e por ter compartilhado comigo os desafios desta experiência.

À Anelise, pela amizade, cumplicidade e colaboração na formatação deste trabalho.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que eu concretizasse essa caminhada.

*“A Utopia está no horizonte.  
Me aproximo dois passos,  
Se distancia dois passos  
e o horizonte corre dez passos mais.  
Por mais que eu caminhe,  
nunca o alcançarei.  
Para que serve a utopia?  
Para isso, para caminhar”.*

*Eduardo Galeano*



## RESUMO

Ao longo do desenvolvimento do SUS, o debate sobre a formação em saúde sob o eixo da integralidade tem focado à necessidade de mudanças nos modos tradicionais do ensino e práticas em saúde, marcada pela biomedicina. Na tentativa de transformação deste quadro, destaca-se a Política de Educação Permanente em Saúde, que visa incorporar o ensino ao cotidiano dos serviços, de forma a comprometer seus trabalhadores como agentes micropolíticos na qualificação da assistência. Neste contexto, as Residências em Saúde apresentam um papel estratégico, uma vez que sua natureza metodológica centra no ensino pelo trabalho, utilizando-se do dispositivo da educação permanente. Partindo deste pressuposto, o presente trabalho teve por objetivo investigar as possibilidades e desafios da efetivação da integralidade da atenção no trabalho desenvolvido pelos residentes vinculados aos Programas de Residência Médica, em Área Profissional e Multiprofissional da rede de atenção à saúde (ambulatorial e hospitalar) do HU/UFJF, de forma a contribuir com as indagações necessárias sobre a formação e suas implicações sociopolíticas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como método o Estudo de Caso na qual foi utilizada a técnica da observação direta e as entrevistas semiestruturadas com os residentes. Como estratégia de análise dos dados foi utilizada a modalidade de análise das categorias: 1) A Residência em saúde como modalidade de formação; 2) O processo formativo dos residentes na perspectiva da integralidade; 3) O processo de trabalho em saúde e a integralidade da atenção: obstáculos, potencialidades e desafios; 4) Residências em Saúde: formação voltada para assimilar os sentidos da Integralidade. Os resultados da pesquisa evidenciaram as dificuldades na organização e estruturação dos programas de residências, que podem ser justificadas, principalmente, pela falta do referencial pedagógico da educação permanente no processo de ensino. Esta constatação permite, sobretudo, afirmar que os programas de Residências em Saúde do HU/UFJF, ainda que possuam algumas experiências significativas de avanços, se mantêm distantes do ideal de formação profissional para o SUS, que contemplem a integralidade.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Residência e Internato. Assistência Integral à Saúde. Educação.

## ABSTRACT

Throughout the development of the Unified Health System (SUS), the debate on health professional training from the comprehensive care perspective has focused attention on the need for changes in the traditional modes of education and practice in health care, characterized by biomedicine. One noteworthy attempt to transform this situation is the Policy of Continuing Education in Health Care, which aims to incorporate teaching into the services' daily routine, in order to involve their workers as micropolicy agents in professional health care training. In this context, Residency Programs play a strategic role, since their methodological nature focuses on teaching through work, utilizing the concept of continuing education. From this assumption, the present study aimed to investigate the possibilities and challenges of effecting comprehensive care in the work carried out by residents serving in the Medical Specialty and Multidisciplinary Residency Programs of the University Hospital health care network (outpatient and inpatient), Federal University of Juiz de Fora (HU/UFJF), to contribute to the essential inquiry about professional training and its socio-political implications. This is qualitative research using the Case Study method and the technique of direct observation and semi-structured interviews with the residents. The data analysis strategy was to use, as its modality, the categories: 1) Residency as a training mode; 2) The training process of the residents from the perspective of comprehensiveness; 3) The work process in health care and the comprehensiveness of care: obstacles, possibilities, and challenges; 4) Medical Residency: training geared toward assimilating the meaning of comprehensiveness. The results of the study clearly demonstrated the difficulties in organizing and structuring the Residency Programs, which can be explained mainly by the lack of any pedagogical basis on continuing education in relation to the teaching process. This finding, in particular, shows plainly that the Health Residency programs at the HU/UFJF, even though they may include some significant advancement experiences, remain far from the professional training ideal for the SUS, considering comprehensive care.

**Keywords:** Unified Health System. Internship and Residency. Comprehensive Health Care. Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|             |   |
|-------------|---|
| CINAEM      | Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico                      |
| CNRM        | Comissão Nacional de Residência Médica  |
| CNRMS       | Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde                              |
| COREME      | Comissão de Residência Médica   |
| COREMU      | Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional                         |
| CTI         | Centro de Terapia Intensiva   |
| DCN         | Diretrizes Curriculares Nacionais   |
| DEGES       | Departamento de Gestão da Educação na Saúde   |
| EPS         | Educação Permanente em Saúde  |
| HU/UFJF     | Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora                          |
| HU-CAS/UFJF | Hospital Universitário - Centro de Atenção à Saúde/Universidade Federal de Juiz de Fora |
| IDA         | Projeto de Integração Docente-Assistencial  |
| IFES        | Instituições Federais de Ensino Superior  |
| INAMPS      | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social                          |
| LAPPIS      | Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde                       |
| LDB         | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  |
| MEC         | Ministério da Educação  |
| MS          | Ministério da Saúde   |
| NAPREME     | Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica                                   |
| NOB/RH-SUS  | Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS                                 |
| PNH         | Política Nacional de Humanização  |
| PPP         | Projeto Político Pedagógico   |
| PROFAE      | Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem                   |
| PROMED      | Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina                    |
| PTS         | Projeto Terapêutico Singular  |
| RIS         | Residência Integrada em Saúde   |

|            |  |
|------------|--|
| RIS-GHC/RS | Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição do Rio Grande do Sul |
| RMS        | Residência Multiprofissional em Saúde  |
| SGTES      | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde                                      |
| SUS        | Sistema Único de Saúde   |
| UNI        | Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde em União com a Comunidade.         |

## SUMÁRIO

|          |   |    |
|----------|---|----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 13 |
| <b>2</b> | <b>O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE SOB O EIXO DA INTEGRALIDADE</b> .....  | 19 |
| 2.1      | O REFERENCIAL DA INTEGRALIDADE .....  | 19 |
| 2.2      | A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE .....  | 23 |
| 2.2.1    | <b>As equipes interdisciplinares na constituição de uma nova forma de organização do trabalho e produção do cuidado</b> .....   | 27 |
| 2.2.2    | <b>Acolhimento, vínculo, responsabilização e desenvolvimento de autonomia: práticas integrais e resolutivas de atenção em saúde nas relações profissionais/usuários</b> ..... | 33 |
| 2.2.3    | <b>Ações integradas na rede de serviços: tecendo breves considerações sobre a resolutividade em saúde a partir do hospital</b> .....  | 38 |
| <b>3</b> | <b>UMA POLÍTICA NACIONAL DE FORMAÇÃO PARA O SUS</b> .....   | 43 |
| 3.1      | IMPASSES NA FORMAÇÃO E NO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE .....  | 43 |
| 3.2      | OS MOVIMENTOS DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA .....   | 47 |
| 3.3      | A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO SUS .....   | 51 |
| <b>4</b> | <b>AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE COMO MODALIDADE DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS PARA O SUS: MOVIMENTOS, REGULAMENTAÇÃO E DESAFIOS</b> .....                               | 55 |
| 4.1      | UM BREVE HISTÓRICO DAS REGULAMENTAÇÕES DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO CENÁRIO NACIONAL .....   | 55 |
| 4.2      | OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS NO HU/UFJF: HISTÓRICO E PANORAMA NA CONJUNTURA ATUAL .....  | 62 |
| 4.3      | ESTRUTURA ORGANIZATIVA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS NO HU/UFJF .....  | 66 |
| <b>5</b> | <b>O CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....   | 76 |
| 5.1      | TIPO DE PESQUISA .....  | 76 |
| 5.2      | LOCAL DO ESTUDO .....   | 77 |

|              |   |            |
|--------------|---|------------|
| 5.3          | SUJEITOS DO ESTUDO .....  | 77         |
| 5.4          | ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS .....   | 79         |
| 5.5          | ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS.....  | 81         |
| <b>6</b>     | <b>RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>  | <b>84</b>  |
| 6.1          | A RESIDÊNCIA EM SAÚDE COMO MODALIDADE DE FORMAÇÃO.....  | 84         |
| 6.2          | O PROCESSO FORMATIVO DOS RESIDENTES NA PERSPECTIVA<br>DA INTEGRALIDADE .....                                  | 95         |
| <b>6.2.1</b> | <b>A percepção dos residentes sobre a integralidade .....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>6.2.2</b> | <b>A Interdisciplinaridade como elemento central na relação entre<br/>profissionais .....</b>                 | <b>103</b> |
| <b>6.2.3</b> | <b>Acolhimento e vínculo nas relações profissionais/usuários .....</b>  | <b>106</b> |
| 6.3          | O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A INTEGRALIDADE DA<br>ATENÇÃO: OBSTÁCULOS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS. .... | 111        |
| <b>6.3.1</b> | <b>Problemas na relação entre profissionais .....</b>   | <b>112</b> |
| <b>6.3.2</b> | <b>Problemas na relação profissional/usuário .....</b>  | <b>129</b> |
| <b>6.3.3</b> | <b>Potencialidades no processo de trabalho dos residentes sob o eixo<br/>da integralidade .....</b>           | <b>138</b> |
| 6.4          | RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: FORMAÇÃO VOLTADA PARA ASSIMILAR<br>OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE.....                    | 145        |
| <b>6.4.1</b> | <b>Prática de formação e qualificação do trabalho em saúde .....</b>  | <b>146</b> |
| <b>6.4.2</b> | <b>Contribuições para um projeto pedagógico de formação .....</b>   | <b>158</b> |
| <b>6.4.3</b> | <b>Residências em saúde: formação para a integralidade? .....</b>   | <b>175</b> |
| <b>7</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>182</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>188</b> |
|              | <b>APÊNDICES .....</b>  | <b>200</b> |
|              | <b>ANEXOS .....</b>   | <b>204</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve por objeto de investigação o processo de formação dos residentes vinculados a programas de Residências em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). Procurou evidenciar os processos de trabalho dos residentes e aspectos relacionados à proposta pedagógica dos programas, tendo como dispositivo analisador a integralidade da atenção.

Trata-se de um objeto cuja construção foi impulsionada pelas inquietações da minha trajetória acadêmica e profissional, associada aos estudos empreendidos no campo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, o objeto de estudo reflete o amadurecimento de um conjunto de preocupações que, desde a graduação em Psicologia, começaram a ser esboçadas e que acabaram resultando na materialização desta dissertação de mestrado.

Na graduação, o contato com a área da saúde deu-se de forma tardia e descontextualizada. Esse contato da psicologia com a área da saúde e hospitalar, já nos últimos períodos da faculdade, pode ser atribuído, entre outros fatores, à inserção, ainda muito recente, do psicólogo nos espaços públicos do setor da saúde, a partir de meados da década de 1970, no contexto do movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no país. Nos anos anteriores, a atuação do psicólogo era reservada particularmente a área clínica, escolar, organizacional e magistério.

Com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1990, resultante do movimento da Reforma Sanitária, desencadeou-se uma crescente participação de profissões, antes não existentes no setor saúde. Isto porque, o arcabouço jurídico que estabeleceu o SUS, surge como resistência ao poderoso complexo médico industrial bem como ao modelo de formação, baseado na especialização, fragmentação do conhecimento e na ênfase da doença às dimensões biológica e individual (BRASIL, 2006a). Esse sistema propôs a adoção de um conceito ampliado de saúde, que considera a complexidade dos processos saúde-doença nos indivíduos e coletividades, superando a visão dominante de focar a saúde somente a partir da realização de procedimentos curativos, que visam o tratamento de patologias do corpo biológico.

Desse modo, acredita-se que é na tentativa de concretização das propostas da assistência ampliada à saúde que a psicologia, como outras categorias profissionais, começou, gradativamente, a atuar e ganhar cada vez mais espaço nas instituições da rede SUS, o que, paralelamente, passou a exigir uma adequação do perfil de formação e de mudanças nas práticas de saúde.

Assim, ao longo do desenvolvimento do SUS, a formação e a prática profissional são revistas, já que se institui uma nova forma de pensar e produzir assistência em saúde. Essas revisões pressupõem a urgência de transformações no ensino e nas práticas assistenciais, a fim de garantir atenção integral à saúde da população, um dos princípios desse sistema, que se contrapõe aos modos tradicionais de formação e de práticas em saúde, marcadas pela hegemonia da biomedicina.

Mattos (2001) afirma que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS: é uma bandeira de luta, um enunciado das características desejáveis do sistema de saúde. Refere-se a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Portanto, em qualquer sentido que a integralidade seja tomada, implica na recusa ao reducionismo, na objetivação dos sujeitos e, talvez, em uma afirmação da abertura para o diálogo. Nas palavras de Mattos (2001, p. 61-62): “O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos.”

Para Feuerwerker (1998), a instituição do sistema universal propõe a introdução do paradigma da saúde, ao valorizar a integralidade e a promoção da saúde, em contraposição ao paradigma da doença, centrado na lógica individual, curativa, hospitalocêntrica e especializada. Ou seja, a integralidade se estabelece como uma imagem objetivo que promove novos patamares para a abordagem das questões de saúde (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010), ao pressupor a organização dos processos de trabalho em equipes mais integradas, horizontalizadas e humanizadas, priorizando a produção do cuidado centrado nas necessidades de saúde do usuário. Nesse sentido, a integralidade como eixo condutor do cuidado, direciona o olhar dos profissionais de saúde sobre a construção do conhecimento, formação em saúde, a estruturação dos serviços e das práticas, apresentando-se como um dispositivo norteador de ruptura com os modelos instituídos na área da saúde.

Partindo dessa lógica, cabe destacar outra característica marcante da minha graduação: o ensino de modo descontextualizado. Essa descontextualização da



formação se refere, sobretudo, pelo fato de não ter sido contemplada com a história, política e organização do sistema de saúde, configurando-se em uma lacuna e inadequação do projeto pedagógico do curso, que deveria atender às exigências de perfil profissional preconizadas pelo sistema de saúde vigente. Portanto, desde a graduação, constato um descompasso entre o ensino na área da saúde e a real necessidade do mercado de trabalho, no campo da assistência pública à saúde, tendo em vista que o SUS é o maior mercado empregador no país.

Na tentativa de transformação desse quadro, observa-se que várias iniciativas na direção das mudanças representaram avanços significativos no processo formativo e do cuidado em saúde no país. Porém, nenhuma das iniciativas havia alcançado o *status* de política pública. Foi somente em 2004, como expressão desse forte movimento e de toda a discussão a respeito, que se institui a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a Formação e o Desenvolvimento de Trabalhadores para o Setor*, assegurada pela Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

Assim, o debate sobre a formação em saúde no âmbito do SUS, tem enfocado à necessidade de uma educação permanente, que possa transformar e comprometer seus trabalhadores como agentes micropolíticos em sua defesa. Tal ênfase parte de um entendimento de que somente a mudança nos currículos não assegura a qualificação das práticas de saúde e que é preciso intervir de forma sistemática nos modelos assistenciais, através de um processo educativo permanente, onde se incorpore o ensino no cotidiano dos serviços de saúde.

Como política pública, a educação permanente torna a rede de serviços de saúde, uma rede de ensino-aprendizagem (CECCIM, 2005a), pois realiza o “encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004b, p. 10). Baseia-se na aprendizagem significativa, que promove e produz sentido aos atores envolvidos, e na reflexão crítica, a partir da problematização da realidade cotidiana nos serviços de saúde (BRASIL, 2004b). Ou seja, a “possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam” (BRASIL, 2005a, p. 12).

Tem como pressupostos pedagógicos a compreensão de uma integração entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada),

trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil), contemplando o *quadrilátero da formação* em saúde, segundo formulação de Ceccim e Feuerwerker (2004b). O conceito de “quadrilátero da formação” foi proposto para representar um novo arranjo de atores relevantes nas definições de estratégias para a educação na saúde, integrando os segmentos da formação, da atenção, da gestão e da participação social no setor (CECCIM; FERLA, 2008).

Entre as estratégias formuladas para apoio e dinamização dessa política, destacam-se as Residências em Saúde como modalidade de formação. Essas, por estarem inseridas diretamente na rede de serviços e ter como foco de ensino o trabalho em saúde, a partir da intersecção serviço/ensino, tornam-se necessariamente uma estratégia da educação permanente em saúde (EPS). Ou melhor, elas utilizam o dispositivo da EPS nos processos de ensino-aprendizagem.

Os programas de residência, ao utilizarem o dispositivo da educação permanente, devem estimular os profissionais a interrogarem a si mesmos e problematizarem a articulação dos trabalhos especializados, em virtude de situações que são observadas e vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde, o que resultará nas transformações de suas práticas. Dessa forma, os programas de Residência partem de um desafio central que é a transformação da formação e do modelo assistencial proposto pelo SUS, no espaço de intersecção entre o serviço e o ensino.

A experiência prática e o aprendizado teórico, ao longo da Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde, no HU-CAS/UFJF, foram, sem dúvida, a força motriz das motivações deste trabalho. A inserção na Residência suscitou diversos questionamentos, pois, a experiência adquirida na residência foi articulada com o campo de conhecimentos da saúde coletiva, que por ter um caráter interdisciplinar e balizador das práticas em saúde, me propiciou o contato com as acumuladas e fecundas referências teóricas sobre a relevância social da formação.

Considerando o exposto e a necessidade de mudanças no campo da formação, gestão e atenção, alguns pontos apresentam-se pertinentes para discussão sobre os processos formativos dos Programas de Residências em Saúde do HU/UFJF: Os residentes no cotidiano de seus processos de trabalho têm colocado o usuário no centro de suas práticas? A integralidade se apresenta como

um dispositivo norteador e instituinte no processo de trabalho desenvolvido pelos residentes, de forma a produzir rupturas nos modos hegemônicos? Os Programas de Residências em Saúde têm possibilitado aos residentes serem protagonistas no modo de produzir um saber, a refletir e problematizar suas práticas, configurando-se como um processo de formação ativo e transformador? Se a residência, *lócus* de (trans)formação para profissionais, utiliza o dispositivo da educação permanente, ela tem oportunizado e desenvolvido os eixos do ensino, gestão, atenção e controle social?

As respostas a essas perguntas se tornam relevantes para o campo científico do setor saúde, pois, segundo Heckert e Neves (2007), ainda lidamos com processos de formação que no cotidiano, têm esvaziado os princípios da integralidade. As autoras, desse modo, questionam “como afirmar a integralidade sem problematizar as práticas de formação pautadas em concepções que dissociam atenção, gestão, pensamento e vida, e que ainda focalizam a intervenção profissional no binômio queixa-conduta?” (HECKERT; NEVES, 2007, p. 147).

Ao mesmo tempo, as autoras Pinheiro e Luz (2007) afirmam haver uma lacuna na produção do conhecimento, no que se refere aos efeitos da política de saúde sobre a integralidade da atenção nos espaços onde ela deveria se materializar: os serviços de saúde. Nas palavras das autoras, “o estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, no contexto da reforma do sistema, ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 21). Essa notoriedade torna-se ainda maior quando se busca debater, sob o eixo da integralidade e do SUS, como vem se dando os processos de formação das Residências em Saúde, tendo em vista a escassez de publicações desse tipo.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo investigar as possibilidades e desafios da efetivação da integralidade da atenção no trabalho desenvolvido pelos residentes vinculados aos Programas de Residência Médica, em Área Profissional e Multiprofissional da rede de atenção à saúde (serviços especializados e hospitalares) do HU/UFJF. Acredita-se que uma análise das práticas de saúde dos residentes do HU/UFJF pode produzir indagações necessárias sobre a formação e suas implicações sociopolíticas, demarcando desse modo o caráter público e a relevância social do ensino em saúde, que devem ser direcionadas para as necessidades e demandas de saúde da população. Compartilha-se do entendimento

de Barros (2006) ao afirmar que o esforço de problematização dos processos formativos se deve não apenas para esboçar novas saídas para os impasses vividos como principalmente, para promover outras perguntas, outras entradas.

A partir, portanto, das discussões apresentadas e como proposta de contribuição à Saúde Coletiva, optou-se pela seguinte estruturação da dissertação: Na segunda seção será abordado o referencial da integralidade na perspectiva do trabalho em saúde, para que se possam abarcar elementos que permitam uma compreensão das propostas de formação em saúde para o SUS. Em seguida (terceira seção), serão apontados alguns impasses no modelo assistencial e no ensino dos profissionais de saúde, bem como os movimentos de mudanças na formação em saúde no contexto da reforma sanitária, destacando a política de educação permanente em saúde. Na quarta seção, serão realizadas aproximações sobre os Programas de Residências em Saúde e EPS. Ao mesmo tempo, buscar-se-á tratar das certificações ocorridas atualmente no cenário nacional sobre as residências e traçar um panorama das residências no âmbito do HU/UFJF, cenário da pesquisa que se visa desenvolver. Para tanto, serão explorados a metodologia apropriada para se atingir à finalidade do estudo, objeto da quinta seção. A sexta seção será destinada à apresentação e discussão dos resultados e, na sétima seção, será apresentado às considerações finais da pesquisa.

## 2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE SOB O EIXO DA INTEGRALIDADE

O SUS, definido na Constituição de 1988 (BRASIL, 2012) e regulamentado a partir de 1990 tem sido construído mediante o compromisso de garantir melhores condições de assistência e promoção à saúde da população brasileira. Para sua consolidação enquanto sistema de saúde operativo e de qualidade é necessário que o mesmo deixe de ser visto apenas como um texto de lei. É no espaço do agir cotidiano, nas ações concretas produzidas pelos trabalhadores e usuários nos serviços de saúde, que devem se materializar os princípios descritos constitucionalmente, entendidos como direitos legítimos e contextualmente produzidos no âmbito do processo da Reforma Sanitária no Brasil.

Assim, é nessa direção que se busca pensar a integralidade em saúde como eixo norteador, visto que, como afirmam González e Almeida (2010a, p. 759) “a integralidade é o único princípio indiscutivelmente finalístico, um atributo do que se quer do SUS”. Para tanto, torna-se fundamental sistematizar os conhecimentos que se agregam a integralidade e que sirvam de guia para as reflexões desta pesquisa.

### 2.1 O REFERENCIAL DA INTEGRALIDADE

A definição legal diz que a integralidade se refere a um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidades do sistema (BRASIL, 1990a). Porém, a integralidade se tornou mais do que uma diretriz do SUS; ela está relacionada a um conjunto de valores caros ao ideário da Reforma Sanitária e nos quais vale a pena lutar (MATTOS, 2001), apresentando-se como um termo plural, ético e democrático (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010a).

Sabe-se que a integralidade é amplamente discutida nas coletâneas organizadas por Pinheiro, Ceccim e Mattos (2006), Pinheiro e Mattos (2007), entre outros, através do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS).

No âmbito desse grupo de pesquisa, Mattos (2001) discute três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como políticas especiais. O primeiro conjunto de sentidos, a integralidade como um traço, um valor da boa medicina, se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram nos serviços de saúde. Trata-se do cuidado para que a assistência prestada não seja fragmentária e reducionista, atentando somente para o sofrimento manifesto do paciente e aos aspectos exclusivamente biológicos. A integralidade se faz presente no encontro, no diálogo, no vínculo que se estabelece com o paciente; na atitude do médico que busca ir para além dos sintomas explícitos e se preocupa em utilizar às técnicas de prevenção.

No segundo conjunto de sentidos abordado por Mattos (2001), a integralidade, como modo de organizar os serviços e práticas em saúde, exige que o profissional passe a pensar suas práticas a partir de uma maior horizontalização dos programas, e não mais de um ponto de vista exclusivo de sua inserção específica em um determinado programa. A integralidade, de acordo com esse entendimento, busca superar a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde, de forma que os serviços estejam organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

Por último, o terceiro sentido para a integralidade é relativo às configurações de políticas especiais. Trata-se de respostas governamentais a certos problemas de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. Aqui, a noção de integralidade expressa à responsabilidade do governo em responder a certos problemas de saúde pública e que essa resposta deve incorporar tanto as ações preventivas como as assistenciais (MATTOS, 2001).

Ao pensar a integralidade da atenção hospitalar, Cecílio e Merhy (2003) e Feuerwerker e Cecílio (2007) a compreendem de duas formas: a integralidade da atenção olhada no hospital, que tem como referência o atendimento e produção do cuidado no próprio ambiente hospitalar; e a integralidade da atenção olhada a partir do hospital, que é pensar a integralidade tendo como referência a articulação do hospital com o sistema de saúde. Essas definições apresentam intersecções com os conceitos de integralidade focalizada e integralidade ampliada, trabalhada por Cecílio (2001), com as concepções de Pinheiro (2001) ao sugerir entender a integralidade no plano individual e no plano sistêmico, e com o conceito da Clínica

Ampliada, explorada por Campos (2007), entre outros autores. Compartilha-se dessas afirmativas, ao entender que a integralidade da atenção opera focalizada tanto no espaço concreto dos serviços singulares, como também na rede que integra os serviços no sistema de saúde, tendo em vista a complexidade dos problemas de saúde e as distintas tecnologias que cada ponto dessa rede dispõe para produzir o cuidado. Assim, o profissional de saúde não pode perder de vista essas duas dimensões, que são complementares para se obter a integralidade na assistência prestada.

Como forma de ressaltar tal entendimento, consideram-se as contribuições de Cecílio (2001) sobre as duas dimensões da integralidade da atenção: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada.

Na primeira dimensão, a integralidade da atenção “deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde” (CECÍLIO, 2001, p. 115). A denominação *integralidade focalizada* remete ao trabalho da equipe de saúde nesse espaço bem delimitado (focalizado) que é um serviço de saúde. A preocupação e o compromisso de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo deve ser o de fazer a melhor escuta das necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que são sempre complexas (CECÍLIO, 2001), dado o entendimento de saúde de uma forma ampliada. Nas palavras do autor:

Cada atendimento, de cada profissional, deve estar comprometido com a “maior integralidade possível” [...] A (máxima) integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde. (CECÍLIO, 2001, p. 116-117).

Por outro lado, o mesmo autor adverte que a integralidade nunca será plenamente bem sucedida em qualquer serviço de saúde, por mais competente e comprometida que seja a equipe. Essa assertiva remete a segunda dimensão da integralidade: a integralidade ampliada, como “objetivo de rede” (CECÍLIO, 2001, p.118). A integralidade ampliada, pensada na *dimensão macropolítica* estaria, desse modo, relacionada à verdadeira integração entre os diferentes níveis de complexidade, seja porque as várias tecnologias em saúde estão distribuídas em

uma rede diversificada de serviços, como também pelo fato da melhoria das condições de vida ser um esforço reconhecidamente intersetorial (CECÍLIO, 2001).

Nesse sentido, Cecílio (2001) radicaliza a ideia de que

Cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre, o foco, o objeto, a razão de ser, de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde. A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros [...] sempre atento à possibilidade e a potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e outras práticas disponíveis em outros serviços ou não (CECÍLIO, 2001, p. 119-120).

Assim, apreende-se que o autor propõe uma definição de integralidade da atenção a partir das necessidades de saúde. Ou seja, as necessidades de saúde são o aspecto central das intervenções e práticas e só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual<sup>1</sup>, uma vez que são social e historicamente determinadas/construídas. A partir do pensamento de Cecílio (2001) o conceito de necessidades de saúde permite fazer uma mediação entre a complexidade do conceito e sua compreensão pelos trabalhadores para uma atenção mais humanizada e qualificada.

É, portanto, no plano das práticas que se dá a construção da integralidade, seja na formulação e gestão das políticas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre usuário e profissional e entre estes e os serviços (PINHEIRO; MATTOS, 2007). Ou seja, a integralidade existe em ato, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado (PINHEIRO, 2001).

Para Ceccim e Pinheiro (2006):

A noção de cuidado não reporta um nível ou âmbito de atenção do sistema de saúde, nem algum procedimento técnico específico ou uma conduta assistencial mais simples, mas uma prática orientada pela integralidade no exercício da atenção à saúde, uma prática cuidadora. (CECCIM; PINHEIRO, 2006, p. 24-25).

---

<sup>1</sup> É importante diferenciar “demanda” de “necessidades de saúde”. Por “demanda” entende-se a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo (PINHEIRO; LUZ, 2007). Ela refere-se ao que é verbalizado como queixa pelo usuário, o que necessariamente não significa que sejam suas reais necessidades (CECÍLIO, 2001). Assim, responder as necessidades de saúde significa considerar a totalidade de fatores que geram uma demanda inicial do usuário, ou seja, incidir sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, conforme o conceito ampliado de saúde expresso na Constituição de 1988.



Assim, em todos os âmbitos, deverão ser trabalhados os elementos que se constituem como importantes diretrizes das práticas integrais no processo do cuidado. Esses elementos pressupõem a centralidade do usuário, expressa nas ações direcionadas ao acolhimento, vínculo, responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob o seu cuidado, desenvolvimento de autonomia do usuário e resolutividade (MERHY, 1997a, 1997c; MERHY; CHAKKOUR, 1997; MERHY; FRANCO, 2003). Ainda, para que o cuidado integral ocorra, as ações devem ser conduzidas pelo trabalho em equipe multiprofissional a partir da articulação das práticas entre os profissionais de saúde de diferentes áreas, como também pelo trabalho integrado à rede assistencial, numa perspectiva intersetorial.

Estes importantes elementos das práticas integrais em saúde têm relação com a diretriz política da humanização (BRASIL, 2004c), que completa o entendimento da integralidade da atenção. Para Ceccim e Merhy (2009) a política de humanização é entendida como uma estratégia para dar qualidade aos componentes da atenção e da gestão e melhorar a qualidade da resposta assistencial e gerencial do sistema de saúde.

A compreensão sobre o que foi exposto permite perceber a integralidade não como um conceito, mas sim como um dispositivo instituinte das práticas de saúde, gestão e formação na área da saúde. Compartilha-se do entendimento de Camargo Júnior (2003) ao afirmar que, nesse momento, parece mais adequado tomar a integralidade como um “ideal regulador, um devir [...] impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar” (Camargo Júnior, 2003, p. 42).

Assim, a partir das aproximações do termo integralidade apresentadas neste estudo, cabe discutir a operacionalização dessas práticas integrais no trabalho em saúde.

## 2.2 A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM SAÚDE

A temática da formação em saúde é indissociável das questões relativas ao trabalho em saúde e as expectativas do exercício profissional, tendo em vista o imbricamento de tais aspectos. Nesse sentido, muitos autores têm possibilitado o

diálogo entre a teorização do processo e a realidade do trabalho em saúde, possibilitando “parâmetros” que permitam a reflexão e problematização das práticas nos serviços e no ensino.

Um referencial que cabe destacar inicialmente remete a produção de Gonçalves (1992), que aplica a teoria marxista do trabalho no campo da saúde. Segundo o autor, o trabalho humano, como processo histórico de produção social, tem uma finalidade: parte de uma necessidade social e individual. Os homens organizam-se a partir das relações sociais entre si, imprimindo uma dinâmica específica a todo o processo, num dado momento. O mesmo autor ainda assinala que a separação entre concepção (trabalho intelectual) e execução (trabalho manual) constitui a base objetiva para a organização específica do trabalho em saúde.

Assim como Gonçalves (1992), Peduzzi (1998) afirma que o objeto que constitui o trabalho em saúde refere-se ao homem e, portanto, “sempre terão que ser apreendidos na objetividade e subjetividade que lhe são inerentes”, assim como as intervenções técnicas serão “sempre permeadas por relações interpessoais” (PEDUZZI, 1998, p. 42). Para a autora:

É no âmbito da intersubjetividade que se dá o reconhecimento das necessidades de saúde entre usuário e agente, assim como as intervenções possíveis. O usuário apresenta suas demandas, as questões ou situações de saúde ou doença que o mobilizam a procurar o serviço, e o profissional busca apreendê-las, conforme um certo recorte de objeto de trabalho. (PEDUZZI, 1998, p. 42).

Em contribuição as concepções sobre o trabalho em saúde, cabe também destacar o pensamento de Pires (1998), que pontua sê-lo não material, realizado por um coletivo de profissionais que necessariamente se complementam devido a grande divisão do trabalho, ocorrendo no encontro entre trabalhador e usuário e permeado por suas histórias de vida e concepções acerca do mundo e da sociedade.

A partir do que foi exposto até aqui, retêm-se a ideia da relação intersubjetiva/interacional presente no trabalho em saúde, que se configura no encontro de duas subjetividades, a do usuário e a do profissional, bem como na singularidade de intervenção de um sujeito sobre o outro, configurando-se sempre

como um ato “único”, dada a particularidade de cada “encontro” no trabalho em saúde.

Segundo Merhy (1997b, 1998), o processo de trabalho é um jogo entre produção, consumo e necessidades dos indivíduos e, na área da saúde, de forma muito específica, produz atos de saúde que perseguem a produção do cuidado. O conceito de “processo de trabalho em saúde”, dessa forma, diz respeito à dinâmica interna do trabalho em saúde, à dimensão “micro” do cotidiano do trabalho, referente à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Merhy (1997b), ao considerar como fundamental no processo de produção do cuidado não somente os instrumentos e conhecimentos técnicos, mas também as relações entre as pessoas, introduz os conceitos de *Trabalho Morto* e *Trabalho Vivo*, com base nas concepções de Marx (2001)<sup>2</sup>.

Nesse sentido, Merhy (1997b) assinala que o núcleo da forma como se produz saúde, deve ser composto por uma hegemonia do trabalho vivo sobre o morto. Define que este último se expressa nos equipamentos, em todos os elementos essencialmente instrumentais que são “resultado de um processo de trabalho anteriormente realizado” (MERHY, 1997b, p. 100). Já o trabalho vivo estaria representado pelo momento do trabalho em si, do trabalho vivo em ato. Faz parte do trabalho que é instituinte, que estabelece, que cria, pois, na dimensão do trabalho vivo são operacionalizadas as noções de autonomia e autogovernos dos indivíduos. Assim, no trabalho vivo, o trabalhador “pode tanto fazer uso do que está dado, quanto em uma certa medida exercer com alguma ‘autonomia’ este uso do que já está dado” (MERHY, 1997b, p. 100). Portanto, o trabalho vivo em ato é o trabalho constituído pela intencionalidade, pela ação, uma vez que “vai além dos limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições” (MERHY, 1997b, p. 110).

Como contribuição a esse entendimento, os autores Merhy e Chakkour (1997) complementam:

---

<sup>2</sup> Merhy (1997b) empreende um importante esforço de revisão da teoria sobre o trabalho em saúde, do modo de gerir os serviços e da revisão da própria concepção de tecnologia em saúde. O autor apropria-se de muitos conceitos gerados pelo pensamento marxista sobre o trabalho humano e, particularmente, tem como referência a produção intelectual de autores brasileiros como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992, 1994).

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados. (MERHY; CHAKKOUR, 1997, p. 120).

Nota-se, nesse sentido, uma ampliação do sentido tecnológico<sup>3</sup> no processo de produção do cuidado, ao pressupor o saber constituído pelas relações intersubjetivas. A essas relações intersubjetivas estabelecidas no trabalho em ato, Merhy (1997b) denominou de tecnologias-leves ou relacionais, que se desdobram na produção de vínculo, acolhimento, gestão como uma forma de organizar processos de trabalhos e outros, já que implicam produção do cuidado.

Por outro lado, essas relações intersubjetivas podem ser pontuais e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos (MERHY; FRANCO, 2003). As tecnologias inscritas nos instrumentos, normas, estruturas organizacionais e outros Merhy (1997b) identificou como tecnologias duras. Finalmente aos conhecimentos técnicos bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, o autor denominou de tecnologia leve-dura (MERHY, 1997b).

Assim, a composição técnica do trabalho, quando favorável ao trabalho morto, reflete um processo de trabalho voltado à produção de procedimentos (tecnologias duras) e quando, ao contrário, houver predominância do trabalho vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2003). Os autores ainda esclarecem que:

O modelo assistencial que advogamos, portanto, deve ofertar todos os recursos tecnológicos ao cuidado dos usuários, e mesmo que este necessite para a sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o

---

<sup>3</sup> Merhy (1997b) retoma o sentido etimológico do termo tecnologia, proposto por Gonçalves (1994) que a concebe como o conjunto de conhecimentos e instrumentos que expressa à rede de relações sociais estabelecidas na atividade operante. Ou seja, para Gonçalves (1994) a tecnologia é constituída pelo saber e seus desdobramentos: “tecnologia material”, para instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usados na produção da saúde.

processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado, a hegemonia do trabalho vivo. (MERHY; FRANCO, 2003, p. 319).

Assim, a micropolítica de organização dos processos de trabalho (MERHY; FRANCO, 2003, p. 459) é entendida “como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra”. É no mundo do trabalho, ou seja, na micropolítica, que se determina o modo de operar os modelos de atenção em saúde, tendo como objeto central a produção do cuidado, que pressupõe a frequente presença do trabalho vivo, a sustentar o princípio da integralidade da assistência (MERHY; FRANCO, 2003).

De posse desses conceitos, considera-se necessário um atento olhar sobre os processos formativos, o cotidiano dos serviços de saúde, as relações, as possibilidades de intervenção e devires nos espaços da micropolítica, em direção à integralidade do cuidado.

### **2.2.1 As equipes interdisciplinares na constituição de uma nova forma de organização do trabalho e produção do cuidado**

Merhy (1998) ao propor a complexa configuração tecnológica no trabalho em saúde, aborda também a importância de retomada do foco de atenção à saúde de profissional-centrada (ou procedimento centrada) em usuário-centrada. A proposta de organização das práticas profissionais de atenção à saúde em usuário-centrada aponta a responsabilidade do profissional de saúde em assegurar plena atenção às necessidades das pessoas nos serviços de saúde, se contrapondo às práticas centradas no ato médico e nos procedimentos técnicos.

Nessa lógica, Ceccim e Pinheiro (2006), assinalam que:

Diante de práticas usuário-centrada, o profissional de saúde coloca-se em movimento de si [...], pois, está aberto às sensações, contatando a alteridade e a integralidade. Quanto maior a exposição ao outro, maior a necessidade da equipe de saúde se estruturar como um coletivo organizado de produção. (CECCIM; PINHEIRO, 2006, p. 26-27).

Esse entendimento pressupõe que o trabalho em saúde caracteriza uma complexidade, face aos diversos elementos que constituem os problemas de saúde. Assim, para dar conta desse cuidado integral, considera-se a imprescindibilidade do esforço conjunto entre os profissionais de saúde no desafio da construção de um fazer coletivo, onde o trabalho em equipe se apresenta como necessidade fundamental no cotidiano dos serviços de saúde.

Observa-se que, ainda que a temática sobre o “trabalho em equipe” seja de uso corriqueiro, não há uma categorização unívoca sobre ela e seus correlatos. Isto porque diferentes terminologias estão relacionadas ao trabalho em equipe e cada uma delas apresenta sua especificidade, bem como uma imprecisão de emprego no campo da saúde. Em linhas gerais, ao se referir ao trabalho em equipe, ora utiliza-se os prefixos multi, inter ou trans, ora os sufixos profissional ou interdisciplinar. Logo, longe de encerrar os significados de cada terminologia com uma definição fechada, cabe destacar algumas contribuições teóricas que permitam uma maior compreensão a respeito.

Inicialmente considera-se como veículo introdutório, a produção intelectual de Peduzzi (1998), no qual apresenta uma discussão sustentada com profundidade sobre a interface entre o trabalho e interação em uma equipe multiprofissional.

Segundo a autora, equipe, etimologicamente, está associada à realização de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos que têm um objetivo comum a alcançar. O sucesso é o trabalho coletivo. Peduzzi (1998), com base nessa distinção, propõe duas modalidades que recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. Na primeira, as ações são justapostas e os indivíduos estão meramente agrupados. Cada saber técnico responsabiliza-se por um cuidado específico, mas que nem sempre produz uma resposta efetiva frente às necessidades demandadas, tendo em vista a incapacidade de uma única profissão dar conta da complexidade do objeto saúde. Na segunda os agentes se integram e ocorre a articulação das ações. Coloca-se em questão a complementaridade e a interdependência dos trabalhos especializados e a criação de um novo campo de conhecimento a partir das trocas de saberes.

Com base na teoria do agir comunicativo de Habermas, a autora afirma que o que caracteriza uma equipe é a comunicação, seja entre profissionais e usuários, seja entre os próprios profissionais, visto a natureza intersubjetiva do trabalho em saúde (PEDUZZI, 1998). Ou seja, “a prática comunicativa pode-se constituir como

princípio organizador do trabalho em equipe e promover a integração da equipe e a recomposição dos trabalhos especializados” (PEDUZZI, 2007, p. 165). Assim, para a articulação das ações e a integração dos saberes especializados, a autora enfatiza a necessidade de a prática comunicativa ser orientada pelo entendimento e consenso entre os profissionais, de forma a permitir a elaboração de um projeto assistencial comum, mais adequado às necessidades de saúde dos usuários (PEDUZZI, 1998).

Partindo desse entendimento, a mesma autora irá afirmar que a multiprofissionalidade pauta-se na atuação conjunta de várias categorias profissionais, e a interdisciplinaridade na integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento, tendo, assim, caráter epistemológico. Segundo a autora não se pode transformar imediatamente o trabalho em equipe multiprofissional em interdisciplinar, mas considerá-lo certamente “como uma prática que expressa repercussões das possibilidades de integração das disciplinas científicas” (PEDUZZI, 1998, p. 66). Ou seja, o trabalho multiprofissional é condição necessária, mas não suficiente para a integração dos diferentes saberes que compõe o processo de trabalho na área da saúde.

Portanto, “a noção de interdisciplinaridade e seus correlatos, assim como o discurso interdisciplinar, [...] devem permear os saberes técnicos e práticos” (PEDUZZI, 1998, p. 67) em vista da construção de práticas de trabalho mais condizentes com a complexidade relativa ao processo saúde-doença no trabalho em saúde (PEDUZZI, 1998).

Assim como Peduzzi (1998), Campos (2007) preconiza a necessidade de as equipes de trabalho adotarem uma prática comunicativa, na elaboração de um projeto assistencial comum, ou Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>4</sup> como é denominado pelo autor. Ao se fundamentar na proposta da “clínica ampliada”, no qual se busca ampliar as possibilidades de intervenções retirando o foco na doença e passando o usuário para o centro das atenções, Campos (2007) aponta a importância do trabalho em equipe e, particularmente, da interação interdisciplinar. Na perspectiva do autor, os conceitos de campo e núcleo de saberes e práticas de saúde, auxiliam na operacionalização da interdisciplinaridade. Sendo assim, o núcleo consiste nos saberes e práticas relacionadas à dada profissão, enquanto o

---

<sup>4</sup> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, voltadas para um sujeito individual ou coletivo como resultado da discussão de caso em equipe, um grupo que incorpore a noção interdisciplinar e que recolha a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões (CAMPOS, 2007).

campo se constitui na área de limites imprecisos entre as disciplinas e as profissões conformando um território de saberes e práticas comuns e confluentes (CAMPOS, 2000). Nessa linha, a interdisciplinaridade consiste em trocas criadoras entre núcleos profissionais na construção de interfaces de saberes e práticas, visando empreender respostas aos desafios emergentes no cotidiano do trabalho em equipe, ampliando o campo de saberes e práticas em saúde (CAMPOS, 2007). Tal importância se deve a esse compromisso radical dos profissionais de saúde com os usuários, de forma a ampliar a responsabilidade dos mesmos pelos resultados das ações de atenção à saúde. A clínica ampliada seria assim, a clínica das construções coletivas e unidades de produção do cuidado, com base em uma abordagem interdisciplinar (CAMPOS, 2007).

Em uma diferente perspectiva, Feuerwerker e Sena (1999) sustentam que a interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe não são sinônimos e dizem respeito a distintas dimensões da atividade humana: o saber, a produção do conhecimento e a prática produtiva. Para as autoras, a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional. A interdisciplinaridade se refere à convergência e interação dialética de conhecimentos específicos, sendo, portanto, aplicada restritamente às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino. Já a prática multiprofissional se organiza no processo de trabalho considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais e buscando a integralidade do cuidado. As autoras ainda assinalam uma diferença entre trabalho multiprofissional e em equipe. Este último implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação, mas que pode (e deve acontecer) entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional. No entanto, não implica necessariamente na construção de um novo saber ou de uma nova prática (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Ao refletir sobre a importância do trabalho em equipe e a integralidade, Ceccim (2004) propõe o trabalho em saúde numa perspectiva entre-disciplinar, onde todos os profissionais possam contribuir com seus olhares, fazendo emergir projetos terapêuticos sem fronteiras disciplinares ou meritocráticas. Para o autor, o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente de si, dos entornos, do trabalho. Em oposição a uma organização onde conhecimentos técnicos,



protocolares e corporativos prescrevem certos modos de atuar, propõe os coletivos organizados, compostos não por uma relação de sujeitos serializados e hierarquizados, mas abertos a “produção de encontro, de intercâmbio, de provocações, de alteridade”, construindo um diagrama (e não organograma) com linhas que “se organizam e desorganizam para assegurar sua produtividade”, que são os atos de saúde (CECCIM, 2005b, p. 170).

Compartilhando dessa mesma concepção de formação como processo coletivo, Barros (2006) enfatiza a importância da transdisciplinaridade, que trata da interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sociopolítico, etc.) sobre outro. Na perspectiva da autora, o que está em foco na transdisciplinaridade é algo que diz respeito mais as interações entre sujeitos e seus saberes, visando-se a uma torção nos modos instituídos de funcionamento do processo de trabalho. Nas palavras de Barros (2006):

Problematizar as questões da multiprofissionalidade a partir da transdisciplinaridade significa, portanto, colocar em questão os limites entre as disciplinas, produzindo um efeito que subverte exatamente o que dá sustentação aos campos epistemológicos e à unidade das disciplinas, interrogando os especialismos. (BARROS, 2006, p. 144).

Já Pinheiro e Ceccim (2006), apontam a importância da interprofissionalidade no exercício e na formação, assinalando que a mesma não significa a homogeneização dos saberes e fazeres, mas “a condição de possibilidade ao surgimento de um conhecimento novo em cada profissão e no campo da saúde, pautada na desfragmentação, recontextualização e atualização” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 29).

Para as autoras Stephan-Souza, Mourão e Lima (2002) o trabalho em equipe deve ser entendido a partir da constituição de uma nova organização do trabalho, no qual cada saber técnico transponha outros elementos novos e receba aqueles que ampliem a comunicação entre profissionais e, destes, com a população. Nesses termos, o conceito de interdisciplinaridade aponta para a possibilidade de absorção de todo o conhecimento que possa ampliar a compreensão dos elementos que interferem na qualidade de assistência à saúde. Desse modo, as autoras afirmam que:

Para possibilitar a construção da interdisciplinaridade na área da saúde, é preciso resolver o dilema da convivência entre as disciplinas sociais e biológicas, pois, perdura a tendência de desvalorização das primeiras. Entendemos que o dilema reside na formação em saúde, que ao longo da história, se comprometeu basicamente em definir uma única profissão que liderasse o projeto sanitário. (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO; LIMA, 2002, p. 37).

A partir dessa breve exposição, observa-se uma pluralidade de conceitos acerca das práticas que se identificam com o que tem sido classificado como multi, inter e transdisciplinaridade, entre outros termos, no campo da saúde. Pode-se afirmar, que independente das distintas conceituações, o que se está em xeque é a importância de não se desviar da constituição de equipes de trabalho como modo de organização do processo de trabalho, se opondo desse modo ao fazer individual.

Merece destaque, neste estudo, a relação entre trabalho em equipe e interdisciplinaridade, sob o critério da integralidade das ações. Entende-se que um trabalho em equipe, com pretensões interdisciplinares, permite uma compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde, pela interação entre os profissionais e a articulação entre os diversos saberes e fazeres presentes no trabalho em saúde, possibilitando outras formas de relação entre os sujeitos envolvidos no processo. É nesse sentido que a interdisciplinaridade está no centro das discussões acerca da formação em saúde, do desenvolvimento da ciência e das práticas sanitárias.

No que se refere particularmente à formação em saúde, espera-se que ela possa dar ferramentas para que os profissionais de saúde tenham condição de trabalhar realmente em equipe, de forma a incorporar novas técnicas, procedimentos e conhecimentos que convirjam para uma mesma ação. O norte é sempre pensar na especificidade da formação e para quem se está trabalhando. A finalidade é o cuidado em saúde. O cuidado implicando encontros, relações de alteridade e integração de trabalhos.

Nesse movimento de encontros e integração, integrando também o usuário, é que se alinham outras possibilidades relativas à integralidade nas práticas em saúde: o acolhimento, vínculo, responsabilização e desenvolvimento de autonomia.

### **2.2.2 Acolhimento, vínculo, responsabilização e desenvolvimento de autonomia: práticas integrais e resolutivas de atenção em saúde nas relações profissionais/usuários**

O acolhimento e vínculo na prática são conceitos que estão imbricados e que são construídos no encontro do trabalhador com o usuário durante o processo de trabalho em saúde.

