

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUIZA HELENA RAITTZ CAVALLET

FORMAÇÃO E(M) SERVIÇO: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
ATENÇÃO HOSPITALAR NO DISCURSO DE EGRESSOS

CURITIBA

2016

LUIZA HELENA RAITTZ CAVALLET

FORMAÇÃO E(M) SERVIÇO: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
ATENÇÃO HOSPITALAR NO DISCURSO DE EGRESSOS

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no
Programa de Pós-graduação em Psicologia,
Departamento de Psicologia, Setor de Ciências
Humanas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Albanese Valore

CURITIBA

2016

Catálogo na publicação
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Cavallet, Luiza Helena Raittz

Formação e(m) serviço: a residência multiprofissional em atenção Hospitalar no discurso de egressos / Luiza Helena Raittz Cavallet - Curitiba, 2016.
144 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Albanese Valore
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

1. Formação profissional. 2. Residentes (Medicina). 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) I Título.

CDD 362.1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas.
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO
PSICOLOGIA


LUIZA HELENA RAITTZ CAVALLET
"FORMAÇÃO E(M) SERVIÇO: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO HOSPITALAR NO DISCURSO DE EGRESSOS".

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da UFPR — Universidade Federal do Paraná, e APROVADA (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora abaixo assinada.

Prof.ª Dr.ª Luciana Albanese Valore
Universidade Federal do Paraná
Professora Orientadora

Prof.ª Dr.ª Daniela Dallegrave
Escola GMC - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde
Professora Titular

Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli
Universidade Federal do Paraná
Professor Titular

Curitiba, 09/03 de 2016

Dedico esse trabalho a todos os
residentes que dividiram comigo suas
trajetórias, percepções, dúvidas,
sofrimentos, alegrias e conquistas.
Desde as participações formais nesta
pesquisa até os relatos acompanhados
cotidianamente ao longo da
Residência, foram todos momentos
fundamentais na caminhada que me
trouxe até aqui

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à toda minha família, que foi capaz de compreender minha ausência e me amparar em momentos difíceis. Especialmente, aos meus pais, por me darem a vida e por caminharem comigo nela, sempre com disposição, afeto e envolvimento. À minha mãe, por todas as vezes que me ajudou, neste e em outros trabalhos, por discutir as ideias comigo, pelas leituras atentas, pelo apoio incondicional.

Ao Felipe, pela compreensão, pelo amor, por tornar a vida mais leve e cheia de sentido.

À minha orientadora, Profa. Dra. Luciana Albanese Valore, por estar sempre presente e por me inspirar, desde a graduação. Agradeço por acolher meu projeto e por todas as dedicadas leituras e orientações. Obrigada, sobretudo, por ser um exemplo!

Ao Prof. Dr. Marcos Signorelli e à Profa. Dra. Daniela Dallegrave pela disponibilidade e dedicação ao avaliar o trabalho, pelas valiosas contribuições e trocas na banca.

Aos colegas do mestrado, por todas as discussões e leituras em grupo, que muito auxiliaram nesta caminhada.

Ao Programa de Residência que prontamente autorizou a realização da pesquisa com seus egressos e por auxiliar em tudo que foi solicitado.

Aos participantes, por dividirem comigo suas percepções, tornando a realização desta pesquisa possível. Agradeço também aos residentes que indiretamente fizeram parte desta pesquisa, por meio das trocas ao longo da Residência que inspiraram este projeto.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPR e à CAPES, pelo apoio recebido.

“É curioso como não sei dizer quem sou. Quer dizer, sei-o bem, mas não posso dizer. Sobretudo tenho medo de dizer porque no momento em que tento falar não só não exprimo o que sinto como o que sinto se transforma lentamente no que eu digo.”

Clarice Lispector

RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde foi regulamentada como pós-graduação *lato sensu* em 2005. Seu objetivo é formar profissionais de saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Até o momento, poucos estudos abordaram os impactos desta modalidade de formação e a inserção profissional de seus egressos, o que impulsionou a realização desta pesquisa. Esta diferencia-se da literatura devido às características do programa estudado e por fundamentar-se na Análise Institucional do Discurso de Marlene Guirado. Seu objetivo principal foi identificar os sentidos atribuídos à Residência Multiprofissional em Saúde no discurso de egressos de um Programa de formação em Atenção Hospitalar de Curitiba. O estudo teve metodologia de abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa, 28 participantes responderam a um questionário online com perguntas abertas e fechadas a respeito de sua formação e inserção profissional. As respostas foram categorizadas e analisadas por meio de estatística descritiva simples. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas individuais com 14 egressos, distribuídos entre as oito profissões que compõem o Programa estudado. Para a análise das entrevistas, foi utilizado o referencial da Análise Institucional do Discurso. Os resultados evidenciaram considerável inserção dos egressos no mercado de trabalho após a RMS, especialmente na área da saúde. Contudo, a minoria ingressou profissionalmente no âmbito do SUS e poucos em campo correlacionado à Área de Concentração em que realizaram o Programa. Alguns dados sugerem precarização das condições de trabalho durante e após a RMS (alta carga horária, baixa remuneração por hora trabalhada e instabilidade de vínculo profissional), indicando a necessidade de avanço nas políticas voltadas a esta temática. A análise do discurso dos egressos evidenciou a legitimação da RMS enquanto proposta de formação em serviço, vinculada à interdisciplinaridade e à integralidade como valores necessários à assistência em saúde. Observou-se, entretanto, a tensão discursiva entre a interdisciplinaridade e a fragmentação de saberes, entre o modelo biomédico e o biopsicossocial, entre a legitimação da RMS e seus questionamentos. Conclui-se que, na negociação discursiva, os participantes posicionam-se, assujeitam-se e resistem aos discursos instituídos, constituindo, assim, imagens da RMS e de um modelo de cuidado em saúde. Os resultados também sinalizaram aspectos a serem repensados e aprimorados na RMS, tais como a grade curricular, a disponibilidade de estrutura física/recursos materiais, e a presença e formação de preceptores. Ficam ressaltadas as potencialidades desta proposta de formação em serviço no que ela tem de possibilidades de desenvolvimento de habilidades profissionais, na articulação promovida entre teoria e prática e no contato interdisciplinar.

Palavras-chave: Residências em Saúde. Inserção Profissional. Formação Profissional. Sistema Único de Saúde. Atuação Interdisciplinar. Discurso.

ABSTRACT

The Multidisciplinary Residency in Health (MRH) was regulated as postgraduate program in 2005. Its goal is to train health professionals in accordance with the principles and guidelines of the Unified Health System. Few studies addressed the impacts of this type of training and the employability of its graduates, which boosted this research. This research differs the literature due to the characteristics of the studied program and because it is based in the Institutional Analysis of the Discourse, created by Marlene Guirado. Its main objective was to identify the meanings attributed to the Multidisciplinary Residency in the speech of graduates of a Residency Program focused in Hospital Care, situated in Curitiba. The study was a quantitative and qualitative approach methodology. Data collection was divided into two stages. In the first stage, 28 participants completed an online questionnaire with open and closed questions about their training and professional insert. Responses were categorized and analyzed using simple descriptive statistics. In the second phase were carried out individual interviews with 14 egresses, distributed among the eight professions that make up the study program. For the analysis of the interviews, we use the reference of the Institutional Analysis of Discourse. The results showed considerable insert of egresses into the labor market after the RMS, especially in health. However, the minority joined professionally in the UHS. Few of them work in a area correlated with the concentration area in which have done the program. Some data suggest precarious working conditions during and after the MRH (high workload, low earnings and low employment stability), indicating the need for progress in policies related to this issue. The analysis of the discourses showed the legitimation of the MRH as a proposal for in-service training, linked to interdisciplinarity and integrality as values necessary for health care. It was observed, however, the discursive tension between interdisciplinarity and fragmentation of knowledge, between the biomedical model and the biopsychosocial, and also between the legitimacy of the MRH and the questions about your conditions. It concludes that, in the discursive negotiation, participants take positions, submitting themselves and putting resistances to the currents discourses, thus constituting images of MRH and a model of health care. The results also signal aspects to be rethought and bettered in MRH, such as the curriculum, the availability of infrastructure and material resources, and also the presence and training of tutors. This research highlighted the potential of MRH for in-service training and its possibilities of developing professional skills, the articulation between theory and practice and the interdisciplinary contact.

Key-words: Health Residency Programs. Professional insert. Professional qualification. Unified Health System. Interdisciplinary practice. Discourse.