Tais temáticas passaram a ser estimuladas no setor saúde após a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004, constituindo-se como estratégia para melhorar a qualidade da resposta assistencial e gerencial no cotidiano dos serviços de saúde (CECCIM; MERHY, 2009). Essa política reafirma a importância da adoção das tecnologias relacionais (MERHY, 1997b) entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, para se obter modos mais efetivos de intervenção cuidadora (BRASIL, 2004c).

O acolhimento é considerado uma das diretrizes de maior relevância da PNH do SUS, na medida em que se constitui como um dispositivo e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo e garantia do acesso com responsabilização (BRASIL, 2006b).

Assim, Merhy (1997a) afirma que uma das traduções do acolhimento é a “[...] relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde.” (MERHY, 1997a, p. 138).

Para Teixeira (2003) a conversa é “a substância principal das atividades de um serviço de saúde”, e, por isso, entende a rede de atenção à saúde como uma rede de conversações, composta “por várias e distintas regiões de conversas interligadas” (TEIXEIRA, 2003, p. 99). Nessa direção, o autor também entende que o acolhimento interconecta os diferentes espaços de conversa, pois, o acolhimento como uma tecnologia do encontro, é construído a cada encontro e mediante os encontros trabalhador-usuário. Defende, nesse sentido, o termo “acolhimento-diálogo” (TEIXEIRA, 2003, p. 98), ao pressupor que em qualquer encontro, o trabalhador deve acolher as demandas do usuário e as necessidades de que o

mesmo se faz portador, bem como oferecer as possibilidades e modos de satisfazê-las. Assim, o acolhimento-diálogo pode oferecer ao usuário maior possibilidade de trânsito pela rede e faz com que “as diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam num autêntico espaço coletivo de conversações” (TEIXEIRA, 2003, p.102).

Nessa direção, pode-se observar que o acolhimento

Não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de acolher o usuário em suas demandas, com responsabilidade pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (BRASIL, 2006b, p. 19).

Conforme o que foi exposto, entende-se que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, é um modo de operar os processos de trabalhos em saúde. Consiste em atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, resultando, quando for o caso, em encaminhamentos e trânsitos pela rede assistencial para a continuidade da assistência.

Há ainda outra possibilidade de entendimento do acolhimento que Franco, Bueno e Merhy (1999) definem como o processo de produção da relação entre usuário e serviço sob o olhar da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde. O acolhimento aqui se configura como uma etapa do processo de trabalho, visto que a organização do serviço passa a ter a “equipe de acolhimento” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 348) como central no atendimento aos usuários. Esta equipe tem como objetivos ampliar o acesso dos usuários, humanizar o atendimento e reorganizar o processo de trabalho das equipes locais (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), reduzindo a centralidade das consultas médicas e permitindo utilizar melhor os potenciais de outros profissionais (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

No acolhimento os trabalhadores de saúde incorporam a escuta e a conversa com o usuário como importantes instrumentos de trabalho, pois, estes facilitam a análise das demandas, na discriminação do risco e na oferta acordada de

soluções ou alternativas aos problemas demandados (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Por isso que trabalhar com base na perspectiva do acolhimento significa ter uma escuta qualificada e atenta, o que requer como defende Silva Júnior e Mascarenhas (2004) não limitar seu campo de entendimento apenas ao que é falado, mas também às lacunas do discurso, que são fios de significados a serem trabalhados.

Essa atitude da escuta atenciosa pressupõe e estimula a criação de vínculo entre profissional/usuário, que se apresenta como outro grande conceito em saúde pública, estabelecendo a interface com o acolhimento. O conceito de vínculo é polissêmico. Observa-se uma vasta produção desse termo que perpassa áreas das ciências sociais, humanas e da saúde, assumindo caráter e abordagens diversas. O vínculo é algo que indica interdependência; relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais e vice-versa. Depende da disposição e conhecimentos sobre a inter-relação entre pessoas que necessitam de ajuda e a equipe com recursos para intervir, o que não se configura como uma tarefa simples (CAMPOS, 2007). Para que ocorra seu fortalecimento, essa relação deve, a princípio, constituir-se num processo de terapêutica (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). Segundo Caprara e Rodrigues (2004) a relação terapêutica está associada à afetividade, pois o vínculo surge em consequência da valorização da relação estabelecida. Nesse sentido, o vínculo envolve uma dimensão afetiva na medida em que o profissional deve gostar do que faz e demonstrar interesse pelo usuário (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Ao compreender o vínculo como um recurso terapêutico, Campos (2007) assinala que não se trata tão somente de uma preocupação humanizadora, mas também de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde. Nas palavras do autor: “Vínculo é, portanto, circulação de afeto entre pessoas” (CAMPOS, 2007, p. 28).

Segundo Cecílio (2001) o vínculo entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa, ou seja, um encontro de subjetividades (CECÍLIO, 2001). Assim, estabelecer vínculo significa demonstrar preocupação, aceitação e empatia – que é uma capacidade de ordem afetiva de se colocar no lugar do outro - pelos aspectos singulares e subjetivos de cada indivíduo (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

No entendimento de Merhy (1997a) a noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso, pois, criar vínculos implica aproximação e sensibilidade com o sofrimento do outro, evocando a responsabilidade do profissional para com o usuário e “possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal” (MERHY, 1997a, p. 138).

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999), nas práticas de saúde individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização e da intervenção resolutiva. Os autores reconhecem que “sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 346-347).

Na perspectiva de alguns autores, esse tipo de relação deve promover aos usuários a capacidade de reflexão, autonomia, participação e corresponsabilização nas escolhas de ações e serviços de saúde necessária a sua vida (CAMPOS; AMARAL, 2007; CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CAVALCANTE FILHO et al., 2009; CECÍLIO, 2001; ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Logo, como afirmam Onocko-Campos e Campos (2006)

Se há uma dimensão produtora de autonomia para a clínica, é aquela em que, por meio do vínculo, pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolorem o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida. (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 683).

Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, e não absoluto, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de compreender e agir sobre si mesmo (CAMPOS; AMARAL, 2007). Nesse sentido, a informação e educação em saúde<sup>5</sup>, são apenas parte do processo de construção de autonomia do usuário, que implica uma ressignificação efetiva no seu modo de viver (CECÍLIO, 2001). O grau de autonomia se mede, portanto, pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo

---

<sup>5</sup> Educação em saúde crítica, que enfatiza o aspecto político da educação como promotora de cidadania e transformação social com base no direito pleno à informação. A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde, na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das doenças, minimizando o sofrimento e a incapacidade (STEPHAN-SOUZA, 2012).

saúde/doença e pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (CAMPOS; AMARAL, 2007).

É nesse sentido que devemos interrogar sobre os graus de produção de saúde e de autonomia que são efetivamente impulsionados na relação profissional/usuário, na medida em que se constituem como elementos essenciais no trabalho em saúde. Um episódio de internação hospitalar, como observa Cecílio (2001), pode ser uma situação privilegiada para se estabelecer vínculos, mesmo que temporários, e de se trabalhar sob essa perspectiva.

Nessa direção, Merhy (1997c) afirma que é no cotidiano dos nossos trabalhos e no processo coletivo de gestão dos nossos serviços, que iremos construir

um outro proceder em saúde, que se oriente pela constituição de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores do setor, na busca de uma resolutividade que se oriente por ganhos de autonomia dos usuários perante os seus modos de andar na vida. (MERHY, 1997c, p. 4).

Assim, resolutividade para o autor se dá “a partir da associação mais ampla possível de todas as ações de saúde individuais e coletivas, tecnologicamente disponíveis” (MERHY, 1997c, p. 4). Ou seja, resolutividade significa colocar a disposição do paciente todo o recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, como também fazer uso das tecnologias relacionais, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde (MERHY, 1997c).

Compreende-se que o exercício do acolhimento, vínculo, responsabilização com coprodução de autonomia, oferecem nova direcionalidade conceitual ao processo de trabalho, sedimentando a proposta da humanização e da integralidade do cuidado, em defesa do direito do usuário a receber uma assistência resolutiva e qualificada em saúde.

Em síntese, o desafio enfrentado pelas instituições de ensino ou programas de formação na área da saúde é, nesse sentido, formar profissionais despertados para o trabalho interdisciplinar, a importância do acolhimento e estabelecimento do vínculo e responsabilização com o usuário, os princípios do humanismo e da corresponsabilidade nas ações de saúde. Entende-se que no plano da micropolítica do trabalho, todos esses elementos são necessários para uma ação resolutiva, comprometida com as questões sociais da realidade brasileira e com o princípio da

integralidade do SUS, potencializando os modos tecnológicos de qualificação do cuidado.

### **2.2.3 Ações integradas na rede de serviços: tecendo breves considerações sobre a resolutividade em saúde a partir do hospital**

Os profissionais comprometidos com a qualidade da atenção à saúde sob o eixo da integralidade devem buscar continuamente na relação com o usuário, usarem opções tecnológicas relacionais fundadas na educação em saúde, no acolhimento, no trabalho em equipe e gestão democrática<sup>6</sup>, que permitam produzir vínculos e responsabilização pelo usuário, bem como o desenvolvimento de autonomia do mesmo. Segundo Stephan-Souza (2012) esses elementos circundam o potencial resolutivo no plano da micropolítica de produção do cuidado, que por sua vez se desdobram em medidas no tocante ao acesso e regionalização dos serviços de saúde.

Assim, o processo de trabalho sob o eixo da integralidade deve voltar-se também para a resolutividade das ações a partir do trabalho integrado a rede de serviços, na medida em que os hospitais devam funcionar integrados a uma rede hierarquizada e regionalizada, tendo inclusive que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária com os gestores públicos, mediante a definição de mecanismos que facilitem o acesso e a relação com outros serviços (BRASIL, 1990a).

Sobre a proposta de regionalização e hierarquização dos serviços, Cecílio e Merhy (2003) afirmam que:

A forma mais tradicional de se pensar o hospital no “sistema de saúde” é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. Por tal concepção, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contrarreferência após realizar o atendimento. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 200).

---

<sup>6</sup> Para Campos e Amaral (2007), a gestão democrática segue uma nova lógica ao propor tomar como unidade nuclear de poder gerencial a Equipe Interdisciplinar, que seriam Equipes interprofissões e interespecialidades organizadas em função de grandes áreas voltadas para uma mesma finalidade e para um mesmo objeto (encargo). Estas equipes tem sido denominadas de Equipes de Referência. Os mesmos autores ainda afirmam a importância de aumentar o poder do usuário na gestão e no cotidiano do hospital, através da ampliação do horário de visitas nos hospitais, de ouvidores, de espaços de diálogo, entre outras medidas.



Nessa perspectiva, Stephan-Souza (2012) aponta que referenciar um paciente significa transferi-lo a um estabelecimento especializado de saúde, depois de esgotados os recursos na atenção primária. Na referência é necessário constar as informações sobre o motivo do encaminhamento, detalhes do diagnóstico e dos procedimentos recebidos pelo usuário. A contrarreferência refere-se ao retorno do usuário principalmente para a atenção primária, em continuidade ao tratamento recebido. Implica a comunicação no sentido oposto, apresentando um relato consubstanciado dos procedimentos efetuados no nível das especialidades e indicação dos procedimentos a serem efetivados na complementação do cuidado oferecido (STEPHAN-SOUZA, 2012). Esse modelo hierarquizado de atenção à saúde, com a atenção básica definida como porta de entrada a priori, associa-se, a figura clássica de uma pirâmide, que representa o modelo tecno-assistencial que gostaríamos de construir com a implantação plena do SUS (CECÍLIO, 1997).

No entanto, Cecílio (1997) reconhece que na prática os fatos se dão de uma maneira muito diferente da pretendida. Um fato assinalado pelo autor, que demonstra essa afirmação, é a rede básica de serviços de saúde ainda não ter conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. Outro fato é a dificuldade do acesso aos serviços especializados (CECÍLIO, 1997), entre outros exemplos apontados pelo mesmo.

Nesse sentido, Cecílio (1997) coloca em questionamento a ideia do senso comum de que a alta complexidade está no topo, onde fica o hospital, configurando-se em um modelo de assistência ancorado numa pirâmide. Defende, nesse sentido, a ideia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas “portas de entrada” localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta “base”.

De acordo com Cecílio e Merhy (2003), é o usuário que torna a condição mais ou menos complexa, e não o serviço que é chamado de básico e complexo. Assim, dependendo do momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde, como no caso de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares, cabendo ao hospital a referência para outros serviços. Outra situação seria um usuário portador de qualquer doença crônica, onde “o ‘topo’, em determinado momento da vida, não seria o acesso a serviços especializados, de alta complexidade técnica, mas sim acessar a ‘rede

básica', ser bem acolhido e estar vinculado a uma equipe" (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 201).

Sob esse olhar, Cecílio (1997, 2001) irá ressaltar a necessidade de uma reconceitualização do que seja "serviço de referência", tendo em vista que a referência passa ser às pessoas e suas necessidades e não qualquer tipo de modelo assistencial previamente definido. O autor reitera a importância de se "pensar o sistema de saúde menos como uma pirâmide de serviços organizados hierarquicamente, e sim como uma rede com múltiplas portas de entradas, múltiplos fluxos" (CECÍLIO, 2001, p.118).

Considerando essa perspectiva defendida por Cecílio (2001), infere-se que os instrumentos de referência e contrarreferência devam ser utilizados para qualquer serviço entre si e não somente a partir de um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, conforme modelo piramidal. Assim, frente a essa discussão e às dúvidas quanto ao modelo mais adequado de organização do sistema de saúde, apreende-se que os conceitos de referência e contrarreferência ainda encontram-se embrionários quanto aos seus sentidos teóricos. Ao mesmo tempo, sabe-se que esses mecanismos de referência e contrarreferência raramente tem se concretizado na prática.

Segundo Stephan-Souza (2012) a busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento efetivo de referência e contrarreferência com base nas informações detectadas e procedimentos efetuados ou ainda necessários é considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade e para o êxito da resolutividade do sistema de saúde.

Um recente instrumento auxiliar no processo de referência e contrarreferência é o Cartão Nacional da Saúde. Este tem como proposição fundamental a identificação unívoca do usuário do SUS e o acompanhamento do conjunto de atendimentos realizados pelo sistema de saúde, onde quer que eles aconteçam, através do acesso a uma base nacional de dados de saúde do paciente. O sistema Cartão qualificaria o trabalho dos gestores e profissionais da área da saúde, podendo ser um suporte para que os atendimentos se realizem de forma organizada e resolutiva (BRASIL, 2011).

Para Cecílio (2001), uma das formas de trabalhar a integralidade é mediante uma "boa" articulação entre os serviços, cada um cumprindo sua parte, contrarreferenciando de forma responsável para o serviço que encaminhou dentro

dos níveis da rede de serviços de saúde. No entanto, o autor chama a atenção para a necessidade de pensar novas maneiras de realizar o trabalho em saúde, a partir do eixo do cuidado. Nesse sentido, os autores Cecílio e Merhy (2003) complementam que:

o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática ao cumprir um papel do contrarreferência, mas pela construção ativa do cuidado integral necessária àquele paciente específico. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 201).

Para essa construção ativa do cuidado integral, Cecílio (2001) assinala a importância de os profissionais de saúde estarem sempre atentos “à possibilidade e potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outras práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não” (CECÍLIO, 2001, p. 119). Nessa lógica, cabe destacar o pensamento de Stephan-Souza (2012) ao afirmar que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente ações complementares com outros serviços e níveis de atenção à saúde, como também parcerias com distintos setores sociais. Para a autora, essas parcerias são importantes para que se possa intervir no núcleo do problema de saúde que nem sempre decorre da falta de assistência em uma área, mas sim por falta de interação com outras áreas. A intersetorialidade, desse modo, compreende o potencial de articulação com as políticas de educação, assistência/previdência, habitação, trabalho, entre outras, frente à adequação às necessidades dos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e sanitário (STEPHAN SOUZA, 2012). Nas palavras da autora:

A intersetorialidade, além da intrínseca consonância com o objeto saúde, tem como condição a reestruturação de vários setores e saberes próprios e específicos, no sentido de desenvolver uma visão mais abrangente, adequada e menos falha, para proporcionar uma resposta apropriada aos possíveis problemas de saúde deparados no cotidiano, quase sempre de origens multicausais ou multissetoriais. (STEPHAN-SOUZA, 2012, p. 14).

Portanto, as ações integradas na rede de serviços a partir do hospital, se fazem necessárias para ampliar a resolutividade da rede de atenção à saúde, e não podem ser negligenciadas. Para tanto, todo o processo que envolve ações

integradas na rede de serviços exige a formação acurada dos profissionais, alicerçada no conhecimento de uma clínica ampliada que incorpore conceitos, metodologias e gestão da rede em saúde.

De uma maneira geral, espera-se que o conteúdo desta seção possa ter fornecido elementos para a compreensão de que o processo de trabalho sobre o eixo da integralidade remete a ações resolutivas de saúde *no* hospital e *a partir* do hospital, entendendo a resolutividade das ações como ferramenta efetiva à produção do cuidado nos serviços públicos de saúde.

É importante também esclarecer que, embora o termo resolutividade tenha sido abordado de forma sucinta neste trabalho, este consiste de enorme complexidade por se tratar de um termo embrionário, empregado e entendido sob vários prismas. Assim, por não ser pretensão aprofundar-se a essa temática, espera-se que os esforços de síntese tenham sido, ainda que minimamente explorados, suficientes para compreensão e análise da pesquisa.

### 3 UMA POLÍTICA NACIONAL DE FORMAÇÃO PARA O SUS

A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no Brasil passam a ser um vetor desafiante e de grande atenção a partir da década de 80, com a criação de um sistema universal, o SUS. Para aprofundar o debate sobre o processo de formação em saúde na perspectiva da integralidade, é necessário colocar em questão as características do ensino e das práticas de saúde em sua micropolítica no contexto atual. Essa contextualização permitirá compreender as iniciativas de mudanças na formação que se converteram em movimentos de mudança na educação dos profissionais de saúde, tendo como expoente máximo a política nacional de educação para o SUS: a política de educação permanente em saúde.

#### 3.1 IMPASSES NA FORMAÇÃO E NO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

A atenção hospitalar tem sido caracterizada como *locus* privilegiado da dimensão especializada, tecnicista, da resistência e impregnação do *trabalho morto sobre o vivo* (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007). Tal característica está relacionada como afirma Merhy e Franco (2003), ao modelo histórico de formação assistencial à saúde, que esteve centrado nas tecnologias duras, baseadas no procedimento e no ato prescritivo, a partir de interesses corporativos de grupos econômicos que atuam na saúde. “No plano da micropolítica do trabalho em saúde”, esse modelo produziu a incorporação maciça de tecnologias e a reprodução de uma lógica hegemônica, cujo fluxo centra-se na consulta médica e onde “o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais” (MERHY; FRANCO, 2003, p. 318). Infere-se assim uma organização de trabalho marcada pela biomedicina, medicalização, fragmentação da atenção e por relações assimétricas de poder entre as especialidades (CECÍLIO; MERHY, 2003; FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007) que se opõem às ideias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade.

Cabe destacar que esses impasses na estruturação do cuidado integral remetem inicialmente à valorização no país, nos anos 1940, de um modelo de

ensino dos profissionais da saúde (principalmente médicos), recomendado no Relatório Flexner<sup>7</sup>. Segundo esse Relatório, uma educação científica das profissões de saúde teria base biológica e deveria ser orientada pela especialização, pesquisa experimental e concentração de serviços ambientados predominantemente no hospital. Nas palavras de Carvalho e Ceccim (2008)

Essa educação científica em saúde foi adquirindo um caráter instrumental e de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados, nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, em especial nas intervenções por procedimentos e mediante o uso de equipamentos, em que a saúde ficou compreendida como ausência de doença. (CARVALHO; CECCIM, 2008, p. 141-142).

Em que pese a marcante influência flexneriana na trajetória do ensino e das práticas em saúde, sobre o desafio da transformação do modelo atual, soma-se a importante análise de alguns autores.

De acordo com Feuerwerker (1998) não se pode supor que a solução para a crise paradigmática na área da saúde se resume a mudanças na educação médica ou que os problemas enfrentados na implantação do SUS possam encontrar solução na discussão sobre a formação de recursos humanos. Para a autora, nos dois casos, a solução depende de haver uma mudança na maneira como a sociedade constrói suas demandas e seu conhecimento sobre o processo saúde-doença. Mas, complementa a autora, “os processo de mudanças deverão ocorrer nos dois campos: educação e prática. E os processos de mudança deverão ter um grau de simultaneidade. É parte da dialética das transformações” (FEUERWERKER, 1998, p. 55).

Nessa perspectiva, a falta de uma gestão mais comprometida, a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade e às mudanças em processo, são uma das explicações exploradas pelos autores González e Almeida

---

<sup>7</sup> Em 1910, o pesquisador americano Abrahan Flexner foi convidado a realizar um estudo sobre a situação da educação das escolas médicas em seu país. O seu clássico relatório de avaliação, conhecido como “Relatório Flexner”, foi comemorado naquela época como uma educação científica da saúde e propiciou uma profunda reconstrução das bases do ensino médico. As diretrizes estruturais presentes neste Relatório, reconstituem o processo de trabalho médico, a investigação diagnóstica e a visão sobre o adoecimento, na medida em que deslocam o foco de atenção do coletivo para o individual, tecnicizam a assistência e reduzem o universo dos problemas de saúde – daí por diante considerados “problemas médicos” – através do mecanicismo, do biologicismo, do estímulo à especialização (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008; CARVALHO; CECCIM, 2008; SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

(2010a) sobre o descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios e diretrizes do SUS.

Para os autores Campos, Aguiar e Belisário (2008), uma das fontes de discrepância entre “o que se ensina nos cursos de graduação em saúde e a realidade observada no cotidiano dos serviços de saúde ou no seio das comunidades” (p. 1016), está relacionada à distância dos docentes com a realidade dos serviços públicos de saúde e a comunidade, tendo em vista que, uma significativa parte dos docentes exerce sua profissão em consultórios privados ou são professores especialistas que não têm conhecimento suficiente sobre os sistemas públicos de saúde. Nesse sentido, “o ensino é muitas das vezes, um campo de reprodução das condições de trabalho dos docentes, e não dos profissionais nos serviços públicos de saúde” (p. 1019). Por outro lado, os autores destacam que professores universitários que não atuam no setor privado, mas que se dedicam intensamente à pesquisa também são outra fonte de discrepância, uma vez que podem supervalorizar “aspectos e problemas relacionados aos seus campos de pesquisa, independentemente da real relevância no contexto em que seus estudantes irão trabalhar” (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008, p. 1019).

Já as autoras Pinheiro e Luz (2007) ressaltam que as novas concepções e valores da atualidade como o individualismo, a busca de poder sobre o outro, a disputa, entre outros, acabam por moldar a forma das pessoas serem e agirem, reproduzindo-os nos serviços de saúde e no ensino. A autora Feuerwerker (apud CABALLERO; SILVA, 2010), contribui com esse entendimento, ao afirmar que o perfil dos profissionais de saúde é conformado pelo mercado e pelas corporações, que incentivam a hiperespecialização e a privatização de interesses na saúde. Nessa mesma direção, Stephan-Souza, Oliveira e Castro (2011) afirmam que as medidas neoliberais provocam alguns desdobramentos visíveis no mundo do trabalho e, conseqüentemente, no campo da saúde, a partir da redução do gasto público, da privatização e da indução à precarização das formas de trabalho.

Ademais, esses múltiplos fatores levam a constatar que todos os investimentos do SUS no financiamento da cobertura da atenção primária, parecem não ser suficientes para a inversão do modelo assistencial. Nesse sentido, Merhy (1998) assinala que há uma crise da falta de eficácia e efetividade dos serviços de saúde, que pouco tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. O autor pontua que há uma insatisfação do usuário com a atenção

recebida, e que de um modo geral, ela não se refere à falta de conhecimentos técnico-científicos, mas sim, na falta de interesse e responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados (MERHY, 1998) e tudo isso transparece que há algo de errado na forma como essa atenção vem sendo conduzida, trazendo novamente à tona a importância da formação desses profissionais.

Aliás, atuar no processo de mudança do ensino e do modo como os serviços se organizam é fundamental não só para melhorar a assistência ao usuário, mas também no sentido de estimular e permitir aos profissionais de saúde um trabalho menos hierarquizado, compartimentado e desinteressante e sim, mais colaborativo, criativo, motivante e comprometido com a emancipação do trabalhador e a defesa da vida do usuário (MERHY; PINTO, 2007).

Para tanto, Merhy e Pinto (2007) afirmam que “reconhecer os paradoxos, tensões e as enormes possibilidades do trabalho vivo no espaço dos serviços de saúde” (MERHY; PINTO, 2007, p. 7) ao invés de nos isentar, nos cobra um olhar atento ao conjunto de relações de poder e linhas de força que constituem e atuam sobre o espaço dos serviços de saúde. Os autores ainda assinalam que:

Mergulhar na complexidade que esse espaço apresenta nos força a construir cartografias tão complexas quanto, que de fato nos auxiliem a explorar as tensões desse cotidiano e a interferir nas lógicas e forças que atuam sobre ele. Sempre em busca de estimular e liberar o espaço para uma atuação menos interdita e mais livre, para situações em que os trabalhadores possam dialogar e analisar coletivamente a situação, e comprometidos com a publicização radical dos espaços, construir estratégias que apontam para sua transformação. (MERHY; PINTO, 2007, p. 8).

Assim, entende-se que as tensões que envolvem a possibilidade de trabalho vivo são complexas, porém abertas à atuação criativa dos profissionais de saúde em direção à transformação dessa realidade.

O percurso para adquirir a abordagem integral do adoecer compreende, portanto, a necessidade de uma formação e prática que privilegiem um novo modo de organização do trabalho em saúde, de forma a possibilitar outras formas de relação entre os sujeitos envolvidos no processo.



### 3.2 OS MOVIMENTOS DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

Ao rever a história sobre as lutas travadas por reformas na saúde ao longo das últimas décadas verifica-se, paralelamente, um debate em torno das ações propositivas e políticas de formação dos profissionais de saúde.

De fato, algumas iniciativas de mudanças na formação superior se sucedem no Brasil ainda na década de 90. O projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM)<sup>8</sup> torna-se um importante instrumento para uma reforma na educação nas ciências da saúde (CARVALHO; CECCIM, 2008), pois, passa a apontar sugestões consistentes para uma reformulação do ensino da medicina (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b).

Já os projetos de integração o docente-assistencial (IDA)<sup>9</sup> se ampliam e passam a configurar novos projetos como o de articulação ensino-serviço-comunidade (UNI), que foi cerceado de grande atenção no início da década de 90<sup>10</sup>. A partir da evolução dos movimentos IDA e UNI, estrutura-se em 1997 o movimento Rede Unida<sup>11</sup>, com o compromisso de renovação permanente na formação dos profissionais de saúde, orientados pela integralidade (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b). A necessidade de ultrapassar a uniprofissionalidade e instituir a multiprofissionalidade (projetos intercursos de desenvolvimento e aprendizagem

---

<sup>8</sup> A CINAEM utilizou a avaliação do ensino médico como instrumento de reformas na formação em saúde e propôs a articulação de vários segmentos (docentes profissionais, gestores e estudantes) com interesse no debate do ensino, bem como objetivou a melhor adequação da formação frente às necessidades de saúde da população (CARVALHO; CECCIM, 2008).

<sup>9</sup> Os projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA), passam a ser implementados de modo acelerado a partir da década de 50. A IDA buscavam uma solução de articulação mais efetiva entre docência e assistência, ao enfatizar uma maior aproximação e envolvimento do docente com as ações da prática assistencial cotidiana. A IDA inseriu o processo de ensino-aprendizagem no serviço por meio de atividades de extensão e estágios práticos, realizados em centros de saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b; NUNES, 1998).

<sup>10</sup> O programa UNI foi uma iniciativa da Fundação Kellogg que tinha como objetivo desenvolver estratégias para intensificar a formação dos profissionais de saúde. Fundamenta-se na articulação entre universidade-serviço-comunidade, analisando constantemente suas inter-relações (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b). Chaves (apud GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b) afirma que o programa UNI é um programa IDA ampliado, sendo ambos exemplos de movimentos pród-mudança na formação superior dos profissionais de saúde.

<sup>11</sup> Segundo González e Almeida (2010b), a Rede UNIDA consiste em um movimento que estabelece parcerias com pessoas, projetos e instituições como forma de potencializar as capacidades de produzir mudanças na formação dos profissionais de saúde. Parte do pressuposto que estas mudanças serão alcançadas, especialmente se elas são construídas de forma coletiva, a partir do saber e do poder compartilhados.

integral), de dar lugar aos usuários e a necessidade de ampliar a interface entre o mundo do ensino e do trabalho, caracterizam as iniciativas da Rede Unida (CARVALHO; CECCIM, 2008).

Sobre tais iniciativas, Carvalho e Ceccim (2008) ressaltam que existiram muitos limites e lacunas, no entanto, “ainda assim, pode-se falar de uma história dos movimentos de mudança na educação em Ciências da Saúde até a aprovação das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais” (CARVALHO; CECCIM, 2008, p. 152).

Cabe sublinhar que o art. 200 da Constituição (BRASIL, 2012) e a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) já determinavam a competência do SUS em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, em todos os níveis de ensino, ou seja, a de formular políticas que firmem mudanças na formação dos profissionais de saúde.

Uma maior estruturação sobre a formação dos profissionais de saúde se efetiva em dezembro de 2000 pela 11ª Conferência Nacional de Saúde, com a criação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS). A NOB/RH reitera a regulamentação do art. 200 da Constituição (BRASIL, 2012), e torna-se um referencial dos indicativos da política de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2003).

De acordo com a NOB-RH/SUS, a qualificação na assistência está relacionada com a formação de pessoal específico, de novos perfis, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva (BRASIL, 2003). Daí, a obrigatoriedade das instituições formadoras em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o SUS e as Leis Federais n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e n. 8.142, de 18 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b).

Nessa direção, o início dos anos 2000 foi marcado pela aprovação entre 2001 e 2004 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>12</sup> dos cursos de graduação

---

<sup>12</sup> As DCN foram aprovadas para os 14 cursos da área da saúde, entre 2001 e 2004 (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b). Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a), elas foram uma importante conquista “para assinalar, como política, a necessidade de produzir mudanças no processo de formação, já que indicam um caminho, flexibilizam as regras para organização de currículos e favorecem a construção de maiores compromissos da universidade com o SUS” (p.1404). As diretrizes curriculares, no entanto, constituem-se apenas como uma indicação, uma recomendação, visto que no nosso país a autonomia universitária é definida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). A definição das DCN “correspondeu, igualmente, ao engajamento pela melhor aplicação da LDB, tendo em vista a relevância social da formação das instituições formadoras” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1404).

em saúde, constituindo-se como uma indicação para a formação, que deve contemplar o sistema de saúde vigente. Assim, pode-se afirmar que as DCN são uma importante conquista na educação, já que favorece a construção de maiores compromissos da Universidade com o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Além desses movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde, algumas iniciativas programáticas originárias do Ministério da Saúde também podem ser destacadas nesse contexto. Um exemplo é o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina<sup>13</sup> (PROMED), lançado em 2002, que visava a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (CARVALHO; CECCIM, 2008).

Pode-se também citar na esfera da especialização em serviço, o Programa de Formação e Capacitação para a Saúde da Família (PSF) (Polos de Capacitação em Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família) (BRASIL, 2004b), em decorrência da necessidade de competências profissionais adequadas para atuação na Atenção Primária a Saúde em expansão e ao próprio SUS.

São também iniciativas originárias do Ministério da Saúde, os programas de educação profissional de nível técnico a exemplo do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); a Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras), o Programa da Interiorização do Trabalho em Saúde, entre outros (BRASIL, 2004b; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Esses programas estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação e provocaram alterações importantes na educação e produção do cuidado (BRASIL, 2004b; CECCIM; BRAVIM, SANTOS, 2009). No entanto, em linhas gerais, apresentaram-se de uma forma desarticulada, pontual e limitada, além de não desafiarem os distintos atores para assumir uma postura crítica a partir da problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe

---

<sup>13</sup> Os autores Carvalho e Ceccim (2008) esclarecem que o PROMED, não se configurou como movimento, já que se referiu a um “edital de seleção de melhores projetos a serem incentivados com recursos financeiros para a implementação das DCN para os cursos de medicina” (p. 153). Os autores ainda afirmam que o PROMED sofreu forte oposição da Direção Executiva Nacional de Saúde (Denem) e foi muito criticado pelas demais profissões de saúde, por recolocar a escolha uniprofissional para propor a mudança, em um momento onde várias iniciativas de mudanças no país davam ênfase a multiprofissionalidade e o caráter interdisciplinar do trabalho em saúde (CARVALHO; CECCIM, 2008).

(BRASIL, 2004b; CECCIM; BRAVIM; SANTOS, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Novos rumos, contudo, foram tomados a partir da criação em 2003 do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) como componente da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SGTES), no âmbito do Ministério da Saúde. A instituição do DEGES/SGTES “com poder decisório, status institucional e recursos financeiros próprios” para produzir ações estratégicas para transformação da realidade do trabalho e da educação na saúde, “constitui um marco na conquista dos movimentos sociais em defesa do SUS” (BELCHIOR; SILVA; HYGINO, 2006, p. 394). Como principal instrumento do governo federal para a consecução da NOB-RH/SUS, o DEGES, tinha como objetivo central a ordenação da formação em saúde a partir da construção de uma política de educação para o SUS (BRASIL, 2003).

Nessa direção, o DEGES trabalhou para a construção de uma política pública mediante a análise dos programas e iniciativas existentes anteriormente no Ministério da Saúde, buscando estabelecer a articulação das ações e acrescentar elementos que pudessem promover impacto nas práticas e serviços de saúde em busca do referencial da integralidade. Definida as bases da política, o DEGES percorreu todo o país para apresentar, debater e qualificar a proposta (CECCIM; BRAVIM; SANTOS, 2009).

Em 4 de setembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou como política pública a iniciativa *Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente* (BRASIL, 2004b). Segundo Ceccim e Ferla (2008, p. 7) “esse documento foi o marco para a definição do campo de saberes e práticas da Educação e Ensino da Saúde e para o reconhecimento de sua origem no campo de produções da Saúde Coletiva”.

Em 18 de setembro de 2003 a política estratégica da educação permanente é pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2004b). Ainda em dezembro do mesmo ano foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que passou a adotar o conceito de Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2005b).

Como decisão da 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em 2006 a 3ª Conferência Nacional de Recursos Humanos da Saúde, então com o nome de Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde “as

referências à educação na saúde ocuparam mais de 60% dos campos analíticos e dos campos propositivos da área dos trabalhadores” (CECCIM; BRAVIM; SANTOS, 2009, p. 5).

Decisivamente a valorização do debate acumulado e a iniciativa governamental rompem com a ideia de que o trabalhador é apenas mais um recurso de infraestrutura, reconhecendo-o como protagonista no processo de consolidação do SUS. Ou seja, os trabalhadores, como força criativa da produção de serviços de saúde passam a serem protagonistas à medida que devem participar da construção e da gestão da sua educação permanente (BRASIL, 2005b) e conseqüentemente, instituir novas lógicas nas ações em saúde.

Os “*Caminhos para uma Educação Permanente em Saúde*” (BRASIL, 2004b), também apontam que as instituições formadoras não devem ocupar apenas um espaço de produção científica e qualificação de quadros profissionais. De fato, elas devem se tornar parceiras do sistema de saúde, efetivando a máxima interação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho, consolidando os compromissos públicos e a relevância social da formação na área da saúde (BRASIL, 2005b).

A introdução dessa nova abordagem no processo pedagógico na área da saúde, portanto, legitima uma nova maneira de produzir conhecimento e de pensar a educação e o trabalho.

### 3.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA NO SUS

Ao analisar as discussões sobre o tema formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no Brasil a partir da criação do SUS, encontram-se vários movimentos na direção das mudanças que representaram avanços significativos no processo formativo e do cuidado em saúde. Porém, nenhuma das iniciativas havia alcançado o *status* de política pública. Foi somente em 2004, como expressão desse forte movimento e de toda a discussão a respeito, que se instituiu a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a Formação e o Desenvolvimento de Trabalhadores para o Setor*, assegurada pela Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

Como política pública, a educação permanente torna a rede de serviços de saúde, uma rede de ensino-aprendizagem (CECCIM, 2005a), pois realiza o “encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004b, p. 10). Baseia-se na aprendizagem significativa, que promove e produz sentido aos atores envolvidos, e na reflexão crítica, a partir da problematização da realidade cotidiana nos serviços de saúde (BRASIL, 2004b). Ou seja, a “possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam” (BRASIL, 2005a, p. 12).

Tem como pressupostos pedagógicos a compreensão de uma integração entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil), contemplando o quadrilátero da formação em saúde, segundo formulação de Ceccim e Feuerwerker (2004b). O conceito de “quadrilátero da formação” foi proposto para representar um novo arranjo de atores relevantes nas definições de estratégias para a educação na saúde, integrando os segmentos da formação, da atenção, da gestão e da participação social no setor (CECCIM; FERLA, 2008).

A política ainda aponta que para que a formação e práticas em saúde estejam em conformidade com as necessidades sociais e com os princípios e diretrizes do sistema e para que o SUS não seja mero campo de aprendizagem prática, é necessário empreender um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras. Ou seja, evidenciar o SUS como interlocutor das instituições na construção e implementação dos projetos políticos-pedagógicos de formação dos profissionais (BRASIL, 2004b).

Assim, espera-se que nos cenários de aprendizagem se possam operar processos e relações, e não o acúmulo de saberes técnicos (CECCIM; BRAVIM; SANTOS, 2009), de forma a considerar o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, de querer e de sentir dos atores sociais, como agentes das mudanças (BRASIL, 2004b).

Aqui, é fundamental esclarecer que a aprendizagem de novos conhecimentos e saberes específicos são essenciais (educação continuada) e não

podem ser pormenorizadas, contudo, “uma educação continuada apresenta-se pontual e especializada, validando os conceitos de separação das especialidades e dos tempos e lugares de implementação dos seus conteúdos” (CECCIM; BRAVIM; SANTOS, 2009, p. 166).

Sendo assim, a educação continuada é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central, como é para a educação permanente. Isso porque para educação permanente o conhecimento não se destina a acumular, mas a transformar o trabalho, os trabalhadores de saúde e a participação no setor (BRASIL, 2004b). Dessa forma, a educação permanente deve ser entendida como um instrumento que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, de forma a aproximar os profissionais de saúde à realidade e às necessidades coletivas de saúde (FARAH, 2003).

Ao entender que a necessidade de interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social no setor são importantes para se alcançar os objetivos visados na política, foram criados os Polos de Educação Permanente em Saúde, os quais são instâncias de articulação interinstitucional, com base locorregional, que procuram funcionar como “rodas de debate e de construção coletiva” (BRASIL, 2004b, p. 11), permitindo um espaço para que atores de diversas origens<sup>14</sup> possam se encontrar, pensar e discutir juntos as questões da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005a). A definição de Polo de Educação Permanente em Saúde contempla, portanto, a noção de organização da prática pedagógica, cujo cotidiano do trabalho ou da formação em saúde é o foco central dos processos educativos (BRASIL, 2005b).

Assim, todo o processo educativo de trabalhadores, que estejam comprometidos com essas questões da educação permanente, agenciando o que se denomina o “quadrilátero da formação”, implica micropolítica, atitude crítica, intencionalidade e criatividade, capaz de instituir um novo modo de produzir atenção à saúde.

A compreensão dos processos de formação no mundo do trabalho como possibilidade de inovar, de produzir novas práticas, dão sentido e destaque às

---

<sup>14</sup> Os participantes dos Polos de Educação Permanente em saúde são os dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, estudantes, usuários e todos aqueles que se encontram envolvidos com as questões da saúde no Brasil (BRASIL, 2005b).

Residências em Saúde, que por terem uma metodologia de ensino pautada na intercessão ensino/serviço, tornam-se uma das ações estratégicas no processo de consolidação do SUS, ao utilizarem o dispositivo da educação permanente.



## 4 AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE COMO MODALIDADE DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS PARA O SUS: MOVIMENTOS, REGULAMENTAÇÃO E DESAFIOS

Na busca de alternativas e respostas à formação e desenvolvimento de trabalhadores no Brasil, foi legalizada em 2004 a *Política de Educação Permanente em Saúde* (BRASIL, 2004b), que traz a concepção pedagógica orientadora do processo educativo em saúde, interrogando e analisando as necessidades do cotidiano do trabalho.

Entre as estratégias formuladas para apoio e dinamização dessa política, destacam-se as Residências em Saúde como modalidade de formação que, por estarem inseridas diretamente na rede de serviços e terem como foco de ensino o trabalho em saúde a partir da integralidade e interseção serviço/ensino, tornam-se necessariamente uma estratégia da EPS, ou melhor, elas aplicam o dispositivo da EPS nos processos de ensino-aprendizagem.

Desse modo, pretende-se abordar nesta seção as regulamentações ocorridas em âmbito nacional sobre as residências em saúde, para posteriormente traçar um panorama das residências no HU/UFJF, que se constitui como cenário da pesquisa deste estudo.

### 4.1 UM BREVE HISTÓRICO DAS REGULAMENTAÇÕES DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO CENÁRIO NACIONAL

Historicamente, no Brasil, o termo *Residência* se consolidou como especialização, realizada na forma de treinamento em serviço supervisionado para médicos. As residências apresentaram um crescimento desordenado desde a década de 1950 e passaram a ser regulamentadas, como modalidade de formação em saúde, somente em 1977, através da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no âmbito do Ministério da Educação (MEC).

A partir da década de 70, período marcado pela forte expansão do ensino pós-graduado em razão da ampliação do mercado de trabalho em saúde no país,

outras especialidades da área da saúde passaram a incorporar essa metodologia de formação, embora sem uma regulamentação específica. Nesse contexto, os programas de Residências em Saúde em área específica ou com características multiprofissionais, se expandiram gradativamente pelo país e, no ano de 2005, conquistaram um aparato legal, com incentivo financeiro, em decorrência da política de educação permanente em saúde.

No entanto, os autores Ceccim, Kreutz e Mayer Júnior (2011), ao analisarem os documentos oficiais que normatizam as Residências em Área Profissional da Saúde, entre os anos de 2005 e 2010, destacam “fios embaraçados” relativos às disputas corporativas e contradições em cena. Alguns desses “embaraços” merecem ser descritos brevemente.

Uma primeira contradição normativa das Residências a ser destacada, a partir da análise dos autores, diz respeito às Residências Integradas em Saúde, enunciadas na Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a) da política de educação permanente. Essa portaria apresenta como um dos eixos estruturantes, uma ação quanto ao projeto de qualificação da Residência Médica e especialização em serviço no país, a partir, principalmente, da criação e ampliação de programas de residências integradas em saúde. Estas foram incentivadas pelo Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2005, com a garantia do financiamento público regular.

Assim, duas questões relativas a essa portaria são importantes para se compreender posteriormente alguns fios embaraçados no processo de regulamentação das residências. A primeira se refere ao apontamento da necessidade de mudanças na residência médica, uma vez que, o modelo tradicional dessa modalidade de formação não se situa como referência para a organização da educação na saúde no país, frente à instituição da política de educação permanente em saúde. A segunda questão é que em contrapartida depreende-se a enunciação de uma nova modalidade de residência com a denominação de *residências integradas*, como estratégia privilegiada e inovadora dessa política pública (CECCIM; KREUTZ; MAYER JÚNIOR, 2011).

As residências integradas destacam-se, nesse contexto, por serem um processo educacional fundado na integralidade, que não se constitui somente pela soma de diferentes categorias profissionais, mas pela valorização da interdisciplinaridade no trabalho em equipe para o desenvolvimento de práticas

usuário-centradas, implicadas com a transformação do agir em saúde (CECCIM; KREUTZ; MAYER JÚNIOR, 2011).

Foi nesse cenário que se criou, em 2004, o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) do Rio Grande do Sul. Segundo Ferreira (2007, p. 15), “inicialmente a RIS foi criada através do Aperfeiçoamento especializado das outras profissões da saúde, com a Residência Médica já existente na instituição”, e a partir de 2005, constituiu-se como um programa de residência multiprofissional e interdisciplinar independente. No entanto, concomitantemente, a autora relata ter constatado algumas dificuldades de implementação da RIS, no GHC. Um dos fatores evidenciados foi o “descompasso existente entre as diversas profissões que faziam parte da RIS, em especial, entre a medicina e as demais profissões” (FERREIRA, 2007, p. 15). Assim, a implementação da RIS, com essas características foi marcada pelo choque de interesses devido à intensa reatividade da categoria médica, contrária à proposta (FERREIRA, 2007).

Embora o contexto fosse de uma reatividade corporativa, foi promulgada a Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005b), que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e definiu-a como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada às outras categorias profissionais que integram a área de Saúde, excetuando-se a médica. Segundo Ceccim, Kreutz e Mayer Júnior (2011), a certificação da Residência em Área Profissional torna-se uma conquista dos movimentos pró-mudança na formação em saúde, por ser considerada como uma das estratégias de educação permanente. Evidencia-se, assim, a separação da modalidade de formação em relação à residência médica.

Essa mesma lei cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que tem por finalidade atuar na formulação e execução do controle dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional de Saúde (BRASIL, c2013). Para Ceccim, Kreutz e Mayer Júnior (2011) é ao longo dos primeiros instrumentos de regulação normativa da CNRMS que se observa o apagamento da definição Integrada às residências em saúde, bem como a ausência de pronunciamento nos textos oficiais da necessidade de mudanças na residência médica, anteriormente defendida. Ou seja, nesse momento já se pode perceber uma contradição importante nos mecanismos de regulamentação das Residências que evidenciam o poder corporativo da medicina.

Na análise dos autores:

Verifica-se o apagamento da definição *Integrada* às residências em saúde, já nos primeiros instrumentos de regulação normativa da CNRMS, depois a supressão do artigo 1º da lei que lhe dá origem e, finalmente, um disciplinamento tecnoburocrático das residências, justamente quando se cria a Coordenação-Geral de Residências em Saúde, no Ministério da Educação. (CECCIM; KREUTZ; MAYER JÚNIOR, 2011, p. 2-3).

Para Ceccim, Kreutz e Mayer Júnior, (2011) o apagamento da concepção integrada nos textos legais, sem uma discussão sobre as diferenças conceituais e práticas entre integrada e profissional ou multiprofissional, determina a adoção de um modo de formação especialista e a manutenção do modo dominante de educação nas profissões da saúde. Assim:

A disputa pelo estatuto das profissões contribui na normatização dos discursos pedagógicos, na definição dos núcleos de autoridade e competência de cada profissão e nas potencialidades de integração interprofissional, na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe, por isso as residências integradas são controversas, respondem a interesses coerentes com a construção do SUS, mas não são consensos no mundo fortemente regulado e corporativo da saúde. (CECCIM; KREUTZ; MAYER JÚNIOR, 2011, p. 16).

Cabe destacar que foi nesse contexto, que o processo de regulamentação das Residências em Saúde se concretiza quando em novembro de 2005, foi publicada a Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) n. 2.117, de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005d), instituindo a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)<sup>15</sup>. Tal portaria assegura o desenvolvimento de programas de Residência destinados conjuntamente às categorias profissionais que integram a área da Saúde, com exceção da médica (BRASIL, 2005d). Observa-se que o termo *interdisciplinaridade* não aparece mais nos documentos oficiais do Ministério da Saúde referentes à formulação da Residência Multiprofissional de Saúde (BRASIL, 2005d; FERREIRA, 2007).

Desse modo, Ferreira (2007, p. 16) afirma que “do apoio à implementação de projetos de RIS, com características interdisciplinares, o Ministério da Saúde

---

13 Segundo a Resolução CNRMS nº 2, 13 de abril de 2012, caracteriza-se como Residência Multiprofissional em Saúde o programa que for constituído por, no mínimo, três profissões da saúde. Caracteriza-se como Residência em Área Profissional da Saúde o programa que for constituído somente por uma profissão da saúde (BRASIL, c2013).

passou a incentivar a criação de Residências Multiprofissionais, com enfoque multidisciplinar”, constituída por diferentes categorias profissionais com exceção da medicina<sup>16</sup>.

Segundo Ceccim (2009), a corporação médica sempre reivindicou a exclusividade da terminologia “residência” à especialização médica. O mesmo autor aponta que “a reatividade médica, contrária à criação em lei de residências na área da saúde, que não destinadas aos diplomados em medicina, fez emergir a “invenção cultural da RMS”, assim como, “[...] fez constar, na lei, que a criação da Residência em Área Profissional da Saúde se destinava às profissões da saúde, excetuada a categoria médica” (CECCIM, 2009, p. 234). Nesse sentido, a corporação médica não somente legitima seu poder frente às diferentes profissões da área da saúde, como também subverte a ordem: ao invés de participar de uma formação especializada em serviço, que visa à integração entre as diferentes especialidades na área da saúde (como pode ser exemplificado pela RIS-GHC/RS); o que se sugere é que as diferentes modalidades de residências funcionem integradamente, conforme passa a constar em um dos eixos orientadores da Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007a). Nessa portaria observa-se que o que deve haver é a “articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional com a Residência Médica” (BRASIL, 2007a)<sup>17</sup>. Ou seja, a partir de “embaraços provocados por ruídos e vozes corporativas”, o que se observa é que “da chance de integração” mediante um programa de residência que contemple as categorias profissionais (inclusive a médica), passa a prevalecer às “formulações normativamente diferenciais entre Residência Médica, Residência em Área Profissional da Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde” (CECCIM; KREUTZ; MAYER JÚNIOR, 2011, p. 3) que devem funcionar articuladamente.

Dando continuidade a análise dos autores, observa-se novamente “fios embaraçados” em torno das residências, pois, em agosto do mesmo ano é publicada a Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007b) que define novas diretrizes e estratégias para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Segundo Ceccim, Kreutz e Mayer Júnior (2011), tal portaria “vale ser interpretada pelo silêncio em relação à formação na modalidade

---

<sup>16</sup> Neste sentido, “emerge, a defesa de Residências Integradas em Saúde na esfera da Especialização em Área Profissional” (CECCIM, 2010, p. 20).

<sup>17</sup> Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_45\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf)>.

Residência”, no qual não há referência a algum “desejo de mudança na Residência Médica, que estava enunciado no anexo da portaria nº 198/2004 e nem menciona Residência Integrada, Multiprofissional ou em Área Profissional” (CECCIM; KREUTZ, MAYER JÚNIOR, 2011, p. 24). Entende-se que tal omissão sobre as residências no documento oficial da política é um retrocesso em relação ao processo de mudanças na formação em saúde e na elaboração e implementação de políticas públicas de educação na saúde para o SUS.

No que se refere à Residência Médica no Brasil, Feuerwerker (1998) afirma que o processo de mudanças em relação ao perfil profissional do médico pode ser muito enfraquecido, se não considerar a Residência Médica como palco das transformações necessárias. Essa premissa, esclarece a autora, não reduz a importância das estratégias de promover mudanças na graduação, visto que elas são essenciais. Porém, a autora esclarece:

Se a Residência tem hoje de fato um papel definidor em relação ao perfil do profissional formado, ela pode produzir muito o impacto que as mudanças da graduação são capazes de produzir. E ao contrário, o processo de mudanças na graduação pode ser potencializado ao se investir em mudanças na Residência Médica. (FEUERWERKER, 1998, p. 69).

Não obstante, Feuerwerker (1998) discorre que apesar de institucionalizada, sobre controle dos Ministérios da Educação e da Saúde e de outras autoridades dessas áreas, a Residência Médica “tem tido seus rumos definidos pelas instituições que mantêm os programas, pelo mercado de trabalho, em uma relação mediada pelos interesses da corporação médica” (FEUERWERKER, 1998, p. 62) e não da sociedade.

Desse modo, cabe sublinhar que as práticas profissionais e os próprios interesses corporativos, não só dos médicos, mas de todas as categorias profissionais na área da saúde, devam estar em consonância com os interesses da sociedade e as necessidades de saúde da população. Todos os problemas que apresentem desacordo com o preceito constitucional da integralidade precisam ser investigados em sua complexidade, incluindo particularmente o processo de formação. Pois, compartilha-se a ideia defendida por Ceccim (2005a), que a área de formação é um lugar central para o estatuto dos atores sociais na luta por reformas,

pelo direito à saúde, do ordenamento das práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e atenção à saúde.

Nessa direção, Ceccim e Ferla (2003) defendem que a especialização em serviço na área da saúde é uma das formas eficientes de desenvolver novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção, devido tanto a presença contínua nos locais de produção das ações, como a oportunidade estratégica de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional. Em contribuição a esse entendimento e ao considerar as relações de poder nas práticas de saúde, Ceccim (2005a) fala da importância dos profissionais de saúde vivenciarem os desconfortos no cotidiano da equipe de trabalho. Segundo o autor:

Condição indispensável para uma pessoa ou organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos, é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano de trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido [...] para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las - não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe - e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade [...] (CECCIM, 2005a, p. 165).

Entende-se, portanto, que os programas de residência devem estimular os profissionais a interrogarem a si mesmos e problematizarem a articulação dos trabalhos especializados, em virtude de situações que são observadas e vivenciadas nas equipes dos serviços de saúde, o que resultará nas transformações de suas práticas.

Tal perspectiva fundamenta-se na pedagogia da problematização preconizada pela EPS e constitui-se como o grande desafio: possibilitar que os profissionais de saúde sejam protagonistas no modo de produzir um saber sobre seus problemas, necessidades, demandas e recursos.

O resultado esperado segundo a Política de Educação Permanente é:

A democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores sociais envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento. (BRASIL, 2005a, p. 14).

Nesse sentido, os programas de Residência partem de um desafio central que é a transformação da formação e do modelo assistencial proposto pelo SUS, no espaço de intersecção entre o serviço e o ensino.

## 4.2 OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS NO HU/UFJF: HISTÓRICO E PANORAMA NA CONJUNTURA ATUAL

A história das Residências no HU/UFJF está diretamente relacionada à expansão do ensino pós-graduado no país na década de 70, em razão da ampliação do mercado de trabalho em saúde e à crescente busca dos profissionais por especialização. De acordo com Santana, Campos e Sena (1999), a formação pós-graduada em saúde deu-se predominantemente através das Residências Médicas<sup>18</sup>, em moldes tipicamente americanos, atreladas ao processo de ensino em serviço no âmbito hospitalar.

A análise documental mostra que data de 1975 o primeiro concurso de Residência Médica realizado no HU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013d), que somente conquistou aparato legal como forma de treinamento pós-graduado após regulamentação das residências médicas em âmbito nacional em 1977, através da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no interior do MEC.

Ao mesmo tempo, na década de 70, outras especialidades da área da saúde passaram a incorporar essa metodologia de formação, embora sem uma regulamentação específica. É nesse íterim que foi criada em 1979 no HU/UFJF a Residência em Análises Clínicas (BUSTAMANTE-TEIXEIRA et al., 2006), uma das

---

<sup>18</sup> A Residência pode ser definida como uma modalidade de ensino pós-graduado (*lato sensu*) que enfatiza a intersecção ensino-serviço. Constitui-se fundamentalmente pela ênfase na prática profissional, respaldada por um supervisor. A Medicina foi pioneira ao introduzir no país a Residência, com ênfase na formação hospitalocêntrica (FERREIRA, 2007).



poucas experiências dessa modalidade de especialização em serviço no país, que era financiada com recursos próprios do HU, devido à extinção de subsídios do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) às residências que não fossem médicas.

As fortes mudanças ocorridas nas políticas de saúde nos anos 1980/90, com a criação SUS, refletem no campo da educação em saúde, considerando que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, segundo a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2012, p. 118). Esse novo texto constitucional fortalece o processo da implementação das residências no Brasil, estimulando assim, a inclusão de outras profissões para esta modalidade de formação especializada em serviço.

Como expressão desta realidade e devido ao sucesso da iniciativa da Residência em Análises Clínicas, a Faculdade de Serviço Social, elabora o programa de pós-graduação em Saúde Coletiva no HU/UFJF, focalizado em dois projetos principais: a Residência em Serviço Social e o Curso de Especialização em Ações Institucionais e Saúde Pública, ambos iniciados em agosto de 1998 e constituindo-se como experiência única nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO; LIMA, 2002; STEPHAN-SOUZA et al., 2003). Segundo as autoras, um dos desafios foi o de construir a Residência em Serviço Social com total isonomia em relação à carga horária, remuneração e responsabilidade da Residência Médica, visto que esta era a única modalidade de Residência reconhecida pelo Ministério da Educação até aquele momento (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO; LIMA, 2002; STEPHAN-SOUZA et al., 2003).

No que se refere à política de saúde brasileira, foi criada, em dezembro de 2000, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS – NOB/RH-SUS – (BRASIL, 2003), que viria a se tornar um referencial dos indicativos da política de recursos humanos para o sistema, fortalecendo o papel das instituições de ensino com a formação de novos perfis profissionais.

Nesse contexto de mudanças e incentivos para a formação em saúde, destaca-se em 2001, o início das atividades da Residência em Enfermagem na Saúde do Adulto do HU/UFJF. Segundo Carbogim e outros (2010), o nome do programa foi pensado de forma a abranger o conjunto de cuidados dentro de um ciclo vital. Os autores também afirmam que a residência em Enfermagem na Saúde

do Adulto do HU/UFJF foi pioneira em Minas Gerais em âmbito hospitalar, como também na iniciativa de adotar um programa desvinculado do modelo médico que fragmenta os indivíduos pelas especialidades da clínica, tendo, portanto, uma abordagem norteada pelos níveis de complexidade da assistência.

Em âmbito nacional, sabe-se que desde 1999, o Ministério da Saúde passou a incentivar as equipes de Saúde da Família como estratégia principal na reorientação do modelo assistencial. Esse novo cenário impõe a necessidade de uma qualificação adequada dos profissionais de saúde para intervir na atenção primária e na realidade sócio-epidemiológica local. Foi, portanto, no momento de expansão da Estratégia de Saúde da Família no país, bem como no contexto de integração entre a universidade e a rede de assistência local (parceria UFJF/Prefeitura de Juiz de Fora) e regional (sudeste mineiro), que se impulsiona o desenvolvimento da Residência em Saúde da Família em Juiz de Fora. Em resposta a toda essa conjuntura e ao estímulo do Ministério da Saúde à formação de especialistas na área de saúde da família, é que surge a Residência em Saúde da Família/JF em 2002, de caráter multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais (BUSTAMANTE-TEIXEIRA et al., 2006).

Às iniciativas de programas de residência no HU/UFJF, segue-se a experiência da Psicologia. Fruto de todo o contexto descrito e do incentivo, sobretudo, dos coordenadores dos projetos de residência já atuantes na instituição de ensino, foi criado em 2003, a Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde.

No cenário nacional, no mesmo ano, legalizava-se a política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004a), que passa a regular e dar legitimidade aos programas de Residências em Saúde no país. O fortalecimento do processo de regulamentação das Residências em Saúde, no Brasil, deu-se, a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005a), que criou a *Residência em Área Profissional da Saúde* e instituiu a CNRMS. Ainda em novembro do mesmo ano, o processo de regulamentação das Residências se concretiza ao ser publicada a Portaria Interministerial n. 2.117, de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005d), instituindo a Residência Multiprofissional em Saúde. A Regulamentação das Residências em Área Profissional e Multiprofissionais, pelos dois ministérios, permitiram o estabelecimento do financiamento regular, através da distribuição de bolsas segundo a modalidade de formação específica, com uma proposta de

destinação de vagas de acordo com as características regionais e as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2009; RAMOS et al., 2006).

As necessidades de um novo ambiente hospitalar devido às inadequadas instalações físicas do HU/UFJF que comprometiam a formação dos trabalhadores em saúde e a prestação de serviços levaram a construção do primeiro Módulo Assistencial do novo HU, o Centro de Atenção à Saúde (CAS). Sua inauguração data de 24 de agosto de 2006, sendo que em maio de 2007 ocorre a transferência de todo o serviço ambulatorial (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013c). O HU/UFJF passa a ter, portanto, duas unidades. A unidade tradicional no bairro Santa Catarina, voltado somente para procedimentos de alta complexidade e a nova unidade (HU-CAS) no bairro Dom Bosco, para o serviço ambulatorial.

A partir dessas mudanças e na recente normatização das residências, o HU-CAS/UFJF, em 2009, realiza o primeiro processo seletivo para o programa pioneiro de Residência Multiprofissional, englobando oito profissões das áreas da saúde, a saber: Análises Clínicas, Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Iniciado em março de 2010, a Residência Multiprofissional tem como princípio a política do SUS que privilegia a prevenção, com área de concentração em Saúde do Adulto e ênfase nas doenças crônico-degenerativas, recentemente autorizadas pelo MEC (AMARAL, 2012).

Atualmente, portanto, a Residência em Área Profissional, Multiprofissional e Médica compõem as modalidades de Residências da rede de atenção (serviços ambulatoriais e hospitalares) do HU-CAS/UFJF. Cabe esclarecer que, apesar da Residência em Saúde da Família/UFJF desenvolver atividades em estabelecimentos de saúde de referência secundária e terciária, a sua forma de educação em ensino ocorre prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde que adotam a Estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora (BUSTAMANTE-TEIXEIRA et al., 2006). Portanto, não se torna foco deste estudo.

Nesse sentido, os programas de Residência do HU-CAS/UFJF se estruturam como uma das estratégias potenciais na formação e no desenvolvimento de práticas profissionais a partir dos preceitos constitucionais do setor saúde.

### 4.3 ESTRUTURA ORGANIZATIVA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS NO HU/UFJF

Ao considerar o papel das Residências no processo de formação em saúde, objetivou-se traçar um panorama geral dos programas existentes no HU/UFJF, analisando as diferenças e similaridades entre os mesmos. Para tanto, foi priorizado fundamentalmente a investigação de alguns documentos normativos dos programas, dentre eles o *Projeto Político Pedagógico* (PPP).

Entende-se que o PPP é um documento de planejamento no qual devem constar os objetivos, a metodologia pedagógica e as finalidades do processo educativo, discutindo qual a função social da instituição e o que se quer com a formação. Sendo assim, trata-se de um instrumento de trabalho que indica rumo e direção e deve ser construído e definido coletivamente por todos os envolvidos. Por isso, todo projeto pedagógico da escola é, também, um projeto político por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico e com os interesses reais e coletivos da população (VEIGA, 1995). Porém, na busca pelos PPPs, foi constatado que nem todos os programas dispunham desse documento ou, até mesmo, alguns não se encontravam atualizados. Esse fato foi considerado como obstáculo para a compreensão da identidade e particularidade de cada uma das Residências no HU/UFJF, tendo em vista os muitos caminhos possíveis no que se refere ao formato de preceptoria, tutoria, desenhos pedagógicos, avaliação dos programas, entre outros, das Residências em Saúde.

Assim, mediante as dificuldades encontradas em relação aos projetos pedagógicos, parte das análises também foram embasadas nos Regimentos Internos dos programas, bem como em consultas a diretrizes e portarias normativas instituídas pela CNRMS e CNRM.

Para uma melhor visualização da diversidade de profissões e o quantitativo de vagas oferecidas ao ano, optou-se pela apresentação de um quadro que aponte a distribuição de vagas para cada especialidade dos Programas de Residências em Saúde no HU/UFJF (Quadro 1).

**Quadro 1.** Vagas por área profissional de cada programa de residência no HU/UFJF, 2012

| <b>PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA</b>               | <b>ESPECIALIDADES</b>               | <b>VAGAS</b> | <b>SUBTOTAL</b> |
|--|-------------------------------------|--------------|-----------------|
| <b>Residência Médica</b>                     | Anestesiologia                      | 4            | 58              |
|  | Cardiologia                         | 2            |                 |
|  | Cirurgia Plástica                   | 1            |                 |
|  | Clínica Médica*                     | 7            |                 |
|  | Dermatologia                        | 2            |                 |
|  | Endocrinologia                      | 1            |                 |
|  | Gastroenterologia                   | 2            |                 |
|  | Hematologia/Hemoterapia             | 1            |                 |
|  | Nefrologia                          | 4            |                 |
|  | Neurologia                          | 4            |                 |
|  | Obstetrícia e Ginecologia           | 5            |                 |
|  | Patologia                           | 2            |                 |
|  | Pediatria*                          | 7            |                 |
|  | Pneumologia                         | 2            |                 |
|  | Psiquiatria                         | 4            |                 |
|  | Radiologia e Diagnóstico            | 2            |                 |
|  | Reumatologia                        | 1            |                 |
|  | Urologia                            | 1            |                 |
|  | Oftalmologia                        | 2            |                 |
| Ortopedia e Traumatologia                    | 2                                   |              |                 |
| Otorrinolaringologia                         | 2                                   |              |                 |
| <b>Residência em Área Profissional</b>       | Análises Clínicas                   | 4            | 17              |
|  | Serviço Social*                     | 4            |                 |
|  | Enfermagem*                         | 2            |                 |
|  | Psicologia                          | 2            |                 |
|  | Farmácia                            | 3            |                 |
|  | Economia e Administração Hospitalar | 4            |                 |
| <b>Residência Multiprofissional em Saúde</b> | Análises Clínicas                   | 2            | 16              |
|  | Educação Física                     | 2            |                 |
|  | Enfermagem                          | 2            |                 |
|  | Farmácia                            | 2            |                 |
|  | Fisioterapia*                       | 2            |                 |
|  | Nutrição                            | 2            |                 |
|  | Psicologia*                         | 2            |                 |
|  | Serviço Social                      | 2            |                 |
| <b>TOTAL</b>                                 |                                     |              | <b>91</b>       |

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora (c2013a, c2013b)

Legenda: \* Áreas profissionais que serão analisadas nesta pesquisa

A justificativa quanto à escolha das áreas profissionais e outras questões correlatas serão pormenorizadas na próxima seção que trata do caminho metodológico deste estudo. Além disso, encontra-se presente no Anexo A, um quadro com a relação do número de inscritos e comparativo por especialidades da

Residência em Área Profissional, RMS, Saúde da Família e Residência Médica nos anos 2011/2012.

O processo de ensino e aprendizagem dos Programas analisados é desenvolvido ao longo de dois anos, prioritariamente nos serviços ambulatoriais e hospitalares do HU-CAS/UFJF, sendo que todos eles compartilham uma mesma proposta de carga horária de 2.880 horas por ano, distribuídas em 60 horas semanais. Da carga horária total na Residência Médica, um mínimo de 10% (dez por cento) e um máximo de 20% (vinte por cento) devem compreender as atividades teórico-práticas, sendo que todas as horas restantes devem ser destinadas às atividades práticas de formação em serviço (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013a). Nos dois outros programas, 80% da carga horária total devem ser desenvolvidos sob a forma de atividades práticas e 20% sob a forma de atividades teóricas ou teórico-práticas<sup>19</sup> (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b).

Assim, observa-se que os programas enfatizam como proposta metodológica às atividades práticas, em quase sua totalidade, buscando um processo de conhecimento que integre ensino/serviço.

Segundo documentos oficiais, os Programas de Residências em Área profissional e RMS utilizam uma metodologia de aprendizagem mais ativa, participativa e crítico-propositiva (BRAGA, 2012; UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b), que pressupõe uma abordagem dialógica, fundamentadas na EPS. A mesma estratégia metodológica não foi observada nos documentos referentes à Residência Médica.

Ainda foi observada, mediante análise dos regimentos internos dos respectivos programas, uma similaridade na forma de denominarem a formação como “treinamento em serviço”. Sobre a dimensão *treinamento em serviço* que tem caracterizado as Residências em Saúde no país, Ramos e outros (2006) trazem importantes contribuições, ao afirmarem que ela autoriza o discurso dos

---

<sup>19</sup> Segundo Regimentos Internos da Coreme/Coremu HU/UFJF, as atividades práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, obrigatoriamente sob supervisão de docente ou preceptor. Já as atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com a orientação de docentes, preceptores ou convidados. Esta se diferencia das atividades teóricas-práticas que são aquelas em que se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, com a orientação de docente, preceptor ou convidado, como por exemplo, através de discussões de caso clínico (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013a, c2013b).

especialistas, traduz uma lógica tecnicista e nega muitas possibilidades de interlocução entre as diversas áreas da saúde. Segundo os autores, essa perspectiva cria estratégias que reproduzem o instituído, se contrapondo as pedagogias problematizadoras (RAMOS et al., 2006) embasadas na educação permanente, que consideram os atores sujeitos do processo de aprendizagem e sujeitos de processos sociais, conforme proposto pelas RMS.

Outro item a ser destacado é que, mesmo com alguma diferenciação nas nomenclaturas, em todos os Programas a totalidade teórico-prática deve ser viabilizada sob a forma de sessões atualizadas, seminários, oficinas, supervisão, aulas teóricas, estudos de caso, entre outros, de acordo com os programas e núcleos de saber, articuladas com as práticas de atenção à saúde. No entanto, vale aludir que há uma orientação de que as atividades teóricas e teórico-práticas dos programas de RMS e em Área Profissional devam incluir, além do conteúdo específico voltado à área profissional a que se refere o programa, temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, às políticas públicas de saúde e ao SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b). Essas temáticas eram contempladas pelo curso de Especialização em Saúde Coletiva da UFJF.

Inicialmente o Curso de Especialização em Saúde Coletiva da UFJF, criado em 1997/98, integrava a grade teórica do programa de Residência em Serviço Social do HU/UFJF, implementado no mesmo ano (LIMA et al., 1997). Posteriormente o curso tornou-se aberto aos programas de residências subsequentes, sendo oferecido como carga teórica obrigatória aos residentes do segundo ano de formação, excetuando-se os residentes vinculados ao Programa de Residência Médica. Em 2012, o curso de especialização encerrou suas atividades, a partir de uma exigência do MEC que não permitia a titulação dupla dos residentes (residência e curso de especialização). Em substituição ao curso, os programas adotaram atividades teóricas denominadas como eixo transversal (para todos os residentes) com conteúdo equivalente, mas como parte intrínseca dos programas de Residências.

Ao analisar os documentos oficiais referentes à Residência Médica, foi observado que diferente das RMS e em Área Profissional, não há uma orientação no processo de formação dos residentes médicos de estudos teóricos e teórico-práticos que contemplem temas relacionados à saúde de uma forma geral. Dessa forma,

entende-se que a organização de uma estrutura curricular de Residência, na qual não se prioriza conjuntamente temáticas voltadas fundamentalmente à saúde coletiva e ao SUS, é falha para o processo de formação que visa, sobretudo, um perfil profissional condizente com os princípios e diretrizes do sistema de saúde vigente (AMARAL, 2012; PINTO, 2012; UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013a).

Ao mesmo tempo, salienta-se que somente a RMS oferece uma proposta elaborada de discussão de casos clínicos integrando diferentes especialidades, como é caso do Seminário Integrador. No Seminário Integrador, cada semana uma profissão fica responsável em apresentar um tema, bem como discutir e planejar as ações interventivas. Segundo consta no Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional, a discussão tem o objetivo de compartilhamento de saberes e formulação de ações interdisciplinares (BRAGA, 2012). No Anexo A, apresenta-se um quadro com um resumo da estrutura curricular dos programas de Residências em estudo.

Em relação aos critérios para ingresso dos residentes para o ano de 2013, foi observado nos editais de seleção dos programas que os processos seletivos apresentam similaridades em alguns pontos. Todos os programas constituem-se de um processo seletivo público, que compõe dois momentos distintos. Na primeira etapa, há uma prova teórico-objetiva de caráter classificatório. Contudo, enquanto na Residência Médica a prova teórica está voltada para conhecimentos gerais da medicina, nos Programas de Residência em Área Profissional e Multiprofissional, as provas, além de contemplarem o conhecimento sobre a área específica do núcleo profissional do candidato, também constam de questões de Saúde Coletiva. Já no segundo momento, para os candidatos que obtiverem a melhor classificação, há a análise do currículo para todos os Programas com o adicional da análise do memorial produzido pelos candidatos da RMS e em Área profissional. O memorial tem caráter descritivo e deve contextualizar as experiências pessoais e profissionais e a motivação de cada um dos candidatos dos respectivos programas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013a, c2013b). Nenhum dos programas realiza entrevista.

No que tange ao processo de avaliação dos residentes, observa-se que embora eles apresentem critérios diferentes, todos levam em consideração questões relativas ao desempenho, à avaliação de conhecimentos e escala de atitudes como:



frequência; pontualidade; dedicação e iniciativa; relacionamento com a equipe de trabalho, responsabilidade, entre outros. O período de avaliação na Residência Médica deve ser feito a conclusão de cada estágio, enquanto nos outros programas deve ser realizado semestralmente (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b). Ainda para avaliação do aproveitamento do residente médico, fica a critério do programa a utilização de provas práticas, portfólio e monografia.

Já nas Residências em Área Profissional e RMS, há a obrigatoriedade da apresentação de monografia, ou artigo científico, referente aos projetos desenvolvidos no Programa de residência, como requisito para a obtenção do certificado e que deve ser entregue juntamente com o comprovante de protocolo de envio à publicação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b). No entanto, em substituição à monografia, ou artigo, alguns programas têm exigido um Relatório das atividades desenvolvidas ao longo de toda a residência, no qual deve constar as impressões pessoais do residente. Assim sendo, a monografia de especialização em Saúde Coletiva deve ser desenvolvida em separado do Relatório/Monografia da Residência.

Sobre a avaliação dos programas de Residências, foi observado, mediante análise de documentos, que não há referência a uma avaliação final do residente sobre processo de formação, bem como não há menção da importância da construção do processo pedagógico por todos os atores envolvidos, incluindo os residentes. Quando há referência a avaliação do programa, como no caso da RMS, estas se limitam a preceptores e tutores (Braga, 2012).

No entanto, merece ser destacado que embora não conste formalmente nos documentos analisados um momento ou espaço para que ocorra a avaliação do programa pelo residente na perspectiva de uma construção conjunta do projeto pedagógico dos programas, não necessariamente significa que elas não existam. Um momento oportuno, por exemplo, seria na elaboração do Relatório/Monografia da Residência, que como já aludido, deve conter além das descrições das atividades realizadas, as impressões e considerações pessoais dos residentes sobre o processo de formação que possam contribuir para a reformulação dos projetos de acordo com as necessidades observadas.

No que se refere à estrutura organizativa dos programas, cabe destacar que todos contam com uma coordenação geral: a Comissão de Residência

Multiprofissional e em Área Profissional (Coremu) e a Comissão da Residência Médica (COREME).

A Coremu “é o órgão do HU/UFJF encarregado da coordenação, organização, supervisão e acompanhamento de todos os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde do HU/UFJF (BRAGA, 2012, p. 2). A Coremu ainda é responsável “pelo acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos residentes em suas diversas áreas de atuação, bem como pela avaliação dos mesmos” (BRAGA, 2012, p. 2).

Já a coordenação da Residência Médica é exercida pela Coreme que apresentam a mesma finalidade de “planejar e zelar pela perfeita execução dos seus Programas de Residência Médica e atividades correlatas, no âmbito da Unidade, de acordo com as normas nacionais em vigor” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013a, p. 8). Embora atualmente existam essas duas comissões de residências, destaca-se que não há uma regulamentação de que profissionais médicos não devam ou não possam fazer parte da Coremu ou, pelo menos, que eles não possam coordenar as duas principais funções da Coremu. A única ressalva, no entanto, é de que a composição da Coremu deve seguir a determinação da Resolução CNRMS nº 2, de 4 de maio de 2010 e estar regulamentada no regimento interno da Coremu (BRASIL, c2013) de cada instituição.

Nesse sentido, é oportuno salientar que anteriormente à criação da COREME e Coremu no HU/UFJF, reuniões mensais das comissões de residência aconteciam de uma forma integrada na instituição desde 1998. Tais reuniões eram inicialmente compostas pelos coordenadores das residências Médicas, Análises Clínicas e Serviço Social, seguidas posteriormente da participação de coordenadores das demais residências criadas. No entanto, a dicotomia entre as comissões de residências no HU-CAS/UFJF, a partir de 2010, repercutiu de forma negativa ao interromper a continuidade do trabalho integrado, anteriormente estimulado e vivenciado pelos coordenadores de diferentes especialidades que compunham as residências na instituição. Sendo assim, entende-se que a falta de um trabalho integrado entre coordenadores da Residência Médica e coordenadores das Residências em Área Profissional e Multiprofissional, é um retrocesso para os programas e residentes dessa instituição formadora.

Em relação à composição dessas comissões, tanto a COREME quanto a Coremu constituem-se atualmente de vários outros atores que possuem diferentes

denominações, com destaque para o coordenador e vice-coordenador geral de cada comissão, bem como coordenadores de todos os programas nas respectivas residências médica, multiprofissional e em área profissional, docentes, preceptores, supervisores/tutores, porém com objetivos e funções bastante semelhantes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013a, c2013b).

No que diz respeito à caracterização do corpo docente, é importante ressaltar que apesar da obrigatoriedade da supervisão no processo de formação dos residentes de todos os programas, existem algumas particularidades que necessitam serem pontuadas.

No programa de Residência Médica, todas as atividades práticas dos residentes devem ser supervisionadas em tempo integral/permanente (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013a). Sendo assim, a supervisão integral deve acontecer em todos os rodízios/estágios dos Residentes da Clínica Médica e Pediatria. No entanto, não consta no Regimento Interno da Coreme a descrição do perfil do preceptor.

Segundo Ceccim e Fajardo (2010), as Residências Médicas, não têm uma regulamentação abrangente da formação e do desenvolvimento da preceptoria, mas, “elas têm a exigência de detenção do título de especialista para o exercício da supervisão de residentes” (CECCIM; FAJARDO, 2010, p. 192).

Embora a tutoria e preceptoria sejam imprescindíveis para o aprendizado do residente, não consta no projeto pedagógico da RMS a diferença entre esses dois termos. O Regimento Interno da Coremu, entretanto, aponta a especificidade do tutor e do preceptor, que deve nortear os projetos pedagógicos das RMS e em Área profissional, distinguindo que o tutor faz parte do corpo docente da UFJF, devendo ser um profissional experiente, com competência pedagógica, ao qual cabe a função de integrar os conceitos advindos do ensino e da prática profissional. O preceptor, por sua vez, é profissional experiente e atuante no serviço de saúde, com título de especialista na área de formação, que apresenta além da competência e habilidade clínica, a capacidade para conduzir o residente no processo de aprender, estimulando e possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional do mesmo. Portanto, “compete ao preceptor orientar e avaliar o residente, atuando também como guia e modelo” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b, p. 13).

Cabe ressaltar que não há uma definição de quantos preceptores são necessários para um programa de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde, entretanto alguns Conselhos das Áreas Profissionais da Saúde estabelecem o quantitativo dessa relação (BRASIL, c2013). Já segundo a CNRM nº 02, de 07 de julho de 2005 observa-se a proporção mínima de um médico do corpo clínico, em regime de tempo integral, para seis residentes, ou de dois médicos do corpo clínico, em regime de tempo parcial, para três médicos residentes (PINTO, 2012).

Ainda segundo as Diretrizes, os preceptores devem conhecer o Projeto Pedagógico do Curso e receberem capacitação para sua execução, bem como a educação permanente e/ou contínua (BRASIL, c2013). A importância da capacitação de preceptores e tutores está presente no Projeto Pedagógico da RMS, que explicita que o Programa, deve contribuir com o processo de educação permanente de preceptores/tutores, adotando-se metodologias ativas e problematizadoras, assim como recursos tecnológicos da modalidade de educação à distância em desenvolvimento na UFJF pelo Núcleo de Educação à Distância (NEAD) (BRAGA, 2012).

O Quadro 2 apresenta uma quantificação do corpo docente (responsáveis pela supervisão) dos respectivos programas:

**Quadro 2. Quadro com número de preceptores por programa de residência, UFJF, ano 2012**

| Programa                        | Especialidade  | Nº Tutor (T) ou Coordenador/Supervisor (C/S) | Nº Preceptor |
|---------------------------------|----------------|--|--------------|
| Residência Médica               | Clínica Médica | 15 (C/S)                                     | 36           |
| Residência Médica               | Pediatria      | 3 (C/S)                                      | 11           |
| Residência em Área Profissional | Serviço Social | 2 (T)  | 7            |
| Residência em Área Profissional | Enfermagem     | 2 (T)  | 6            |
| Residência Multiprofissional    | Psicologia     | 1 (T)  | 3            |
| Residência Multiprofissional    | Fisioterapia   | 2 (T)  | 5            |

Fonte: Amaral (2012), Braga (2012) e Pinto (2012)

De acordo com o Quadro 2, é possível observar que a Residência em Clínica Médica conta com um número proporcionalmente maior de preceptores, se comparada ao número de preceptores da Residência em Pediatria, já que ambas possuem o mesmo número de residentes (7), conforme relação apresentada no quadro de vagas. Esse núcleo maior de preceptores está relacionado às necessidades de ensino dos residentes da clínica, que fazem rodízios em diversas especialidades médicas. Já a área da Psicologia, referente à RMS constitui o menor número de preceptores, se comparadas àquelas especialidades que apresentam o mesmo número de residentes como a Fisioterapia e a Enfermagem.

Além dos tutores e preceptores, os programas RMS e em Área Profissional também contam com a contribuição de docentes que são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico do Curso (BRASIL, c2013).

Outra observação a ser destacada é de que embora haja uma regulamentação que garanta o direito de bolsas ao corpo docente das Residências através da Portaria n. 1.111, 5 de julho de 2005 (BRASIL, 2005c), nenhum preceptor/tutor é contemplado com algum tipo de auxílio<sup>20</sup>.

Por fim, ao analisar qual o perfil profissional esperado dos egressos, nos manuais pedagógicos e documentos normativos, foi observado que de uma forma geral todos os programas destacam a formação humanística e consciência das responsabilidades sociais, bem como a importância de serem profissionais críticos, reflexivos e propositivos, na perspectiva da integralidade da assistência (AMARAL, 2012; BRAGA, 2012; CASTRO, 2012; LIMA et al., 1997; PINTO, 2012).

---

<sup>20</sup> O MEC e o MS não preveem esse tipo de financiamento, apenas pagamento de bolsas para residentes. Alguns programas ao fazerem a pactuação com os gestores locais podem solicitar e serem contemplados com algum tipo de auxílio que esses gestores podem disponibilizar (BRASIL, c2013)

## 5 O CAMINHO METODOLÓGICO

Conforme já referido, o presente trabalho teve como objeto de investigação o processo de formação dos residentes vinculados a programas de Residências em Saúde do HU/UFJF, tendo como dispositivo analisador a integralidade da atenção.

Para se atingir o objetivo da pesquisa, apresenta-se, nesta seção, o caminho metodológico utilizado, citando os principais motivos que levaram a realizar tais escolhas. São detalhados o tipo de pesquisa, o cenário, os sujeitos do estudo e as estratégias de coleta e análise dos dados.

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo realizou uma pesquisa qualitativa, tendo como método o Estudo de Caso. Segundo Minayo (2008, p. 164), os estudos de caso “utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação ou fenômeno particular em questão”. A unidade de análise, ou seja o “caso”, pode ser um grupo, uma organização, um setor, entre outros (MINAYO, 2008). Sendo assim, “o estudo de caso se constitui em uma busca intensiva de dados de uma situação particular, de um evento específico ou de processos contemporâneos, tomados como caso” (MINAYO, 2008, p. 136), com a finalidade de se alcançar um conhecimento mais amplo sobre o objeto através de uma descrição pormenorizada e profunda do mesmo (CHIZZOTTI, 2008).

Sabe-se que diversos autores explanam os passos necessários para desenvolver um estudo de caso. Neste estudo, foram consideradas as quatro fases descritas por Chizzotti (2008), a saber: 1) seleção e delimitação do caso; 2) coleta sistemática de informações sobre o objeto a investigar; 3) organização do conjunto de informações coligidas em campo; 4) descrição detalhada e clara do caso estudado, apresentando as informações recolhidas, os meios utilizados para coletá-las, analisando as informações, questões e temas, para chegar a uma interpretação compreensiva do mesmo.

É importante destacar que o estudo de caso, é um estudo que não visa generalizações, mas como assinala Chizzotti (2008), nada impede que se façam analogias com outros casos similares. Para o autor, “[...] um caso pode revelar realidades universais, porque, guardadas as peculiaridades, nenhum caso é um caso isolado, independente das relações sociais onde ocorre” (CHIZZOTTI, 2008, p. 138).

Uns dos elementos-chaves para a adequação do estudo de caso à pesquisa realizada é que, entre as várias aplicações desse método, cabe destacá-lo na compreensão do impacto de determinadas políticas numa realidade concreta e na avaliação de processos de propostas pedagógicas (MINAYO, 2008). Yin (2005) complementa esse pensamento ao afirmar que o estudo de caso evidencia, portanto, sua potencialidade em identificar na realidade a ser estudada, as inter-relações entre pressupostos e práticas concretas de serviços.

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO

Fizeram parte do cenário do estudo o Hospital Universitário / Centro de Atenção à Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/CAS-UFJF) – uma só instituição apenas circunstancialmente dividida – que se caracterizam por compor a rede de atenção à saúde nos níveis ambulatorial e hospitalar, respectivamente. Cabe assinalar que se obteve autorização formal da direção do hospital, local do estudo, para realização da pesquisa (Anexo B). A instituição formadora possui, entre as modalidades de Residência Médica, em Área Profissional e Multiprofissional, uma diversidade de profissões/especialidades da área da saúde, conforme já apresentado em quadro na seção anterior.

## 5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A escolha dos sujeitos para participar da pesquisa foi realizada de forma intencional, visto que, em uma pesquisa qualitativa, não há uma preocupação com a

representatividade da amostra em relação à população total, mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Optou-se por desenvolver a pesquisa com duas especialidades de cada programa de residência. Nesse sentido, fizeram parte do estudo às especialidades de Pediatria, Clínica Médica (Residência Médica); Serviço Social, Enfermagem (Residência em Área Profissional) e Fisioterapia, Psicologia (Residência Multiprofissional), por se tratarem de profissões que estão diretamente voltadas à assistência e que tendem a um trabalho conjunto (coletivo), pois lidam constantemente na prática profissional com questões familiares, sociais, entre outros aspectos. Ainda foi priorizado que os participantes estivessem no segundo ano do programa, por poderem responder de forma mais concreta, o que o estudo desejava investigar.

A pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sendo aprovada pelo Comitê de Ética da UFJF (Anexo C). A participação dos sujeitos foi de livre e espontânea vontade, conforme termo assinado.

Dessa forma, os critérios de inclusão no estudo foram: residentes das especialidades referidas, que cursavam o segundo ano do programa e concordaram participar de maneira voluntária do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Assim, foram realizadas 12 entrevistas, nas quais puderam participar 2 residentes de cada uma das especialidades supracitadas. Entre os entrevistados, 10 eram residentes do sexo feminino e 2 residentes do sexo masculino.

Foram criados nomes fictícios para os participantes, atendendo aos quesitos referentes ao anonimato dos sujeitos da pesquisa e ao sigilo das informações da referida resolução. As denominações atribuídas aos participantes foram: RAP (quando o residente fosse vinculado à Residência em Área Profissional); RM (quando o residente participante estivesse vinculado à Residência Médica) e RMS (quando o residente fosse da Residência Multiprofissional em Saúde).

Considera-se que o número de entrevistados que compuseram o estudo foi suficiente devido à qualidade das informações obtidas, assim como a profundidade e o grau de recorrência e divergência das informações obtidas.



## 5.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Como estratégias de coleta de dados foram utilizadas a observação direta, acompanhada de observações adicionais (devido à própria experiência da pesquisadora como residente, nos anos de 2009/2010 no HU/UFJF, e entrevistas semiestruturadas (Apêndice B). Optou-se, ainda, em conhecer o projeto pedagógico dos programas de residências, bem como fazer uma análise prévia de outros documentos que pudessem oferecer subsídios a esse respeito. Ao mesmo tempo, cabe ressaltar que as informações contidas nesses documentos serviram para possíveis contrapontos e associações com os dados coletados na observação e entrevistas.

A pesquisa documental, retratada inicialmente na subseção sobre o histórico e estrutura organizativa dos Programas de Residências no HU/UFJF (item 3.2.1), é parte integrante de qualquer pesquisa sistemática e precede ou acompanha os trabalhos de campo; pode ser um aspecto dominante em trabalhos que visam mostrar a situação atual de um assunto determinado ou mesmo sua evolução histórica. “Documentação é toda informação sistemática, comunicada de forma oral, escrita, visual ou gestual, fixada em um suporte material, como fonte durável de comunicação” (CHIZZOTTI, 1995, p. 109).

Para Yin (2005) ao realizar uma visita ao “local” escolhido para o estudo de caso, encontrar-se-ão disponíveis para observação alguns comportamentos, situações ou condições ambientais relevantes. Sendo assim, as observações podem variar de atividades formais a atividades informais de coleta de dados. Mais formalmente, o autor afirma que a observação direta seria aquela voltada para certos períodos de tempo no campo, o que se pode incluir, por exemplo, a observação de algumas atividades de trabalho, reuniões, entre outras situações semelhantes. Do contrário, as observações diretas podem ser realizadas de uma maneira mais informal ao longo da visita de campo, incluindo aquelas ocasiões durante as quais estão sendo coletados outros dados, como os provenientes das entrevistas (YIN, 2005).

A observação direta realizada teve tanto um caráter formal (realizadas em diferentes dias da semana e diferentes turnos de trabalho, durante o mês de junho de 2012) quanto informal. Essa estratégia teve como foco o processo de trabalho

dos residentes, os movimentos, os discursos, as ações entre participantes, sempre mantendo a relação com o objeto de estudo. A observação, portanto, ocorreu em um tempo pré-determinado antes da realização das entrevistas (observação formal), como também durante as mesmas (observação informal). Os registros das observações foram feitas em um diário de campo.

A outra etapa da coleta de dados consistiu na realização de entrevistas, entre os meses de junho a setembro de 2012, compondo o material de análise mais importante desta pesquisa.

De acordo com Minayo (2008) a entrevista semiestruturada objetiva apreender a fala dos sujeitos, remetendo aos objetivos da pesquisa e configurando-se em uma “conversa” com suficiente abertura para aprofundar a comunicação. O referido tipo de entrevista, pela sua própria característica de contar apenas com tópicos gerais orientadores, possibilita ao entrevistado incluir situações e relatos que considere importantes no contexto da sua fala, de forma a enriquecer as questões do estudo.

Inicialmente realizou-se um estudo piloto com 3 residentes, escolhidos intencionalmente, para analisar se as perguntas do roteiro de entrevistas estavam claras, objetivas e de fácil compreensão aos participantes, além de buscar identificar se as mesmas estavam de acordo com os objetivos do estudo. O processo do estudo de caso piloto é defendido por Yin (2005) ao afirmar que o mesmo auxilia no aprimoramento dos planos para a coleta de dados tanto em relação ao conteúdo dos dados, de forma a desenvolver o alinhamento relevante das questões, quanto aos procedimentos que devem ser seguidos.

A partir do estudo de caso piloto foram identificadas algumas dificuldades de compreensão das perguntas pelos residentes, que interferiam de forma significativa no desenvolvimento da pesquisa em relação aos seus objetivos. Tal constatação levou à necessidade de uma reelaboração das questões norteadoras, que posteriormente, acabaram sendo reaplicadas. Assim, foi somente nesse segundo momento, que as perguntas passaram a contemplar o que realmente buscava-se investigar no estudo, possibilitando a partir daí o processo de agendamento das entrevistas.

Os agendamentos das entrevistas ocorreram pessoalmente ou por contato telefônico, não apresentando grandes dificuldades. O recurso do contato telefônico foi utilizado após algumas tentativas de localizar os residentes nos setores do

hospital, tendo em vista a diversidade de atividades e rodízios realizados pelos mesmos. Nesse momento, foi esclarecida a natureza do estudo, bem como seus objetivos.

As entrevistas foram gravadas e as transcrições foram realizadas após o término da entrevista para que a análise fosse iniciada o mais rápido possível, o que facilitou a compreensão da pesquisadora, através de sua memória recente, sobre algum trecho que tenha sido prejudicado por ruídos, ou dicção pouco clara dos sujeitos. As gravações das entrevistas ficarão sob a guarda da pesquisadora até cinco anos após a pesquisa. Findado esse período, as gravações serão eliminadas.

O tempo de cada entrevista variou de 20 a 45 minutos. A partir da realização das mesmas, procedeu-se à análise das falas e a categorização dos achados.

## 5.5 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados envolveu três tipos de material: os projetos pedagógicos, os relatórios do trabalho de campo referentes às observações e as entrevistas.

A análise dos projetos pedagógicos e demais documentos foram embasadas nos objetivos de cada programa, na estrutura organizativa, na proposta pedagógica e nas formas de avaliação. Para análise dos relatórios referentes à observação do trabalho de campo, foi considerado o objetivo, a bibliografia e a metodologia utilizada neste estudo.

Em relação às entrevistas, os dados foram analisados segundo o método da Análise de Conteúdo. Segundo Minayo (2008) a Análise de Conteúdo “diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2008, p. 303).

Entre várias modalidades de Análise de Conteúdo foi utilizada no presente estudo, a análise temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2008, p. 316). A análise temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2008).

A primeira etapa descrita por Minayo (2008, p. 316), a pré-análise, “consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa”. Essa fase requer contato direto e intenso com o material coletado, tendo como parâmetro as indagações iniciais.

Cabe ressaltar que cada entrevista foi imediatamente transcrita pelo pesquisador antes de realizar outra entrevista com outros sujeitos. Esse cuidadoso processo já permitiu um contato intenso com o material coletado, permitindo uma familiaridade com o discurso dos residentes. Sendo assim, acredita-se que foi possível transcrever com a maior fidelidade possível o discurso dos participantes, destacando as pausas, fim de frases, exclamações e falas reticentes.

A segunda etapa da análise temática se refere a uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, busca-se encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas que organizam o conteúdo das falas, apreendendo a realidade através do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento. É importante assinalar que, neste estudo, os conteúdos que se repetiram foram organizados em categorias e divididos em subcategorias, já que o material era extenso e complexo.

Finalmente, a última etapa diz respeito ao tratamento dos resultados obtidos e de interpretação dos dados, no qual o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico do estudo (MINAYO, 2008). Nesse sentido, cabe destacar que algumas discussões e análises dos depoimentos dos entrevistados tiveram conexões com citações e discussões de pesquisas realizadas em outros programas de Residências em Saúde, o que expressa algumas similaridades de experiências e vivências entre residentes de diferentes programas.

Procurou-se, dessa forma, estabelecer articulações entre os dados, os referenciais teóricos da pesquisa e os documentos analisados, respondendo às questões do estudo com base nos objetivos propostos. A partir da análise dos dados, as categorias e subcategorias foram organizadas das seguintes formas: 1) A Residência em saúde como modalidade de formação; 2) O processo formativo dos residentes na perspectiva da integralidade (a percepção dos residentes sobre integralidade – a interdisciplinaridade como elemento central na relação entre profissionais – acolhimento e vínculo nas relações profissionais/usuários) 3) O processo de trabalho em saúde e a integralidade da atenção: obstáculos,

potencialidades e desafios (problemas na relação entre profissionais – problemas na relação profissional/usuário – potencialidades no processo de trabalho dos residentes sob o eixo da integralidade); 4) Residências em Saúde: formação voltada para assimilar os sentidos da integralidade (prática de formação e qualificação do trabalho em saúde; contribuições para um projeto pedagógico de formação; perfil de formação).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, foi analisado o produto das entrevistas conectado às observações e sustentada por análise teórica com base em diversos autores. Como já referido, dividimos os temas apreendidos das entrevistas em quatro categorias. A categoria 1 aborda as motivações pelo ingresso na modalidade de formação especializada em serviço, bem como os conhecimentos e percepções dos residentes sobre o projeto pedagógico dos programas de Residências a qual estavam vinculados; a categoria 2 aborda as percepções e concepções dos residentes quanto aos elementos que eles julgam importantes no processo de trabalho, visando identificar sinais da integralidade nas falas dos mesmos; a categoria 3 trata das percepções dos residentes sobre os obstáculos, potencialidades e desafios na relação entre profissionais e profissional/usuário; e a categoria 4 aborda as percepções quanto ao processo formativo das Residências e sua contribuição para um perfil de formação condizente com os princípios do SUS, com destaque para a integralidade.

As análises permitiram lançar considerações sobre o processo formativo dos residentes vinculados às especialidades priorizadas neste estudo, que estejam inseridos no Programa de RMS, em Área Profissional e Médica do HU-CAS/UFJF.

### 6.1 A RESIDÊNCIA EM SAÚDE COMO MODALIDADE DE FORMAÇÃO

A formação de profissionais de saúde é um processo de essencial importância no desenvolvimento e na consolidação de um sistema público de saúde. Essa importância reside no fato de a formação poder instituir mudanças nas práticas de saúde, produzindo novas formas de trabalho, em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde.

Os programas de residências em saúde, nesse contexto, constituem-se como modalidade de especialização em serviço que aposta na formação de um novo perfil profissional, com forte impacto sobre a graduação e práticas, quando

articuladas ao SUS. Ou seja, a Residência é uma das formas de fortalecer e qualificar o SUS, contribuindo na produção da atenção integral ao usuário.

Nesta seção aborda-se a categoria “Residência em Saúde como modalidade de formação”, que destaca os aspectos que mobilizaram o ingresso dos residentes nesse tipo de formação pelo trabalho, bem como as motivações e o conhecimento que possuíam sobre a proposta pedagógica dos Programas de Residências a que estavam vinculados.