LISTA DE SIGLAS

AID	-	Análise Institucional do Discurso
CEAPPE	-	Centro de Assessoria e Pesquisa em Psicologia e Educação
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
COREMU	-	Comissão de Residência Multiprofissional
CNRMS	-	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
ESP/RS	-	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
IES	-	Instituição de Ensino Superior
MEC	-	Ministério da Educação
MS	-	Ministério da Saúde
NDAE	-	Núcleo Docente-Assistencial Estruturante
ONG	-	Organização Não Governamental
PP	-	Projeto Pedagógico
PSF	-	Programa de Saúde da Família
RAPS	-	Residência em Área Profissional da Saúde
RMS	-	Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	18
2.2 A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO: DA RESIDÊNCIA MÉDICA À RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	20
2.3 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO	23
2.4 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM DEBATE	26
2.5 EGRESSOS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE	30
2.6 O TRABALHO EM EQUIPE: MULTI, INTER E TRANSDISCIPLINARIDADE	34
2.7 MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E INSERÇÃO PROFISSIONAL	39
3 METODOLOGIA.....	43
3.1 A BASE CONCEITUAL DO MÉTODO: ANÁLISE INSTITUCIONAL DO DISCURSO	43
3.2 CONTEXTO E PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	46
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	48
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	50
4 RESULTADOS	53
4.1 OS EGRESSOS DA RMS EM ATENÇÃO HOSPITALAR: PERFIL E INSERÇÃO PROFISSIONAL ..	53
4.2 FORMAÇÃO EM SERVIÇO: A RMS EM DISCURSO.....	58
4.2.1 <i>Representações da RMS</i>	59
4.2.1.1 Imagens da Residência	59
4.2.1.2 Formação solitária e coletiva: entre a “proteção da mãe Residência” e o “vamos construir juntos”	67
4.2.1.3 A gente residente: pertença à categoria profissional	74
4.2.1.4 Construção da imagem do profissional de saúde: entre o ideal e o real	75
4.2.2 <i>O egresso da RMS e os discursos do SUS</i>	80
4.2.3 <i>O trabalho em equipe: o multiprofissional e o interdisciplinar em discurso</i>	87
4.2.3.1 O trabalho em equipe e a RMS: “põe todo mundo trabalhar junto, mesmo que seja uma babel”	87
4.2.3.2 Os modos de se trabalhar em equipe	94
4.2.3.3 A “equipe multiprofissional” e a “equipe médica”	100
4.2.3.4 O trabalho em equipe após a RMS.....	104
4.3 CAMINHOS TRILHADOS E CAMINHOS A PERCORRER NA RMS	105
5 DISCUSSÃO	116
5.1 SENTIDOS ATRIBUÍDOS À RMS	116
5.2 INSERÇÃO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DA RMS	118

5.2.1 O egresso da RMS e o SUS	121
5.3 IMPASSES E DESAFIOS NA RMS	124
5.3.1 Saúde dos Residentes	124
5.3.2 Regulamentação, Avaliação e Curricularização na RMS	126
5.3.3 Práticas de Preceptoria	127
5.3.4 A construção do trabalho interdisciplinar	128
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES	140
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO ONLINE	140
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA	144

1 INTRODUÇÃO

As primeiras Residências no Brasil tiveram início na década de 1940 e eram exclusivamente Médicas. Legalmente reconhecidas como modalidade de pós-graduação *lato sensu* em 1977, seu modelo consagrou-se como “padrão ouro” de formação e inspirou a criação de Programas de Residência para outras profissões da área da saúde, como as Residências em Enfermagem (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

A primeira experiência multiprofissional em uma Residência no Brasil foi na Escola de Saúde do Rio Grande do Sul em 1977. O programa valorizava o trabalho em equipe multiprofissional e a ampliação do cuidado em saúde na rede básica de saúde, transpondo o paradigma da assistência focada no cuidado médico biológico (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Em 2005, mais de trinta anos após esta primeira experiência, a Lei Federal 11.129 e a Portaria Interministerial MS/MEC 2.117 instituem, respectivamente, a Residência em Área Profissional da Saúde (RAPS) e a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), regulamentando ambas como pós-graduação *lato sensu* (BRASIL, 2005a, BRASIL, 2005b). Estas se constituem como cursos de especialização, caracterizados pelo ensino em serviço, com carga horária superior a cinco mil horas a ser distribuída em atividades de ensino, pesquisa e prática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RMS, constituída por no mínimo 3 profissões de saúde, é orientada para a prática multiprofissional e interdisciplinar, integrando diferentes núcleos de saberes. As profissões para as quais se destinam os Programas de RAPS e RMS são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2012). Cabe ressaltar que estas são as profissões que formalmente podem receber o auxílio financeiro do governo conforme a legislação vigente, porém outras profissões podem ser consideradas parte da área da saúde e compor a formação profissional.