Assim, em um primeiro momento, foi questionado aos participantes sobre a motivação inicial para ingresso nas Residências. Evidenciou-se nos depoimentos dos residentes médicos a importância do papel que a Residência Médica tem hoje na formação, conforme mostram as falas a seguir:

*A residência pra área da medicina ainda é o processo de formação que aprofunda mais, que ainda tem uma carga horária prática e teórica que condiz mais com o aperfeiçoamento em relação a outras especializações pra gente. Então seria o motivo de ser mais bem estruturado e de oferecer um aprendizado melhor, como se fosse uma extensão da faculdade. (RM3)*

*Olha a Residência na área médica ela é a mais conceituada tanto a nível acadêmico, quanto nível profissional [...] é horário integral e a residência é conhecida no meio médico como a melhor forma de especialização que o médico tem. (RM4)*

*Acho que os cursos de medicina eles deixam muita deficiência na formação, então a residência é uma oportunidade que você tem de estar complementando a sua formação, você pode aprender muito mais, você tem oportunidade de estar mais perto do paciente [...] na faculdade, você às vezes tem 20 alunos pra um paciente. Na residência não, você tem os seus pacientes e tem seus preceptores...é sua responsabilidade, mas você tem um respaldo [...]. (RM2)*

*Eu acho que todo médico recém-formado sai com pouca capacidade para encarar o mercado... Eu sei por que eu fiz um plantão, depois de recém-formada e eu achei que não estava preparada...precisava de mais tempo pra sair com uma formação melhor [...] Acho muito diferente um médico residente, de um recém formado tirando por base eu mesma. (RM1)*

Segundo Feuerwerker (1998) são vários os depoimentos que conferem à Residência Médica um duplo papel na formação dos médicos: o de complementar o processo de graduação, ao considerar as lacunas amplamente reconhecidas do ensino e também oferecer a especialização como uma possibilidade de melhor

inserção no mercado de trabalho. Segundo a autora, a Residência Médica “parece ter se convertido no momento que mais fortemente marca o perfil profissional dos jovens médicos” (FEUERWERKER, 1998, p. 58).

Já nos depoimentos dos residentes de programas específicos e multiprofissionais, observou-se uma divergência quanto à motivação na opção por essa modalidade de formação.

Em relação à residência específica, os participantes também destacaram a Residência como uma oportunidade privilegiada de complementação da formação, face ao grande despreparo e insegurança enfrentados pelos recém-formados para atuarem no mercado de trabalho. A realização da Residência, desse modo, aparece como uma forma de suprir lacunas oriundas da formação profissional, conforme depoimentos:

*[...] pra mim a motivação maior é ser recém-formada e não me sentir preparada pra assumir outro serviço, sendo esta minha última chance de ser acadêmica; ao mesmo tempo que a gente tem responsabilidades, tem que assumir como profissional, já assina, já assume o setor. (RAP4)*

*Acho que a primeira coisa é pela questão da formação, de você está saindo da faculdade e ter a oportunidade de você trabalhar e ao mesmo tempo não estar desvinculado do ensino. (RAP2)*

Segundo Campos, Aguiar e Belisário (2008) a defasagem entre o processo educacional nos cursos de graduação em saúde e a realidade cotidiana dos serviços de saúde deve ser considerado um importante problema na formação dos profissionais de saúde, se não for o maior deles.

As lacunas na graduação dos profissionais de saúde constituem-se, a partir dos depoimentos, como um dos fatores motivadores na opção pela Residência. Dessa forma, entende-se que a Residência apresenta-se como complemento essencial no processo de formação dos profissionais de saúde.

Em relação aos residentes inseridos no programa multiprofissional, foi observado como motivação maior o fato da experiência pedagógica colocada ser na perspectiva de se desenvolver um trabalho integrando diversas áreas de conhecimentos e diferentes profissionais, conforme observado no relato abaixo:



*o programa de residência multiprofissional me interessava mais pela questão de ser a formação voltada para o trabalho em equipe... Isto me motivou, foi mais isso. (RMS1)*

Ceccim (2009) aponta que a maneira multiprofissional de ensino em serviço é uma das propostas defendidas, no interior das instâncias do SUS, “como resposta à construção da diretriz constitucional do atendimento integral na composição de ações e serviços de saúde e sua integração em rede” (CECCIM, 2009, p. 233). Destinada aos profissionais da área da saúde, que compõe uma equipe multidisciplinar, os Programas de RMS voltam-se para a educação especializada em serviço, na lógica da interdisciplinaridade, visando a uma formação coletiva que contribua na integralidade do cuidado ao usuário (MARTINS et al., 2010).

Dessa forma, a RMS alicerça-se na perspectiva de que o exercício da formação em saúde possa ser mais potencializado a partir da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, norteadas pela busca de cuidados integrais. No entanto, apesar do programa se propor à inserção dos residentes nos serviços de saúde, em atividades práticas multiprofissionais na busca do ideal de trabalho em equipe, notou-se alguma relutância a esse tipo formação, identificada no depoimento a seguir:

*Eu queria seguir uma linha de trabalho dentro do ambiente hospitalar e eu imaginava que a residência iria me proporcionar isso, então quando eu vi o edital não era bem a área da residência que eu queria, eu queria uma residência em fisioterapia, mas não tinha um programa de residência para o fisioterapeuta, tinha um programa de residência multiprofissional e eu optei por isso. (RMS4)*

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a) a abordagem clássica da formação em saúde caracteriza-se por um ensino tecnicista e direcionado para respectivas áreas de especialidades ou dedicação profissional.

Nessa perspectiva, entende-se que tal relutância da participante possa estar associada ao pensamento e modos tradicionais do ensino, que enfatizam a especialização dos saberes disciplinares. Essa perspectiva tradicional não coaduna com a modalidade de educação profissional de caráter multiprofissional e interdisciplinar, que tem o objetivo de superar a fragmentação e segmentação do conhecimento e do cuidado em saúde.

No entanto, apesar da inicial relutância da participante, é importante ressaltar que o convívio com as outras profissões que compõe essa modalidade de formação, tem justamente como principal objetivo a desestabilização dos modos instituídos, por provocar interlocuções em diferentes áreas de conhecimento, de forma a contribuir para um perfil profissional mais flexível que saiba conciliar o trabalho específico de cada área com o necessário trabalho coletivo nas instituições de saúde.

Ainda sobre esse aspecto, cabe um esclarecimento sobre os conceitos de campo e núcleo de saberes e práticas de saúde (CAMPOS, 2000) que têm sido incorporados na organização dos programas da RMS. Para o autor, o núcleo demarca a identidade de saberes e práticas relacionadas à dada profissão, enquanto o campo consiste na área de limites imprecisos entre as disciplinas e as profissões conformando um território de saberes e práticas comuns e confluentes (CAMPOS, 2000). Nesse sentido, Ramos e outros (2006) afirmam que:

Os programas de RMS devem ser construídos de modo a proporcionar o desenvolvimento dos núcleos específicos de saberes e práticas de cada profissão e também o campo de cuidado, que é comum a todas as profissões da saúde [...] Ou seja, campo e núcleo devem estar articulados para o desenvolvimento de competências comuns, por um lado, e de competências específicas por outro. (RAMOS et al., 2006, p. 380).

Não obstante, ao se tratar de uma estratégia recente de política de Estado para formação de profissionais para a saúde, a RMS é permeada de desafios no sentido de permitir com que cada núcleo de saber seja conservado e estimulado ao trabalho num campo que exige a abordagem multiprofissional como o da saúde (BRASIL, 2006a).

Além da busca pela qualificação profissional atrelada à realização de uma pós-graduação, o aporte econômico também compôs as motivações iniciais para a escolha da Residência, conforme as falas:

*É mais experiência na minha área, quando eu saí da graduação eu tava um pouco insegura e também a questão do salário, né?! Porque pro enfermeiro a questão do salário é muito baixo e aí eu ficava pensando “gente, a Residência era tudo que eu queria, né.” Porque tinha um salário bom, era o salário que eu queria naquela época e ainda com a oportunidade de estar estudando 2 anos, pra mim poder*

*me aperfeiçoar. Então foi exatamente por isso, aperfeiçoamento e a questão financeira. (RAP3)*

*Na verdade nada me motivou não porque eu sou daqui, minha família é daqui...assim que eu formei eu tive que ir para BH e eu gostava muito desta área de hospitalar, aí fui fazer uma especialização lá e era uma especialização paga, cheguei a ficar lá um mês e acabei passando aqui...o que me motivou mais foi a questão financeira, porque eu voltaria pra cá, estaria morando com os meus pais e era uma bolsa...lá eu teria que pagar pra estar fazendo uma especialização. Então foi um motivo mais financeiro mesmo. Falar que a residência era o meu sonho, não era não. (RMS3)*

A busca por qualificação/especialização associada à inserção de uma atividade profissional remunerada apresenta-se como uma oportunidade privilegiada aos recém-graduados para cursar uma Residência. Tal motivação pode ser atribuída a um contexto de desemprego estrutural e uma exigência cada vez mais acentuada de especializações para atuação em determinadas áreas que conformam o mercado de trabalho.

Em relação aos pontos considerados como relevantes na proposta pedagógica dos programas de residência, nas quais estavam inseridos, a articulação entre teoria e prática, aliada ao suporte de uma preceptoria foram destaques nas falas de grande parte dos entrevistados. Os residentes médicos, em linhas gerais, ressaltaram a diversidade de experiências práticas (no que diz respeito a casos, condutas, procedimentos) que historicamente têm sido transmitidas através do “treinamento em serviço”, como se observa nos depoimentos:

*A formação prática que no hospital universitário é voltada pro residente, pro acadêmico, preceptoria especializada com formação na área que você está... O nível de cobrança, por ser diferente... eu acho que a gente acaba sendo mais cobrado... é bem mais cobrado por tudo o que você faz, as condutas que você toma, mesmo sendo em conjunto com a preceptoria, aquilo é discutido, você nunca toma nada sozinho[...]* (RM1)

*É a inserção completa do médico mesmo, de você ficar dedicado a 60 horas semanais sendo supervisionado em todas as suas atividades, isso que é o mais importante da proposta. (RM3)*

*Na proposta que se tem na residência você tem 80% de carga prática e também associado com uma carga teórica...e esta é a grande vantagem de você agregar o ensino ao longo do seu treinamento ao longo dos 2 anos [...] Além do fato de você ter uma responsabilidade diferenciada, de tocar o serviço, de você*

*desenvolver o estudo, as suas hipóteses e tendo o apoio dos preceptores dando o suporte para o nosso trabalho. (RM4)*

Esses depoimentos vão ao encontro do pensamento de Feuerwerker (1998) ao afirmar que o arsenal de experiência prática atrelada a uma atividade teórica de sistematização e a níveis crescentes de autonomia, contando com o respaldo de um preceptor, “parece compor um estágio eficaz (e insubstituível no momento) do treinamento profissional do médico” (FEUERWERKER, 1998, p. 61). Porém, retomase aqui os questionamentos de Ramos e outros (2006) sobre a dimensão *treinamento em serviço*, que comumente é legitimada nos discursos e documentos oficiais referentes à Residência Médica, caracterizando essa modalidade de formação. Segundo os autores, essa dimensão traduz uma lógica tecnicista, especialista, centrada na expectativa de transmissão de saberes, que acaba por reproduzir a forma de ensino tradicional (RAMOS, et al., 2006).

Assim, apreende-se que a perspectiva “treinamento” das residências em saúde, muitas vezes entendida como transmissão de conhecimentos, oculta o caráter político-social da formação preconizada pelo SUS. As implicações desses discursos legitimados na perspectiva do *treinamento* podem ser identificadas nas entrelinhas das falas dos residentes médicos ao abordarem os pontos relevantes da proposta pedagógica do programa. Nesse contexto, é curioso observar que em nenhum momento foi apontada a importância da integração com profissionais/residentes de outras áreas, inseridos em outras modalidades de residências, no processo formativo, conforme fala de um participante:

*[...] O que é relevante é você estar com grandes chefes de cada área (médica) e de ter a oportunidade de melhorar a minha formação... Pra você sair pro mercado de trabalho mais qualificado. (RM2)*

Ou seja, um ponto considerado relevante no processo de ensino-aprendizagem é, na percepção do participante, o contato restrito às especialidades que compõe a área médica. Isto aponta um desconhecimento da própria proposta pedagógica do programa que, como discriminado no Projeto Pedagógico da Residência em Clínica Médica (AMARAL, 2012), tem como objetivo a “formação de especialista em Medicina Interna, inserido no SUS, promotor da saúde integral do ser humano e comprometido com a cidadania e responsabilidade social” (AMARAL, 2012, p. 10). Esse objetivo traz à tona a importância da interdisciplinaridade, que

relativiza a importância do trabalho das presentes disciplinas profissionais no cenário do trabalho em saúde. Sabe-se que a prática interdisciplinar ainda encontra-se em uma forma embrionária, haja vista a grande dificuldade de formar profissionais generalistas, com visão ampla do processo saúde-doença. Entende-se que os obstáculos quanto à prática interdisciplinar são ainda maiores entre os profissionais médicos, tendo em vista o processo histórico de hegemonia médica no campo da saúde, alicerçada ao corporativismo e à formação calcada em base tradicional.

Nesse sentido, reitera-se o pensamento de Feuerwerker (1998), ao afirmar que o processo de mudanças nas Residências Médicas é fundamental para a redefinição do perfil do profissional formado, uma vez que elas constituem-se como um momento privilegiado para o treinamento clínico dos médicos. Essa premissa esclarece a autora, não reduz a importância das estratégias de promover mudanças na graduação, visto que elas também são essenciais, porém, “o processo de mudanças na graduação pode ser potencializado ao se investir em mudanças na Residência Médica” (FEUERWERKER, 1998, p. 69).

No esforço de ultrapassar essa tendência à fragmentação do conhecimento e da especialização, em direção à integralidade do cuidado e do respeito à atenção mais digna ao usuário de saúde, cabe também destacar os Programas RMS e em Área Profissional, como alternativas necessárias. Nas falas dos participantes vinculados a estes programas, percebeu-se a valorização do trabalho em equipe multiprofissional como um dos aspectos relevantes nas propostas pedagógicas, o que já sugere um movimento discreto na direção de mudanças desse quadro. Vejam-se as falas:

*Acho que o trabalho em equipe, as dificuldades e as possibilidades de você estar vivenciando isso. Porque a gente do Serviço Social a gente vê muito isso na faculdade, o trabalho em equipe, como que isso funciona, mas é diferente você ver e vivenciar isso. Embora a gente não seja residente da Multiprofissional, a gente é de outro programa, talvez a gente não tenha isso tão diretamente, mas acaba que rebate porque a residência trabalha com um conceito da saúde que te permite isso e que estimula isso, né?! Então o trabalho em equipe, esta questão da prática mesmo de você estar vivenciando o cotidiano profissional [...] este contato com outras áreas é bastante rico. (RAP2)*

*[...] no meu caso que é a multiprofissional, o contato com as outras áreas que eu nunca pensei estar tão próxima de outras áreas e nunca achei que eu fosse entender tanto o processo de outras áreas.*

*É muito mais fácil pra gente entender o que o outro faz naquele setor, não ficar só vinculado a nossa profissão. (RAP4)*

*O fato dela ser multiprofissional, de estar englobando não só a psicologia, mas um trabalho conjunto com as outras áreas fisioterapia, enfermagem, nutrição entre outros. O foco que é este trabalho multiprofissional, mas que envolve o exercício de uma função ali de cada um de uma forma interdisciplinar. E outras coisas, como dar um atendimento integralizado aos usuários do SUS, mas isso independente de qualquer residência no âmbito do SUS, tem que estar procurando sempre através de seu trabalho realizar um atendimento integralizado. Acho que são mais estes pontos mesmo. (RMS2)*

As falas destacam a importância do desenvolver e vivenciar o trabalho em equipe multidisciplinar como aspecto relevante no processo ensino-aprendizagem dos programas de residências, mesmo daqueles programas que não se constituem propriamente na maneira multiprofissional da educação especializada em serviço. No entanto, observou-se na fala de alguns participantes da RMS a ênfase no trabalho em equipe com tendência interdisciplinar como aspecto relevante na proposta pedagógica. Ou seja, a construção de um trabalho coletivo e interdisciplinar de forma a contribuir para uma atenção à saúde integral, foi destaque na fala de alguns residentes da RMS, como é apontado neste outro depoimento:

*A questão da construção de um trabalho interdisciplinar, para além do multiprofissional... que desde os meus estudos na graduação, no meu próprio trabalho de conclusão de curso eu via a questão da interdisciplinaridade como um desafio muito grande e como uma possibilidade de mudança no cenário do trabalho em saúde. A gente não aprende muito a trabalhar junto, a construir intervenções coletivamente...eu acho que é um ponto, talvez o mais relevante da residência multiprofissional [...] (RMS1)*

Logo adiante, o mesmo participante complementa:

*A Residência pra mim tinha este caráter assim de inovação, de pensar medidas cada vez mais criativas. A Residência é a possibilidade de você já atuar, mas tá ali refletindo criticamente sobre sua prática, então na minha cabeça era isso, vamos construir intervenções diferentes e pensar sem ter aquele peso do trabalho totalmente submetido a uma série de regras e engessado. Pra mim a Residência traria isso também, são os pontos que eu acho que foram relevantes na minha escolha. (RMS1)*

*[...] E o fato também da gente todo o tempo poder vivenciar os desafios, as possibilidades, os limites [...] (RAP1)*

De fato, para se referir a RMS, são muito comuns as expressões “construção inovadora”, “transformação das práticas em saúde”, “criação de novas propostas de trabalho” “formação de um profissional mais crítico e reflexivo”, como colocado pelo participante.

Ceccim (2010) amplia esse entendimento ao salientar que

O momento crucial em que nos inserimos quanto às Residências em Saúde é uma espécie de “tripé das inovações”, no qual instâncias de ensino participam com a formação; instâncias de trabalho expressam sua urgência e necessidade de quadros e tecnologias; e o governo assegura incentivo e fomento no interesse da sociedade. (CECCIM, 2010, p. 19).

É nesse cenário que se discute a criação e legitimação da RMS, que assegura propostas pedagógicas e metodológicas inovadoras no desenvolvimento das práticas de formação em serviço, destacando-se como uma das estratégias formuladas para apoio e dinamização da política de educação permanente em saúde. As RMS, ao se constituírem como um processo de educação permanente põe como referência as pedagogias problematizadoras, que consideram os atores sujeitos do processo de aprendizagem e sujeitos de processos sociais, por meio de uma reflexão crítica e de ações investigativas (BRASIL, 2006a).

Sob essa lógica, o residente deve ter a capacidade de identificar os problemas reais e buscar soluções adequadas, originais e criativas, bem como apropriadas à realidade onde estão sendo empregadas. Todo o processo de ensino-aprendizagem estimula, portanto, a construção do próprio conhecimento. Tal perspectiva é realmente inovadora e se contrapõe a ideia *treinamento*, pautada em plantões, por exemplo, que marca a residência médica.

Em síntese, pode-se perceber uma divergência de opiniões sobre as motivações pela opção por esse tipo de formação expostas entre residentes médicos e residentes da RMS e em Área Profissional. Enquanto residentes médicos ressaltaram uma motivação atrelada à melhor qualificação e capacitação para enfrentar o mercado de trabalho, com ênfase no aprendizado técnico da própria área, residentes dos outros programas destacaram a importância da qualificação associada ao interesse em aprender o significado real de uma formação e trabalho em equipe multiprofissional.

Além disso, notou-se que, de uma forma geral, os entrevistados apresentaram pouco conhecimento das propostas pedagógicas de formação dos respectivos programas a que se vinculavam, tendo em vista que as falas acabam por ressaltar os aspectos mais evidentes, como por exemplo, a certificação de preceptoria, ou articulação teoria e prática, ou até mesmo de ser multiprofissional. Foi pouco explorado a importância do aprendizado não somente técnico, mas a oportunidade de desenvolver uma perspectiva crítica e investigativa, que contribua para uma proposta de trabalho que atenda as necessidades de saúde da população. Tampouco mencionou-se a oportunidade de aprendizado mediante uma participação mais ativa nas questões referentes à residência, ou na responsabilidade compartilhada de residentes, com os profissionais, usuários e gestores nas questões referentes à prática de formação, agenciando o Quadrilátero da Formação em Saúde: ensino, gestão, atenção e participação (interfaces produtoras de sentido e de interrogantes à formação para o trabalho). Sabe-se que essas questões são referentes às Residências que tem como dispositivo pedagógico a educação permanente, onde o próprio trabalho torna-se um espaço educativo e transformador, como é o caso da RMS.

Pressupõe-se que o pouco conhecimento sobre as propostas pedagógicas dos programas de residências são reflexos da falta de um projeto pedagógico formalizado/atualizado dos mesmos, assim como a inacessibilidade dessas informações em sites, seminários, entre outros, dos candidatos à residência ou aos próprios residentes, conforme observado na análise documental previamente presente na seção anterior.

Ressalta-se, dessa forma, que os objetivos dos programas devem ser claros e explícitos a todos os envolvidos, pois essas questões ampliam as relações entre aprender, ensinar e avaliar, estimulando o pensamento, a busca pelo conhecimento, a crítica e as novas proposições, conforme se esperam das Residências de uma forma geral.



## 6.2 O PROCESSO FORMATIVO DOS RESIDENTES NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Nesta categoria destacam-se o entendimento dos residentes do que seria uma *assistência de qualidade*, bem como os elementos que eles julgam importantes na constituição desse processo. Procurou-se identificar, nas concepções dos residentes, sinais da integralidade para, em um momento posterior (categoria 3) analisar se estas concepções mantêm correspondência com a própria prática de formação/trabalho que estes desenvolvem. Assim, essa categoria foi dividida em: subcategoria 1) relacionada a percepção dos residentes sobre o que seria uma “assistência de qualidade”; subcategoria 2) relacionada a percepção dos residentes sobre os elementos centrais na relação profissional/profissional; subcategoria 3) refere-se a percepção dos residentes sobre os elementos qualificadores na relação profissional/usuário

### 6.2.1 A percepção dos residentes sobre a integralidade

Através dos depoimentos relacionados ao que seria uma “assistência de qualidade em saúde”, observou-se que foram expressas diversas vezes pelos residentes as expressões “ver o paciente de uma forma integral”; “olhar como um todo”; “em sua totalidade” como apontadas nos fragmentos a seguir:

*Eu acho que é ver o paciente de forma integral, por exemplo, eu que sou fisioterapeuta. Eu não vou lá ver só a questão musculoesquelética, vejo como esta a própria aceitação da dieta dele, como que tá em casa “já pensou na questão da alta?” às vezes o paciente é dependente “então tem alguém que o senhor possa contar com uma ajuda?” Eu acho que é ver o paciente de uma forma integral, em todos os aspectos dele mesmo. Não eu só como fisioterapeuta ir lá e olhar só a minha parte, entendeu?! (RMS3)*

*Acho que é você ver pra além daquela questão que o paciente tá te colocando ali, é você ver ele na perspectiva integral mesmo. Não só como portador daquela doença ou que vai fazer aquela cirurgia, mas você conseguir captar numa visão de totalidade dele mesmo. Entender que aquele problema de saúde que ele está trazendo, necessariamente não tem que ser seu foco, você trata, absorve aquele problema, mas você pode ir além daquilo. Acho que quando você faz isso, você está atendendo com qualidade aquele usuário. (RAP1)*

*Seria ver o paciente de uma forma integral. Porque hoje em dia não adianta chegar para o paciente e perguntar somente da patologia dele né?! Então eu tenho que enxergar o contexto dele, se o paciente é casado, se não é. Qual que é a situação financeira dele, se ele está dentro daquela instituição, como que ele está sobrevivendo ali, como está a família dele lá fora. Então, assim não dá pra focar apenas no curativo. (RAP3)*

A percepção aferida por estes participantes remeteu à ideia de que a assistência ao usuário não deve se restringir somente à parte física lesionada, mas sim, que ela deve ser completa, vista em “todos os aspectos” e inserida no contexto do usuário. Ou seja, há a preocupação com uma visão abrangente da assistência no qual é necessário que ela consiga ir além das demandas explícitas e pontuais, em concordância com o conceito ampliado de saúde e ao encontro da integralidade.

No campo da saúde, a integralidade se tornou um tema que está além das diretrizes e leis do sistema de saúde brasileiro, expressando as características desejáveis do SUS. Trata-se da forma de se construir uma assistência à saúde de qualidade, ampla e humana.

Retoma-se o pensamento de Mattos (2001) que assinala que a integralidade tem sido reconhecida como um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois, se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Nessa direção, em qualquer sentido que a integralidade seja tomada, está implicada a recusa em objetivar e recortar os sujeitos, em superar reducionismos e, talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. Nas palavras do autor “o profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos” (MATTOS, 2001, p. 61-62).

Assim, para tratar o paciente por meio de uma visão ampliada de saúde, de forma a superar o reducionismo, é preciso enxergá-lo não somente no aspecto biológico, mas também nas dimensões sociais, psicológicas, culturais, entre outras. É dar conta da multiplicidade de demandas e necessidades de saúde dos sujeitos

(CECÍLIO, 2001) que sofrem, compreendendo o ser humano sob a perspectiva de um paradigma de complexidade.

Não obstante, há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista do fenômeno saúde-doença, voltado para a prática hospitalar e médico-centrada, que não contempla as necessidades básicas de saúde da população. O relato a seguir traz à tona esta perspectiva tradicional do ensino e práticas de saúde, que ainda são presentes no cotidiano dos serviços:

*Acho que em primeiro lugar é você atender com respeito, este respeito inclui não só o respeito ao ser humano, no sentido de tratar bem, de tratar com educação, mas você dar o melhor de si, no sentido de prestar o seu conhecimento. Você aprender pra fazer o melhor mesmo em termos de medicina. (RM2)*

No depoimento acima, observou-se que o participante atribuiu a *um atendimento de qualidade ao usuário*, como sendo aquele em que se priorize a orientação biomédica, que estimula a fragmentação dos indivíduos em especialidades da clínica. Esse modelo tradicional não tem correspondência com as novas propostas de formação, gestão e assistência, que pressupõem a organização de um processo de trabalho que possa priorizar a produção do cuidado centrado nas necessidades de saúde do usuário, cuja integralidade se apresente como matriz constituinte desses processos.

Segundo Heckert e Neves (2007) a formação, orientada pela diretriz constitucional da integralidade, é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos ao caráter particular de cada profissão a serem aplicados em dada realidade. Para o autor, “formação significa, sobretudo, produção de realidade, criação de modos de existência - portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho” (HECKERT; NEVES, 2007, p. 148).

Os autores Ceccim e Feuerwerker (2004b) complementam esse entendimento, ao afirmarem que para a transformação da formação e da gestão do trabalho em saúde, não se pode considerar unicamente as questões técnicas, uma vez que “envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente nas pessoas” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 50). Para os autores, o que deve ser considerado são questões de ordem tecnopolíticas, que

consistem na articulação de ações “na perspectiva da ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 50). A formação tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente fazem sentido, portanto, quando têm relevância social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Desse modo, a formação em saúde ao ter a integralidade como princípio balizador, direciona-se para uma nova prática de saúde que supere o modelo centrado em procedimentos e em conteúdos com orientação biologicista na abordagem da saúde em detrimento de abordagens que valorizem o processo de cuidado, a partir do conhecimento acumulado em diferentes áreas.

Se a saúde é entendida de uma forma ampliada e multifacetada/complexa, devem-se também ampliar as possibilidades de abordagem do sujeito doente e do sujeito saudável para atender a tal complexidade, o que envolve fundamentalmente a necessidade do trabalho conjunto de diferentes categorias profissionais. De acordo com Feuerwerker e Sena (1999), uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma prática multiprofissional e uma abordagem interdisciplinar. Nessa lógica todos referenciais devem ser reconhecidos como legítimos, porém insuficientes para dar conta dos desafios colocados pela realidade cada vez mais complexa (FEUERWERKER; SENA, 1999).

A compreensão de uma abordagem ampliada de saúde associada ao trabalho em equipe pode ser observada nos fragmentos a seguir como sinônimo de um *atendimento de qualidade*, na direção da integralidade. Note-se:

*Entender o usuário como não sendo uma patologia e não especificamente, então, por exemplo, uma paciente que faz uma estectomia... ela não é só um útero, ela é uma pessoa que tem todo o contexto, que tem família, que tem toda uma história...então eu entendo que uma assistência de qualidade ela tem que ser totalmente individualizada e humanizada...aí também a importância de ter as outras áreas. Porque eu não vou só prestar minha assistência lá de enfermagem e vou embora, eu vou interagir com a assistente social, com a nutricionista [...] talvez alguma informação que eu passe pra elas seja importante pra atuação delas também.*  
(RAP4)

*Pensar uma assistência de qualidade já me vem à questão da integralidade, que a gente escuta falar muito integralidade, assistência integral, atendimento integral e isso eu vejo como um desafio enorme na prática porque você só vai conseguir atender os sujeitos se você ver ele realmente como um todo...não que você vai dar conta de tudo, mas que tem várias questões que influenciam então como você com outros profissionais vão poder dar conta minimamente destas questões. (RMS1)*

As ações necessárias para atender a complexidade no campo da saúde também envolvem o uso das tecnologias como proposto por Merhy (2005) que expõe a valorização de tecnologias diversas que incluem desde as máquinas até a tecnologia leve.

O uso das tecnologias leves no cotidiano dos serviços corresponde a um sentido da integralidade de Mattos (2001), como já referido neste estudo, que é o valor da boa Medicina. Para o autor, a integralidade, nesse contexto, se faz presente no encontro; no tratamento digno e respeitoso; no diálogo e vínculo que se estabelece com o paciente; na atitude do médico que busca apreender as necessidades de saúde dos mesmos e se preocupa em utilizar às técnicas de prevenção (MATTOS, 2001).

O sentido da integralidade como valor da boa medicina (MATTOS, 2001) associada à abordagem ampliada de saúde e à perspectiva do trabalho coletivo foi relacionado por alguns residentes como parâmetro de um atendimento resolutivo e de qualidade. Seguem-se as falas:

*Proporcionar a ele a resolução de tudo que ele veio buscar ali, isto engloba um atendimento que não tenha só como foco a doença, mas outras questões também como um paciente cardiopata, você não vai ficar ali só trabalhando a questão dele aderir o tratamento através de psicofármacos, mas também entender o porquê ele não adere aquele tratamento, o que de diferente está tendo na alimentação dele, trabalhar as faltas de informação ali a partir da escuta também...e outras coisas também tá aí, né? A gente vê a proposta aí do programa de humanização, que é além do profissional trabalhar de forma conjunta é valorizar outras formas de trabalho que não só a tecnologia, mas a questão do vínculo, do acolhimento... é mais isso. (RMS2)*

*Prestar uma assistência de qualidade ao usuário eu acho que é resolutividade. Ninguém vai ao hospital porque quer e ninguém quer ficar no hospital. Então eu acho que prestar uma assistência de qualidade, é você acolher aquele paciente, é ouvir o problema dele, procurar saber do problema dele e liberar ele. Então assim, é ele sair do ambiente hospitalar, do ambulatório com o problema dele*

*resolvido. Ele vai buscar ali uma resposta para o problema dele, então eu acho que a qualidade é conseguir entender o problema dele, ajudar a solucionar o problema dele e melhorar a qualidade de vida dele. Acho que isso é prestar assistência de qualidade. Não é só passar um medicamento e pronto resolveu o problema. É você conseguir trazer de volta a qualidade de vida que ele tinha antes daquele problema. (RMS4)*

É importante observar na última fala que prestar uma “assistência de qualidade” envolve acolher e escutar somente o problema demandado pelo paciente. Embora haja a ressalva de que somente a medicação prescrita não resolve a condição de saúde do usuário, a participante não cita a importância do “ir além do sofrimento manifesto do paciente” e nem da importância de uma assistência multiprofissional para permitir uma melhor compreensão do adoecimento e uma identificação mais contextualizada da doença. Além disso, a participante associa “qualidade de vida” no sentido específico de se prestar uma assistência, não mencionando a aplicação de técnicas de prevenção articuladas a essa assistência.

No entendimento de Mattos (2001) as ações assistenciais são diretamente demandadas pelo usuário, já as preventivas antecedem a experiência individual de sofrimento. Nos dois tipos de ações é necessário que o profissional tenha conhecimento das doenças para interceder sobre elas ou evitá-las. A capacidade do profissional em responder ao sofrimento manifesto articulando ações preventivas e assistenciais é considerada por Mattos (2001) como uma das dimensões da palavra integralidade.

Ou seja, a integralidade deve ser considerada como sinônimo de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema e é relevante que haja, em todos esses níveis, articulações de ações preventivas, de promoção da saúde e de atenção curativa.

A seguir, um participante médico mencionou que, para além da assistência multiprofissional, para que um atendimento seja de qualidade, é necessário, que este não se restrinja somente a ações de ordem curativa:

*Acho que não é só questão de cura não, mas é até prevenção de iatrogenia [...] Acho que assistência multiprofissional, tanto parte psicológica, médica, enfermagem [...] Acho que eu estou pensando mais em assistência ideal do que de qualidade mesmo... Mas acho que é isso, acho que é no âmbito geral e não só médico. (RM1)*

É relevante que, além de atender ao sofrimento manifestado pelo paciente e diagnosticado pelo médico, haja a apreensão dos chamados “fatores de risco” de outras patologias que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente e/ou investigar a presença de doenças que não se expressaram em sofrimento, e isso só se consegue com a visão ampliada da saúde do paciente, ilustrando um dos sentidos da integralidade (MATTOS, 2001).

A questão da articulação entre os serviços, ou melhor, entre os níveis de complexidade do sistema nos remete à definição de integralidade contida na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a). Na citada lei, a integralidade é formulada como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Esses aspectos apareceram na fala de dois residentes, quando apontaram a importância de não somente oferecer o diagnóstico e o tratamento, mas também o acompanhamento após a alta:

*Olha, eu entendo qualidade como você tendo atenção, disponibilidade, tempo pra você poder conversar e tentar tirar do paciente, escutar, conversar com o paciente, fornecer informações também...e pode oferecer a ele não só oferecer um tratamento adequado, mas um acompanhamento a ele também após o nosso serviço prestado aqui no caso que é a internação. Então oferecer a ele o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento após a alta. (RM4)*

*Eu acho que a qualidade você presta desde o início do atendimento, você conseguir disponibilizar pro seu paciente todas as possibilidades terapêuticas, e de acompanhamento se ele não tiver uma terapêutica, adequada né?! Aqui no HU a gente tem conseguido fazer isso, mesmo sendo SUS, o pessoal fala que o SUS tem mais dificuldade, mas eu acho que a qualidade é você conseguir fazer seu primeiro atendimento, fazer seguimento e terapêutica dentro de um tempo considerado razoável para o paciente... Eu acho que isso é ter qualidade... É ele ter porta pra entrar e ter um acompanhamento adequado, consultas de retorno, ter acesso aos exames pra fazer, ter onde voltar, porque a gente vê em outros lugares que a gente atende a criança e depois a criança vai embora e ela perde este seguimento... Então acho que qualidade do sistema do SUS vem muito no caso da criança é ter sempre um lugar pra ela voltar, uma referência que ela possa ser atendida, quando for necessário pra ela ao longo de sua vida. Eu acho que isso é a qualidade. (RM3)*

Nas falas anteriores percebeu-se uma preocupação quanto à garantia do acesso com responsabilização pelo usuário atendido, como constituintes de um

atendimento de qualidade. Esse entendimento vai ao encontro de Franco, Bueno e Merhy (1999) ao afirmarem que nas práticas de saúde o que buscamos é a produção da responsabilização e da intervenção resolutiva. Nessa lógica, como afirma Merhy (1997a) o profissional assume a indicação e garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema, não cabendo à transferência burocrática para outra instância decisória ou nível de atenção.

Assim, é importante que os profissionais inseridos em serviços de diferentes níveis de atenção, possam assumir a responsabilidade pelo usuário, dentro de uma dada possibilidade de intervenção. Ao mesmo tempo, é necessário que o profissional compreenda o sistema de saúde como um todo e intervenha de tal forma que exista uma participação ativa na construção de uma rede de serviços que contemple a diversidade de práticas e o maior número possível de necessidades dos usuários.

Portanto, do ponto de vista do atendimento a população, os relatos dos participantes relacionaram, em sua maioria, *assistência de qualidade* a conceitos como integralidade e humanização, segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar dos indivíduos ou coletivos, no sentido do acesso aos serviços com responsabilização e na capacidade de resolver ou contribuir para a solução de um amplo espectro de problemas, numa perspectiva integral da saúde. Tal constatação nos remete as considerações de Cecílio e Merhy (2003) e Feuerwerker e Cecílio (2007) ao compreender a integralidade da atenção olhada no hospital e a integralidade da atenção olhada a partir do hospital; com as definições de integralidade focalizada e integralidade ampliada, trabalhada por Cecílio (2001), entre outros, na direção de uma Clínica Ampliada, como proposto por Campos (2007).

É por isso que formar profissionais de saúde sob a perspectiva da integralidade, como preconizado pelas Residências, significa a ruptura não só com um modelo tradicional de formação, mas também implica em munir os residentes com conhecimentos que os conduzam à análise crítica dos processos de trabalho e à reorganização dos serviços neste direcionamento: o da produção do cuidado em saúde.



## 6.2.2 A Interdisciplinaridade como elemento central na relação entre profissionais

Nessa segunda subcategoria são abordados os elementos que, na percepção dos residentes, são centrais na relação entre profissionais para se desenvolver uma assistência mais qualificada.

Verificou-se que a questão do trabalho em equipe foi um tema muito presente nos discursos dos entrevistados, quando questionados sobre os elementos fundamentais na relação profissional/profissional:

*Eu acho que entre profissionais, o trabalho em equipe é algo que a gente discute muito, você tem que saber muito da sua profissão quais são suas atribuições, competências pra você mostrar [...] pra que você possa colocar pro outro e daí você possa ser respeitado num trabalho em equipe, entender um pouco do trabalho profissional do outro também, entender seus limites, possibilidades... Acho que tudo isso faz parte pra que a gente consiga afinar mesmo o trabalho em equipe. (RAP2)*

*Acho que a demanda vai surgindo a partir do momento que você conhece o seu paciente. Cada paciente tem demandas diferentes e acho que a equipe tem que trabalhar junto. Então toda criança que vem aqui chega e é atendido pelo pediatra, pelo assistente social, pela psicologia... Vai identificar e montar a rede de assistência da criança. Então a relação de bom trabalho, de educação, de cortesia, aceitar o parecer do outro, dar importância ao parecer do outro... acho que tudo isso funciona pra boa assistência da criança. (RM3)*

Notou-se nesses recortes que a capacidade de estabelecer os limites da atuação e a importância do reconhecimento e respeito do trabalho do outro profissional foram aspectos centrais na busca de um fazer coletivo na percepção dos residentes.

Um dos participantes sublinhou a limitação de cada área como condição essencial na relação entre os diferentes campos do saber, como se lê no fragmento, a seguir:

*O mais importante é cada profissional saber sua limitação pra aceitar a inserção do outro profissional nas condutas, no dia a dia, porque todos nós temos limitações... Eu não estou falando só em relação a parte médica não mas...a gente saber até onde vai a nossa limitação de entender o íntimo do paciente, da forma que a psicologia entenderia melhor, acho que sabendo respeitar até onde vai cada um e até entre as especialidades médicas mesmo, até onde vai o cirurgião, até onde vai o clínico... Acho que isso é o mais importante. (RM1)*

Assim, tem-se de um lado, disciplinas, que são constituídas por discursos especializados e metodologias próprias, delimitando as fronteiras entre os campos do saber. De outro lado têm-se as limitações de cada disciplina em dar conta de um processo social complexo como a saúde, uma vez que se referem ao funcionamento do ser humano, como um todo. Esse entendimento exige um movimento contrário à rigidez e ao isolamento disciplinar que se caracteriza pela formação de equipes de saúde, no qual as disciplinas estejam representadas, mas não isoladas e estanques; numa tentativa de abarcar o todo, através da junção das partes, dos diferentes olhares sobre um mesmo fenômeno.

Para promover a socialização dos saberes, é necessário que exista uma estrutura organizacional que suporte a democratização das relações e elimine os espaços de disputas, em termos de privilégios de um tipo de intervenção sobre a outra, de forma a possibilitar um trabalho menos burocratizado, parcelado e hierarquizado, em direção à integralidade.

Sabe-se que a atuação em equipe, para se dizer interdisciplinar precisa aproximar-se da prática do trabalho desenvolvido em uma “equipe integração”, como conceituado por Peduzzi (1998) e já referido em outro momento deste estudo. Nessa modalidade de equipe as relações são produzidas com base na interação dos agentes e na articulação dos saberes e fazeres. A interação é entendida “no sentido da prática comunicativa” que se caracteriza pela busca de “reconhecimento e entendimento mútuo” entre os agentes envolvidos no processo de trabalho em saúde, de modo que estes possam construir um projeto assistencial comum. Já a articulação representaria “as conexões existentes entre as intervenções técnicas” (PEDUZZI, 2007, p. 7), sendo evidenciadas pelo agir dos profissionais inseridos numa mesma situação de trabalho coletivo. A articulação e a interação dependem de como se estabelece o encontro entre os profissionais e destes com os usuários, dos consensos e conexões produzidas neste encontro, balizadas pela

horizontalidade das relações. Nessa perspectiva, o momento produtivo torna-se o momento do encontro, no qual ouvir o outro, dialogar e analisar coletivamente uma situação faz parte da constituição de um trabalho de natureza interdisciplinar.

Tal questão foi destaque nos discursos de alguns entrevistados, que distinguiram o trabalho em equipe fundamentado na justaposição das ações e na tradição biomédica; do trabalho em equipe fundamentado nas necessidades de saúde dos usuários, orientado pela integralidade e pela interdisciplinaridade da saúde. Vejam-se as falas:

*Entre profissionais eu acho que tem que ter uma sintonia... conversa, discussão do caso, passar um para o outro "olha o paciente tá precisando disso aqui, eu achei isso, você achou aquilo, e aí? Eu acho que entre profissionais é isso...não é um com o seu papel, o outro com o seu papel agindo diferentemente, não! Eu acho que tem que ser uma ação integrada entre profissionais. (RAP3)*

*Entre profissionais, a perspectiva de um trabalho multiprofissional, tendendo a interdisciplinaridade. Então o diálogo, a escuta... ou seja, não perdendo de vista a minha especificidade enquanto profissional, mas o profissional que compõe aquela equipe pra poder somar, entendendo o meu lugar, entendendo o meu papel ali. Não querendo se sobrepor as demais profissões, mas ao mesmo tempo não sendo subordinado as outras profissões. Mas entendendo meu espaço, o meu lugar e que eu preciso dos outros colegas profissionais que tem os seus olhares diferenciados, que tem uma formação específica, que vão contribuir pro conjunto pra que esta assistência seja uma assistência de qualidade. (RAP1)*

*Entre profissionais a troca de saberes. E esta troca de saberes acaba proporcionando que um venha a ter um olhar diferente sobre o trabalho do outro. E a partir desta troca de conhecimentos, deste entendimento de como um funciona, de como o outro funciona, traçar a melhor forma de intervenção, uma melhor intervenção conjunta ali pra resolução de qualquer problema. (RMS2)*

*Entre profissionais é a troca de opiniões, você está discutindo a cada dia. Vendo o que pode ser feito para melhorar esta integração, esta comunicação não só entre profissionais médicos, mas também não médicos, com a equipe multidisciplinar de uma forma em geral. Então você está tentando integrar sempre, pra que seja revertido pra um bem maior que é a satisfação do paciente e conseqüentemente a nossa satisfação, né. (RM4)*

*Na relação entre profissionais, escuta e diálogo... a troca. Um diálogo, que não seja um diálogo impositor. Um diálogo mesmo. Você conseguir ouvir um outro profissional, seja da mesma área ou de outras áreas considerando o olhar dele mesmo. Sem chegar com algo pronto. Porque se você tem esta abertura, se você está disponível pra isso, eu acho que os outros elementos vão surgindo,*

*entendeu?! Não tem como eu te falar de uma coisa pronta, mas se você chega, senta e conversa com o seu colega sobre um determinado caso, sobre uma determinada dificuldade, sobre um diagnóstico, sobre uma insegurança que você tem... o que for! Se tem esta troca, acho que ajuda no desenvolvimento do trabalho.*  
(RMS1)

Percebeu-se nesses depoimentos que os elementos “diálogo” e “troca” foram apontados como essenciais em um trabalho de equipe. Estes elementos vêm ao encontro do que Peduzzi (2007) defende como prática comunicativa, e contribuem na integração e recomposição dos trabalhos especializados.

Segundo o último relato, para que a troca ocorra é necessário saber ouvir o outro, “considerando o olhar dele sem chegar com algo pronto”. Ou seja, várias forças operam na disputa do fazer, e um espaço de diálogo é onde há maior chance de aproximação das necessidades de saúde. É necessário, portanto, que nos atos comunicativos, os profissionais estejam abertos aos saberes e recursos de todos os atores envolvidos para, criativamente, produzir o cuidado.

Em suma, os depoimentos que compõem esta subcategoria evidenciaram, de modo geral, que a discussão sobre os elementos importantes na relação entre profissionais se norteia pelo trabalho da equipe na prática diária. Notou-se que a concepção dos residentes, ainda que pouco elaborada teoricamente, é permeada por elementos que pressupõem mais do que diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço: pressupõem um saber fazer comum, um fazer com, implicando a troca de saber, na perspectiva da integralidade.

### **6.2.3 Acolhimento e vínculo nas relações profissionais/usuários**

Destacam-se nesta terceira subcategoria os elementos que na percepção dos residentes são centrais na relação profissional/usuário para se desenvolver uma assistência mais qualificada.

Os elementos acolhimento e vínculo foram apontados como qualificadores da assistência na fala de alguns residentes:

*Na relação profissional/usuário, eu considero muito importante um trabalho com acolhimento e vínculo. Eu acho estes dois elementos essenciais pra um trabalho que dê resultados. (RMS2)*

De fato, o acolhimento e vínculo têm sido identificados pela potencialidade de provocar mudanças nos modos de operar a assistência, bem como, por influenciar na qualidade do cuidado e na materialização dos princípios do SUS, contribuindo assim, para uma atenção mais efetiva e humanizada (BRASIL, 2004c, 2006; MERHY, 1997a).

O acolhimento se inscreve como uma tecnologia do encontro, tendo em vista que o acolhimento é construído a cada encontro e mediante os encontros trabalhador-usuário (TEIXEIRA, 2003). Segundo Cavalcante Filho e outros (2009):

*A natureza do encontro entre usuários que têm necessidades de saúde e trabalhadores que reconhecem estas necessidades é o da produção de um processo onde há o acolhimento do outro, compreensão e significação de suas singularidades e oferta dos saberes em saúde que venham permitir ao profissional intervenções continuadas (vínculo) e responsabilização pelo resultado destas intervenções. (CAVALCANTE FILHO et al., 2009, p. 316).*

O acolhimento, neste sentido, se materializa no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de ajustar e pactuar o que é demanda do usuário com a possibilidade de resposta do serviço (BRASIL, 2006b). Esta atitude da escuta atenciosa pressupõe e estimula a criação de vínculo entre profissional/usuário que é, portanto, outro grande conceito em saúde pública, estabelecendo interface com o acolhimento.

Observou-se que alguns residentes avançaram no entendimento de acolhimento e vínculo, ao sinalizarem o diálogo e a escuta atenta das necessidades do usuário como os elementos centrais no processo de trabalho em equipe:

*O vínculo pra mim é o que mais destaca assim. Um vínculo que ele está muito associado a esta escuta. Quando você tem uma atitude, tem uma intervenção acolhedora, que você consegue escutar o usuário e que vocês estabelecem ali uma relação de confiança a partir disso. Aí este usuário realmente vai te trazer, se você estiver disponível pra escutar, ele vai te trazer o que ele pensa, o que ele vive, qual é a realidade dele, o que ele tá achando da própria saúde dele e também o próprio usuário, quando tem este vínculo acaba se abrindo para o que você propõe como intervenção, até pras coisas mais difíceis, que muitas vezes a gente propõe alguma coisa*

*enquanto equipe, não só da Psicologia né, enquanto profissional da saúde você propõe uma intervenção que às vezes é difícil do outro vivenciar, mas quando tem este vínculo, o diálogo também... Acho que são os pontos mais que me chama a atenção. Acho que é sempre isso assim que eu tenho visto mais: escuta, diálogo, vínculo... Esta tecnologia leve! (RMS1)*

*Na relação profissional/usuário eu acho que tem que ter escuta, tem que ter observação do que acontece, não é tratar o paciente como um paciente objeto de estudo ou como simplesmente uma pessoa que está ali... Você tem que escutar a vida dela sim, saber o que acontece, não só a doença de base, é necessário saber o que está por trás daquela doença de base, porque às vezes é o que está por trás que está influenciando naquilo. A escuta mesmo do paciente eu acho que tem que existir. (RMS4)*

Assim, o processo reflexivo de ouvir, envolve observar e perceber as demandas que é aquilo que o usuário decodifica de seu estado de saúde e as necessidades que são bem mais complexas e implícitas e, por isso, não diretamente declaradas pelo mesmo.

Cabe aqui retomar o termo que Teixeira (2003) defende como acolhimento-diálogo, ao pressupor que em qualquer encontro, o trabalhador deve acolher as demandas do usuário e as necessidades de que o mesmo se faz portador, bem como oferecer as possibilidades e modos de satisfazê-las. Neste sentido, o acolhimento-diálogo caracteriza-se como uma tecnologia do encontro, uma técnica de conversa, no qual a conversa se configura como atitude essencial no trabalho vivo em ato (TEIXEIRA, 2003).

Notou-se que o diálogo-terapêutico ou o esclarecimento acerca de diagnóstico, prognóstico, tratamentos propostos, procedimentos, entre outros, foi apontado pelos residentes, principalmente médicos, como o elemento principal que qualifica a assistência, como se vê nos relatos a seguir:

*Acho que o fator principal aí é a questão da comunicação, de tá conversando de ouvir muito o paciente, o que a família do paciente tem a dizer, de saber falar, explicar o que está sendo feito, colocar as nossas ansiedades também para que o paciente saiba o que está sendo feito, pra que ela saiba o que pode esperar daquilo ali, e saber ouvir também. (RM4)*

*Entre o paciente eu acho que tem que ter um diálogo terapêutico mesmo. Explicar tudo o que está sendo feito [...] ele tem que saber quais são as possibilidades dele, o que vai ser feito com ele [...]* (RAP4)

*Eu acho que na relação profissional/usuário é o esclarecimento, eu acho que esclarecer, se o paciente e a família entendem aquilo que está acontecendo, eu acho que esta relação melhora muito, você se mostrar solícito e perguntar pro seu paciente se ele realmente está entendendo o que está acontecendo. Se ele sabe quem você é, porque muitas vezes ele fica em dúvida disso, você acha que tá claro mas às vezes não tá e você “ah se perguntar quem que é a sua médica, você sabe quem é?” “ah porque que você está internado aqui?” “o que você tem?” então eu acho que quando você consegue perguntar pra ele estas coisas e você consegue ter estas respostas, eu acho que o vínculo, esta relação com o paciente, ela melhora porque existe um entendimento. (RM2)*

De fato, na prática diária, se faz necessário e é muito incentivado na relação médico-paciente um processo comunicacional informativo, o que exige que os mesmos estejam disponíveis para qualquer esclarecimento solicitado pelo usuário/familiar. No entanto, reitera-se a necessidade de assumir um processo de comunicação que vai além do direito à informação. Isto requer uma mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação participativa que implique responsabilização pelo usuário, como apontado por um participante:

*E na relação de médico com o paciente, ou profissional/paciente, é a relação mesmo de paciência, de acolhimento, de estar disposto e disponível no momento que precisa. (Rm3)*

Uma postura acolhedora requer, sobretudo, respeito às singularidades de cada caso. Implica, neste sentido, estar atento e aberto às diversidades cultural, racial e étnica (BRASIL, 2006b), de acordo com depoimento a seguir:

*Na relação do profissional com o usuário, acho que acima de tudo, é o respeito... O respeito pela cultura dele, ele me respeitando como profissional eu respeitando ele né?! (RAP3)*

Esta postura acolhedora pressupõe o estabelecimento de vínculo, que no entendimento de Silva Júnior e Mascarenhas (2004) significa demonstrar preocupação, aceitação e empatia – que é uma capacidade de ordem afetiva de se colocar no lugar do outro – pelos aspectos singulares e subjetivos de cada indivíduo. A questão do respeito e vínculo do usuário foi novamente apontada por outro residente:

*Na relação profissional/usuário acho que é o respeito, da nossa parte em relação a eles e deles em relação a nós também e acho que criar um vínculo é essencial. Acho que se não tiver um vínculo com o paciente não vai ser legal da minha parte e ele também não vai querer fazer fisioterapia... Acho que as duas coisas são essenciais. Então é o respeito em primeiro lugar e o vínculo. (RMS3)*

Ou seja, o vínculo pressupõe o respeito à especificidade de cada caso e a autonomia do usuário como sujeito que possui um saber, uma compreensão e uma representação sobre seu corpo ou mesmo uma expectativa sobre o cuidado de que precisa, que não podem ser desconsiderados ou ignorados na conversa, conforme explicitado no depoimento:

*Na relação com o usuário acho que é o respeito mesmo, entender que ele é um portador de direitos e deveres. Que nem sempre o que você acha que é o melhor, é o melhor pra ele, respeitar esta diversidade... Acho que à medida que você faz isso, você caminha pra um atendimento de qualidade. (RAP2)*

Nesse depoimento o participante trouxe à tona a questão de que os profissionais de saúde devam possibilitar uma maior participação do usuário nas decisões que envolvem sua vida e o processo saúde/doença favorecendo deste modo a criação de condições para que os usuários se coloquem como sujeitos e exerçam sua autonomia. Assim, é necessário buscar o consentimento do usuário sobre os possíveis processos do tratamento e questionar ao sujeito assistido se deseja e/ou se é possível uma atenção direcionada a todas as suas necessidades.

Retoma-se o pensamento de Onocko-Campos e Campos (2006), que afirma que além de produzir saúde também caberia aos sistemas de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas, de forma a desenhar um “campo de propostas terapêuticas que recoloquem o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida” (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 683). Ou seja, implicar o paciente no tratamento, de modo que ele tenha maior autonomia nas decisões e seja corresponsável pelo seu processo saúde-doença. Significa garantir, especialmente, o respeito à autonomia do usuário enquanto sujeito de direitos, tendo em vista o comprometimento ético que cabe a cada profissional, como bem enfocado por outro residente no seguinte fragmento:



*Em relação à relação profissional/usuário acho que o comprometimento ético, onde cada profissão tem a sua especificidade enquanto conduta ética, profissional com o usuário... Ter clareza do que é o SUS, entender o que é esta política de saúde, que é uma política pública, gratuita, universal, que o usuário tá ali não por favor, mas por direito... Tendo esta compreensão me faz ver este sujeito como um sujeito de direitos e prestar uma assistência de qualidade dentro não só das demandas, mas das necessidades de saúde que este usuário apresenta. (RAP1)*

Assim, entende-se que uma ação organizada na direção integral do cuidado e na humanização das relações contribui na mudança de concepção da saúde como direito do usuário, conforme depoimento do participante.

Em suma, as falas dos profissionais indicaram uma maior valorização do acolhimento na dimensão de modo operador dos processos de trabalho. Assim, como conteúdo fundamental de toda atividade assistencial, o acolhimento e os respectivos elementos vínculo, diálogo, responsabilização e corresponsabilização do usuário apareceram, na percepção dos residentes, como essenciais para um atendimento de qualidade na relação profissional x usuário, nos serviços de saúde. Tais conceitos se inserem nas novas propostas de ações de saúde e mantêm relação com o princípio da integralidade, que sustenta que o usuário é um sujeito complexo e suas necessidades, portanto, devem ser acolhidas sob um olhar integral.

### 6.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: OBSTÁCULOS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Nesta categoria destacam-se os depoimentos que expuseram os problemas enfrentados no processo de trabalho e situações/momentos qualificadores da assistência na percepção dos residentes. Os depoimentos, bem como as observações realizadas, são divididos em três subcategorias, nas quais receberam as seguintes denominações: problemas na relação entre profissionais; problemas na relação profissional/usuário; potencialidades no processo de trabalho dos residentes sob o eixo da integralidade.

### 6.3.1 Problemas na relação entre profissionais

*“A vida é arte do encontro.  
Embora haja tanto desencontro pela vida”.*  
Vinícius de Moraes/Baden Powell

As diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde possuem saberes e responsabilidades diferenciadas que, articuladas, são fundamentais para a realização dos serviços em saúde e para a saúde dos usuários. Porém, o que se observa é que muitas das vezes, estas diferenças causam embates que fazem com que muitas profissões “se fechem” corporativamente, na busca pela manutenção de seu espaço e dos projetos que os possuem (STEPHAN-SOUZA; OLIVEIRA; CASTRO, 2011).

Os embates e exercícios corporativos da prática instituem a centralidade de determinado profissional na equipe de saúde, dificultando o trabalho coletivo e não garantindo atenção integral à saúde da população. Tal pressuposto apareceu na fala de alguns residentes, ao apontarem o lugar clássico e legitimado do médico no processo de trabalho em saúde como um obstáculo para a integração entre as diferentes categorias profissionais:

*Acho que a gente não consegue ainda ter um trabalho no sentido interdisciplinar, das profissões se dialogando... o médico ouvindo o assistente social, ouvindo a psicologia... A gente vê que isto tem melhorado muito, tem se avançado muito, mas ainda não é usual. Acho que algumas profissões ainda estão focadas na questão da doença. Então você realizar um trabalho de educação e saúde, ainda é muito difícil... a gente sempre fala do médico porque acaba que ele é a figura central do hospital né, é o que o usuário procura. O usuário não quer o serviço da psicologia, do serviço social, ele quer do médico, é o que ele acha importante naquele momento. Então você conseguir desconstruir um pouco desta visão ainda hospitalocêntrica mesmo, de só a doença de que a saúde é só ausência de doença, acho que é um obstáculo assim, na relação com o usuário, e acho na relação com a equipe. Acho que isso obstaculariza um atendimento muito de qualidade, né? (RAP2)*

Esse recorte aponta a centralidade médica no processo de cura, que muitas das vezes exclui outros cuidados ao usuário, interferindo significativamente nas relações entre os profissionais do serviço já que o médico é uma das especialidades

que gerencia o processo de trabalho. Por sua vez, o participante destacou que a demanda do usuário nos serviços é justamente pelo médico e não outro profissional da área da saúde. Ou seja, a demanda do usuário acaba por refletir o discurso hegemônico pautado na doença, configurando-se como grande obstáculo no trabalho em saúde.

Sobre este aspecto, Campos (2007) assinala que as necessidades de saúde são constituídas por uma luta de influência entre saberes, interesses econômicos, interesses da população, prática política e profissional e mídia. Resultariam tanto da oferta de serviços quanto da demanda, da pressão social e das lutas políticas por direitos. “A demanda reflete tanto o discurso hegemônico imposto pelas máquinas sociais, quanto o desejo e interesse das pessoas de não morrerem, de sofrerem menos [...]” (CAMPOS, 2007, p. 15), sendo coproduzida, portanto, todo o tempo. Nesta lógica, pode-se dizer que nem sempre o que é colocado como necessidade pelo modelo hegemônico seria de fato o essencial para o usuário.

Favoreto (2008) contribui com seu pensamento, ao afirmar que a hegemonia biomédica da prática clínica, está fundamentada e se legitima essencialmente por sua concepção cientificista, ao construir e reproduzir uma forma particular de olhar e interpretar a realidade, a partir da redução do objeto de trabalho e estudo aos aspectos biomédicos e epidemiológicos. Desta forma, o autor assinala que, para inverter este direcionamento, no sentido de que a “prática médica venha a ter como objeto e objetivo o cuidado integral e a autonomia das pessoas, fazem-se necessárias novas construções teóricas e técnicas a serem incorporadas pelo saber clínico e legitimadas socialmente” (FAVORETO, 2008, p. 102).

Em contribuição a essa discussão, Campos (2007) propõe a Clínica do Sujeito, como alternativa a clínica tradicional ou oficial, que buscaria superar o reducionismo, o mecanicismo, a fragmentação e o tecnicismo biologicista. O objeto da Clínica, neste sentido, inclui a doença, uma vez que não se pode negar a enfermidade, como também o contexto e o próprio sujeito, de forma a reconhecer, interpretar e atuar sobre as necessidades dos sujeitos que buscam atendimento, na direção da integralidade. Para Favoreto (2008) a *Clínica do Sujeito* proposta por Campos (2007) passa a ser entendida como um campo onde “as práticas e saberes biomédicos e não biomédicos interagem, são refletidos e tornam reflexivamente para os cuidadores e cuidados, de modo a promover novas sínteses e modos de atuar em saúde” (FAVORETO, 2008, p. 105).

Dando continuidade aos depoimentos, foi observado que questões relativas às relações de poder aparecem na fala dos entrevistados:

*A gente vê aqui ainda no hospital que o médico ainda se sobrepõe. Você vai conversar com o médico sobre algum paciente “você viu o paciente tal?” Nem leu nossa evolução! (RMS3)*

*Observo uma disputa assim, de se sentir inferior. Tem profissional que fala “ah, mas eu não sou médico, eu não sei o que e tal” “o médico só acha que tem que chegar aqui e ter que mandar”... Daí você começa a notar umas picuinhas “ah porque se fulano não faz eu também não tenho que fazer, se não deixou aqui não sou eu que vou pegar” então existe muito esta disputa o tempo todo. Esta relação entre profissionais é um problema gritante. O que eu vejo aqui é um monte de blocos de trabalho e ninguém se une pra trabalhar junto... (RMS4)*

De acordo com as percepções dos residentes e observações de campo, notou-se que o exercício da prática dos profissionais no HU/UFJF, rotineiramente, reitera a subordinação das diferentes especialidades da área da saúde ao modelo biomédico e também a subordinação dos profissionais não médicos ao profissional médico.

Sobre este ponto, cabe retomar o pensamento de Merhy e Pinto (2007) que afirmam que reconhecer as “tensões e as enormes possibilidades de trabalho vivo nos espaços dos serviços de saúde” (MERHY; PINTO, 2007, p. 7), nos cobra um olhar atento ao conjunto de relações de poder entre as especialidades e “linhas de força” que constituem e atuam sobre estes espaços.

Peduzzi (2007) contribui com este entendimento, ao ressaltar que a “desigual valoração social dos diferentes trabalhos, que consiste na existência de desigualdade entre os trabalhos especializados”, concretamente se traduz em relações verticalizadas entre os profissionais de saúde, o que, “no conjunto, expressa relações de mando” (PEDUZZI, 2007, p. 1-2).

Nessa direção, observou-se que é o saber médico que aparece como campo dominante e que está à frente da estrutura organizacional dos serviços de saúde no hospital universitário. Prevalece, assim, uma tradição tendo em vista que é o modelo biomédico que vem sendo perpetuado nesta instituição formadora da área da saúde. Este modelo hegemônico, que segmenta saberes e indivíduos, obstaculiza a integração das diferentes áreas de conhecimento e atuação na perspectiva da interdisciplinaridade e da própria multiprofissionalidade.

Uma perspectiva inovadora de formação em saúde em contraposição a esta lógica vigente, são os programas de RMS, pois, estes têm como particularidade a vivência do trabalho multidisciplinar.

Na percepção dos residentes da RMS, a vivência do trabalho em equipe foi avaliada em dois principais momentos: a experiência no ambulatório do CAS, no primeiro ano do programa; e a experiência na atenção terciária no HU-Santa Catarina, que compôs as atividades do segundo ano. Leiam-se as falas:

*No primeiro ano foi muito bom o trabalho que a gente fez com a multi no CAS, não foi em função de nada até porque a gente chegou e a gente que criou, a gente montou um monte de ambulatórios, fez muito trabalho bem em equipe mesmo, sala de espera, montou vários grupos de educação em saúde, sabe?! Foi bem legal. Agora aqui (HU- Santa Catarina, atenção terciária) eu não vejo esta questão de multi funcionar... é tudo muito por si! Cada área toma suas próprias decisões. (RMS3)*

*E o grupo de educação em saúde possibilitou esta troca de conhecimentos e o aprendizado com a experiência que a gente teve fez com que a gente tivesse um contato com todas as necessidades dos pacientes ali nestes grupos e foi algo muito interessante. Tão interessante, mas que quando a gente veio pra cá (HU-Santa Catarina, atenção terciária) se perdeu um pouco... e a gente tá assim tentando novamente juntar esta forma de trabalho porque aqui a gente bateu um pouco mais de frente. Lá a gente tinha mais liberdade pra trabalhar... aquela equipe. Aqui a gente bate muito de frente com o poder médico, com o trabalho do médico aqui, né. E aí a gente acaba sendo influenciado um pouquinho “ah pra que a gente vai fazer isso se o paciente não tem prognóstico?”. A gente começou meio que ficar contaminado mesmo com este pensamento hegemônico da medicina. (RMS2)*

Notou-se que o trabalho de grupos de educação em saúde, realizados no ambulatório do CAS, apareceram nos depoimentos, de uma forma geral, como polo principal do trabalho em equipe, pois foi nesse espaço que a prática do trabalho multiprofissional acabou se materializando, de forma a permitir uma visão mais integral. Nesse espaço, foi possível romper com uma visão fragmentada na direção de uma visão transformadora ao profissional em formação. No entanto, na percepção dos residentes, a experiência do segundo ano, tendo como *lócus* de formação o HU-Santa Catarina, não conseguiu dar continuidade ao trabalho até então desenvolvido pela equipe multidisciplinar, no qual a assistência à saúde passa a ser o resultado de um trabalho parcelado em diversas atividades e exercido por distintos profissionais, sob o controle do médico.

Nesse sentido, o processo de trabalho dos residentes no hospital foi analisado como produtor de individualismos e corporativismos, no qual a centralidade do trabalho médico na assistência à saúde reforça a posição hierarquicamente superior deste profissional com relação aos demais e provavelmente é um dos fatores que dificultam o estabelecimento de uma relação cooperativa entre os profissionais/residentes.

No entanto, também foi observado que os relatos apontam uma visão idealizada de se pensar o processo da interdisciplinaridade, por se tratar de uma RMS. Esta visão idealizada deve ser desvelada, tendo em vista que a interdisciplinaridade não está dada; ela deve ser construída nos espaços de atuação pelos residentes.

Reitera-se aqui o pensamento de Ceccim (2005a) que contribui com o mesmo olhar sobre a importância de se vivenciar o conflito e os desconfortos no cotidiano da equipe. Segundo o autor, para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que os profissionais sejam capazes de interrogarem e problematizarem as práticas vigentes no cotidiano do trabalho de cada equipe para, desta forma, poder se “construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade” (CECCIM, 2005a, p. 165), como de outros marcos e ideias dos processos de reforma do SUS. Assim, há que se levar em consideração que estes processos institucionalizados podem ser reproduzidos ou modificados na prática assistencial pelos residentes, tendo em vista a reflexão crítica e produtora de sentido das vivências que a inserção na Residência permite.

Um participante atribui à formação na graduação e o aspecto “cultural” como fatores determinantes para algumas profissões da área da saúde na reprodução de formas hegemônicas de trabalho:

*Acho que é uma coisa meio que de cultura mesmo, de determinadas profissões que vêem o paciente de uma forma mais ampla, mais integral e outras não. Acho que já vem deste da própria faculdade, cultural, uma coisa assim. Então acho que tem que mudar a própria base de formação de cada profissão...tem pessoas que são assim também, são mais abertas ou não gostam de envolver muito com o paciente, são mais fechadas mesmo... Mas eu vejo isso mais de determinadas áreas mesmo. (RMS3)*

Da mesma forma, algumas profissões da área da saúde são apontadas, por outra participante, como mais abertas à proposta do trabalho interdisciplinar:

*Entre profissionais tem certas profissões que se combinam muito bem, que têm princípios parecidos e outros que não. Então psicologia, nutrição e serviço social, eu vejo que a gente consegue trabalhar muito bem. Mas com a fisioterapia eu já vejo um pouco de resistência, porque eles trabalham muito com imagens, com dados e de vez em quando você tenta investir num paciente e eles vêm rebatendo falando que não tem como porque o exame tal prova que não tem como aquela pessoa recuperar mais aquele movimento, que a pessoa não tem mais como recuperar aquela fala. Então tem alguns profissionais que têm ainda este pensamento ainda assim muito focado em exames, e não no paciente em si. De vez em quando só trabalha com os dados ali, mas não vai lá, não faz uma visita ao leito do paciente, não vê o paciente, vê os exames. Então as poucas discussões, não são muitas discussões, mas quando se tem é mais em relação a este problema. (RMS2)*

Entende-se que essa falta de uma abordagem mais integral às necessidades de saúde dos usuários decorre, principalmente, das lacunas provocadas por uma formação profissional pautada em um modelo norte americano de base tecnicista concebido no início do século XX, por Flexner. Sobre esta questão, retomam-se as contribuições de Carvalho e Ceccim (2008) que afirmam que a educação científica em saúde, proposta pelo relatório Flexner, “foi adquirindo um caráter instrumental e de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento” com foco nas intervenções por procedimentos (CARVALHO; CECCIM, 2008, p. 141-142). Assim, o relatório Flexner, além de influenciar o ensino norte americano, influenciou a prática médica mundial, consolidando o paradigma da medicina científica, que orientou e que ainda orienta em muitos lugares o ensino e as práticas profissionais na área da saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b).

Além disso, outros pontos podem ser sinalizados para explicar o descompasso entre a formação dos profissionais de saúde com os princípios e diretrizes do SUS, tais como a falta de uma gestão mais comprometida, a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade e às mudanças em processo, entre outros (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b), o que possivelmente refletem na forma de atuação e trabalho de alguns residentes, como destacados nas falas.

Assim, para aprofundar as experiências de ensino da integralidade, torna-se necessário, “pensar a formação como educação permanente em saúde, colocando o cotidiano do trabalho e os impactos do trabalho sobre o processo saúde doença nas coletividades” (PINHEIRO, CECCIM, 2006 p. 15). Como critério poroso às necessidades sociais e científicas em saúde. Esta perspectiva possibilita “a abertura de fronteiras e a desterritorialização de grades de comportamento ou de gestão do processo de trabalho” (CECCIM, 2005a, p. 167). É neste sentido que os programas de residências, ao fazerem uso do exercício de formação *pelo* trabalho, utilizando o dispositivo da educação permanente, inserem a possibilidade de rompimento com a lógica vigente.

M. E. B. Barros e R. B. Barros (2007) reforçam esta compreensão ao afirmarem que é na situação de trabalho que podemos apreender sua dimensão coletiva, pois:

É nela que os trabalhadores põem em jogo não apenas o que está prescrito para a execução de uma tarefa, seu conhecimento tácito e já codificado, mas outros recursos que possam lhe ser úteis para lidar com o que é imprevisto- não prescrito, portanto. Nas situações de trabalho, os trabalhadores ocupam sempre uma posição singular, já que ali se deparam com o esperado a cumprir, mas também com o que falha, com o que no trabalhar gagueja. E frente aos impasses, interrogações impostas pelo que sempre escapa, que o trabalhador será mobilizado pelo que experimenta dele. A experiência do trabalhar mostra-se então, em sua dupla face – singular e coletiva, indissociável e inseparável – de um pensar, decidir, fazer e avaliar (BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B., 2007, p. 76).

O processo de ensino em serviço, neste sentido, coloca à prova experiências, saberes, prescrições e possibilita lidar com a variabilidade e imprevisibilidade que permeia o trabalho, criando novas formas do mesmo, novas estratégias, em direção à integralidade.

Ao considerar a prática comunicativa como um princípio organizador e de integração da equipe na direção do cuidado integral (PEDUZZI, 2007), conforme já referido neste estudo, cabe pontuar que existem alguns dispositivos institucionais que podem favorecer a comunicação e promover a cooperação entre os profissionais, tais como: a formação de equipes multiprofissionais para a realização de procedimentos especiais, avaliação e orientação de pacientes; a formação de



grupos de estudo multidisciplinares, grupos de discussões de caso, entre outros (SÁ, 2005).

Sobre este aspecto, os residentes de programas específicos afirmaram serem restritos os espaços para ações *entre profissões*, não havendo um momento formal para se discutirem casos, de acordo depoimentos:

*Aqui no HU o trabalho interdisciplinar acontece muito com os pacientes da DIP, do CTI, que estão aí há bastante tempo, mas aquela coisa informal de corredor mesmo, não um momento pra isso. (RMS4)*

*A maioria destes momentos de troca são totalmente informais entre os profissionais, não é uma coisa planejada, estabelecida, de sentar, de avaliar, de ver o que está evoluindo, de ver o que pode melhorar, o que pode mudar. Ali na rotina mesmo, é completamente informal [...] (RAP4)*

*[...] Não há reuniões, um momento pra se discutir caso. É tudo boca a boca mesmo [...] (RMS3)*

*Infelizmente na residência do Adulto não tem um momento pra se discutir casos. A gente começou com uma ideia de um projeto de até fazer discussão de caso, né. Tem a Multiprofissional e tem a Saúde do Adulto. Então na Saúde do Adulto se nós fossemos fazer o nosso estudo de caso, quem preparou e viu todos os lados, foi eu e minha colega XXX né. Então a gente que fez o caso inteiro, então a gente teve que colocar o nosso caso, a parte da psicologia, do serviço social, da farmácia...a gente então tentou fazer o estudo de caso, mas a gente que apresentou tudo, não teve discussão do caso. E as pessoas que foram assistir, elas não participaram com discussões, elas só receberam informação. Então a Multiprofissional até tem um trabalho deste, mas infelizmente não está na nossa carga horária pra gente poder participar. Foi até permitido isso pra gente “ah vocês querem participar desta parte da multiprofissional?” só que não foi retirado nada da nossa carga, né?! Então assim a gente tinha que acrescentar esta nossa participação. Então isso é uma coisa que falta mesmo na nossa residência específica, é esta discussão de caso, com os preceptores mesmo não existe, com os tutores da universidade, eles quando encontram com a gente na maioria dos casos é pra orientação de TCC, entendeu?! (RAP4)*

A partir dos relatos e da própria observação, pode-se salientar que a falta de espaços para compartilhamento de dúvidas e discussão de condutas com a equipe em determinados setores do HU/UFJF raramente fazem parte do processo formativo dos residentes do programa específico e residentes médicos. Outro exemplo a ser citado é o CTI (Centro de Terapia Intensiva), que é caracterizado como um lugar potencialmente estressante por serem vivenciadas situações limites o tempo todo.

Neste setor, as discussões de condutas com a equipe e familiares acontecem de forma esporádica. A segmentação entre residentes médicos e residentes de outras áreas da saúde neste serviço é evidente.

Nas falas de alguns participantes médicos, pode-se ressaltar esta falta de integração com outras áreas, ao recortarem a importância das discussões de caso que há no setor, somente entre as especialidades médicas:

*Geralmente nas visitas... Todos os dias nos temos as visitas, né?! Então a gente discute os casos eu a XXX que estamos rodando, e os chefes do serviço. Então todas as especialidades aqui a gente tem esta supervisão, as discussões de caso, no CTI diariamente, tanto com os horizontais, que são os chefes do CTI como também com os plantonistas, que são os chefes do dia... Nas corridas de leito também... É mais isso mesmo... (RM2)*

Segundo relato de um residente havia naquele momento, no CTI, um trabalho mais próximo dos médicos com os residentes do Serviço Social. No entanto, ao longo das entrevistas, poucos foram os momentos em que os residentes médicos enfocaram a importância na realização dos seus trabalhos com o Serviço Social ou outras áreas. De uma forma geral os discursos de integração se apresentaram restritos as diversas especialidades médicas.

Por outro lado, o Seminário Integrador é considerado um destes dispositivos para a realização de discussões de casos entre as diferentes áreas que compõe a RMS, com o objetivo de compartilhamento de saberes e formulação de ações interdisciplinares (BRAGA, 2012).

Porém, os residentes enfrentavam dificuldades de comunicação no próprio seminário, que tem sido regido por pontos de vistas particularizados sob a marcante influência biomédica, como destacado no depoimento:

*Entre profissionais eu acho que esta questão do diálogo não é fácil, né?! Tem um potencial enorme, mas não é uma questão fácil. Então a gente encontra algumas dificuldades, por exemplo, no próprio dispositivo que a gente tem aqui que é o Seminário Integrador, uma reunião multiprofissional, onde a gente discute um caso, elege um caso, cada um monta sua intervenção e aí a gente discute. É muito rico, mas às vezes a gente vê divergências de uma área muito mais biomédica, ou então uma pessoa que tenha mais este perfil [...], ou seja, uma luta muito grande você desenvolver este diálogo quando tem um paradigma que impõe tanto. E aí pelas próprias características pessoais de cada um... Pessoas muito fechadas pra esta construção que até vai te escutar falar, mas "eu vou continuar*

*agindo do meu jeito e pronto!” E aí o usuário deixa de ser o foco... Então a gente tenta trazer ele como foco no Seminário Integrador porque independente do que eu penso e você pensa, o que que está sendo melhor pra ele? Mas isso muitas vezes fica só ali também... (RMS1)*

De acordo com Sá (2005) estes espaços e mecanismos “agregadores” são potenciais e favorecem a cooperação, a comunicação e o compartilhar de decisões no processo assistencial. Contudo, a autora nos alerta para seus limites, tendo em vista que:

Não raro estes dispositivos acabam por se transformar em espaços meramente formais, ritualísticos, esvaziados não só fisicamente, pela baixa frequência de participações/baixa “adesão” dos profissionais, como também esvaziados simbólica e politicamente enquanto espaços de possibilidade de exercício de autonomia/poder, de criatividade e construção coletiva. (SÁ, 2005, p. 62).

Para a autora, a cooperação, assim como a solidariedade e o cuidado nos serviços de saúde depende “não só de dispositivos, mas de disposição. Disposição do sujeito para “se abrir” ao outro, disposição para buscar no outro o que ele não sabe ou o que lhe falta” (SÁ, 2005, p. 62). Nesse sentido, não se pode esperar que houvesse a cooperação entre profissionais, quando se predomina uma ideia de autossuficiência ou quando não se tem uma “curiosidade genuína” (SÁ, 2005, p. 62) que os estimulem ao diálogo e interação com outras profissões. Do mesmo modo, a autora afirma que não se podem esperar comportamentos solidários e cuidadores de quem não consegue enxergar no sofrimento do outro a sua própria precariedade (SÁ, 2005).

O pensamento de Sá (2005) vai ao encontro do que foi exposto no depoimento, já que além das discussões de caso serem fortemente direcionadas para uma concepção biomédica, parece haver também uma acomodação e certa passividade de alguns residentes diante da necessidade de reciclar sua prática, de buscar novas tecnologias, novas formas de fazer e principalmente novas formas de ser no trabalho. Posicionamento este, associado por alguns participantes, pela subjetividade de cada profissional.

Nesta direção, Ceccim (2005a) assinala a necessidade de se considerar o cotidiano como confronto permanente dos modos instituídos no trabalho em saúde, tomando as relações “como lugar de problematização, de abertura para a produção

de subjetividade e não como conformação” (CECCIM, 2005a, p. 166-167). Os autores Pinheiro e Ceccim (2006) complementam este pensamento ao afirmarem que para ocupar lugar ativo da educação permanente, precisamos “trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos e se incomodar com as cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 16).

Assim, acredita-se que para além das teorias, conceitos e dispositivos *agregadores*, como é o caso do *Seminário Integrador*, é preciso contar com indivíduos sensibilizados e abertos para a recriação do conhecimento adquirido na teoria e na prática individual, a partir de uma elaboração conjunta.

Além disso, cabe reafirmar que a criação ou ampliação de mecanismos/canais de comunicação, são imprescindíveis, tendo em vista que o confronto de ideias permite a desestabilização necessária para que os profissionais comecem a refletir sobre os saberes e fazeres específicos. Assim, sendo, as dificuldades são esperadas e devem ser aproveitadas na construção da interdisciplinaridade.

Ainda com relação à prática comunicativa, outro entrave foi exposto por uma residente. Segundo ela, os termos técnicos utilizados por cada especialidade da área da saúde podem obstaculizar a comunicação e cooperação entre profissionais, conforme destacado no fragmento:

*As pessoas têm muitas dificuldades de muita comunicação. Dentro de uma equipe o que a gente tentou muitas vezes fazer na residência é falar em termos que o outro pudesse compreender, por exemplo, vinha o fisioterapeuta e falava tantos termos técnicos, pra gente discutir um caso e nós ficávamos assim de boca aberta “o que que é isso?” e você sem entender a condição do paciente... Eu tentei muitas vezes traduzir, sem deturpar um conceito pra que o outro pudesse entender, então esta dificuldade de comunicação... (RMS1)*

Sobre o que foi exposto no fragmento, entende-se que, quando o trabalho ainda é regido por pontos de vista particularizados e a linguagem não é unificada, os resultados aparecem segmentados e aquém do esperado para a concretização de um trabalho em equipe que implique integração, participação e continuidade de ações efetivas.

Retoma-se aqui Merhy (2002) ao afirmar que o trabalho vivo<sup>21</sup> operando no processo de trabalho e os atos comunicativos que preenchem estes espaços propiciam o uso dos saberes e recursos de todos os atores envolvidos para, criativamente, produzir cuidado. Ou seja, o trabalho vivo em ato desafia e tensiona o instituído, os atos normativos, a todo encontro. Em contrapartida, os autores Cavalcante Filho e outros (2009), afirmam que:

Se o profissional de saúde ficar preso à ação burocratizada, ao ato normativo, não reconhecerá como sua competência de ação o reconhecimento deste espaço para o diálogo público, que abre novos sentidos para sua relação com o usuário. Se o trabalhador não significar esta competência, de reconhecer o movimento de construção social das necessidades de saúde, não conseguirá acolhê-las, independentemente dos atos normativos e dos modelos. (CAVALCANTE FILHO et al., 2009, p. 319).

O tensionamento entre as diferentes áreas da saúde e a ação burocratizada que impede a realização de um trabalho resolutivo, pautado em um cuidado integral, foram avaliados por alguns residentes como uma das dificuldades enfrentadas, conforme constata-se nas falas:

*Acho que sair um pouco do meu lugar. Acho que as pessoas ficam muito engessadas no que é meu, no que eu posso fazer, no que eu dou conta, e esquece que esta pessoa (usuário) precisa de ouvir minimamente um direcionamento, ter um direcionamento. Às vezes o usuário fica como uma bolinha de ping-pong pra lá e pra cá e ninguém resolve: “agora não é mais comigo, é com o outro”. Falta mesmo de vontade... de achar que é responsabilidade do outro e não é minha. (RSM1)*

*Um dos obstáculos é a burocracia extrema... é você fechar uma visão, um recorte, um cenário, uma cena...porque quando a gente vai trabalhar isso não é estático. (RAP4)*

*Entre profissionais eu acho que acontece uma verdadeira disputa de áreas... a gente observa isso todos os dias. Então por exemplo, o usuário ele não é pensado, é pensado o trabalho que se tem. Então vamos supor, a fisioterapia vai trabalhar com o paciente. A fisioterapia vai precisar de movimentar o paciente, de descobrir o paciente, de tirar alguma coisa que não estava no lugar...aí a enfermagem, ou os técnicos de enfermagem já não gostam porque acabaram de ir ali arrumar o paciente, aí eles vão falar “ah vocês acabaram de desarrumar de novo!”. Então entre profissionais existe esta disputa, ninguém quer ter trabalho...então assim, cada um faz o seu mas não deixa trabalho pro outro...esta disputa é diária! (RMS4)*

<sup>21</sup> Entende-se por trabalho vivo o trabalho que ocorre no momento do ato produtivo (MERHY, 2002).

A partir destes depoimentos e da observação nos serviços, notou-se que a prática tem mostrado um não aproveitamento por parte dos profissionais de saúde e dos próprios residentes, das ricas oportunidades de melhorias, criação, crescimento pessoal e profissional existentes nas relações cotidianas, resultantes dos vários encontros feitos com a equipe, e desta com o usuário.

Para Rossi e Lima (2005), as dificuldades de se romper com os processos institucionalizados devem-se ao fato de os aspectos concretos e estruturados darem mais segurança aos indivíduos, “tendo em vista o receio e a resistência em se desestabilizarem e se lançarem rumo a novos caminhos” (ROSSI; LIMA, 2005, p. 463). No entanto, o autor Merhy apud Caballero e Silva (2010) contribui com essa discussão ao afirmar que em se tratando de um processo de ensino no trabalho em saúde, como são as Residências, a educação no trabalho deve ser um exercício de atenção “às tentativas de captura dessas fugas aos modelamentos hegemônicos” (MERHY apud CABALLERO; SILVA, 2010, p. 65), sendo que diversas conformações legais e normativas agem nessa direção. Deste modo, é importante reconhecer que “mesmo em lugares em que as atividades encontram-se bastante enrijecidas e previstas, o trabalhador tem oportunidades de singularizar o processo de cuidado que desenvolve, escapando às normativas” (MERHY apud CABALLERO; SILVA, 2010, p. 65).

Um participante chamou a atenção para a relação existente entre profissionais com diferentes papéis e vínculos de trabalho na instituição, que por si só, já resulta em relações de poder e conflitos:

*A gente trabalha dentro de uma instituição que trabalha profissionais contratados, profissionais concursados e os próprios residentes, estagiários. Isto já gera uma disputa... (RMS4)*

Nessa direção, uma das críticas expostas remeteu-se à relação existente entre os próprios residentes e destes com os profissionais contratados dos serviços, conforme depoimentos:

*Entre os residentes, tem a questão da superioridade médica, entre os profissionais do setor, eles se acham os donos, a gente não sabe nada, só eles que podem mexer no paciente [...]. (RMS3)*

*Entre residentes eu não vejo tanto porque eu vejo uma equipe muito unida, igual eu te falei, a gente é mais aberto a mudança do que os*

*profissionais que estão aqui. Agora entre profissionais eu vejo que muitos não entendem o que o outro está fazendo, porque o outro também não passa a importância daquilo que ele está fazendo ou não avisa. Vou dar um exemplo, a fisioterapia vai lá e não fala porque que deixou o paciente naquele decúbito, o técnico de enfermagem que vai trocar a fralda daquele paciente não vai voltar ele para aquele decúbito porque ele não sabe qual a importância daquilo. Se não é passado pra equipe, na hora que for fazer uma troca de fraldas ou tiver que mobilizar o paciente, ele não vai voltar, porque ele não tem a dimensão do quanto aquilo é importante. Eu vejo as áreas muito recortadas, cada um no seu quadrado e sem interação. Eu vejo isso como um grande empecilho pra se prestar esta assistência de qualidade [...] (RAP4)*

*Entre os profissionais, acho que a dificuldade é o trabalho em equipe mesmo. O mais difícil eu acho é trabalhar com o outro, quando você vê que não dá conta no serviço inteiro, então você precisa de outras pessoas, só que o outro encara aquilo como se tivesse fazendo um favor pra você e não atendendo o paciente, né?! [...] porque eu estou vendo isso acontecer, porque a gente como residente acaba que você não se envolve com os profissionais do setor, né?! Você está lá dentro, mas você fica meio em cima do muro e acaba que você absorve os problemas de todos os lados. (RAP3)*

*Tem esta questão do respeito mesmo... igual, por exemplo, eu estou lá no CTI. Têm profissionais que são fixos de lá, os profissionais da Fundação (profissionais contratados pela Fundação Hu), eles se acham os donos do CTI. Às vezes eu estou com um paciente, chega não quer nem saber se eu estou ou não atendendo, já chega, vai dando medicamento, não fala nem bom dia nem boa tarde. Esta questão dos residentes lá, a gente passa um pouco de aperto, principalmente no início que eles não conhecem a gente, não valoriza mesmo, às vezes tem dia que nem cumprimenta. Eu já passei vários perrengues lá mesmo, que eles não estão nem aí pra gente, acham que os pacientes são deles, o que a gente vai fazer eles acham que não tem importância. Piadinha eu escuto direto no CTI com relação a fisioterapia mesmo, sabe?! Igual, por exemplo, tinha um paciente lá que disse “mexe na minha perna!”, um paciente que tem uma doença neurológica que tem um comprometimento musculoesquelético mesmo, de força. Aí eu falei, “agora não da porque eu estou com o paciente da frente”. Aí pediu pro técnico mexer. Aí depois eu fiquei escutando piadinha “ah porque qualquer pessoa pode fazer fisioterapia, não precisa estar 5 anos pra fazer fisioterapia”...estes tipos de piadinhas são geralmente os técnicos que são fixos lá, entendeu?! Pra mim lá o problema do CTI são os técnicos. (RMS3)*

A partir dos fragmentos e da observação nos serviços, ficou evidenciado que, na relação entre os próprios residentes, principalmente aqueles vinculados aos mesmos programas, havia uma cumplicidade que os permitia compartilhar informações e saberes na busca de uma integração, norteadas pela integralidade da saúde. Tal perspectiva é observada na relação entre os residentes da

multiprofissional, entre os residentes que compõe o programa específico e entre os residentes médicos. Porém, o que se percebeu na relação de residentes médicos com os residentes da multiprofissional e áreas específicas, foi que estas relações, ainda eram marcadas pela subalternidade, com destaque para a superioridade médica no processo de trabalho dos mesmos. Esta falta de integração entre residentes médicos e residentes não médicos<sup>22</sup> não corresponde ao eixo orientador da Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007a) que afirma a necessidade de articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional com a Residência Médica.

Já a relação dos residentes, principalmente os não médicos, com os profissionais dos serviços era bastante conflituosa, conforme exposto nos depoimentos. Outro participante reforçou esta percepção ao atentar para as relações existentes entre profissionais contratados dos serviços e os residentes que atuavam conjuntamente no hospital universitário:

*Aqui o hospital é universitário, mas não são todos os profissionais que estão abertos e receptivos pro residente. Entre profissional, eu acho que o primeiro de tudo é ter que entender que isso aqui é um hospital escola, então que vai ter muito acadêmico, muito residente...tem que supervisionar mesmo o residente, estar junto com o residente, trocar ideia, não olhar só de cima, tudo bem que sempre vai ter uma pessoa que gerencia o setor né, mas pode interagir com o residente pra ver o que vai ser feito. (RAP4)*

A queixa do participante foi a de que nem todos os profissionais que trabalhavam no hospital universitário compreendiam os espaços coletivos ou dos serviços como cenários das práticas de ensino das residências, evidenciando-se em tensionamentos nas formas de se relacionar entre profissionais contratados e residentes.

A relação de disputa e descompromisso dos profissionais no processo formativo dos residentes pode ser entendida por uma gama de fatores. Estes vão desde a não compreensão do papel do residente na instituição, da falta de compromisso dos profissionais com as causas descritas constitucionalmente e com o próprio SUS, até as questões financeiras e de instabilidades no trabalho, que

---

<sup>22</sup> Cabe ressaltar que esta realidade, não se refere às relações entre os residentes do serviço de Pediatria, por comporem uma equipe que se aproxima do que Campos (2007) denomina de equipe de referência. Este ponto será mais bem explorado na subcategoria *Potencialidades no processo de trabalho dos residentes sob o eixo da integralidade*.



contribuem para o pouco envolvimento dos mesmos na prática formativa, entre outros.

Diante deste fato, compartilha-se do pensamento de Farah (2003) ao afirmar ser fundamental, nos dias de hoje, que qualquer instituição de saúde tenha um projeto de educação permanente aos seus servidores, de forma a promover a verdadeira integração ensino-serviço. Assim, viabilizar a capacidade pedagógica por toda a rede SUS é compreender que o ensino deve ser transversal ao serviço, ou seja, os serviços de saúde como cenários de aprendizagem, devem ser organizados de forma a abranger no processo cotidiano das práticas assistenciais, os trabalhadores de saúde, o que implica a responsabilização e compromisso dos profissionais que ali atuam na construção de processos organizacionais condizentes com os princípios do SUS e com política de uma educação permanente.

Porém entende-se que todo encontro, seja na relação entre residentes/preceptores, tutores; entre residentes de diferentes especialidades, entre acadêmicos/educadores; profissionais/residentes etc., não ocorre sem conflitos. O conflito é evidenciado pela disputa, tensão, contudo é somente através dele que podemos produzir alternativas e conceitos (CECCIM, 2005a), caminhando para uma pedagogia rizomática na prática educativa: da resistência, da flexibilização das fronteiras disciplinares e revitalização do instituído (BARROS, 2006).

Neste horizonte, abre-se uma diversidade de possibilidades de trocas enriquecedoras por meio da constituição de equipes de trabalho que agreguem e integrem residentes da RMS, residentes de área profissional, residentes médicos, estudantes de graduação, profissionais do serviço, juntamente com a colaboração de docentes e preceptores.

No que tange as propostas citadas pelos residentes para superar os obstáculos percebidos e as forças instituídas na relação entre profissionais, foi citado à importância da formação, de salários mais igualitários, de espaços formais de reunião para discussão de casos com a equipe e a sensibilização do outro (médicos, fisioterapeutas e áreas afins) para uma maior abertura das ações, a partir de uma elaboração conjunta. Leiam-se as falas:

*Eu acho que não existe uma receita pra mudar esta situação. É uma das coisas que mais me inquieta no meu dia a dia mesmo. Não adianta a gente bater de frente, tentar impor sua visão porque também quem garante que sua visão esta certa. Mas é de tentar*

*minimamente, se você acredita naquilo, você tentar sensibilizar o outro. É o que eu falo que a tecnologia leve ela é bem difícil de colocar em prática porque não tem esta receita. Vai depender do que é de cada um né?! Mas acho que quando você vai tentando ali não bater de frente, cativar o outro profissional e de repente mostrar uma coisa que está dando certo é um caminho...eu acho. Muitos médicos, por exemplo, acho que eles são muito fechados. Aquela coisa, acho que eles não querem discutir, mas se você chega com jeitinho...é um absurdo a gente ter que chegar sempre com jeitinho e pedi com jeitinho mas este é um caminho. Não de você chegar se desvalorizando, mas de você chegar assim tento uma leitura crítica de que aquilo é difícil mesmo, de que a formação deles é assim e que você vai começar tentar a estabelecer um diálogo...às vezes uns vão se abrindo. (RMS1)*

*Pra mudar esta situação acho que é a gente não desistir, continuar insistindo naquilo que a gente acredita ali porque senão a gente acaba sendo contaminado ali. Igual quando a gente chegou aqui (HU) a gente foi meio contaminado por estes dados “ah por que investir em uma pessoa que não tem prognóstico?”[...] (RMS2)*

*Então o mais difícil entre os profissionais é o trabalho em equipe, a convivência... pra mudar esta situação acho que seria mais conversa né?! Acho que o certo seria fazer mais reuniões com a equipe inteira e colocar mesmo em questão, o que tem dado certo no nosso trabalho e o que que tem atrapalhado. (RAP3)*

*Uma coisa que eu tenho assim, não só dentro da área de saúde como em qualquer área, eu acredito que pra melhorar a assistência, a qualidade da assistência, precisa de acabar com a instabilidade de trabalho, porque a pessoa se acomoda, ela acha que vai ser mandada embora, aí ela acha que o salário dela é pequeno então eu vou fazer o básico porque tá bom. Agora pra acabar com estes problemas de disputas entre profissionais, não sei se seria a questão de salários mais igualitários, não sei se seria condições de trabalho melhores. Eu não sei dizer o que que seria na verdade... (RMS4)*

Em suma, entende-se que embora exista um amplo reconhecimento sobre a pertinência da proposta do trabalho em equipe de saúde, sabe-se que este se constitui como um desafio, pois como afirmam Pinto e outros (2007), nem sempre há coincidências entre os saberes, lógicas e interesses que presidem as ações dos trabalhadores e muitas vezes essas ações não são orientadas na perspectiva das necessidades de saúde dos usuários.

Compartilha-se do pensamento de Ferreira (2007) ao afirmar que a interdisciplinaridade apresenta-se como um ideal de prática que deve contar com a vontade de colaboração, cooperação, de diálogo, de abertura ao outro. Para isso, torna-se necessário, na formação, elaborar programas que flexibilizem o saberes para a possibilidade de pensar a saúde de uma forma ampliada; no serviço os

trabalhadores devem desenvolver uma conduta maleável para a construção coletiva de novas ações que garantam atendimento integral à população (FERREIRA, 2007). Ao mesmo tempo é necessário que as residências, ao utilizarem o referencial da educação permanente, possam introduzir a experiência da problematização e reflexão crítica para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar de práticas cuidadoras.

Pensar criticamente sobre todas estas questões colocadas permite ao residente deslocar dos lugares em que muitas vezes o profissional de saúde se coloca – ou seja, lugar de recusa, de contestação ou de queixa – em direção a novas formas de responsabilização com o usuário.

### **6.3.2 Problemas na relação profissional/usuário**

Nos últimos anos tem sido crescente a preocupação dos gestores com a qualidade e integralidade da assistência, o acolhimento e principalmente a “humanização” nos diversos níveis do SUS. Tais temas vêm ocupando uma posição cada vez mais de destaque na agenda de discussões não só acadêmicas, mas setoriais.

Nesse contexto de mudanças, como o atual, acredita-se que entre os múltiplos cenários de atenção a saúde, é justamente nas instituições hospitalares que se concentram os desafios mais significativos quanto às propostas “humanizadoras” da assistência. Isto porque, o hospital como afirmam Feuerwerker e Cecílio (2007) tem sido um local de resistência, de reprodução da lógica hegemônica de organização do trabalho em saúde e, também, um espaço privilegiado para a incorporação maciça de tecnologias que não correspondem às expectativas quanto às experiências de aprendizagem que o hospital, como instituição formadora, deva propiciar.

Nessa direção um participante avaliou que as práticas da *comunicação* e do *reconhecimento do outro*, já naturalmente frágeis nesses espaços, acabam se tornando grandes obstáculos na relação do profissional com o usuário no HU/UFJF:

*O primeiro problema que eu observo na relação profissional/usuário é falta de humanização. O paciente ele está no hospital, ele é um objeto de trabalho “ai eu tenho que ir lá, porque 8 horas eu tenho que dar banho, ele tem que ficar limpo e pronto e acabou”. Não quer saber se aquele momento é o momento ideal pra dar banho, ou se aquele momento não é um momento ideal pra fazer um atendimento. Entra às vezes 15 alunos dentro do quarto e vamos todo mundo discutir o caso do paciente na frente dele... então não existe tratar o paciente como um paciente, existe tratar o paciente como um número de leito, é o paciente tal. Eu acho que este é o primeiro problema. Enquanto o paciente não for visto como um ser humano, que está frágil, que está precisando de ajuda, que não está aqui porque ele quer, não vai ter pra mim assistência de qualidade. (RMS4)*

A questão da humanização tem sido cerceada, nos últimos anos, por diversas iniciativas setoriais, de forma a lhe conferir um tratamento politicamente mais efetivo e abrangente. Por parte do Ministério da Saúde, pode-se destacar a criação, em 2001, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001) e a atual Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe que a humanização seja vista “não mais como um programa, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS” (BRASIL, 2004c, p. 6). Este entendimento da humanização como diretriz política implica traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações interprofissionais e entre estes e os usuários, nas diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS, tendo como compromisso duplo “a produção de saúde e produção de sujeitos” (BRASIL, 2004c, p. 7). Tomar, portanto, a Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, é ter como padrão na atenção “a construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos” (BRASIL, 2004c, p. 8) entre profissionais e usuários e entre os diferentes profissionais.

No entanto, tais aspectos foram percebidos como fatores de dificuldades na relação entre profissional/usuário, conforme fala de um participante:

*Na relação profissional/usuário o que eu vejo é a falta de respeito, de vínculo. Isto é fundamental e muitas das vezes não existe. (RMS3)*

Além da falta de respeito e vínculo, a falta de paciência também foi destacada como um dos fatores problemas na relação profissional/usuário, conforme se observa nas falas:

*Na relação profissional/usuário...acho que o maior problema é quando o profissional não consegue passar pro usuário a situação que está acontecendo com o paciente, com o familiar. Acho que quando não se faz entender, por vários motivos...alguns por falta de tolerância, outros por falta de paciência de explicar direito as coisas, não fazem como deveria ser feito...às vezes, até pelo próprio paciente que é muito humilde e às vezes não entende a gravidade do problema, acho que a limitação das pessoas também, não só do profissional. (RM1)*

*No geral, observando eu acredito que falta um pouco de paciência, um pré-julgamento que alguns profissionais fazem do usuário. Às vezes o paciente tá questionando muito, aí as pessoas já julgam ele como uma pessoa chata. Às vezes ele tem algum problema mental, que tá questionando muito, “aquele paciente é muito enjoado!”. Então o julgamento que o profissional faz do paciente é talvez o que mais atrapalha. (RAP3)*

Esse tratamento desrespeitoso, sem acolhimento e vínculo com o paciente, se legitimou nos últimos séculos, centrando a atenção na doença e na incorporação e valorização de uma tecnologia instrumental, diagnóstica e terapêutica, que significou o que Merhy (1998) chama de “medicina centrada no procedimento”.

Em uma lógica centrada no procedimento está implícito a hierarquização dos saberes biomédicos, que acaba por excluir e fragmentar outros saberes e fazeres, incluindo o do usuário, o que se opõe às ideias agregadas sob o rótulo da humanização, do cuidado e da integralidade.

Na percepção dos participantes, a falta de humanização e acolhimento dos sofrimentos individuais está muito presente entre os residentes médicos. Um participante chamou a atenção para a dificuldade que a especialidade médica tem em lidar com uma abordagem mais integral do adoecimento, e, por conseguinte, promover um cuidado mais efetivo às pessoas:

*Eu vejo como um entrave, este trabalho ainda focado na doença, e a gente têm batido muito de frente com isto aqui. Vou exemplificar que é melhor. Teve um paciente aqui que teve alta e a família não teve condições de estar levando o paciente pra casa naquele momento, então pediu pra que o paciente ficasse uns dois dias pra que o familiar pudesse ajeitar, poder organizar a casa, estruturar pra poder estar recebendo bem o familiar em casa. Isso é considerado uma alta*

*social, é o que falam aqui, que quando por algum motivo há necessidade de adiar a alta. E os médicos não levam muito isso em consideração. Eles sempre vêm com o discurso do risco de infecção hospitalar, da ocupação do leito, que este paciente vai estar tirando a oportunidade de outro paciente estar naquele leito e o grande problema, eu acho, que bate novamente nesta situação da medicina ainda estar muito focado na doença, estar muito focada só no processo de curar. "Curei, mando pra casa, não quero mais saber"... este é o grande problema que a gente tem tendo. (RMS2)*

Segundo Camargo Júnior (2003), o complexo médico industrial, que opera na atenção a saúde, tem em seu interior elementos constituintes que são importantes obstáculos à proposta da integralidade, dentre eles o modelo teórico conceitual que o articula: a biomedicina. A ênfase que a biomedicina promove nos aspectos biológicos, centrando sua atenção na doença, na lesão e na incorporação de uma tecnologia instrumental, diagnóstica e terapêutica, afastou o sofrimento como objeto de ação (FAVORETO, 2008).

Nessa mesma direção, Silva Júnior, Merhy e Carvalho (2007) afirmam que na verdade, há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com o sofrimento, pois, não são educados pra lidar com esta dimensão; "preferem lidar com a doença na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e ponto de intervenção sobre as lesões e disfunções detectadas" (SILVA JÚNIOR; MERHY; CARVALHO, 2007, p. 125). Essas questões foram pontuadas por um participante, conforme fala a seguir:

*[...] Então as pessoas acham que conversar e ouvir é função do psicólogo, se a pessoa está se queixando de uma dor, isto é função do médico, não é meu! (RMS2)*

Apesar de a biomedicina eleger a categoria doença como seu objeto de estudo e intervenção e induzir ao distanciamento dos sujeitos, é importante ressaltar que a dimensão do sofrimento está, inerentemente, presente no cotidiano da prática dos médicos e demais profissionais (FAVORETO, 2008). Nesse sentido, um profissional que atende somente as demandas pontuais do usuário, perde o olhar global do processo saúde-doença, que não deve se restringir somente ao processo de cura, mas a heterogeneidade relativa aos aspectos do cuidado e atos de produção de saúde. Isto não significa que os profissionais de saúde tenham que se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-

diagnóstico, se faz necessário uma sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com o paciente, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença.

Na percepção dos entrevistados, outro entrave no processo de produção do cuidado humanizado e integral, é relativo à orientação produtivista no trabalho em saúde, particularmente no trabalho médico, conforme fragmentos a seguir:

*Na residência médica eu não vejo isso (humanização). Na residência médica eles têm que atender volume, “olha vocês têm tantos pacientes pra atender, não dá pra ficar de conversinha com paciente, vamos agilizar o processo”. (RMS4)*

*A gente vê cada vez mais a lógica privatista invadindo os espaços públicos né então você tem que atender de acordo com produtividade, você tem que ter tantos atendimentos... A gente fala muito do médico, cobra muito deles, mas esta é uma realidade deles também de ter que operar, ter que atender, esta rotatividade, isso tudo acaba influenciando. (RAP2)*

Segundo Cavalcante Filho e outros (2009) a produção de procedimentos apoia-se num mercado que associa a remuneração a esta produção e que, ideologicamente, transfere ao senso comum à ideia da saúde enquanto mercadoria e não como um direito (CAVALCANTE FILHO et al., 2009). Neste sentido, esta lógica produtivista diz de uma orientação para com os fatores externos ao encontro, como a técnica, a rotina, o protocolo, entre outros, excluindo o cuidado para com o outro, o diálogo e vínculo necessários à produção dos atos de saúde humanizadores e integrais (CECCIM; MERHY, 2009). Estas questões vão ao encontro do pensamento de Feuerwerker (apud CABALLERO; SILVA, 2010) ao afirmar que o perfil dos profissionais de saúde é conformado pelo mercado e pelas corporações, que incentivam a hiperespecialização e a privatização de interesses na saúde.

Em face dessa realidade, soma-se a interessante observação de Deslandes apud Sá (2005) ao analisar o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar do MS/2000. A autora “critica certa idealização da comunicação – referência central da proposta – baseada numa suposta simetria entre os sujeitos” (p.68), uma vez que para a mesma, questões de natureza sociológica como o jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, as diferenças de gênero e status social podem se constituir em obstáculos importantes ao diálogo.

Essas questões apareceram na fala dos entrevistados, como pode ser observado nos seguintes depoimentos:

*[...] As pessoas têm muitas dificuldades de muita comunicação. O profissional não fala a mesma língua do usuário, ele tem um linguajar todo particular [...] e o usuário fica sem saber. (RMS2)*

*Na relação profissional/usuário, esta imposição do profissional sobre o saber do usuário é um massacre! Você pergunta “o que você está sentindo?” Mas se você pergunta o que ele está sentindo sem ter o menor interesse no que ele está sentindo, isto meio que já tá imposto, e ele não vai te falar o que ele está sentindo. E aí você escuta “mas eu perguntei pra ele!” Mas tem uma coisa já estabelecida e que funciona assim que é um massacre do saber, principalmente do saber médico, mas eu digo do saber profissional sobre o saber do usuário. E aí tem uma ex-preceptora minha que uma vez ela me falou isso e me marcou: que o usuário se cala frente à tecnologia hospitalar. A gente vê isso. “Você entendeu?” “Entendi” Mas se você perguntar um segundo depois ele não sabe te falar o que ele entendeu. Ele não entendeu, ele ouviu você falar alguma coisa e às vezes o usuário se abre com a gente da psicologia porque você chega com uma disposição maior pra ouvir e você pergunta “você colocou estas questões pro médico?” Não ele não colocou... e o fato é que se ele colocou isso não faz a menor diferença também. (RMS1)*

Neste último depoimento evidenciou-se na percepção do residente o uso do saber como instrumento de poder e obstáculo na relação profissional/usuário. Ou seja, a utilização do saber como um diferencial dentro das instituições onde quem não tem um saber formalizado, quantificado, nomeado, reconhecido como tal, ocupa o lugar de submissão, perde a voz. Sabe-se que o exemplo mais gritante desta equação *saber = poder* nas instituições de saúde é a relação médico-paciente, onde frequentemente o paciente é convocado à passividade; à aceitação daquilo que lhe é oferecido e determinado uma vez que está destituído do saber sobre si mesmo; saber este de posse da medicina e áreas afins.

Favoreto (2008) contribui nesta perspectiva ao afirmar que a tríade medicina-ciência-poder influencia no modo do médico olhar para o mundo e expressar-se usando uma linguagem própria e codificada para este saber, o que coloca médico e paciente numa posição de distanciamento. Isto determina pouco espaço para que o profissional assuma a existência do paciente como sujeito na explicação e intervenção sobre o adoecimento. O encontro entre profissional e paciente passa a ser, desta forma, limitado pela busca de diagnóstico e tratamento,



bem como predomina uma comunicação informativa, investigativa, normativa e limitadora da liberdade e autonomia do outro, a partir da desvalorização da importância de uma sabedoria prática do paciente sobre seu processo saúde-doença (FAVORETO, 2008).

Nessa direção, Merhy e Pinto (2007) lembram que:

O tema do trabalho vivo em ato não traz consigo nenhuma valoração positiva sobre a produção do ato de cuidar, pois podemos com nosso trabalho vivo em ato produzir “cuidados descuidadores”, produzir escutas que não ouvem, produzir exclusão do outro e de outros cuidados. Ou podemos com nosso trabalho vivo em ato construir outras lógicas de cuidado que abram possibilidades de cuidar que interrogam o modelo hegemônico. (MERHY; PINTO, 2007, p. 4).

Nesta última premissa, destaca-se a construção no cotidiano de uma postura profissional que favoreça a assistência integral e a abertura dialógica e comunicativa com a comunidade, estimulando o controle e a participação social. Sob este prisma, cabe aqui reafirmar que as Residências em Saúde, ao serem embasadas pela política de educação permanente, determinam que a formação ocorra em serviços que pretendam formar profissionais da área da Saúde, com a lógica da interdisciplinaridade, e que possibilitem a integração entre ensino, serviço e comunidade, promovendo parcerias entre gestores, trabalhadores e usuários, agenciando os elementos conceituados como Quadrilátero da Formação, como denominados por Ceccim e Feuerwerker (2004b). Assim, a abordagem pedagógica que regem as Residências, necessita de modelos de gestão democrático-participativas, de forma a dar sustentação para a construção de novas práticas assistenciais e a reorganização do processo de trabalho, que deve ser centrado no usuário, e não no procedimento.

A centralidade da atenção de saúde no usuário, diz de uma orientação do cuidado para com o outro, logo, é a “centralidade no encontro, centralidade no contato com a alteridade”, produtor de realidades, “trabalho vivo em ato, constituidor de mundo, território de disputa com as ditas forças externas por forças de criação” (CECCIM; MERHY, 2009, p. 5). Para tanto, iniciativas como o cuidado integral, responsabilização, trabalho em equipe com tendências interdisciplinares, e outros elementos afins, devem estar presentes nas práticas pedagógicas de ensino.

Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), estas reflexões e expectativas de aprendizagem estão construídas e acumuladas no âmbito da graduação das profissões de saúde. Porém, as residências médicas, por exemplo, apenas começam a ser provocadas por todo este debate e sua formação em geral não estimula o cuidado integral. Em conformidade com as contribuições de Feuerwerker e Cecílio (2007), observa-se que as Residências no HU/UFJF acabam por fortalecer o modelo de formação tradicional, se distanciando da proposta inovadora de educação permanente em saúde.

Um participante explorou essas questões ao apontar a formação como um importante elemento para modos mais efetivos e integrais na atenção à saúde do usuário:

*Pra mudar esta situação da falta de humanização eu penso em mudar a formação. Você vê na área da medicina, o profissional parece que já vem orientado a atender deste tipo. E eu acho que esta formação tem que ser inicial, eu acho que tem de ser anterior a residência. Eu acho que a residência contribui pra despertar, mas eu acho que ainda não é o suficiente. Eu acho que na residência multiprofissional isto desperta bastante, vejo algumas colegas de residências específicas, como na residência de enfermagem, eu vejo que isso também é bastante trabalhado. Então eu acho que esta formação tem que ser de base e de berço e aí o que eu observo é que pessoas estão entrando na área da saúde por uma questão financeira e não tem o mínimo dom pra trabalhar com aquilo e não vai ter assistência de qualidade com pessoas que não tem o dom pra trabalhar com aquilo. Porque humanização é uma coisa muito difícil, não é qualquer pessoa que sabe lidar com o outro, não é uma coisa que coloca na sua cabeça, não é uma conta que você aprende, então eu acho que é isso aí que está acontecendo. (RMS4)*

O depoimento enfocou a falta de humanização presente na prática de residentes médicos e ressaltou a importância da formação anterior a Residência, bem como o papel que a mesma vem desempenhando na mudança das práticas assistenciais de residentes da RMS e em Área Profissional.

Nesse sentido, retoma-se o pensamento de Feuerwerker (1998) ao ressaltar a influência e impacto que as residências têm sobre a graduação. Assim, de pouco vale todo o esforço para mudar a graduação se não houver a possibilidade de transformar a Residência Médica, em função de seu poder de conformação do perfil profissional.

Além da questão da relevância social da formação e de toda proposta pedagógica para mudança do perfil em consonância com os princípios do SUS, novamente foi destacada a importância de uma postura profissional consciente e aberta às propostas de mudanças nas relações com o usuário, conforme relato de um entrevistado:

*Pra mudar a situação acho que isso vai da conscientização de cada um, acho que não custa nada parar, se um paciente pergunta, às vezes é um paciente mais exigente, às vezes até que não tem uma empatia muito grande com o médico, mas nesta hora a gente tem que tentar manter a calma, explicar com paciência, acho que é o melhor caminho mesmo, a mudança é de cada um também, a mudança tem que ser interior. (RM1)*

A péssima remuneração dos profissionais de saúde também foi novamente citada como fator que prejudica a relação profissional/usuário, interferindo na qualidade da assistência:

*E eu acho que a culpa não é da relação, ou do paciente... acho que a culpa é da estrutura. Da estrutura, do trabalho mesmo. Como... tô falando da minha classe que é a enfermagem, tem um salário miserável, uma carga horária excessiva. Muito trabalho, tanto físico quanto psicológico... Isso tudo influencia no trato que você tem com o paciente, porque por ela ganhar pouco, não justifica né, mas por ela ganhar pouco e trabalhar muito, o tempo que ela pode encostar serviço ela encosta, porque ela tá aproveitando aquele momento pra poder descansar. Então eu acho assim que o maior problema seria salário justo, carga horária digna. Acho que este que é o problema. (RAP3)*

Segundo Stephan-Souza, Oliveira e Castro (2011) as medidas liberal/privatistas têm trazido implicações diretas no mundo do trabalho, com reflexos claros no setor saúde, através do sucateamento dos serviços públicos, a precarização das formas de trabalho, a má remuneração dos profissionais de saúde, bem como as dificuldades no processo de contratação e gestão da força de trabalho. Estas questões de ordem macropolítica trazem prejuízos à gestão de cuidados em saúde uma vez que ferem as formas de compromisso tão caras à proposta da integralidade com base na política e princípios do SUS, na ética, no fortalecimento dos direitos sociais e na dimensão de valores como responsabilização e respeito à dignidade dos usuários.

Nessa lógica, Ceccim e Merhy (2009) contribuem com esta discussão ao afirmarem que “a luta anticapitalística é uma luta micropolítica, por isso requer práticas de alteridade, de encontro, de pertencimento, de projetos em comum” (CECCIM; MERHY, 2009, p. 25). Logo, alteridade aqui é compreendida como profunda participação e interferência do outro; é a centralidade no contato, centralidade no encontro, centralidade no usuário (CECCIM; MERHY, 2009).

Sendo assim, é imperativo reconhecer a importância da formação em saúde via Residências, tendo como dispositivo pedagógico o referencial da educação permanente, de forma a possibilitar a produção de conhecimento com sentido, a abertura para o fazer profissional em busca da alteridade e construção de práticas cuidadoras centradas no usuário.

### **6.3.3 Potencialidades no processo de trabalho dos residentes sob o eixo da integralidade**

Nesta subcategoria serão abordados os momentos, situações e vivências que os residentes identificavam como potencializadores, no sentido de estar desenvolvendo uma assistência qualificada.

Entre os residentes da RMS, foi consenso o destaque para o trabalho em grupo, realizado nos ambulatórios do CAS no primeiro ano do programa:

*Lá no CAS a gente conseguiu fazer um excelente trabalho com a equipe, com relação a grupos de educação em saúde. Foi difícil no início porque no começo todo mundo prefere trabalhar sozinho. Trabalhar assim “ah é uma equipe multiprofissional, mas vamos oferecer um atendimento, atendimento psicológico, atendimento nutricional, farmacêutico, mas não de uma forma conjunta ali, e sim cada um do seu lado, a gente só trocando informações depois” (RMS4)*

Percebeu-se neste primeiro relato que apesar do ideal de trabalho em equipe, como preconizado pela RMS, houve inicialmente no começo das atividades dos residentes algumas *resistências* na forma de trabalho em saúde que passam a conflitar com este ideal. Sobre este aspecto, Peduzzi (2007) contribui ao afirmar que:

Os profissionais de saúde, mesmo aqueles que têm uma postura crítica em relação ao modelo hegemônico biomédico, tendem a colocar na periferia do projeto assistencial/terapêutico os saberes e ações de caráter preventivo, educativo, psicossocial, comunicacional e, portanto, deixam de incorporar esses saberes na construção de um “outro” projeto assistencial e terapêutico que aponte para a integralidade da saúde, em substituição à racionalidade biomédica. (PEDUZZI, 2007, p. 3).

Ao mesmo tempo, entendeu-se que essas dificuldades constituem-se em constante desafio no dia a dia dos serviços, no sentido de provocar interlocuções em diferentes áreas de conhecimento, flexibilizando os procedimentos instituídos em direção à ruptura das práticas hegemônicas de atenção à saúde. Assim, apesar das dificuldades inicialmente encontradas, alguns trabalhos foram realizados na perspectiva do trabalho em educação em saúde, conforme relato do participante:

*Quando a gente tava na atenção secundária, lá no CAS, teve alguns ambulatórios que a gente conseguiu fazer um trabalho de educação em saúde, igual o trabalho de hanseníase que foi muito legal que a gente conseguiu fazer uma coisa multidisciplinar. (RMS4)*

Dando continuidade aos depoimentos, pode-se perceber que este espaço favoreceu a vivência do trabalho integrado em equipe, pautado na integralidade, como se pode identificar:

*Certamente nos atendimentos de grupo, nos trabalhos desenvolvidos lá no CAS com os grupos de saúde. Ali a gente pôde trabalhar muitas questões. Apesar de uma pessoa estar coordenando, todos os outros tinham que estar presentes. Então todo mundo ali de certa forma participava. (RMS2)*

*Pra mim o trabalho em grupos. A atuação no CAS que é ambulatorial e que foi no primeiro ano foi o principal espaço. Em todos os ambulatórios a gente buscou fazer o seguinte: elaborar um instrumento de acolhimento, junto com toda a equipe multiprofissional. Nos grupos todos os profissionais participavam do grupo, de todos os grupos. Só que cada semana uma área, uma determinada área coordenava o encontro. Então como eu te falei, a questão do vínculo, da participação dos usuários no tratamento, da gente buscar trabalhar esta autonomia mesmo porque eles chegam muitas das vezes querendo a consulta, a receita, só que eles também querem conversar. E se nesta conversa você está preocupado em devolver pra ele, não culpabilizar ele, mas devolver pra ele uma certa responsabilidade que ele tem, até pra auxiliar enquanto não vem uma outra consulta ou então porque a consulta não é a única coisa que vai resolver o problema dele e aí os espaços de grupo propiciaram a gente trabalhar todas estas questões,*

*potencializando esta questão da assistência qualificada e integral [...] Então eu mesma como profissional de saúde, eu aprendia muito ali. E tinha esta troca mesmo. Era um grupo alegre, era um grupo leve, mas que não deixava de discutir coisas muito importantes né?! Acho que tinha uma horizontalidade nas relações profissional/usuário, mas sem que a gente saísse do lugar de profissional, entendeu?! E isso funcionou muito bem, muitíssimo bem! (RMS1)*

*Nos espaços de grupo nos ambulatórios, promovendo educação em saúde dentro de um viés crítico, onde o usuário ele é sujeito do seu processo saúde/doença, onde as particularidades dos usuários, dos sujeitos são levados em conta. (RAP1)*

*Eu acho que é potencializado a partir do momento que você trabalha de maneira interdisciplinar. Eu acho que isso potencializa... Então, por exemplo, no ambulatório você já conseguia fazer um trabalho mais integral, interdisciplinar. Teve o projeto de hanseníase que deu muito certo porque a gente conseguiu fazer esta interdisciplinaridade. Teve o projeto de educação em saúde no ambulatório de reabilitação cardiopulmonar que a gente também conseguiu fazer esta interdisciplinaridade com o paciente e isso deu muito certo. (RMS4)*

O trabalho de educação em saúde enfatiza o aspecto político da educação como promotora de cidadania e transformação social com base no direito pleno que o usuário tem à informação (STEPHAN-SOUZA, 2012).

Observou-se nesses depoimentos que a tecnologia relacional do trabalho de grupo de educação em saúde contribuiu para incentivar o encontro entre profissionais e destes com o usuário e suas necessidades. Conforme relatos, a experiência com os grupos de educação em saúde oportunizaram, em muitos momentos, a orientação de um trabalho em equipe, o acolhimento e estabelecimentos de vínculos com os usuários, bem como contribuiu na produção de autonomia dos mesmos.

No serviço de Pediatria do HU/UFJF o trabalho de educação em saúde, a partir do Projeto PAI – Assistência Integrada aos Acompanhantes das Crianças Internadas nas Enfermarias da Pediatria do HU – também foi apontado como momento potencializador na qualidade da assistência por um entrevistado:

*Eu estou inserido aqui na enfermaria de Pediatria... Através dos atendimentos que eu faço com os acompanhantes, com as mães, pais, que estão com as crianças internadas aqui que se dá através da minha inserção num projeto de extensão que é o PAI, que é o projeto de atenção integrada aos acompanhantes onde eu integro juntamente com outros profissionais, a psicologia, a enfermagem e com os bolsistas de diversas áreas profissionais nós fazemos grupos com os acompanhantes, sala de espera, grupos educativos...então são espaços que eu consigo visualizar aqui dentro do HU, onde eu atuo que me possibilita atuar em conjunto com outros profissionais de forma a prestar esta assistência mais qualificada. (RAP1)*

O projeto PAI visa promover ações de educação em saúde direcionadas aos acompanhantes das crianças nas enfermarias da pediatria, envolvendo alunos e residentes de sete áreas da saúde, a saber: Artes, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Tem como embasamento idealizador, o princípio da integralidade que, conforme Pinheiro e Mattos (2007) é fundamental na construção de um sistema efetivo de cuidado em saúde. O principal objetivo do projeto é potencializar o papel do acompanhante como protagonista no processo de recuperação da saúde das crianças e também a disponibilização de informações para a prevenção de doenças e promoção de saúde.

Outro destaque ressaltado por todos os residentes entrevistados que se encontravam alocados no serviço de Pediatria, foi o do trabalho em equipe como eixo central nas atividades realizadas com as crianças nas enfermarias. Vejam-se os relatos:

*Eu acho que aqui na Pediatria é o trabalho em equipe mesmo, a Pediatria daqui funciona sempre 24h, com preceptoría e sempre tem o trabalho de equipe. O ponto positivo daqui é sempre ter corrida de leito com o psicólogo junto, com o assistente social junto, com o médico junto, e pedir os pareceres de todo mundo, escutar o de todo mundo... Então acho que o ponto forte daqui é realmente o trabalho em equipe. (RM3)*

*Na relação entre profissionais é complicado porque a gente acaba esbarrando na personalidade de cada um, porque alguns têm mais facilidade de trabalhar em equipe, outros têm menos facilidade. Mais de uma forma geral o nosso trabalho flui de uma forma tranquila, sem grandes problemas. (RM4)*

*Entre profissionais, aqui na Pediatria é até difícil falar, eu não consigo nem falar, por ter um público específico, que é a criança, e por ter uma equipe de forma geral muito comprometida. (RAP1)*

*Aqui na pediatria eu não vejo dificuldades dos residentes médicos em conversar em dialogar, é uma relação muito tranquila... em compreender o que a mãe, o pai, uma própria criança coloca. Não vejo uma barreira, um muro onde o médico é o detentor do saber e o usuário aquele que abaixa a cabeça e aceita aquilo que está sendo posto, é uma relação bem tranquila, bem dialógica, a gente vê que há uma abertura, há uma escuta deles também... Da enfermagem também, o próprio enfermeiro chefe aqui do setor, da psicologia... As próprias acompanhantes às vezes solicitam o atendimento da psicologia. Então assim por ser um ambiente diferenciado em relação às outras enfermarias neste processo de trabalho. (RAP1)*

*Acho que a equipe tem que trabalhar junto. No caso aqui na Pediatria a gente funciona sempre com a mesma equipe, então facilita muito [...] (RM3)*

A partir das falas e mediante observação, compreendeu-se que a integração entre os residentes acontecia sem maiores resistências na Pediatria. Uma primeira explicação para este fato pode ser dada pelo fato do trabalho com crianças sempre trazer à tona questões familiares e problemas de ordem psicossocial, exigindo dos profissionais médicos maior atenção e abertura para a relação necessária com as outras categorias profissionais. Além disto, acredita-se que o fato da enfermaria estar localizada em um espaço bem delimitado na instituição, favorece que uma mesma equipe se torne responsável por todos os pacientes que ali se encontram. Assim, para além de compartilharem o mesmo espaço, os profissionais acabam por se tornarem uma equipe de referência, como conceituado por Campos (2007), para as crianças internadas e seus acompanhantes. Na concepção de Campos e Amaral (2007) a equipe de referência pode ser entendida como “equipes interdisciplinares, organizadas em função de grandes áreas voltadas para uma mesma finalidade e para um mesmo objeto” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 854).

É nesse sentido que o momento de discussões de casos entre os residentes do serviço de Pediatria tornam-se também mais enriquecedores, permeados não pela informação ou soma das partes, mas pela troca de saberes:

*A gente tem aqui espaços, momentos nossos do nosso serviço que a gente discute e sempre chega a uma conclusão baseada em diversas opiniões... Diversas áreas, inclusive de profissionais não médicos que acabam favorecendo o tratamento do paciente. (RM4)*

*Um espaço potencializador é o grupo de discussões de caso que acontecem na Pediatria duas vezes na semana, onde os residentes de medicina, do serviço social de psicologia, os estagiários de medicina e a chefe do serviço, nós passamos aqui pelo corredor (da*



*enfermaria) e é discutido cada caso, demandas do serviço social são colocadas, percepções da psicologia são colocadas ou até mesmo no momento da discussão a equipe médica solicita “oh esta demanda ela é pra você, a gente percebeu isto, agente queria que você fizesse um atendimento dando atenção pra isso”. Ou “a gente tem uma demanda pra psicologia, por conta disso, disso e disso”. Então é um momento de troca. Este projeto tá engatinhando, pode melhorar mais, mas o interessante é que esta proposta partiu da própria chefe de serviço da pediatria, ela solicitando a nossa inserção. Porque ela poderia fechar a discussão entre os próprios residentes médicos e pronto e acabou, mas não é isso que acontece. Eu vejo isso como um avanço, como um espaço potencializador. (RAP1)*

Reuniões de equipe são consideradas espaços importantes, pois, possibilitam aos profissionais o conhecimento do trabalho uns dos outros, como também das outras equipes, a discussão dos problemas vivenciados e a busca de soluções compartilhadas nos serviços.

É importante reiterar que residentes da RMS e em Área Profissional destacaram a falta de reuniões formais para discussões de casos e troca de opiniões na equipe como uma grande lacuna na formação. Sendo assim, é curioso observar que até mesmo residentes da RMS que dispõem de uma atividade conhecida como Seminário Integrador, não citaram este espaço como contribuidor neste direcionamento, pois, como já referido, foi alvo de críticas dos mesmos.

Do mesmo modo, um residente da RMS ressaltou a falta da inserção de residentes em projetos no HU/UFJF que contemplem o trabalho interdisciplinar e que permitam as discussões e trocas com as diversas especialidades. Veja-se o depoimento:

*Eu não vejo nenhum projeto que vise isso formalmente (interdisciplinaridade). Aqui dentro do hospital mesmo, na atenção terciária, não tem nenhum projeto. Eu acho que na atenção terciária, é muito cada um na sua área e se necessário tem esta interdisciplinaridade. No ambulatório já foi melhor... Não sei se é porque na atenção terciária a rotatividade é muito grande, não sei se é por causa disso... (RMS4)*

Entende-se que a sistematização de projetos é importante, pois, abre a possibilidade da construção de novos espaços de atuação dos residentes, bem como dão legitimidade, sustentação para o trabalho interdisciplinar e facilitam a captação de recursos. Contudo, recorre-se ao pensamento de Sá (2005), que

aborda a necessidade de reconhecer que mesmo estratégias mais específicas ou “concretas” como a capacitação (“sensibilização”) dos profissionais e a criação ou ampliação de mecanismos/canais de comunicação, como reuniões formais ou projetos, por exemplo, “embora sejam condições imprescindíveis, não são suficientes isoladamente e precisam, de todo modo, serem repensadas quanto às suas estratégias pedagógicas e de atuação micropolítica” (SÁ, 2005, p. 70).

Ao mesmo tempo, a análise de Ferreira (2007) sobre processo de formação da RIS pode ser adequada para este estudo, quando a autora sinaliza que a responsabilidade pela implementação de projetos ou a criação de mais espaços de discussão entre as diferentes áreas é um caminho de mão dupla: os programas de residência podem e devem planejar e oferecer estes espaços de discussões entre as diferentes áreas, mas “os residentes também devem propor e participar dessa elaboração” (FERREIRA, 2007, p. 94). Isto porque todos os atores (residentes, preceptores/tutores) “devem se responsabilizar por este processo de formação” (FERREIRA, 2007, p. 94).

As atuações integradas na rede de serviços a partir do hospital, em sua perspectiva macropolítica, também foram lembradas como situações que potencializam a qualidade na assistência, conforme depoimento:

*[...] Um outro elemento que eu vejo que é importante neste potencial é a questão da intersetorialidade. Na enfermaria de pediatria, aqui, por exemplo, por conta de ser família, criança, a gente tem muito contato com a educação, com as escolas né. Este contato ele é muito presente e há um contato também com a política de assistência social, através dos Cras, Creas em algumas situações até mesmo com o judiciário, com a questão sociojurídica, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude. Ou seja, entender que a saúde é um conceito amplo, pra que ela se totalize na vida das pessoas as políticas precisam estar articuladas. Eu tenho que dialogar com outras políticas. Então através destes atendimentos, destes encaminhamentos, deste diálogo com outros profissionais que estão inseridos em outras políticas públicas eu acredito que são momentos potencializadores da assistência. (RAP1)*

Para compreensão do que foi exposto, reitera-se o pensamento de Stephan-Souza (2012), ao assinalar que o esforço intersetorial surge numa perspectiva de solução integrada, decorrente da incapacidade das políticas setoriais fragmentadas de superar os problemas vividos pela população em sua totalidade, o que requer

ações complementares com outros serviços e níveis de atenção à saúde, como também parcerias com distintos setores sociais.

Deste modo, no processo de formação dos residentes, a perspectiva de trabalho em rede não pode ser marginalizada, pois, tendo como eixo norteador a integralidade, este processo não pode prescindir do conhecimento de uma clínica ampliada pautada na abrangência que o termo saúde implica.

De um modo geral, as potencialidades observadas e destacadas pelos residentes restringiram-se aos trabalhos de educação em saúde nos ambulatórios e/ou espaços bem delimitados na instituição HU/UFJF, nos quais as equipes conseguem desenvolver ações integradas na perspectiva interdisciplinar, assim como contar com dispositivos *agregadores* e projetos que potencializem tais ações.

Em outras enfermarias ou setores do hospital, observou-se que as tentativas de integração entre profissionais ou os processos de trabalho dos residentes com vistas ao cuidado, mantinham, em muitos momentos, certo reducionismo. Assim, ao considerar todos os atores responsáveis pelos processos de ensino aprendizagem, cabe salientar o quanto é necessário que os mesmos estejam implicados nas possibilidades e/ou oportunidades de se pensar novas propostas, encarando limites, pois, nenhum currículo previamente montado e nenhuma teoria especialmente selecionada serão suficientes para produzir tanto. Este é, de fato, um constante desafio para os atores envolvidos nos programas de Residência, que utilizam do dispositivo da EPS.

#### 6.4 RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: FORMAÇÃO VOLTADA PARA ASSIMILAR OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE

Nesta categoria evidencia-se a percepção dos residentes sobre o processo formativo das residências. As concepções dos entrevistados foram organizadas em três subcategorias: subcategoria (1) percepção sobre a contribuição da formação na qualificação do trabalho em saúde; subcategoria (2) sugestões em termos pedagógicos; subcategoria (3) percepção dos residentes sobre o perfil do egresso.

### 6.4.1 Prática de formação e qualificação do trabalho em saúde

*"É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática."  
Paulo Freire*

Destaca-se nesta subcategoria a percepção dos participantes sobre a contribuição da Residência na prestação de uma assistência em saúde mais qualificadora.

Em linhas gerais pôde-se observar que Residentes Médicos e de Área Profissional apresentaram certa convergência de opiniões, ao destacarem que a Residência tem contribuído nesta direção. No entanto, enquanto os discursos dos participantes médicos reiteravam a importância da residência no processo de amadurecimento profissional, experiência e segurança adquirida no acompanhamento de seus próprios pacientes, participantes de programas específicos apresentaram um olhar mais ampliado sobre o processo de formação, conforme relato a seguir:

*Eu acho que contribui porque como eu estou num processo de aprendizagem, eu acho que eu estou muito mais aberta à mudança e muito mais motivada do que, por exemplo, alguém que está na profissão há 20 anos. Eu acho que o residente está muito mais aberto a mudança, a fazer, mais engajado do que uma pessoa que às vezes já está cansado da rotina, que já tá acomodada mesmo... O residente ele tem este gás; esta coisa de mudar, de melhorar, de inovar que às vezes o outro profissional não tem. Eu acho que o que trás isso é a Residência, mas pra isso tem que ter uma supervisão muito boa, tem que andar junto à universidade, o tutor da universidade, e o preceptor aqui dentro do hospital. (RAP4)*

Segundo Ferreira (2007) a proposta pedagógica que a residência propõe contribui simultaneamente para a formação e qualificação profissional do residente, como também para melhoria da qualidade da assistência prestada no serviço/instituição onde os residentes estão inseridos.

Nessa direção, Porto (1962) apud Ferreira (2007) afirma que os programas de residência “renovam e revigoram os serviços”, pois os residentes ficam o tempo necessário da formação, sendo na sequência, “substituídos por outros residentes

que vêm com o mesmo desejo de aprender e trabalhar”; ao contrário dos profissionais contratados que, ao permanecerem por anos no mesmo setor, acabam naturalizando os processos que ocorrem no dia a dia do serviço (PORTO apud, FERREIRA, 2007, p. 73). Assim, o convívio entre residentes e profissionais contratados enriquecem também o ambiente de trabalho, pois, levam estes últimos a repensar a rotina de atuação.

Ao mesmo tempo, o convívio entre os residentes parece ser outro importante fator no processo de formação, como exposto no fragmento:

*[...] Então eu tive oportunidade de passar por experiências diferentes que eu não tive na graduação e ainda sim com pessoas que poderiam me dar apoio...às vezes se encontrar em situações difíceis de resolver e ter alguém pra me orientar, ter alguém pra mim discutir. Às vezes nem tanto a preceptoria, mas os colegas, os outros colegas residentes, entendeu?! Então assim, tá todo mundo junto! Então a opinião dos outros residentes, de outras áreas e também os da enfermagem... Então esta discussão é muito importante, o convívio com os residentes é muito bom. Acho que ajuda muito. (RAP3)*

Essa percepção foi também compartilhada pelos residentes da RMS, ao destacarem o momento em que se encontravam no refeitório, como espaço importante para a interação e discussão de casos:

*Às vezes a gente tem mais momentos multi no refeitório, por exemplo, a gente conversando do paciente, do que numa própria reunião pra isso. (RMS3)*

*Quem mais tem diálogo são os residentes entre si e é o momento mais rico da Residência pra mim, costuma ser no refeitório. (risos) Não é nem no Seminário integrador, mas é no refeitório. A gente senta e discute com maior prazer todos os casos. (RMS1)*

De fato, observou-se que, embora houvessem críticas dos participantes em relação à falta de espaços *aglutinadores* da equipe, conforme já referido neste estudo, os momentos de encontros informais entre os residentes enriqueciam o aprendizado, ao fortalecer os laços de convivência e o compartilhamento de anseios, dúvidas, inseguranças, decisões quanto ao dia-a-dia no trabalho; conseqüentemente contribuindo para discussões de casos, sobre o olhar de outra especialidade. Na concepção dos residentes, portanto, esses encontros informais constituíam-se como

espaços importantes, por serem permeados de elementos que implicam a troca de experiências e saber.

Já no que tange à percepção dos residentes da RMS sobre a contribuição da residência na qualificação da assistência, muitas críticas foram tecidas sobre esta modalidade de especialização em serviço no HU/UFJF. A análise evidenciou que muitas divergências em relação ao entendimento da abordagem pedagógica e aos rumos do programa emergiram durante a vivência, como pode ser observado nos seguintes relatos:

*Eu estou aprendendo sim, com certeza. Mas é uma coisa que eu aprenderia também se eu estivesse trabalhando em outro hospital, entendeu?! Não estou vendo absolutamente nenhuma diferença. Então na residência pra mim eu não vejo muita diferença porque todos os campos que eu estou passando eu passei na faculdade como estágio. Tanto no primeiro ano, quanto no segundo ano, não tem nada de diferente pra residente. Tudo o que tem foi um complemento do que teve no estágio. (RMS3)*

*Eu acho que como proposta pedagógica da residência eu acho que não teve nada de diferente... Simplesmente a gente veio pro serviço [...] Tem no programa uma proposta, mas ela não acontece. (RMS4)*

Os depoimentos dos participantes referiram que a RMS tem pouco contribuído na formação, por não apresentar uma proposta pedagógica que a diferencie de uma perspectiva de trabalho ou estágio. Um dos motivos pelos quais tais críticas foram expressas, diz respeito às dificuldades nas relações dos residentes com os próprios tutores e preceptores. Seguem-se as falas:

*A residência foi uma grande decepção. Enquanto proposta a residência não contribuiu porque está longe de cumprir com aquilo que está no papel. Contribuiu como um espaço pra desenvolver isso se você quiser, neste sentido... eu não teria esta oportunidade em outro lugar. Mas, em relação aos profissionais que estão atuando aqui dentro, preceptores, tutores, não, não contribui! (RMS1)*

O mesmo participante logo em seguida complementou:

*No primeiro ano de residência no CAS, por exemplo, a gente entrou num determinado ambulatório pra construir uma intervenção. Assim, a gente tinha que atuar naquele ambulatório, a equipe multiprofissional não tinha nada pronto, que ótimo! Porque a gente ficou de desenvolver e criar. E não tinha ninguém que pudesse, nem um preceptor, tutor, ninguém do próprio ambulatório, que tenha*

*sentado com a gente, nem sequer pra ouvir o que a gente tava fazendo. Como a equipe de residentes tava muito empenhada, com muito gás porque era o início da residência a gente sentava, a gente discutia, a gente tinha opiniões divergentes, convergentes, a gente conseguiu construir um trabalho legal. Desde o início eu lembro que eu sempre falava assim: “então vamos levar isso para o profissional para ele ver o que a gente tá fazendo, pra ele dar alguma sugestão ou fazer alguma crítica”. E a gente foi e procurou este profissional e ele foi e falou “não, tá tudo bem, é isso que vocês estão pensando, tudo bem!” em pé no corredor, ele nem sequer ouviu a proposta. No meio do nosso trabalho, teve uma vez que ele procurou a equipe porque ele queria mudar um dia da nossa atuação por um motivo particular dele e a gente não podia mudar o dia justamente por uma questão do atendimento aos usuários que frequentavam aquele dia, porque iria prejudicar o nosso trabalho. Então não tinha interesse nenhum [...] (RMS1)*

A Residência Multiprofissional em saúde situa-se no quadro das políticas direcionadas ao ordenamento da formação, que tem seu processo de ensino-aprendizagem referenciado na EPS. Por estar inserida diretamente na rede de serviços e ser desenvolvida tendo como foco de ensino o trabalho em saúde, ela própria torna-se uma estratégia da EPS, pois estimula a crítica e a análise dos processos de trabalho, favorecendo assim, mudanças nas práticas de atenção à saúde em equipes multiprofissionais.

Segundo o Projeto Pedagógico Político do Programa, as diretrizes pedagógicas estão construídas na perspectiva da aprendizagem significativa. (BRAGA, 2012). Esta forma de aprendizagem constitui o referencial pedagógico da EPS, propondo que a transformação das práticas em saúde deva estar baseada “na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004b, p. 9). Assim, a aprendizagem significativa estimula a busca do conhecimento por parte dos residentes, tendo no preceptor e no tutor os facilitadores da aprendizagem (BRAGA, 2012).

Na consulta ao Regimento Interno dos Programas de RMS e em Área Profissional, de 2012, consta que o tutor faz parte do corpo docente da UFJF, sendo um profissional experiente, com competência pedagógica, cabendo ao mesmo à função de integrar os conceitos advindos do ensino e da prática profissional. Já o preceptor é o profissional experiente e atuante no serviço de saúde, com título de especialista na área de formação, que apresenta além da competência e habilidade clínica, a capacidade para conduzir o residente no processo de aprender, estimulando e possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional do mesmo.

Portanto, “compete ao preceptor orientar e avaliar o residente, atuando também como guia e modelo” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b, p. 13). Desta forma, a preceptoría pode ser caracterizada como uma ação pedagógica voltada para a supervisão do trabalho desenvolvido pelo residente, e por isso, precisa estar em consonância com as propostas norteadoras da RMS, fazendo uso de uma abordagem de ensino voltada para a qualificação do trabalho em saúde, pautada na integralidade.

Em relação à coordenação, cada área profissional que compõe a RMS na instituição deve ter um coordenador, assim como é necessário à nomeação de um coordenador geral do programa, eleito pelos coordenadores de cada núcleo específico da RMS que constituem a Coremu. Cabe ao coordenador geral a organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde de uma instituição formadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b).

Apesar de ser um polo fundamental do ensino em serviço, a coordenação geral da RMS e os profissionais responsáveis pela supervisão dos núcleos específicos, são alvos de críticas pelos entrevistados. Notou-se uma postura queixosa dos residentes da RMS a respeito da pouca participação de preceptores, tutores/coordenadores sobre os rumos do processo de formação dos residentes, como exposto pelo participante:

*Eu me lembro que muitos profissionais de determinados ambulatórios que naquelas primeiras palestras iam lá falar pra gente do quanto que esta residência multiprofissional ela era inovadora, ela era importante pra mudar o SUS, pra mudar o cenário. Estas pessoas sabiam falar a respeito disso e isso me empolgou muito. Eu falei “Poxa, é isso mesmo que eu vim buscar aqui!”. E no primeiro momento da prática, nunca mais estes profissionais de uma forma geral não tiveram o menor contato com a gente, mesmo que a gente tenha buscado. E quando eles se aproximavam a única preocupação era, “está cumprindo horário? A carga horária? Tem algum instrumento que vocês estão usando pra medir isso?”. Mas, nunca ninguém chegou pra construir um instrumento com a gente. Eles queriam resultados... um determinado tipo de resultado porque resultado tinha né?! Então eles queriam eram outras coisas... “tá usando teste? Tem índice de depressão?” “Não, mais a gente tá trabalhando com educação em saúde, a gente tá fazendo um grupo. Olha este usuário melhorou muito, a glicemia dele, a autonomia dele”... Isso passou despercebido. Então acho que a residência em si tá falhando muito neste sentido. Não está trazendo isto pra discussão. As práticas, elas estão descontextualizadas. [...] A atual*



*coordenadora ela se reuniu com a gente uma vez, que foi a vez que ela assumiu a coordenação da residência. Nunca mais. Isto é inacreditável! No nosso Seminário Integrador a gente tem uma preceptora da nutrição e uma profissional da enfermagem que costuma estar presente, ponto. Não tem a participação de outros preceptores, de tutores... (RMS1)*

As falas expressam o pouco suporte pedagógico dos profissionais responsáveis pela supervisão do programa, bem como a preponderância de aspectos no ensino baseadas na perspectiva do procedimento-centrada em detrimento de uma perspectiva usuário-centrada, conforme defendido por Merhy (1998). Esta lógica se distancia da possibilidade de construção de um projeto assistencial e terapêutico que aponte para a integralidade da saúde, em substituição à racionalidade biomédica, como proposto no processo formativo das Residências. De fato, o que se observa é a falta do desenvolvimento de uma educação permanente e uma formação voltada para a conformação do modelo assistencial. Por este motivo, se pensamos em educação para mudança, as concepções centradas na doença, medicalizantes, com foco numa prática produtivista e descontextualizadas das necessidades de saúde dos usuários, precisam serem questionadas no âmbito das Residências por todos os atores envolvidos.

Em relação ao Seminário Integrador, consta no Projeto Pedagógico da RMS, ser este um espaço para discussão de casos entre os residentes da RMS, com o objetivo de compartilhamento de saberes e formulação de ações interdisciplinares, incluindo também a carga horária de estudo dirigido e “de encontros com tutores da área específica” (BRAGA, 2012, p. 25), que são computadas nesta atividade. Constitui-se como uma atividade teórico-prática, pois, segundo Regimento Interno da Coremu, as atividades teórico-práticas são aquelas em que se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, como análise de casos clínicos ou de ações de prática coletiva, e que devem contar com a orientação de docente, preceptor ou convidado (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b). Ou seja, é uma atividade que necessariamente implica o encontro entre residentes e tutores/preceptores de todas as áreas que compõe a RMS, para que as discussões sejam acompanhadas da orientação pedagógica necessária, o que não vem acontecendo na prática de formação dos residentes.

Reafirma-se, neste sentido, a não utilização do dispositivo da educação permanente no processo de ensino tendo em vista que, numa abordagem crítica tal

como se propõe a RMS, a supervisão deve compreender uma dimensão pedagógica e mobilizadora, que possa oferecer suporte e instigar potencialidades e enfrentamento de desafios postos para a materialização da política pública, buscando deste modo um perfil de formação para atuar no SUS de forma crítica e responsável.

Ao dar continuidade aos questionamentos dos residentes, um participante abordou a falta de um direcionamento nas atividades assistenciais, conforme fragmento:

*[...] Parte dos coordenadores, dos preceptores, dos responsáveis pelos ambulatórios deixaram a gente meio que a “deus dará”, “você fazem o que vocês querem!”. No começo não tinha muito um norte, os próprios residentes tiveram que sentar, conversar e elaborar [...]*  
(RMS2)

Segundo o documento oficial do programa o educador (preceptor/tutor) deve apontar a tarefa a ser cumprida e o residente, neste sentido, deve a explorar de forma reflexiva (BRAGA, 2012). No entanto, entende-se também que o residente possui dificuldades em entender que a própria participação na construção de um projeto de intervenção são questões inerentes ao aprendizado. Ressalta-se, desta forma, que todos os processos relativos à formação, devem ser acompanhados pelo preceptor/tutor, que assim como os residentes, precisam estar atentos às demandas identificadas nos serviços e abertos à porosidade de trabalhos que possam ser desenvolvidos. Para tanto, é necessário que a relação entre estes trabalhadores e residentes seja mediada pelo processo de ensino-aprendizagem, o que requer, sobretudo, uma relação horizontalizada de troca, bem como ações institucionais que qualifiquem essa atividade pedagógica.

No entanto, a relação hierarquizada de preceptor/tutor/residente também compôs as críticas de outros entrevistados da RMS:

*[...] Os tutores da residência tratam a gente como se nós fossemos estagiários. Não valorizam a gente, vêem como alguém assim que sempre está abaixo, não vê a gente ali como profissional, mas sempre como abaixo deles.* (RMS3)

*[...] Você é questionado o tempo todo, você é vigiado como se você fosse um aluno, querendo burlar as regras. Isto tudo é tão menor que o trabalho que eu desenvolvo. Isto tudo tem me revoltado tanto. Porque ninguém chega pra saber o trabalho que você tem feito, o*

*resultado que você tem conseguido, é só uma questão meramente burocrática. (RMS1)*

*Acho que em primeiro lugar, os nossos preceptores tinham que aprender a ver a gente como profissionais, que a gente já formou. Parar com este negócio de que a gente é aluno, parar de igualar a gente a estagiários. Então por exemplo, pra vir aqui dar um plantão você pode vir sozinha porque você já é profissional, mas de repente pra outras coisas não, entendeu?! (RMS3)*

*Uma falha seria a de tratar os residentes como se fossem graduandos, do fato da gente ter pouca autonomia de transformar um pouco mais esta residência [...]. (RMS2)*

Estes recortes apresentam correspondência com o que Ramos e outros (2006) apontam como estratégia pedagógica que reproduz o instituído, pois, centram-se no pressuposto pedagógico de transmissão de saberes, de conformação do modelo tradicional de formação. Nesta lógica, “preceptores supervisionam, orientam e avaliam. Residentes ocupam-se de aprender os modos “corretos” de agir, intimidam-se e acatam”, o que “indica um exercício de poder desigual que é evidente” (RAMOS et al., 2006, p. 386), mantendo-se distante do referencial pedagógico de uma educação permanente.

Diante deste contexto, é importante destacar que na prática pedagógica preconizada pelas RMS, “o processo deve ser centrado não no ensino tradicional, onde os educadores se apresentam como os únicos detentores do conhecimento e, sim, no aprendizado e no aluno, como sujeito do processo” (BRAGA, 2012, p. 7). Ou seja, o papel “professoral” (e tradicional) dos preceptores e tutores, detentores do saber, deve ser marginalizado, dando lugar a uma postura dialógica com os residentes, no qual estes possam ser pessoas abertas pra ensinar e aprender com o residente, a partir de uma de uma relação baseada na troca de conhecimentos e ressignificações das questões discutidas.

Os autores Oliveira e Guareschi (2010) reforçam este entendimento ao sinalizarem que o importante é garantir ao trabalhador/residente e sua equipe um espaço de construção dialógica que permita pela interação dos sujeitos envolvidos na comunicação, a produção de sentido frente ao desenvolvimento das ações. Entende-se que assumir este posicionamento pedagógico/dialógico não é tarefa simples, pois, exigem a constante transformação criativa e instituinte do trabalho na produção de atos de saúde. Somente a partir disso torna-se possível propor a ideia

de que os residentes têm autonomia e que podem ser compreendidos como atores sociais no processo de formação.

Outra abordagem de destaque nas falas se referiu à pouca integração dos tutores de diferentes áreas da RMS, na construção das propostas pedagógicas e de atuação dos residentes. Segue um recorte das entrevistas:

*Tem que ter mais interação entre os tutores senão não vejo muito futuro pra esta residência multiprofissional... não vejo muita motivação, cada um preocupado com o seu, fazendo o seu e deixando andar. Eu acho que devia ter mais porque se você se propõe a fazer um programa deste tamanho, assumir este programa, eu acho que você tem que saber o que tá buscando... quem tá lá em cima que eu to falando, entendeu?! A minha coordenadora de residência, se eu passar na frente dela no hospital ela não sabe nem quem eu sou. Ela não sabe que eu faço parte do programa dela, ela não sabe meu nome, ela não me conhece. Muitas vezes a preceptoria entende muito mais do que quem está vinculado diretamente à residência. (RAP4)*

A RMS por envolver profissionais de diferentes áreas da saúde na composição de equipes multiprofissionais orientadas pela integralidade, visa uma integração entre os residentes como entre os preceptores/tutores de cada especialidade na construção, estruturação, desenvolvimento e implementação de ações relativas à residência. Preferencialmente, entende-se que esta integração deveria estar em ambas às situações. No que diz respeito à tutoria, consta no Projeto Pedagógica da RMS que o tutor tem a função de mediar e garantir a integração entre as unidades acadêmicas e os serviços envolvidos nos programas de residência (BRAGA, 2012).

Além disso, observou-se que devido à ausência do *tutor* nas RMS e em Área Profissional, os preceptores têm assumido a maior parte das atividades como orientação de campo, atividade teórica, entre outros, passando a ter um contato maior com o residente. Essa preponderância do preceptor nas atividades que remetem à residência é favorecida pelo fato do mesmo ser um profissional que já atua na instituição. Por esse motivo, percebeu-se que os residentes consideram os preceptores como fundamentais no processo de formação e na integração concreta do ensino-serviço, conforme relatos:

*Eu acho que pra ser residência multiprofissional, tem que ter uma relação de cima pra baixo... então os tutores tem que ter esta inter-relação, e não é isso que tem. Então a sugestão que eu tenho, se for pra ser assim, desmembra e não faz a residência multiprofissional e deixa acontecer a interdisciplinaridade acontecer do jeito que está acontecendo nos corredores. Agora se tiver uma equipe interessada em trabalhar multidisciplinar ou interdisciplinarmente, aí eu acho que vale a pena... mas do jeito que tá... Porque na verdade acontece uma maior integração entre os residentes que pegam por si só que vão resolver o problema do que entre os tutores. Então eu acho que os próprios tutores e coordenadores da residência não sabem o que é uma residência multiprofissional. Então não está vindo de cima pra baixo, está vindo de baixo pra cima. (RMS4)*

A falta de integração dos tutores apareceu novamente na fala de um dos participantes da RMS, como um problema que de fato compromete o processo ensino-aprendizagem, como já analisado. Entretanto, notou-se uma queixa equivocada do participante ao depositar nos tutores toda a responsabilidade pelo andamento da RMS, bem como ao apontar um desconhecimento sobre como exatamente deve ser essa relação entre residentes/tutores. Primeiramente, reitera-se que, embora realmente existam falhas de integração entre os tutores que refletem no processo de implementação da RMS, estas *falhas* devem ser discutidas e avaliadas coletivamente por todos os atores sociais envolvidos no processo formativo, tendo em vista que o processo pedagógico preconizado pelo programa prescinde de uma postura tradicional do tutor como o “dono do saber”. Pelo contrário, esta relação deve ser dialógica e norteadada pelo princípio da integralidade, o que permite aos sujeitos ali inseridos, a reflexão crítica e a reinvenção a todo o momento do processo de formação. Do mesmo modo, é também importante à integração e uma maior clareza destas propostas pelos residentes, preceptores/tutores e demais profissionais envolvidos, para que se possa garantir uma forma de ensino que assegure a real implicação dos profissionais no processo de consolidação do SUS.

Na percepção de alguns participantes, as falhas apontadas em relação à falta de suporte pedagógico na RMS correspondem a uma falta de compromisso/interesse dos profissionais envolvidos:

*[...] Eu tenho certeza que qualquer profissional (preceptores/tutores) um pouco mais engajado, que chegasse e se aproximasse ia ficar feliz de ver o que a gente conseguiu construir [...]. Não tinha interesse nenhum (preceptores/tutores). Ou seja, é o que eu to falando do desejo de cada um, o investimento de cada um. (RMS1)*

Segundo Projeto Pedagógico da RMS, no campo da saúde, as reflexões e atitudes do educador, que se propõe ao trabalho participativo, devem ser baseadas em seu compromisso e intencionalidade a partir da troca de experiência e conhecimento adquiridos na vida profissional com outras pessoas, em diferentes realidades e pontos de vista, de forma a permitir a construção de uma práxis significativa (BRAGA, 2012).

As falhas do programa, na percepção dos participantes, são atribuídas a um descompromisso dos preceptores/tutores dos programas. Este fato imprime em alguns residentes a ideia de que a construção coletiva do processo de formação é condicionada, em grande medida, pela postura individual, disposição ou movimento intencional deles próprios em direção à sua própria qualificação e à busca de uma solução criativa, adequada e mais integral ao problema/demanda do paciente. Essas questões podem ser identificadas nas falas a seguir:

*Talvez contribua mais pelo meu próprio desejo de investir nisso. Eu já entrei com expectativa e eu tenho esta característica de buscar isso. Talvez pela forma como eu acredito no trabalho. Eu me sinto assim com muita vontade de trabalhar no SUS. Eu gosto das pessoas, eu gosto do que eu faço. A residência propõe isso teoricamente [...] Os profissionais que quiseram trabalhar, trabalharam. Dentro da própria equipe tinha residente que não gostava daquilo, que não se envolveu e que não permaneceu ali. E os supervisores sequer ficavam sabendo (RMS1)*

*Em certo ponto eu acho que esta vivência do dia a dia da residência eu acho que vai proporcionando isso... você vai vendo o que você pode fazer mais por aquele paciente ou dentro do seu próprio ambiente de trabalho. Eu acho que esta experiência que você vai passando vai te moldando neste aspecto. Não acho que seja uma formação que a gente tenha, não! Eu acho que é por experiência própria. Então eu acho que isso acaba sendo individual. Acho que depende de cada um [...] Tem gente que se mandar fazer, não vai fazer. Então eu acho que é assim, neste sentido... (RMS4)*

Embora alguns problemas possam ser identificados no programa de RMS, é importante destacar que o desejo de cada um para um melhor aproveitamento do aprendizado é, de fato, imprescindível. Essa questão leva à reflexão, por exemplo,

das contribuições de Sá (2005) que abordam sobre os limites, frequentemente subestimados das estratégias de formação profissional, através de políticas e programas educacionais, e da normatividade estabelecida pelas políticas de saúde e pela gestão dos serviços assistenciais com vista ao estabelecimento da dimensão cuidadora na produção da assistência à saúde. De acordo com a autora, é preciso reconhecer que “esta dimensão interativa/intersubjetiva da prática assistencial em saúde é aquilo que mais escapa às estratégias gerenciais de monitoramento, avaliação e controle” (SÁ, 2005, p. 60).

Sendo assim, acredita-se que não bastam propostas pedagógicas *ideais* na perspectiva do ensino/serviço, para se dispor à novas práticas e formas de trabalho mais flexíveis, em direção a integralidade. Entende-se que o processo de formação é importante, mas ela deve ser acompanhada por uma motivação maior, *um querer mais*, para que as vivências dos residentes possam ser exploradas em sua complexidade.

Os relatos apontaram para os fatos de que o *gostar do que se faz* e o *estar comprometido* com as causas da reforma sanitária e do próprio SUS podem motivar os residentes na direção da busca, sempre constante, de aprendizado e qualificação profissional, conforme o seguinte depoimento:

*No meu caso eu tive uma oportunidade de participar no ano passado da Conferência municipal, estadual e nacional de saúde como acontece de 4 em 4 anos. Houve interesse meu enquanto profissional de conhecer melhor este espaço e de estar levando propostas que de fato vão favorecer o SUS e com isso eu tive a oportunidade de ver os debates, os embates, os limites, de poder crescer teoricamente também acerca das discussões, de me fazer pensar no meu cotidiano profissional, na minha prática profissional pra esta assistência de qualidade. Então esta oportunidade que eu tive mesmo não sendo de um caráter universal, pra todos os residentes, mas por eu ter tido esta oportunidade e também vai muito do interesse do profissional de estar buscando, de querer estar qualificando pra ser um profissional melhor. (RAP1)*

Assim, considera-se que o compromisso com as causas da reforma sanitária e o próprio SUS é essencial e deve ser assumido pelos residentes, quando do ingresso nas Residências. Compartilha-se da afirmativa de Oliveira e Guareschi (2010, p.106) que este compromisso deve estar na “oxigenação das práticas pelas trocas entre os saberes já colocados no cotidiano e as novas perspectivas que

podem ser apresentadas pela imbricação das práticas com os estudos propostos nas aulas e nos espaços de supervisão” (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

Simultaneamente, entende-se que o desenvolvimento da reflexão crítica e produtora de sentido das vivências que a inserção na Residência permite, quando referenciadas pelo dispositivo da educação permanente, depende não somente da capacitação dos profissionais responsáveis pelo processo pedagógico, mas principalmente do engajamento ético/político/pedagógico dos mesmos ao assumirem este papel. Este entendimento está presente no Projeto Pedagógico RMS , quando se afirma que “mais do que se preocupar em como ensinar, o Programa, deve se preocupar fundamentalmente com o questionamento sobre como se aprende” (BRAGA, 2012, p. 8). Tal responsabilidade envolve, portanto, concomitantemente o compromisso dos tutores/preceptores com os referenciais que orientam as práticas pedagógicas no trabalho dos residentes.

Apesar da pouca clareza demonstrada pelos residentes em relação às propostas pedagógicas, observa-se que os mesmos se apresentam atentos às formas como estes processos de formação se desenvolvem, o que os permitem contribuir na construção e implementação das Residências em Saúde no HU/UFJF.

#### **6.4.2 Contribuições para um projeto pedagógico de formação**

Esta subcategoria é composta pelos depoimentos que constituem as sugestões de melhoras em termos pedagógicos dos programas de residências.

É curioso observar que os depoimentos apresentaram, em sua maioria, mais críticas do que propriamente sugestões, sendo estas apreendidas em termos de consenso por parte dos entrevistados.

O primeiro tema abordado como alvo de críticas foi em relação ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva, que compreendia parte da grade teórica obrigatória de todos os residentes dos anos de 2011/2012, excetuando os residentes médicos. Leiam-se as falas:



*Ano passado nós tivemos uma pós graduação de saúde coletiva que fazia parte da grade teórica e na minha opinião, não me acrescentou muita coisa. Foi algo muito, não sei se desorganizado, umas matéria muito focadas em epidemiologia, em dados quantitativos, a questão mesmo do trabalho, da saúde ali dentro da saúde coletiva não foi muito passado pra gente. Então acho que na parte teórica seria interessante que fossem trabalhados mais as questões do trabalho multiprofissional, de como que ocorre, de como é esta prática... (RMS2)*

*O processo teórico que a pós-graduação em saúde coletiva visa suprir ficou defasado devido ao grande contingente de pessoas né. Porque é muito difícil você ter um aprendizado com uma sala cheia (80 residentes). A própria estrutura do curso também de vários professores dando uma mesma disciplina. Muitas das vezes não se tinha continuidade nos assuntos, naquilo que era abordado. Algumas situações também de professor não dar aula, não vir. Então ficou muito a desejar. Às vezes assuntos que são abordados que não são de interesses dos residentes, que tem sido irrelevantes. Então eu acho que esta parte teórica, embora eu veja que ela contribuiu com certeza pro meu processo de formação, ela é ainda muito deficiente, ela é muito frágil. Acho que se precisa sistematizar melhor esta grade curricular teórica. Daí compromisso dos tutores, compromisso dos preceptores, compromisso da universidade... (RAP1)*

*Eu acho que uma coisa que vem sendo colocado muito é o curso de especialização, porque é um momento teórico, diferenciado, separado, com todas as outras áreas, tirando a residência médica e que tem alguns problemas pra se concretizar né?! Nós entramos num momento de transição porque era pra ser no segundo ano, acabou sendo no primeiro ano, então foram 80 alunos e acabou ficando um pouco prejudicado neste sentido. (RAP2)*

*Acho que o curso de especialização tem suas melhorias pra serem feitas, mas acho que não melhorias puramente teóricas, mas que você consiga sentar com outros profissionais e dialogar..., eu não sei como...porque a multiprofissional ainda tem alguns momentos mas no nosso eixo específico não, é só o curso de especialização. Então sei lá um grupo de estudos não só pra gente ficar na questão teórica, porque nisto o curso de especialização teria que dar conta, né?! Mas pra gente sentar e discutir um caso, assim como acontece na multi, eles tem este momento que é no Seminário Integrador de discutir casos com outras áreas juntas. (RAP2)*

De acordo com os documentos oficiais, os referenciais teóricos dos programas são desenvolvidos a partir de conteúdos que devem ser articulados com a prática em serviço, aproximando assim teoria/prática, o que promove uma reflexão crítica da realidade do processo de trabalho em saúde (BRAGA, 2012; UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013b).

Com este objetivo, o curso de Especialização em Saúde Coletiva da UFJF, criado em 1997/98, passou a ser oferecido, até o ano de 2010, a todos residentes dos programas em Área Profissional, RMS e Saúde da Família no HU/UFJF, que se encontravam no segundo ano de formação. O curso, neste sentido, constituía-se como grade teórica obrigatória dos programas referidos. No entanto, no ano de 2011, em função de uma mudança na estrutura curricular dos programas de Residências, o Curso de Especialização passou a ser disponibilizado aos residentes que se encontravam tanto no primeiro ano quanto no segundo ano de formação. Esta alteração acarretou um grande número de residentes matriculados no curso, repercutindo, na percepção dos mesmos, de forma negativa na qualidade do ensino.

As falas também evidenciaram, como parte das questões problematizadas, uma ideia de prejuízo dos residentes referente à questão teórica do curso, pois, essas foram apontadas como dissociadas das vivências nos cenários de aprendizagem, devido principalmente à predominância de aulas com conteúdos epidemiológicos e quantitativos. Ao mesmo tempo, não foi identificada uma sistematização dos conteúdos das aulas teóricas, que se apresentavam descontínuas e com poucos espaços/oportunidades de troca entre as diferentes especialidades da área da saúde.

Sobre as queixas expostas, Barros (2006) contribui com seu pensamento ao afirmar que os processos de formação “têm sido analisados como desvinculados e descomprometidos com a realidade, não produzindo saberes que revelem ou transformem essa realidade” (BARROS, 2006, p. 138). Assim, é importante reforçar que a estruturação e organização dos conteúdos teóricos da residência devam contribuir na ampliação da visão de saúde dos residentes, mediante as realidades observadas nos espaços de atuação, vinculando e reafirmando que teorias e práticas são instâncias indissociáveis. Uma sugestão exposta nas entrevistas é de que os Programas de Residência em Área Profissional possam proporcionar momentos de grupos de estudos para discussões de casos contando com a presença de diferentes profissões da área da saúde, conforme modelo do Seminário Integrador, proposto pela RMS.

Entende-se que toda iniciativa que vise à flexibilização dos saberes, na construção de novas alternativas de atenção à saúde, em direção a um leque de intervenções mais integral e criativo, é válido. A propósito, pondera-se que a construção de espaços que possam produzir núcleos comuns de discussão de

casos, tem como ponto positivo a ruptura com o pensamento dicotômico entre teoria e prática e necessita ser pensada, em conjunto com os preceptores, tutores, residentes, de forma a garantir o protagonismo de todos os envolvidos no processo formativo.

Em relação às atividades práticas da residência, uma queixa frequente foi no que diz respeito à utilização da força de trabalho dos residentes em detrimento da formação. Essa questão apareceu na fala de alguns residentes médicos, conforme os seguintes fragmentos:

*Eu acho que no caso da clínica médica a gente é muito usado como uma mão de obra pra cobrir algumas especialidades, por exemplo, dermatologia. O serviço deles não é voltado pra atender o residente da clínica médica. Quando a gente roda na dermatologia, o objetivo deles não é ensinar um pouco do básico que o clínico precisa saber, eles te usam pra apresentar alguns artigos que é da área deles, que é do interesse deles, que pra você nem sempre vai ser útil porque é muito específico... Eles te usam pra passar visita no final de semana, e nem sempre te dão suporte que você precisa. Você olha os pacientes e nem sempre você tem ajuda dos staffs pra passar depois os casos com você, manda os R2. Ou seja, a gente, às vezes, fica como um tapa buraco mesmo. Fazendo as coisas que eles não querem fazer, ou fazendo até mais serviço que eles. Este é pra mim o problema de algumas especialidades do HU. (RM2)*

*Acho que às vezes extrapola um pouquinho as funções do residente de clínica. Acho que as funções deveriam ser mais contrabalanceadas com as especialidades porque eu acho que, às vezes, o residente de clínica está tampando buraco, fazendo visitas a mais que os residentes de outras especialidades no final de semana... É o que eu vi de mais reclamação durante a residência foi isso no geral. (RM1).*

De acordo com o projeto pedagógico, a formação de residentes da clínica médica acontece a partir de estágios em forma de rodízio nas diversas especialidades do Departamento de Clínica Médica (AMARAL, 2012), o que por sua vez possa justificar a sobrecarga de atividades, apontadas nos relatos, se comparadas com outras especialidades no âmbito médico. No entanto, ainda consta nos documentos oficiais que todas as atividades práticas do residente, em todos os rodízios, devem ser supervisionadas em tempo integral (AMARAL, 2012), pois, a atuação profissional do médico residente se relaciona ao processo de ensino e aprendizagem, não devendo ser ele o responsável pela assistência médica em substituição ao preceptor (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, c2013a).

Tal assertiva não corresponde à percepção dos participantes, que apontam a sobrecarga de atividades sem, em contrapartida, terem acesso à preceptoria necessária. Este fato dá margem para o entendimento de que o residente médico, muitas das vezes, passa a ser um mero executor de atividades assistenciais, sem o suporte pedagógico intrínseco a esta prática de formação.

Nesse sentido, cabe ressaltar esta complexidade da natureza da Residência Médica em sua dupla dimensão: “pedagógica” e “trabalhista”, reconhecendo a valorização do papel do trabalho como instrumento fundamental do aprendizado na Residência Médica. Sobre essa singularidade, Feuerwerker (1998) assinala que não existe (e nem pode existir) “contradição entre trabalho e aprendizado, nem subordinação de um processo ao outro, uma vez que um se faz dentro do outro de maneira indissociável” (FEUERWERKER, 1998, p. 65).

Sabe-se que tal característica da modalidade de ensino médico abrange as residências específicas e a RMS, estando, as mesmas, na interface entre as políticas de educação e as políticas de saúde. No entanto, observou-se também nas falas de alguns participantes da RMS, uma tensão sobre o papel do residente. Na abordagem, os participantes expuseram a utilização da força de trabalho do residente e questionaram o entendimento de preceptores/tutores sobre a abordagem pedagógica que as Residências preconizam:

*Tutores e preceptores até eles precisam entender o que é a residência... Não sei se eles têm um entendimento em comum acordo do que é a residência porque o que a gente vê, na grande maioria das vezes é a utilização de mão de obra em detrimento do conhecimento. Você vê que existem tutores e preceptores que querem um residente que ocupe um lugar de um profissional e o que é muito bem vindo porque você faz 60 horas semanais. Então este entendimento do que é o papel do residente ali dentro, trabalhar do que é uma residência... (RMS4)*

*Acho também que os preceptores precisam se dedicar um pouco mais a residência também, porque a gente às vezes fica jogado aí e dando a impressão que a gente é uma mão de obra barata, que vem aí atende os pacientes e tal, e está tudo bem, e dá os plantões para eles ganharem os IPHs deles eu acho que eu vejo mais isso mesmo. (RMS3)*

*Às vezes o que eu vejo aqui é que as pessoas trabalham num hospital universitário, mas não tem a mínima noção do que isso significa, do que move este hospital, que são os acadêmicos, que são os residentes [...] Eu entendo que o residente às vezes pode cobrir um profissional que falta porque ele está aqui mesmo pra*

*servir né, o hospital. Mas ainda tem muito profissional que acha que o residente tá aqui pra tampar buraco, pra fazer o serviço dele e não é, se isso é um problema de gestão, se isso é um problema de falta de profissional, que contrate mais! Porque o residente não está aqui pra isso, ele tá aqui pra se capacitar, pra absorver tudo que o hospital tem pra dar pra ele e pra dar em troca também, mas não pra tampar buraco, pra apagar um incêndio de uma coisa que esteja acontecendo sabe?! Não é todo mundo que tem a mentalidade de qual a função do residente dentro do hospital e qual a importância dele aqui dentro. (RAP4)*

Sobre os questionamentos expostos, cabe sinalizar que a proposta de formação dos residentes centra-se numa metodologia voltada para o trabalho assistencial. Sendo assim, é fato que os residentes ajudam com sua força de trabalho no dia a dia dos serviços, pois, a particularidade desta modalidade de formação acontece justamente no interior das instituições de saúde, onde o trabalho se constitui como uma alternativa para o aprendizado (FERREIRA, 2007).

No entanto, “por se tratar de um modelo de formação em serviço – não apenas serviço, nem apenas formação –” o contato com tutores e preceptores, assim como os espaços reservados para supervisão, tornam-se essenciais para a construção de sentidos frente as práticas de atuação dos residentes (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p. 107), em conformidade com os princípios políticos/pedagógicos que os projetos de residências têm como base.

Apesar da imprescindibilidade do preceptor ao longo do processo formativo dos residentes, observa-se que a falta de preceptoria adequada aparece como queixa central nos depoimentos de praticamente todos os entrevistados, constituindo-se como um sério problema na educação via Residência, por estarem dissociados dos propósitos que os regem.

A não contratação de profissionais, nas respectivas áreas de atuação, por parte da instituição, foi atribuída, por alguns entrevistados à ausência ou pouca participação dos preceptores:

*Pelo regimento da residência, o residente por estar em formação ele não pode ficar totalmente sozinho. Então ele precisa de um preceptor, que é uma pessoa do serviço, um efetivo ou contratado, que tem uma bagagem de experiência né, maior e que esteja ali. No Serviço Social, aqui no Santa Catarina nós temos uma particularidade que neste ano uma profissional por conta do Mestrado ela teve que pedir sua licença e o serviço por conta de não dar conta de resolver quem mandaria pra cá, não se resolveu muito isso [...] a gente tem muito poucos profissionais pra dar conta destas*

*duas unidades hospitalares. A gente fica sem um suporte, sem uma referência. (RAP1)*

Logo em seguida, o mesmo residente reforçou a percepção da falta de contratação de profissionais, principalmente na unidade terciária do HU-Santa Catarina:

*A maioria dos residentes coloca isso que aqui no Santa Catarina a gente acaba ficando muito sozinho, porque a maioria dos profissionais estão no Dom Bosco, então lá você acaba tendo este contato mais próximo com o preceptor... Isto é um ponto que muitas das vezes é ruim. Por mais que eles se coloquem à disposição, não é a mesma coisa de você ter o profissional aqui [...]. Acho que o serviço precisa criar estratégias, mecanismos pra se pensar nesta realidade, até porque o residente de qualquer área ele não pode atuar sem ter o preceptor. (RAP1)*

Sobre a indisponibilidade de profissionais para assumirem a preceptoria, cabem algumas considerações. Entende-se que a implementação da RMS, no ano de 2010, e o aumento de vagas ofertadas para residentes médicos e em área profissional no mesmo ano, não foram acompanhados de novas contratações no HU/UFJF. Consta que o último concurso realizado pela instituição ocorreu, recentemente, no ano de 2012. No entanto, as vagas que serão preenchidas serviram mais para recompor o quadro de profissionais deficientes em função de aposentadorias do que propriamente suprir demandas já anteriormente detectadas.

Desse modo, pode-se dizer que é provável que a insuficiência de contratações de profissionais no HU/UFJF tem agravado o problema da indisponibilidade dos mesmos para assumirem o papel de preceptores. Isto reflete nas questões colocadas pelos entrevistados: a utilização da força de trabalho dos residentes para cobrir possíveis lacunas de profissionais nos serviços, associada a não garantia do suporte pedagógico.

Ao mesmo tempo, um participante assinalou que, além da falta de preceptoria em uma parte do dia, havia a desqualificação e o despreparo do profissional responsável por este papel, que não correspondem com a proposta de formação via Residência:

*Teve o problema da UPA né, que foi um problema que a gente enfrentou. A UPA é um rodízio que a gente não suporta porque a gente não tem staff lá de manhã... este ano a gente tá com o staff à tarde, mas não tem de manhã. Então funciona como se a gente tivesse plantão em outra unidade, mas sem ser remunerado. Eles*

*exigem produtividade da gente, o nosso chefe exige isso, isto é contra o MEC e, por exemplo, quem tá lá, às vezes é um profissional menos qualificado que a gente porque às vezes nem fez residência. Então é completamente errado porque perde a finalidade da residência. É como se eu estivesse fazendo plantão fora, sem ganhar nada e sem ter uma supervisão, que foge ao propósito da residência entendeu?! Porque a residência exige supervisão médica, de alguém com mais preparo que você, então este problema da UPA isto é bastante sério. (RM2)*

Sabe-se que diferentemente de residentes de outras áreas da saúde, o residente médico, pela especificidade do trabalho, necessita de supervisão integral na prática diária (AMARAL, 2012), sendo que, para o exercício da supervisão, há a exigência de detenção do título de especialista (CECCIM; FAJARDO, 2010). Constata-se ainda na fala da residente uma crítica quanto à exigência de produtividade nos serviços, que não permitem o rompimento com a medicalização da saúde, reproduzindo o modelo clínico tradicional. Neste sentido, cabe retomar o pensamento de Feuerwerker apud Caballero e Silva (2010) ao afirmar que:

*É no exercício vivenciado das práticas que se constroem conhecimentos e sentidos para a clínica; na aprendizagem em serviço que o profissional em formação configura-se – especialmente definindo a ética de suas relações com usuários, seus colegas de trabalho e com as realidades experienciadas. (FEUERWERKER apud CABALLERO; SILVA, 2010, p. 67).*

Para tanto, é necessário à integração por preceptores/residentes e demais profissionais envolvidos no processo de formação, sobre a dimensão pedagógica do trabalho, tornando o processo relevante para a invenção de processos instituintes que produzam singularidades (e subjetividades) de maneira ética e política, rompendo com as práticas cristalizadas centradas no procedimento a favor da produção do cuidado centrado no usuário.

Nesse sentido, residentes/ preceptores e profissionais do serviço submetem-se ao modo tradicional quando ficam presos às exigências concretas e formais, expresso por normatizações, entre outros, na realidade dos serviços.

A preocupação do preceptor com os aspectos mais burocráticos do que propriamente a formação e o ensino, foram entraves destacados por um residente do programa específico:

*Não tem discussão, não tem tempo pra discussão de caso, de estudo mesmo... Quase toda semana a preceptora vem aqui e conversa com você “Ah como é que foi a semana, teve algum problema?” Mas é diferente, ela não está com você no aprendizado diário, ela tá ali pra ver no geral, um problema acho que mais burocrático do que assistencial. Então acho que o que falta é isso! (RAP3)*

Nessa abordagem, entendeu-se que os preceptores aparecem na condição de expectadores, como sujeitos passivos que, na maioria das vezes, se atêm ao cumprimento/reprodução do papel tradicional e reducionista.

Compreende-se que os preceptores que assumem a função de facilitadores do processo aprendizagem dos residentes, necessitam interrogarem constantemente suas práticas e ações de forma reflexiva e crítica, na direção de uma prática pedagógica em conformidade com os projetos políticos pedagógicos dos programas de residência correspondentes.

Assim, ser preceptor em uma Residência é muito mais do que ser supervisor; implica estar na prática junto com o residente, de forma a poder observar sua atuação, sua postura, sua capacidade de proximidade com os usuários. Abrange ver este residente nos diferentes espaços do atendimento individual, como nos grupos, na avaliação e nos seminários, sendo responsável pelo seu aprendizado. “Representa ter para com ele um olhar tão *integral* como prevê o princípio da integralidade do SUS para os usuários de nossos serviços” (MEIRA; MARTINS, A. R.; MARTINS, M. C., 2010, p. 215).

Os constantes questionamentos quanto os poucos espaços para a preceptoria no cotidiano da prática formativa dos residentes, levaram os mesmos a expor este problema em uma auditoria realizada em 2011 no HU/UFJF:

*Então no final do ano passado teve até uma auditoria aqui e assim foi geral, tanto pela Coreme quanto pela Coremu, tanto pela Residência Médica como pela Multiprofissional, foi muito colocado por todos os residentes esta falta mesmo de um preceptor que esteja a todo o tempo acompanhando né, então isso eu considero dentro da parte prática, como um ponto negativo. (RAP1)*

Sobre essa perspectiva, é importante reafirmar que a viabilização da preceptoria nas Residências em Saúde não pode ter seu valor pormenorizado e secundarizado, pois, como afirmam Ceccim e Fajardo (2010, p. 207), ela é condição de possibilidade para muitas das transformações que são necessárias nos modos de



atenção no interior do SUS, “devendo pertencer à construção da dedicação ao trabalho e do desenvolvimento institucional e profissional pelos gestores do SUS e pelo movimento organizado de trabalhadores do setor”. Por isso, entende-se que a preceptoria qualificada repercute não apenas na qualidade pedagógica da instituição, mas também em sua qualidade na atenção pública à saúde e na interação com a cidadania, tendo em vista o *lócus* de formação situar-se em um hospital público de ensino.

No que tange propriamente à RMS, várias críticas foram tecidas sobre a relação dos residentes com a preceptoria/tutoria, como já abordadas em outro momento neste estudo. A fala de um participante da RMS expôs de uma forma resumida as críticas já referidas:

*Falta diálogo pra tudo. Por exemplo, pra montar a grade e o cronograma dos R1s que estavam chegando a gente sequer foi consultado em nenhum momento pra saber o que tinha dado certo no nosso primeiro ano de residência ou o que tinha dado errado. Isto tudo podia ter sido resolvido com diálogo, perguntando pra gente o que deu certo e o que não deu, ainda que eles decidissem como seria montado. Mas não, não tem isso! [...] Muitas coisas foram feitas e isso que foi feito, ninguém vai ficar sabendo a não ser nós que vivenciamos e os usuários que vivenciaram [...] Tinha um retorno enorme dos usuários, foi um trabalho riquíssimo e ele se perdeu [...] (RMS1)*

Essa mesma percepção foi compartilhada por outro residente:

*A gente teve a experiência de ano passado no CAS que foi uma experiência muito boa, a gente conversou com os nossos preceptores, tutores. Fizemos algumas propostas de modificar um pouco a residência, de estar prolongando um tempo maior nos ambulatórios por esta questão do vínculo mesmo aí, que favorece o tratamento dos pacientes e isto não foi escutado. Eles nunca... na verdade nunca pararam pra ouvir a nossa opinião e a nossa prática, dos benefícios que o nosso trabalho proporcionava. (RMS2).*

As falas dos residentes expressam a ausência de uma avaliação conjunta de todos os atores envolvidos no processo educativo, com a finalidade de proporcionar a melhoria de processos e produtos dentro do programa.

Ao dar continuidade a este último relato, o participante sugeriu a construção espaços para que haja a avaliação, levando em conta as ações, vivências, intervenções profissionais e experiências adquiridas do residente ao longo da

residência, assim como a participação na elaboração conjunta de um cronograma que atenda às necessidades de formação dos residentes:

*Acho que o mais importante de tudo é eles abrirem um espaço pra nós falarmos da nossa experiência, pra falar do que deu certo e o que deu errado e a partir daí montar este cronograma. De realizar um cronograma mais elaborado, uma divisão certa de tempo de um lugar do outro pra que você possa sair com sua experiência e também possa contribuir deixando seu trabalho ali. (RMS2)*

Sobre tais pontos, cabe aqui sinalizar que o Projeto Pedagógico da RMS faz referência a uma avaliação obrigatória do residente em relação ao Desempenho Profissional em suas diversas áreas de atuação e a Conhecimentos Específicos, que deve ser realizada trimestralmente, sendo de competência dos tutores e preceptores de cada área ou eixo específico (BRAGA, 2012).

Outra modalidade de avaliação se refere a uma “auto-avaliação do programa” a partir de reuniões do “núcleo estruturante da residência” (PROJ. RMS, p.10), bem como eventos que poderão ser organizados pra esta finalidade (BRAGA, 2012). Segundo documento sobre os Princípios e Diretrizes para os Programas de Residências em Saúde, o núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) (núcleo estruturante) é constituído pelo coordenador do programa, por representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração do programa, que devem responder mais diretamente pela criação, implantação e consolidação do Projeto Pedagógico do Curso.

De fato, como discriminado no projeto pedagógico da RMS, os “momentos de reflexão e aproximação dos tutores e preceptores (via reuniões, eventos) é fundamental para auto-avaliação do programa” (BRAGA, 2012, p.10). Observa-se, no entanto, nesse documento, que não há menção à importância da avaliação do programa pelos residentes, o que subentende-se caber somente ao *núcleo estruturante da residência* este papel.

Apesar de não ser mencionado no Projeto pedagógico da RMS a importância do residente no processo de avaliação do programa, é necessário ressaltar que foi realizado excepcionalmente ao final do primeiro ano de implementação da RMS (2010), um evento com a finalidade de se fazer um diagnóstico dos acertos e erros da mesma até aquele momento. Nesse evento, além da participação de convidados do MEC, de outras instituições onde havia programas

de RMS, de preceptores e tutores do HU/UFJF, os próprios residentes puderam participar. Contudo, na busca por informações sobre a repercussão desse evento e os entraves apontados, bem como as várias discussões que dali surgiram, percebeu-se que pouca mudança foi realizada nos anos posteriores.

Segundo os Princípios e Diretrizes para os Programas de Residências em Saúde, embora o residente não participe do NDAE, isto não impede que por meio de avaliação constante do programa a opinião dos residentes não seja incorporada ao projeto pedagógico, de maneira a aprimorá-lo e aproximá-lo da necessidade de formação do profissional de saúde residente (BRASIL, c2013). Este mesmo documento explicita que a estrutura e funções envolvidas na implementação dos Projetos Pedagógicos do Curso dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, serão constituídas pela coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu), coordenação de programa, Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), docentes, tutores, preceptores e residentes (BRASIL, c2013), priorizando assim, a participação dos diferentes atores envolvidos no processo de formação via Residência.

Assim, de acordo com as falas dos participantes e análise dos documentos supracitados, entende-se que as modalidades de avaliação da RMS no HU/UFJF, tem pouco incorporado as considerações, queixas e propostas dos residentes. Ao mesmo tempo, as avaliações do processo ensino-aprendizagem (educadores-educandos) parecem serem qualificadas por critérios de desempenho dos residentes, apresentando um caráter mais burocrático a reflexivo e transformador, que se contrapõe à proposta de uma atividade referenciada na educação permanente. Sendo assim, há necessidade de um aprofundamento na discussão sobre critérios de avaliação articulados com os objetivos pedagógicos propostos pelos programas da RMS, numa perspectiva formativa (BRASIL, 2006a). Reafirma-se que a RMS deve ser estruturada em uma relação horizontalizada, pois o que se espera é que todos os atores envolvidos no processo de formação possam estar implicados nos processos de criação e gestão, e terem assim, a oportunidade de pensar novas propostas, que permitam a consolidação deste programa de residência no HU/UFJF.

Nessa perspectiva, a avaliação, para além de se constituir como um instrumento da gestão configura-se como um instrumento de participação ativa de residentes, preceptores, tutores e coordenadores, de forma a garantir um processo

transparente, horizontal e democrático, em prol do aprendizado. Além disso, a avaliação deve principalmente se estender ao próprio funcionamento do programa, do seu impacto na rede, da sua possibilidade de formar profissionais para os serviços onde estão inseridos os residentes (BRASIL, 2006a). A não consideração destas questões descaracteriza as residências, que são entendidas como uma formação para além do aperfeiçoamento técnico, mas como uma ação política, de relevância social.

As falas de alguns residentes denunciaram as falhas percebidas na perspectiva formativa, levando à indagação/preocupação quanto à manutenção dos programas por questão de *status*:

*Eu sinto que tá todo mundo muito perdido, eu sinto que as pessoas cumprem um programa porque isso a nível nacional faz uma diferença, não sei né se vem uma verba específica pra isso, se mantém esta residência muitas vezes eu vejo que é por status. (RMS3)*

*Isto é um problema pra nossa formação enquanto residente porque eu acho que poderia ser feito muito mais do que é feito, eu acho que poderia ser um trabalho gigante com esta residência porque são 16 residentes, são 8 áreas, 2 pra cada área, 16 pessoas que poderiam estar fazendo muito mais e que não está, entendeu?! Eu vejo sendo levado com a barriga... Se eu não quiser fazer o melhor pra mim, se eu não quiser fazer a minha residência, eu não vou fazer, porque eles não estão preocupados com isso. Eles estão preocupados em mostrar "olha o programa de residência que a gente tem". Mas ele não está funcionando da forma como ele deveria. Eu entendo que ele é novo, que é só o segundo ano, que ainda tem muito mais o que fazer, eu entendo isso tudo, mas eu acho que poderia ter sido feito muito mais. Se o hospital não estava preparado pra assumir este tipo de eixo, de modalidade de residência, não deveria ter pegado. Igual os meninos da Educação Física né, eles não vieram pro HU. Então que residência multiprofissional é esta que este ano inteiro eu não encontrei com os meninos da Educação Física? Pra mim é como se não tivesse. Eles continuaram lá no CAS, se desmembraram de todo mundo porque aqui não tem profissional da educação física, entendeu?! Eu acho que foi mal elaborado e está sendo mal assistido também. (RAP4)*

Nos relatos dos participantes, houve o reconhecimento de o programa de RMS ser recente, inovador e estar em fase de implementação, porém, ainda assim, transpareceram as dificuldades desta modalidade de residência no que tange ao despreparo da gestão do HU/UFJF, bem como de tutores e preceptores no desenvolvimento dos objetivos da RMS.

De posse destas questões, salienta-se a importância da constante avaliação, reformulação e readequação da estrutura da RMS, que se propõe romper com as ações cristalizadas e tradicionais do ensino e da assistência em saúde. Para tanto, todo o processo de estruturação da RMS, como de qualquer outro programa, requer flexibilidade, horizontalidade, compromisso e respeito aos sujeitos singulares que a vivenciam e, portanto, avaliam. Soma-se a isto, a importância da atualização e capacitação de preceptores/tutores com o ensino-aprendizado correspondente a proposta do programa. A fala de um residente reforçou esta perspectiva:

*Os tutores precisam estar aprendendo tanto quanto a gente (residente). Eles precisam se colocar no lugar de aprendizes também. Então quando o tutor se coloca neste lugar de apenas eu sou o professor, o dono do saber acadêmico, né?! A residência multiprofissional é um projeto totalmente novo e usar o que você aprendeu a 20, 30 anos atrás, como assim? Eu falava de textos que meus tutores e preceptores não tinham a menor ideia. (RMS1)*

Essa fala expõe a falta de qualificação didático/pedagógica e política de alguns tutores/ preceptores para conduzir o processo de formação, o que resulta nas críticas à concepção do ensino de tutores da RMS marcada por uma pedagogia tradicional.

Aqui vale retomar o pensamento de Campos, Aguiar e Belisário (2008) que colaboram com esta reflexão ao apontar que majoritariamente os docentes são professores especialistas, além do fato de uma significativa parte deles exercerem sua função em consultórios privados, o que contribui para que os mesmos não tenham conhecimento suficiente sobre os sistemas públicos de saúde e a realidade dos serviços (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008). O olhar dos autores sobre o perfil dos docentes se aproxima da perspectiva de trabalho desenvolvido por grande parte dos tutores, que por integrarem o corpo docente da UFJF, se encontram muitas das vezes, distantes da realidade dos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a educação continuada é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central, como é para a educação permanente. Isso porque para educação permanente o conhecimento não se destina a acumular, mas a transformar o trabalho, os trabalhadores de saúde e a participação no setor (BRASIL, 2004).

Esse direcionamento foi exposto na fala de um participante, que apontou a educação permanente de tutores/preceptores como ponto chave para melhoria do processo pedagógico das residências:

*Constante educação permanente... Eu acho que estes tutores, eu não sei como faria isso, mas eles precisam de ter um tempo de dedicação pra residência e não é o que acontece... eles dividem suas atividades acadêmicas, vem dão suas aulas, e não tem em contrapartida nenhum incentivo pra estar ali. Eu acho que eles devem se manter também sempre atualizados, estudar um pouco mais, estudar a proposta da residência, entender o que a residência propõe [...] ainda não perceberam o que ela pode proporcionar, estas habilidades que o residente pode aprender e o que isso melhora pra assistência. Eu não sei se eles têm este entendimento, qual habilidade que os residentes têm que sair. Não tem planejamento, não tem metodologia, não sei se em outros programas outros residentes percebem isso, mas na residência multiprofissional, onde eu estava eu percebi isto claramente. (RMS1)*

No que diz respeito à preceptoria Lima e Rodrigues apud Ferreira (2007) iluminam as questões destacadas ao relatarem que “a maioria dos preceptores, ao receber esta função, não recebe formação didático-pedagógica necessária ao desenvolvimento de suas atividades” (LIMA; RODRIGUES apud FERREIRA, 2007, p. 98). Acredita-se que esta mesma realidade é extensiva aos tutores, conforme pode ser observada na fala do participante.

No entanto, de acordo com o Projeto Pedagógico da RMS, o Programa também visa contribuir com o processo de educação permanente de preceptores/tutores, que deverá ocorrer continuamente ao longo do processo de trabalho multidisciplinar (BRAGA, 2012).

Sobre estas questões, entende-se que a capacitação do preceptor/tutor deve ser uma preocupação constante nas residências, pois, ao empregarem o dispositivo da educação permanente, devem preconizar, a todos os profissionais envolvidos no processo formativo, a problematização da realidade dos serviços e da saúde para criar novos conhecimentos que nascem do confronto entre os saberes e fazeres das diferentes categorias profissionais em busca da integralidade da atenção à saúde. Assim sendo, a capacitação dos profissionais que assumem a perspectiva pedagógica auxilia no direcionamento e na condução quanto ao exercício da politicidade dos sujeitos inseridos tanto no Programa da Residência, como no mundo do trabalho, devido ao caráter social inerente ao ensino nas residências.

É somente a partir desta nova concepção de pedagogia, estruturada na problematização, que se pode levar os residentes a refletirem sobre os processos e problemas de sua formação e da saúde no contexto ao qual se inserem e participam. Ou seja, é uma pedagogia da construção, pelas possibilidades de inventividade no processo de formação, como também uma pedagogia da resistência e revitalização do instituído (RAMOS et al., 2006).

Em síntese, sobre as questões levantadas que remetem à RMS, percebeu-se que, em muitos momentos, residentes, preceptores/tutores pareciam não integrar os objetivos desse programa e acabavam por reproduzir um modelo tradicional de prática e ensino. Por esse motivo, acredita-se que os profissionais devam buscar a instrumentalização para atuarem na Residência, tendo em vista que todos os atores devam ter clareza da proposta de formação.

Finalmente, a carga horária excessiva foi apontada como um ponto negativo no que diz respeito à formação dos residentes como um todo, tendo em vista que todos os programas de Residências, além de compartilharem o mesmo tempo de duração de dois anos, também compartilham uma mesma proposta de carga horária de 2.880 horas por ano, distribuídas em 60 horas semanais, de forma diferenciada em cada Programa. Sendo assim, leia-se o discurso a seguir:

*A gente tá na metade do segundo ano e se tem uma palavra que define este meu momento, aí bem pessoal, mas em função da profissão e da residência é esgotamento [...] eu quero refletir sobre este trabalho na saúde que é uma coisa que tem acabado com minha própria saúde [...] talvez isto seja mais radical pelas 60 horas que a residência propõe. Isto precisa ser revisto! (RMS1)*

O discurso revelou que a carga horária excessiva tem se traduzido numa sobrecarga de atividades assistenciais que acabam resultando num esgotamento emocional e mental, acarretando prejuízos para a reflexão das práticas desenvolvidas pelos residentes. Outro participante abordou a questão da carga horária estipulada, associada à falta de suporte e acolhimento quanto aos seus aspectos psicológicos e emocionais:

*Não sei se faz parte da pedagogia, mas a Residência, pelo menos a Residência Médica é uma residência com uma carga teórica muito grande, acaba que ela é um pouco extrapolada e a gente tem uma carga de responsabilidades muito grande, de estar sempre presente, de acompanhar todos os casos, de responder por tudo que a gente*

*tá vindo junto e a carga horária acaba que fica um pouco cansativa [...] Aí eu acho que devia ter uma estrutura melhor de acolhimento pro residente. O residente acaba que ele sempre sobra, em qualquer área, você está lá pra trabalhar, pra aprender, mas as nossas necessidades pessoais não são vistas muitas das vezes, né?! Eu acho que o que tem que melhorar de proposta pedagógica é na questão de acolhimento, do acompanhamento do residente no seu período de 2 anos. Cuidar de quem cuida, acho que falta um pouquinho isso, acho que pra todos os residentes. É sempre o residente que tem que ir na frente, que tem que ir primeiro, que tem que estar acordado, que tem que rever, que tem que avaliar, que tem que internar e a outra pessoa só vem e dá o seu parecer e acaba que as 60 horas às vezes, não é respeitado, seu período não é respeitado, seu intervalo não é respeitado. Então eu acho que falta um pouco disso aí... (RM3)*

Enquanto a residência aparece na concepção dos residentes como uma forma privilegiada de capacitação profissional, simultaneamente, é identificado como um período muito estressante na formação dos mesmos. Há vários estudos que discutem as vicissitudes do exercício profissional do residente, em especial médico. Algumas características podem ser citadas como o fato de ser um período de imersão plena na atividade profissional, com sobrecarga de trabalho, cuidando-se de pacientes em situações assistenciais complexas e, com frequência, de difícil manejo, seja pela gravidade dos quadros clínicos, seja pelas carências e limitações institucionais, entre outros (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, c2001). Estas características definem o período da residência como uma fase muito estressante, no qual a depressão e a privação do sono aparecem na literatura como os mais significativos problemas que os afetam, tendo sido considerados, respectivamente, como a principal reação ao treinamento e o mais importante fator estressante (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, c2001).

Nesse sentido, diversos trabalhos têm demonstrado que a implementação de programas de assistência aos residentes produz uma melhoria tanto na qualidade da capacitação profissional em termos de lidar com o estresse do período da residência, como também na qualidade de vida pessoal com um melhor relacionamento com os pacientes. Como exemplo de trabalho pode ser citado o Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (NAPREME), que tem como objetivo reduzir o estresse do período de residência de forma a prevenir disfunções profissionais e distúrbios emocionais nos residentes. Para tanto, são oferecidos



atendimentos psicológicos individuais, atendimento psiquiátrico, trabalhos em grupos, etc.

Acredita-se que o suporte psicológico aos residentes só contribui para potencializar o processo de formação em direção a uma assistência mais integral e humana, na qual estão estruturadas as propostas das Residências.

No mais, pensar a transformação das práticas e dos serviços, em busca de um perfil profissional condizente com as propostas sanitárias, requer, sobretudo, atenção as questões que neste trabalho foram percebidas no espaço micropolítico da formação dos residentes, na busca por mudanças indispensáveis apontadas pelos mesmos. Enquanto atores implicados, os residentes poderão contribuir na construção e legitimação das Residências em Saúde, entendidas como apostas do governo federal no processo de consolidação da saúde pública no país.

#### **6.4.3 Residências em saúde: formação para a integralidade?**

*“O conhecimento nos faz responsáveis.”  
Che Guevara*

Nesta subcategoria 3 evidencia-se a percepção dos residentes sobre o perfil de formação. Inicialmente, foi identificada nas abordagens uma visão idealizada, acompanhada de muitos sonhos e expectativas em relação aos programas, que não corresponderam aos anseios de alguns residentes, principalmente os vinculados a RMS:

*O fato de ter formado numa instituição particular eu tinha muita idealização de que aqui seria muito melhor. Eu sempre falava “ah mais o meu sonho é pelo menos ter uma pós-graduação em uma federal!” (risos). E eu me decepcionei um pouco com tudo que eu vi aqui. Que aqui não perde em questão de bagunça que eu vivenciei numa faculdade particular e a falta de investimento nos profissionais também. Mais isso. (RMS3)*

*Olha eu não estou saindo do jeito que eu entrei, mas eu esperava mais. Eu acho que quem fez a minha residência fui eu, muitas das vezes [...] (RAP4)*

*Então eu tô saindo daqui muito angustiada, esgotada, doida pra residência terminar, desesperada pra residência terminar [...] eu quero refletir sobre este trabalho na saúde que é uma coisa que tem acabado com minha própria saúde [...] a gente vê uma desvalorização do profissional, do residente, a falta de compromisso [...] e todo este ideal que eu te falei o tempo todo, que eu acredito, que eu entrei, que eu faço e que eu vejo resultado, me realiza ali, no encontro com o usuário, mas como pessoa, como profissional, tem me feito questionar [...] não desistir por achar que isto não é possível, mas este ritmo não está sendo possível pra mim. O trabalho em saúde... A forma, tanto que quem acredita neste trabalho precisa lutar pra conseguir fazer isso acontecer. (RMS1)*

Percebeu-se, neste último recorte, um discurso extremamente negativo com relação ao trabalho no serviço público e muito ressentido pela falta de reconhecimento e valorização do profissional da saúde. A fala levou à interpretação de que, muitas das vezes, os profissionais de saúde (incluindo residentes, preceptores) estão alienados de sua responsabilização para com o usuário, revelando certo desapego relacionado ao trabalho. Assim, todo o idealismo que a participante demonstrava ter com a saúde pública e a RMS, por ser inovadora, passou a ser questionado ao longo do processo de formação, devido às muitas falhas percebidas no programa, bem como nas dificuldades vivenciadas no trabalho em saúde como um todo, deixando-a com uma sensação de esgotamento.

No entanto, de uma forma geral, pôde-se apreender que independente das dificuldades encontradas ao longo do processo de formação, coexiste na percepção dos residentes a incorporação de um sentimento de crescimento profissional e aprendizado. Nesse contexto, é curioso observar que o tema “segurança” foi um dos mais citados entre aquelas profissões da saúde que lidam diretamente com a técnica, como residentes médicos e da enfermagem:

*Acho que mais confiante, com mais aprendizado. Eu sei que não deu pra fazer tudo, mas eu acho que a gente sai um pouco da imaturidade e pega mais confiança pra lidar com o outro profissional... que você não tem que saber fazer tudo, que você não tem que estar preparado o tempo todo, que você pode aprender naquele momento, junto com outra pessoa, que você não tem que ter vergonha de dizer que não sabe, ou que na hora não tá certo. Acho que é isso, mais segurança pra trabalhar. (RAP3)*

*Eu acho assim que de tudo o que eu mais ganhei foi segurança. Acho que o meu maior medo era a insegurança porque eu nunca tinha tido uma vida prática muito grande. Tive várias coisas, fiz vários procedimentos, mas não tive a repetição necessária pra se aprender*

*aquilo. Então acho que a bagagem maior que eu levo é segurança, mais do que qualquer outra coisa. (RM1)*

*Saindo bem melhor do que eu entrei. Acho que o HU é uma grande escola [...] A residência foi um divisor de águas na minha vida, eu acho que ajudou muito na minha formação, me deu muito mais segurança pra trabalhar. (RM2)*

*A gente aprende muito mais com a parte de técnica, de condução melhor dos casos, de um pouco de vivência de pegar experiência de cada profissional que você acompanha, de conhecer como funciona o sistema, o que é uma porta de entrada, uma rede primária, secundária... Eu acho que você volta com tudo mais esclarecido. (RM3)*

Sobre este último relato é importante ressaltar que as residências em saúde oferecem a possibilidade do residente circular por diversos serviços localizados em diferentes pontos da rede assistencial, tanto nos níveis primários quanto nos secundários e terciários. Os autores Oliveira e Guareschi (2010) salientam que se deve aproveitar de maneira integral o que esta vivência pode oferecer, entendendo que “a complexidade está colocada na relação a ser estabelecida com a saúde, e não na divisão hierárquica proposta pelo desenho do SUS” (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p. 111). Sendo assim, este espaço de rotatividade na rede SUS, “beneficia a oxigenação e o amadurecimento das práticas de gestão e cuidado a serem desenvolvidas” (OLIVEIRA E GUARESCHI, 2010, p. 111).

Essa percepção foi compartilhada por residentes da RMS e específica, ao pontuarem que o processo de formação contribuiu para atuação profissional em múltiplos cenários de atenção à produção à saúde:

*Apesar das dificuldades que a residência tem, porque acaba tendo mesmo, eu acho que a formação teórica/prática te fortalece muito, este contato com outras coisas que você acaba não tendo na faculdade, o contato com outros profissionais, este contato direto com o usuário, [...] acho que ela vai te ajudar a atuar em qualquer espaço que venha depois. (RAP2)*

*Olha, eu tô saindo preparada se eu quiser dar continuidade a este trabalho. Eu acho que eu saio capacitada pra trabalhar em hospitais ou em qualquer ambiente que esteja ligado ao SUS. Poderia sair melhor? Sim. A residência é falha em alguns pontos, poderia estar proporcionando uma bagagem muito maior do que a gente tá saindo agora, mas apesar de todas as reclamações que todos os residentes devem ter (risos) com relação a este programa (RMS), eu adquiri experiência. (RMS2)*

Apesar dos múltiplos cenários da prática profissional, um residente chamou a atenção para o fato do investimento no perfil de formação ser público e destacou a importância da atuação na rede SUS:

*O investimento que nós temos, financeiro né, pela questão da bolsa, é um dinheiro que é um dinheiro público. Então, estando em compromisso com o serviço público né, eu vejo assim. Estou me formando com o dinheiro da sociedade, com um dinheiro que é público, que está me proporcionando estar aqui. Então nada mais justo do que ao sair daqui eu vá prestar esta assistência de qualidade seja numa outra instituição pública de preferência, pra que eu possa dar um retorno pra sociedade, pra estas pessoas que indiretamente custearam a minha estadia aqui, no meu processo de residência aqui, pra que eu possa devolver através de uma intervenção profissional qualificada, de um conhecimento qualificado em prol destes usuários. (RAP1)*

De fato, para desenvolvimento e expansão das Residências no país, foi regulamentada através da Portaria n. 1.111, de 5 de julho de 2005 (BRASIL, 2005c), o financiamento de bolsas auxílios aos residentes, provenientes de recursos públicos, via Ministério da Saúde, que possibilita aos mesmos a dedicação exclusiva, necessária para esta modalidade de formação.

Na medida em que este investimento no processo de formação dos residentes se traduza em profissionais com competências para tomada de responsabilização em seu ato de cuidado para com o usuário, resultados excelentes podem ser adquiridos do ponto de vista da resposta social, a partir de melhoras nos indicadores de qualidade de vida e de promoção da saúde.

Assim, analisa-se que mesmo considerando o alto custo no pagamento de bolsas aos residentes, entende-se que este investimento é compensado pela própria produção que ela propicia e a possibilidade de reprodução da forma de trabalho, para muitos outros espaços, a partir da atuação do profissional formado. Desse modo, ressalta Feuerwerker (2006) o papel ordenador do SUS não será visto como restrito à formação dos profissionais que irão trabalhar nos serviços públicos, que é a tradução mais frequente do SUS, mas incluirá efetivamente a preocupação com a formação de qualidade, não importando os serviços que irão trabalhar (FEUERWERKER, 2006).

Para tanto, é necessário que as Residências sejam desenvolvidas através da integração ensino-serviço-comunidade, que refere-se a uma diretriz de educação

para o SUS. Esta integração diz respeito ao direito e dever que todos os cidadãos têm de participar dos debates, decisões, formulações das propostas de gestão e ações no SUS. Ou seja, implica a interlocução dos programas de residências com gestores, trabalhadores e usuários, de forma que se promova a interlocução ensino-serviço-gestão.

Na fala de um residente da RMS observou-se a importância da articulação com a comunidade no processo formativo:

*Antes eu achava que o sistema de saúde era só o usuário, só aquele que vai lá pra procurar o atendimento, e hoje eu percebo que neste sistema existem, os profissionais, os colegas de trabalho, existe a comunidade, os usuários de fora, que às vezes não é aquele que procura o atendimento mas que faz parte daquilo tudo e se você não trabalhar com ele também, não tem movimento pra saúde [...]*  
(RMS1)

Essa fala apontou a importância do ensino e o serviço estarem articulados com a comunidade, o que não significa só a interação com a população usuária, mas o direcionamento destes eixos para as necessidades e demandas de saúde da população, demarcando assim o caráter público e a relevância social do ensino em saúde. Significa uma abertura dialógica e participativa com a comunidade, que sob este prisma abarca também o controle social.

No entanto, embora se note neste relato uma perspectiva integrativa com a comunidade, analisa-se que ainda é incipiente a interlocução dos gestores, trabalhadores e usuários no HU/UFJF. Isto porque, a abertura dialógica com a comunidade depende de uma reforma na atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre profissionais e usuários a partir de uma ênfase em valores ligados à defesa da vida, numa abordagem de clínica ampliada que resgata os elementos de humanização, ética, solidariedade e compromisso social.

Como foi apontado neste estudo, há um movimento crescente da humanização no serviço de Pediatria do HU/UFJF, o que em si já pode ser considerado um grande avanço. A percepção de “*estou saindo com um perfil mais humanizado*” (E9), foi compartilhada por alguns residentes, em especial a de um médico deste serviço, conforme relato:

*Eu vejo um perfil bastante favorável à prestação da assistência médica, um perfil bastante humanizado. Eu acho que isso é uma coisa da pediatria em si. (RM4)*

Vale ressaltar que a diretriz política da humanização passa a ser fundamental na formação dos residentes, uma vez que traduz os princípios e diretrizes do SUS em modos de operar que valorizem a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção, caracterizados por uma construção coletiva de trocas e vínculos solidários entre usuários, trabalhadores e gestores; aumentando o grau de corresponsabilidade destes diferentes atores e implicando mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção da saúde (BRASIL, 2004c).

Além dos residentes procederem em suas práticas de cuidado segundo o princípio da integralidade e a diretriz da humanização, é necessário que os mesmos tenham a capacidade de comunicabilidade, de criar novas realidades, e reflexão crítica que os levaria a indagarem-se acerca da repercussão dessas práticas sobre os serviços e as pessoas.

Assegurar este tipo de formação é utilizar-se da pedagogia de problematização que embasa a política de educação permanente em saúde. Esta pedagogia, portanto, toma o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente, interrogando os saberes e as práticas encontrados e, exatamente por isso, autorizam-se múltiplas possibilidades de criação e invenção (CECCIM, 2005a).

Ainda que, em diferentes momentos deste estudo tenha-se constatado a falta do referencial da educação permanente no processo formativo dos residentes, a percepção dos mesmos sobre o perfil de formação aponta para uma nova forma de ser no trabalho em saúde, conforme pode ser verificado nos relatos a seguir:

*Acho que você sai mais aberto pra poder ouvir, pensar, raciocinar tomar uma atitude emergencial e criativa... Eu saio muito mais aberta pro novo, aberta pra ouvir mesmo. (RMS2)*

*Com um olhar ampliado, com esta perspectiva ampliada, pra poder atuar nas instituições públicas de saúde e um preparo para os desafios [...] pela experiência abarcada aqui isso vai fazer com que pelas dificuldades futuras eu possa enxergar além, enxergar estratégias pra poder atuar pra que a gente possa fazer com que o SUS se consolide, o SUS se construa e que de fato o cidadão tenha direito a esta política de saúde. (RAP1)*

*Acho que eu estou saindo daqui assustada, mas acho também que eu estou saindo preparada pra lidar com o difícil, pra lidar com a disputa de áreas profissionais... Me acrescentou muito assim, não foi o que eu esperava a residência, mas ao mesmo tempo eu estou com uma bagagem muito legal pra vida, pro que eu vou trabalhar, o que que vai me esperar. Eu acho que eu tô saindo com uma bagagem boa do que não fazer também. (RMS4)*

Assim, embora nos relatos dos participantes possam ser identificadas contribuições importantes do processo de formação no perfil profissional, analisa-se que as Residências em Saúde no HU/UFJF apresentam muitos desafios para de fato promoverem as mudanças necessárias no ensino e práticas em saúde. Dentre estes desafios, destaca-se a imprescindibilidade das Residências em Saúde tornarem-se, verdadeiramente, dispositivos da educação permanente, de forma a contribuir na consolidação do SUS, em direção a integralidade da atenção à saúde.

Nesta perspectiva, pensar em uma formação profissional para o SUS requer um posicionamento ético, político e cultural dos residentes, preceptores e da sociedade. É ter presente que essa construção ocorre na vivência diária dos serviços de saúde, na qual não há receitas prescritivas (FERREIRA, 2007). Os autores Oliveira e Guareschi (2010) compartilham deste entendimento ao afirmarem que “o desafio lançado é de entrar, olhar, questionar e se afetar, pois a produção cotidiana de atos de saúde não é algo que venha pronto nos livros ou a partir de um conhecimento prévio; é uma opção, um desejo de produção” (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p.110), implicando possibilidade de rompimento com a lógica vigente.

E é neste contexto que se destacam as Residências em Saúde, pois, ao utilizarem o dispositivo da educação permanente, poderão propiciar a construção de conhecimentos que não estão dados *a priori*. É a partir da experimentação do conflito vivenciado na realidade dos serviços de saúde e da reinvenção diária do trabalho em ato, dinamizada pelas teorizações questionadoras da educação, que os residentes poderão se sentir mais preparados para lidar com os desafios nos espaços de atuação, permitindo aos mesmos pensarem o SUS enquanto protagonistas de sua construção.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação foi apresentada uma investigação sobre os processos formativos das Residências em Saúde no HU/UFJF tendo a integralidade como dispositivo analisador. Os participantes tiveram a oportunidade de refletir sobre sua formação em diferentes aspectos, possibilitando o confronto dos discursos com os múltiplos ângulos teóricos, que abarcam a complexidade do ensino em saúde, na perspectiva da integralidade. Ao mesmo tempo, este estudo, ao dar voz aos residentes, demarcou uma particularidade deste processo de ensino que visa à formação de um profissional crítico, que saiba analisar a realidade e contribuir na implementação das mudanças necessárias para consolidação do SUS.

A iniciativa por tal pesquisa, emergida da vivência nessa modalidade de formação, consistiu em um grande desafio, tendo em vista as lacunas abertas dessa temática e a escassez de estudos dessa natureza. Trata-se, portanto, de um trabalho que fornece subsídios para abrir novos caminhos, debates ou sugerir pontes na construção de diálogos entre as diferentes modalidades de Residências em Saúde no âmbito hospitalar. Sua relevância está diretamente associada a esta pretensão.

Os resultados da pesquisa evidenciaram as dificuldades na organização e estruturação dos programas de residências, que podem ser justificadas, principalmente, pela falta do referencial pedagógico da educação permanente no processo de ensino. Esta constatação permite, sobretudo, afirmar que os programas de Residências em Saúde do HU/UFJF, ainda que possuam algumas experiências significativas de avanço, se mantêm distantes do ideal de formação profissional para o SUS, que contemplem a integralidade. Desse modo, pretende-se nesta etapa de síntese delinear os principais achados, bem como pontuar algumas iniciativas estratégicas para superação dos entraves ressaltados na pesquisa.

No que diz respeito ao campo das práticas, foi observada uma visão idealizada de se pensar o processo da interdisciplinaridade sem conflitos, principalmente em se tratando da RMS, por constituir-se de uma equipe multiprofissional. Porém, ao longo do processo de formação muitas dificuldades foram enfrentadas, com destaque para a centralidade médica no processo de trabalho.



Apesar das dificuldades e conflitos, observa-se que algumas oportunidades de exercer a multi e a interdisciplinaridade foram proporcionadas e estimuladas e que os tensionamentos deste exercício do trabalho conjunto foram atenuados à medida que as situações na realidade dos serviços exigiam dos residentes a incorporação de novos elementos as suas práticas, decorrentes da cooperação, de um novo fazer.

Além disso, as vivências no que se refere a grupos de educação em saúde conseguiram obter êxitos quanto ao trabalho em equipe, contribuindo para o rompimento da verticalidade profissional-usuário e no processo de reorientação das práticas em saúde. Acredita-se que outras iniciativas possam contribuir para essa perspectiva, tais como: a criação ou ampliação de mecanismos/canais de comunicação, a partir, por exemplo, de espaços formais de reunião para discussão de casos com a equipe; a constituição de equipes de referências e a construção compartilhada de projetos terapêuticos, definindo como determinante de qualidade a inventividade, a criação de intervenções comuns numa perspectiva usuário-centrada. A sistematização de projetos também pode ser destacada, uma vez que abre a possibilidade da construção de novos espaços de atuação dos residentes, bem como dão legitimidade, sustentação para o trabalho interdisciplinar e facilitam a captação de recursos.

Ainda em relação ao campo de práticas dos residentes, observa-se que muitos dos entraves destacados no processo de produção do cuidado humanizado e integral, como a falta de acolhimento dos sofrimentos individuais e ausência de vínculo com o usuário, entre outros, são atribuídos, à orientação biologicista e produtivista no trabalho em saúde, particularmente do trabalho médico. A propósito, importante parcela de pesquisas no campo da Saúde Coletiva trata destas questões referentes à prática médica.

Embora sejam problemas amplamente conhecidos nos estudos científicos, sabe-se que pouco se avançou em termos de mudanças. Neste sentido, analisa-se que somente o fato do residente pensar criticamente sobre estas tensões existente entre a lógica da produção e a lógica do cuidado, já os permitem deslocarem dos lugares em que muitas vezes os profissionais de saúde se colocam – ou seja lugar de recusa e omissão – em direção a novas formas de responsabilização com o usuário.

Além disso, acredita-se que este perfil mais flexível, crítico e reflexivo, que é o que se espera do profissional formado, só será potencializado quando de fato as Residências estiverem articuladas com o SUS, assim como os atores e instituições a ela ligadas.

Desta forma, analisa-se serem importantes algumas mudanças nos critérios de seleção e formação da Residência Médica, a fim de contribuir para este direcionamento. É importante que o processo de seleção contemple bibliografias não somente voltadas para a área da Medicina ou do núcleo profissional do candidato, mas também estudos da Saúde Coletiva. Até mesmo no processo de formação devem ser viabilizadas atividades teóricas e teóricas-práticas que incluam além dos conteúdos da área profissional a que se refere o programa, outras temáticas referentes ao SUS. Estas mudanças são importantes para que os residentes possam ter mais domínio sobre as atuais discussões no campo da saúde pública e dispor destes conhecimentos a favor da renovação de suas práticas.

Em relação à proposta metodológica de ensino, foi observada a falta de clareza e pouca integração dos objetivos dos programas entre residentes, preceptores/tutores, levando-os, em muitos momentos, a reprodução de um modelo tradicional de prática e ensino. Nesta perspectiva, grande parte das críticas envolveu a RMS, que se destaca por ser entendida como uma estratégia inovadora e potencial de formação para os profissionais da saúde. Assim, analisa-se que os programas de residências em saúde aparecem como um desafio em construção no HU/UFJF, tendo em vista que a metodologia de ensino dos programas não deva se resumir a um “treinamento”, que se dê somente por meio da transmissão de um conjunto de conhecimentos. O que se espera com as Residências é afirmar uma prática de formação que não busca reproduzir uma trajetória, mas nela interferir produzindo desvios, desnaturalizando o que parece confortável, por meio do constante diálogo com as redes de saberes e experiências. Para tanto, acredita-se que nas residências o trabalho deve ser espaço de ensino e troca. Ou seja, é preciso que a educação permanente em saúde seja configurada como lugar ativo nos cenários de práticas, o que implica a utilização de pedagogias que problematizem o instituído nos serviços de saúde e que possibilitem uma relação dialógica, democrática e participativa, permeada pela integralidade.

Ainda cabe sinalizar a importância da materialização destas propostas em Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), bem como a acessibilidade e difusão das

informações nele contidas em meios de comunicação, como sites da própria instituição. Entende-se que a falta deste documento normativo sobre as residências, bem como sua desatualização e apropriação somente ao corpo docente estruturante dos programas, conforme evidenciando ao longo da pesquisa, pode gerar divergências em relação aos rumos dos programas ou desentendimentos quanto da abordagem pedagógica durante a formação.

Outro alvo de críticas que merece a atenção se refere à ausência e desqualificação das tutorias e preceptorias. Foi muito questionado pelos residentes a falta de profissionais para exercerem a função de preceptor, apresentando-se incoerência entre o conteúdo pedagógico dos programas e a necessidade da prática demandada pelo serviço onde está inserido o residente, que muitas das vezes acaba se tornando um mero executor de atividades assistenciais, sem o suporte pedagógico intrínseco ao processo de formação. O despreparo dos profissionais para exercerem estes papéis, bem como a falta de compromisso com as questões que envolvem as Residências, também foram alvo de críticas.

A instrumentalização de tutores e preceptores é uma pauta imprescindível dos programas e aponta a importância da interdependência entre universidade e o serviço, pois os trabalhadores dos serviços descritos como tutores/preceptores participam e são diretamente responsáveis pela qualidade da formação dos residentes. Neste contexto, cabe destacar a preponderância do preceptor nas atividades que remetem às residências, pois, os mesmos têm assumido a maior parte das atividades como orientação de campo, atividade teórica, entre outros, passando a ter um contato maior com o residente.

Analisa-se que o desafio é formar quadros destes profissionais mediante as contratações que se fizerem necessárias para atender as demandas dos programas, acompanhadas da oferta de formação didático-pedagógica, que devem ser referenciadas no dispositivo da educação permanente para o desenvolvimento de suas atividades. Do mesmo modo, a garantia de carga horária privativa do tutor/preceptor para a realização da tutoria/preceptoria e acompanhamento sistemático torna-se fundamental neste processo. Acredita-se que estas são uma das possibilidades estratégicas para superação dos problemas detectados.

Entretanto, entende-se que a crise do atual padrão de relação entre o estado e a sociedade no país dificulta a resolução de algumas destas questões no âmbito das Residências, como, por exemplo, a falta da realização de concursos públicos e

as dificuldades no processo de contratação e gestão da força de trabalho, que tem provocado a substituição provisória de mão de obra de residentes. Inclusive o fato do próprio SUS ter dificuldades para absorver este profissional que se forma, já resulta em enorme problema no campo da saúde. Espera-se que haja, em consonância com esta política de educação permanente, no qual as Residências constituem-se como aposta estratégica, uma política que privilegie a abertura de concursos públicos de modo que este novo perfil de profissional formado seja valorizado por meio de sua inserção efetiva nas instituições de saúde. Afinal, o objetivo central não é poder (trans)formar e comprometer os trabalhadores de saúde como agentes micropolíticos em sua defesa?

Assim, ter clareza das implicações da atual conjuntura política e econômica e estabelecer os nexos fundamentais que interferem no trabalho, e conseqüentemente no ensino, nos serviços de saúde, deve ser o início da compreensão desta totalidade que envolve os problemas abordados neste estudo.

Outro ponto que precisa de maior discussão são as formas de avaliação dos programas. Acredita-se que uma avaliação amplamente discutida de modo democrático, no qual todos os atores inseridos nos programas participem, possibilitará um diagnóstico mais consistente sobre a configuração atual das Residências, de forma a contribuir na contemplação das necessidades locais de formação dos trabalhadores para o SUS. Assim sendo, analisa-se a necessidade da constante avaliação, reformulação e readequação da estrutura e estratégias pedagógicas das Residências. Ao mesmo tempo, ressalta-se que as avaliações do processo ensino-aprendizagem (educadores-educandos), não devam ser apreendidas como um processo de caráter burocrático, mas sim como um processo disparador de mudanças.

Entre outras dificuldades evidenciadas pela pesquisa cabe também destacar as questões da carga horária excessiva e a falta de suporte e acolhimento aos aspectos psicológicos e emocionais do residente. Entende-se que o lugar ocupado pelo residente é permeado de ambigüidades na medida em que traz no seu cerne dimensões do profissional e do estudante, com todos os desafios inerentes a essa fase de transição: falta de manejo para lidar com os múltiplos impasses da atuação profissional, o contato constante com a dor, sofrimento e morte de pacientes, os sentimentos contratransferenciais despertados ao longo dos atendimentos, os problemas de inserção na equipe de saúde, as angústias e medos diante do “não

saber”, como também outras questões atreladas a esta modalidade de formação como, por exemplo, a necessidade de articular atividades de assistência, produção científica e aprendizado. Deste modo, analisa-se que programas de assistência ao residente, exemplificada neste estudo pelo Napreme, só tenham a contribuir para potencializar o processo de formação, em direção a uma assistência mais integral e humana, no qual estão estruturadas as propostas das Residências.

Evidentemente, todas as discussões e propostas para a superação dos principais problemas destacados nesta pesquisa acarretam não somente benefícios à formação e qualificação dos residentes, como também contribui para melhorias e renovações na assistência e instituição. Porém, reitera-se que não bastam propostas pedagógicas *ideais*, na perspectiva do ensino/serviço, para se implementar novas práticas e formas de trabalho mais flexíveis e cooperativas, em direção a integralidade. É necessário crer, querer lutar, transformar, ter compromisso com as causas da reforma sanitária e do próprio SUS. Somente nesse sentido, será possível se aproximar do ideal da integralidade, na relação entre universidade e sistema de saúde, e agenciar o *quadrilátero da formação*, ou seja, fortalecer representações de segmentos do ensino, gestão, atenção e controle social em saúde.

Por fim, espera-se que protagonistas inseridos em Residências de diferentes instituições possam se identificar e usufruir dos relatos apresentados e analisados, pois, as experiências entre os programas precisam ser socializadas, para serem problematizadas, inovadas, reinventadas e ampliadas. Sendo assim, a expectativa é que este trabalho inspire e resulte, não só em um fôlego a mais na luta empreendida no âmbito do ensino e práticas em saúde, mas também em reflexão crítica aos sujeitos comprometidos com as mudanças necessárias em seus diversos espaços de atuação.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, L. M. **Projeto pedagógico da residência em clínica médica do HU/UFJF** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <larissashikasho@hotmail.com> em 08 out. 2012.

BRAGA, M. H. **Projeto pedagógico da residência multiprofissional em saúde do HU/UFJF** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <larissashikasho@hotmail.com> em 9 ago. 2012.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p.18055. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em 05 ago. 2010.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 18 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez.1990b. p. 25694. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%208.142-1990?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.142-1990?OpenDocument)>. Acesso em: 25 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2. ed., rev. e atual., 2. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev. 2004a. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 36 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Educação na Saúde).

BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jul. 2005b. p.1. 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: 7 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.111, de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do programa de bolsas para a educação pelo trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2005c. Seção 1, p. 47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 nov. 2005d. Seção 1, p. 112. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2117.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 414p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2007a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_45\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 22 ago. 2007b. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção 1, p. 7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Cartão Nacional de Saúde: normas e procedimentos de uso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Versão 2.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. (Série textos básicos, n. 67).

BRASIL. Ministério da Educação. **Residências em saúde: perguntas e respostas sobre residência multiprofissional e em área profissional da saúde**. c2013. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=18168&Itemid=813](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18168&Itemid=813)>. Acesso em: 20 out. 2012.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CECCIM, R. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 131-151.

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 75-84.



BELCHIOR, S.; SILVA, F.; HYGINO, A. Residência Multiprofissional em Saúde segundo a perspectiva do social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 393-396.

BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. et al. Residência em Saúde da Família: contribuindo na formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional da saúde: experiência, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 171-194. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CABALLERO, R. M. S.; SILVA, Q. T. A. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 61-74.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 39-64.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1011-1034.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 185 p.

CAMPOS, G. W.S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARBOGIM, F. C. et al. Residência em enfermagem: a experiência em Juiz de Fora do ponto de vista do residente. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 245-249, 2010.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 137-170.

CASTRO, E. **Projeto pedagógico da residência em enfermagem do HU/UFJF** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <larissashikasho@hotmail.com> em 30 jul. 2012.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et.al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, out./dez. 2009.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-167, 2005a.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005b. p. 161-180.

CECCIM, R. B. Ligar gente, lançar sentido: onda branda de guerra – a propósito da residência multiprofissional em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 233-235, jan./mar. 2009.

CECCIM, R. B. Prefácio. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 17-22.

CECCIM, R. B.; BRAVIM, F. B.; SANTOS, A. A. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar comum: estudos de mídia, cultura e democracia**, Rio de Janeiro, n. 28, p.159-180, maio/ago. 2009.

CECCIM, R. B.; FAJARDO, A. P. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191-210.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 211-224.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, set./out. 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; MAYER JÚNIOR, M. **Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação**. [S.l.]: [S.n.], 2011. Mimeografado.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, p. 531-542, 2009. Suplemento 1.

CECCIM, R. B.; PINHEIRO, R. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 13-35.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 197-210.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FARAH; B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p.123-125, jul./dez. 2003.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p.100-108, jan./mar. 2008.

FERREIRA, R. S. **Residência integrada em saúde: uma modalidade de ensino em serviço**. 2007. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da Aben**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, jun. 2006. Disponível em <[http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia\\_mudancas.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2012.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, jul./ago. 2007.

FEUERWERKER, L. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? **Revista olho mágico**, Londrina, v. 5, n. 18, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/home.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 459-474. v. 1.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GONÇALVES, R. B. M. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: **Cefor**, 1992. 53 p. (Cadernos Cefor - Textos, 1).

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, maio 2010a.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudanças na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010b.

HECKERT, A. L.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 145-160.

LIMA, A. M. A. et al. **Projeto de residência em Serviço Social HU/UFJF: especialização em ações institucionais de saúde**. Juiz de Fora: UFJF, 1997. Mimeografado.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p.39-64.

MARTINS, A. R. et al. Residência multiprofissional em saúde: o que há de novo naquilo que está posto. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-90.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Livro Primeiro: O processo de produção do capital. 18. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 571p.

MEIRA, A. C. S; MARTINS, A. R.; MARTINS, M. C. A Relação entre preceptores e residentes: percursos e percalços. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residência em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 211-224.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 117-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 71-112.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997c. p. 125-143. v. 1.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MERHY, E. E.; PINTO, H. A. **Cuidado com o trabalho vivo em ato**: interrogação! Rio de Janeiro: [s.n.], 2007. 9 p. Mimeografado.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a Informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-161.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NUNES, T. C. M. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. 1998. 284f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 91-114.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 669-688.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 161-177.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 13-35.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 9-35.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. 228 p.

PINTO, H. A. et al. **O SUS e os processos de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

PINTO, P. C. G. **Projeto pedagógico da residência em pediatria do HU/UFJF** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <larissashikasho@hotmail.com> em 28 nov. 2012.

PIRES, D. A. **A reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social, 1998. 254 p.

SÁ, M. C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. 2005. 454 f. Tese (Doutorado em Psicologia)– Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Orgs.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**: CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p. 109-123.

SILVA JÚNIOR, A. G. S.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2004. p. 241-258.

SILVA JÚNIOR, A. G. S.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2007. p.115-130.

STEPHAN-SOUZA, A. I. **Resolutividade**: ensaio de um conceito embrionário. Juiz de Fora: [s.n.], 2012. Mimeografado.

STEPHAN-SOUZA, A. I.; MOURÃO, A. M. A.; LIMA, A. M. C. A. Residência em Serviço Social: um projeto de formação profissional. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p. 53-65, jan./jun. 2002.

STEPHAN-SOUZA, A. I.; OLIVEIRA, L. M. L.; CASTRO, M. M. C. O trabalho coletivo e as profissões da saúde. **Tempus: actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 105-121, 2011.

STEPHAN-SOUZA, A. I. et al. A residência em Serviço Social: potencialidades do trabalho na esfera pública. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 3, n. 1, p. 85-95, 2003.

RAMOS, A. S. et al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 375-390.

ROSSI, F. R. R.; LIMA, M. A. D. S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, dez. 2005.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2003. p. 89-111.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário. **Residências**: COREME. c2013a. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/huresidencias/coreme-2/>>. Acesso em: 16 out. 2012.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário.  
**Residências:** COREMU. c2013b. Disponível em:  
<<http://www.ufjf.br/huresidencias/coremu/>>. Acesso em: 16 out. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário. **Histórico.**  
c2013c. Disponível em:<<http://www.ufjf.br/hu/institucional/historico/>>. Acesso em: 16  
out. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Hospital Universitário.  
**Residências:** apresentação. c2013d. Disponível em:  
<<http://www.ufjf.br/huresidencias/>>. Acesso em: 16 out. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Núcleo de Assistência e Pesquisa em  
Residência Médica. **Os fundamentos para a criação do serviço e o relato da  
experiência de um ano.** c2001. Disponível em:  
<<http://www.unifesp.br/dpsiq/grupos/napreme.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

VEIGA, I. P. A (Org.). **Projeto político-pedagógico da escola:** uma construção  
possível. Campinas: Papirus, 1995.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman,  
2005.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Os Programas de Residência em Saúde e a Integralidade da Atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde”. Neste estudo pretendemos investigar as possibilidades e desafios da efetivação da integralidade da atenção à saúde no cotidiano do trabalho desenvolvido pelos residentes vinculados aos Programas de Residência Médica, em Área Profissional e Multiprofissional na rede de atenção à saúde (serviços especializados e hospitalares) do HU-CAS/UFJF.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto se remete ao papel estratégico que as Residências em Saúde têm para a qualificação da formação e práticas dos profissionais de saúde, que devem ser orientadas pelos princípios do SUS, com destaque neste estudo para a integralidade. Ou seja, a aposta é que as residências em saúde, como processo pedagógico, formem profissionais em conformidade com as necessidades de saúde da população, de forma a contribuir na construção de um SUS operativo e de qualidade.

Para este estudo, adotaremos como procedimentos para coleta dos dados, a entrevista semiestruturada e a observação. As entrevistas semiestruturadas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para servir de material de análise. A observação deverá acompanhar o processo de trabalho dos residentes como parte intrínseca da pesquisa. A pesquisadora irá acompanhar as ações cotidianas e habituais de trabalho dos residentes, mantendo sempre a relação com o objeto de estudo. Os dados serão registrados e redigidos em um relatório, para também servir como material de análise. É importante esclarecer que suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto significa que em nenhum momento do estudo será divulgado o seu nome.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF  
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900  
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: [cep.propesq@uff.edu.br](mailto:cep.propesq@uff.edu.br)

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: LARISSA SHIKASHO  
ENDEREÇO: R. PEDRO GERHEIN, 69  
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36.360.620  
FONE: (32) 3236-6927 / E-MAIL: 88281790

## APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista

Pesquisa: “OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde”.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Larissa Shikasho

### QUESTÕES

- 1) O que te motivou a optar pela formação via Residência?
- 2) Quais pontos você destaca como relevantes na proposta pedagógica do Programa de residência ao qual está vinculado?
- 3) O que você entende por prestar uma assistência de qualidade ao usuário nos serviços de saúde?
- 4) Na sua opinião, quais elementos são importantes na relação entre profissionais e profissional usuário para se desenvolver este tipo de assistência mais qualificada?
- 5) Você acha que a sua formação enquanto residente contribui para que se possa prestar esta assistência mais qualificada ao usuário? Por quê?
- 6) Que situações, momentos ou espaços na sua prática profissional você consegue potencializar este aspecto de se prestar uma assistência mais qualificada ao usuário?
- 7) Quais são os problemas na relação entre profissionais e profissional usuário que você identifica como obstáculos para se realizar uma assistência qualificada? Por quê? Como mudar essa situação?
- 8) Com que perfil/bagagem você acha que está saindo?
- 9) Que sugestões em termos pedagógicos você daria para melhorar?

**ANEXOS**

**ANEXO A – Quadros com número de inscritos e comparativo por especialidades de cada Programa de Residência do HU/UFJF 2011/2012<sup>23</sup>**

**Quadro com número de inscritos e comparativo por especialidades Residência em Área Profissional 2011/2012**

| <b>Especialidades</b>                     | <b>Inscritos 2011</b> | <b>Inscritos 2012</b> | <b>Diferenças</b> |
|---|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Análises Clínicas                         | 17                    | 17                    | 0                 |
| Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial | Não teve              | 6                     | 6                 |
| Enfermagem em Saúde do adulto             | 28                    | 24                    | Menos 4           |
| Farmácia                                  | 27                    | 8                     | Menos 19          |
| Gestão Hospitalar/ Administração          | 6                     | 18                    | Mais 12           |
| Gestão Hospitalar/Economia                | 6                     | 5                     | Menos 1           |
| Psicologia                                | 23                    | 20                    | Menos 3           |
| Serviço Social                            | 12                    | 24                    | Mais 12           |

**Quadro com número de inscritos e comparativo por especialidades Residência em Saúde da Família 2011/2012**

| <b>Especialidades</b> | <b>Inscritos 2011</b> | <b>Inscritos 2012</b> | <b>Diferenças</b> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Enfermagem            | 49                    | 37                    | Menos 12          |
| Serviço Social        | 21                    | 16                    | Menos 5           |

**Quadro com número de inscritos e comparativo por especialidades Residência em Multiprofissional em Saúde do Adulto 2011/2012**

| <b>Especialidades</b> | <b>Inscritos 2011</b> | <b>Inscritos 2012</b> | <b>Diferença</b> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| Análises Clínicas     | 6                     | 3                     | Menos 3          |
| Educação Física       | 27                    | 12                    | Menos 15         |
| Enfermagem            | 15                    | 21                    | Mais 6           |
| Farmácia              | 6                     | 5                     | Menos 1          |
| Fisioterapia          | 18                    | 15                    | Menos 3          |
| Nutrição              | 33                    | 31                    | Menos 2          |
| Psicologia            | 8                     | 10                    | Mais 2           |
| Serviço Social        | 4                     | 3                     | Menos 1          |

<sup>23</sup> Informações recebidas da Comissão de Residência Multiprofissional, Hospital Universitário - UFJF. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <larissashikasho@hotmail.com> em 26 nov. 2012.

**Quadro com número de inscritos e comparativo por especialidades Residência Médica  
2011/2012**

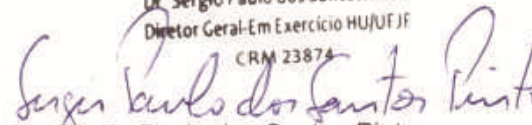
| <b>Especialidades</b>                  | <b>Inscritos 2011</b> | <b>Inscritos 2012</b> | <b>Diferença</b> |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------|
| Anestesiologia                         | 188                   | 261                   | Mais 73          |
| Cardiologia                            | 13                    | 18                    | Mais 5           |
| Cirurgia Geral                         | 146                   | 203                   | Mais 57          |
| Cirurgia Plástica                      | 57                    | 91                    | Mais 34          |
| Clínica Médica                         | 249                   | 290                   | Mais 41          |
| Dermatologia                           | 227                   | 231                   | Mais 41          |
| Ecocardiografia                        | 5                     | 7                     | Mais 2           |
| Endocrinologia e Metabologia           | Não possui dados      | 40                    | Mais 40          |
| Endoscopia Digestiva                   | 5                     | 4                     | Menos 1          |
| Gastroenterologia                      | 17                    | 27                    | Mais 10          |
| Gastroenterologia Pediátrica           | 5                     | 3                     | Menos 2          |
| Hematologia e Hemoterapia              | 4                     | 5                     | Mais 1           |
| Hepatologia                            | 0                     | 1                     | Mais 1           |
| Medicina de Família e Comunidade       | 1                     | 8                     | Mais 7           |
| Nefrologia                             | 10                    | 14                    | Mais 4           |
| Neonatologia                           | 7                     | 7                     | 0                |
| Neurologia                             | 138                   | 137                   | Menos 1          |
| Obstetrícia e Ginecologia              | 76                    | 82                    | Mais 6           |
| Oftalmologia                           | Não possui dados      | 296                   | Mais 296         |
| Ortopedia e Traumatologia              | 48                    | 125                   | Mais 77          |
| Otorrinolaringologia                   | 127                   | 141                   | Mais 14          |
| Patologia                              | 18                    | 16                    | Menos 2          |
| Pediatria                              | 137                   | 165                   | Mais 28          |
| Pneumologia                            | 6                     | 4                     | Menos 2          |
| Psiquiatria                            | 71                    | 97                    | Mais 26          |
| Psiquiatria da Infância e Adolescência | 1                     | 5                     | Mais 4           |
| Reumatologia                           | Não Possui dados      | 13                    | Mais 13          |
| Radiologia e Diagnóstico por Imagem    | 170                   | 191                   | Mais 21          |
| Urologia                               | 14                    | 49                    | Mais 35          |



**ANEXO B – Declaração de autorização da pesquisa pelo HU/UFJF****DECLARAÇÃO**

Na qualidade de responsável pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-CAS/UFJF), AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada "Os Programas de Residência em Saúde e a Integralidade da Atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde", a ser conduzida sob responsabilidade da pesquisadora Larissa Shikasho, e DECLARO que essa instituição apresenta a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, 09 de Janeiro de 2012.

Dr. Sérgio Paulo dos Santos Pinto  
Diretor Geral-Em Exercício HU/UFJF  
CRM 23874  
  
Dr. Sérgio Paulo dos Santos Pinto

Diretor Geral em Exercício do Hospital Universitário da UFJF

## ANEXO C – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36014-900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

## Parecer nº 341/2011

**Protocolo CEP-UFJF:** 2582.322.2011 **ER:** 489936 **CAAE:** 0330.0.180.000-12

**Projeto de Pesquisa:** Os programas de Residência em Saúde e a Integralidade da Atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde.

**Área Temática:** Grupo III

**Pesquisador Responsável:** Larissa Shikasho

**Data prevista para o término da pesquisa:** dezembro/2012

**Pesquisadores Participantes:** Auta Stephan de Souza

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário/UFJF

## Análise do protocolo:

| Itens Avaliados                |  | Sim   | Não | P | NA |
|--------------------------------|--|---|-----|---|----|
| Justificativa                  | O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico                   | x   |     |   |    |
|                                | Objeto de estudo está bem delineado  | x   |     |   |    |
| Objetivo(s)                    | Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta                          | x   |     |   |    |
|                                | Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)   | x   |     |   |    |
| Material e Métodos             | Informa  | Tipo de estudo                                      | x   |   |    |
|                                |  | Procedimentos que serão utilizados                  | x   |   |    |
|                                |  | Número de participantes                             | x   |   |    |
|                                |  | Justificativa de participação em grupos vulneráveis | x   |   |    |
|                                |  | Critérios de inclusão e exclusão                    | x   |   |    |
|                                |  | Recrutamento  | x   |   |    |
|                                |  | Coleta de dados                                     | x   |   |    |
|                                |  | Tipo de análise                                     | x   |   |    |
|                                | Cuidados Éticos  | x   |     |   |    |
| Revisão da literatura          | Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo                                | x   |     |   |    |
| Resultados                     | Informa os possíveis impactos e benefícios                                   | x   |     |   |    |
| Cronograma                     | Agenda as diversas etapas de pesquisa  | x   |     |   |    |
|                                | Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê | x   |     |   |    |
| Orçamento                      | Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa                             | x   |     |   |    |
|                                | Apresenta o responsável pelo financiamento                                   | x   |     |   |    |
| Referências                    | Segue uma normatização   | x   |     |   |    |
| Instrumento de coleta de dados | Preserva o sujeito de constrangimento  | x   |     |   |    |
|                                | Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).                      | x   |     |   |    |
| Termo de dispensa de TCLE      | Solicita dispensa  |   |     |   | x  |
| Termo de assentimento          | Apresenta o termo em caso de participação de menores                         |   |     |   | x  |
| TCLE                           | Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito                | x   |     |   |    |
|                                | Apresenta justificativa e objetivos  | x   |     |   |    |
|                                | Descreve suficientemente os procedimentos                                    | x   |     |   |    |
|                                | Apresenta campo para a identificação dos sujeitos                            | x   |     |   |    |



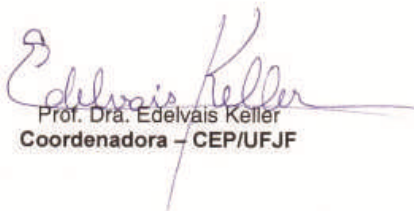
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL


|                  |  |   |  |  |   |
|------------------|--|---|--|--|---|
|                  | Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito.   | x |  |  |   |
|                  | Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades   | x |  |  |   |
|                  | Garante sigilo e anonimato   | x |  |  |   |
| Explicita        | Riscos e desconfortos esperados  | x |  |  |   |
|                  | Ressarcimento de despesas  | x |  |  |   |
|                  | Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa  | x |  |  |   |
|                  | Forma de contato com o pesquisador   | x |  |  |   |
|                  | Forma de contato com o CEP   | x |  |  |   |
|                  | Como será o descarte de material coletado (no caso de material biológico)  |   |  |  | x |
|                  | O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos  | x |  |  |   |
| Pesquisador (es) | Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa  | x |  |  |   |
|                  | Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.   | x |  |  |   |
| Documentos       | Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP   | x |  |  |   |
|                  | Folha de Rosto preenchida  | x |  |  |   |
|                  | Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)                 | x |  |  |   |
|                  | Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa | x |  |  |   |

P= parcialmente NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

**Situação:** Projeto Aprovado  
Juiz de Fora, 16 de fevereiro de 2011

  
 Prof. Dra. Edelvais Keller  
 Coordenadora – CEP/UFJF

|  |
|--|
| <b>RECEBI</b>  |
| DATA: 23/03/2012   |
| ASS:  |