Em 2013, o número de bolsas ofertadas para os residentes inscritos em Programas de Residências Médicas, Multiprofissionais ou em Área Profissional da Saúde no Brasil foi ampliado de 843 para 2.104, um acréscimo superior a duzentos

por cento. O investimento com bolsas de Residência em um ano foi de R\$ 82,7 milhões, sendo R\$ 46,4 milhões (56%) para as médicas e R\$ 36,3 milhões (44%) para as multiprofissionais (SILVA, 2013).

A Proposta da Residência Multiprofissional visa favorecer a inserção de profissionais no mercado de trabalho em áreas prioritárias do SUS e, ao mesmo tempo, aprimorar a qualificação destes profissionais (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2009). Fica explícito o compromisso de formar profissionais identificados com os princípios e diretrizes do SUS, tais como a universalidade, a integralidade e a equidade da assistência em saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012; ABIB, 2012). Para tanto, as estratégias pedagógicas utilizadas devem primar pela concepção de clínica ampliada¹, garantindo a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, devem incentivar a integração de saberes e práticas para a construção de competências compartilhadas. Nos documentos de construção da RMS, ressalta-se a demanda por mudanças nos processos de formação, atenção e gestão na saúde (BRASIL, 2012).

Paradoxalmente, porém, se, por um lado, a RMS anuncia a promessa de consolidação de uma modificação nos paradigmas da atenção à saúde, por outro, há o reconhecimento e legitimação de práticas já institucionalizadas, como as da Residência Médica. Ao mesmo tempo em que representa um contraponto ao referencial hegemônico de saber em saúde, fundamentalmente biológico e uniprofissional, a RMS busca referenciais nos modelos já antes postos (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009). Cria-se assim, um cenário de possibilidades de construção do novo e de repetição do mesmo (FEUERWERKER, 2009; ROSA; LOPES, 2010).

Dentro da perspectiva da Análise Institucional do Discurso (GUIRADO, 2010), método em que se apoia o presente estudo, trabalha-se com a noção de Instituição como “conjunto de relações sociais que se repetem e, nessa repetição, legitimam-se” (GUIRADO, 2010, p.45). A legitimação ocorre como efeito de reconhecimento da

¹ Em documento oficial do HumanizaSUS, define-se clínica ampliada como: “Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.” (BRASIL, 2006c).

naturalidade e de desconhecimento da relatividade das verdades produzidas. Estão em jogo práticas discursivas, que se dão pela ação concreta dos atores institucionais. No ato de dizer os sujeitos ocupam lugares no contínuo movimento de construção, desconstrução e reconstrução de sentidos produzidos nas redes discursivas institucionais. Apropriam-se, identificam-se ou não com a distribuição de lugares subjetivos e com as relações de poder, podendo legitimá-las e/ou reinventá-las (VALORE, 2007).

A partir desta estratégia conceitual, pode-se pensar que os modos de se pensar/fazer uma Residência são constituídos nos e pelos discursos em torno desta proposta. Os sujeitos que vivenciam e constituem a RMS, ao mesmo tempo em que a circunscrevem, constroem neste processo imagens de si. Nesta relação dinâmica, em que sujeitos são produzidos e produzem os discursos institucionais, se constituem saberes e verdades relacionados à RMS (GUIRADO, 2010).

Diante do exposto, faz-se intrigante a reflexão sobre o que os sujeitos que constroem concreta e cotidianamente esta proposta têm a dizer sobre ela. Que discursos têm sido legitimados em torno da temática RMS por seus egressos? Qual a trajetória profissional destes após a RMS? Inseriram-se profissionalmente no âmbito do SUS e a partir de seus princípios e diretrizes, conforme o preconizado pelos idealizadores da proposta? O trabalho interdisciplinar instituiu-se como um valor para esses profissionais? Quais possíveis sentidos têm se produzido nesta proposta de formação (RMS)?

Estas inquietações, e a experiência pessoal em uma Residência Multiprofissional impulsionaram a realização desta pesquisa. Sua proposta foi levantar dados sobre a trajetória profissional de egressos de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar de Curitiba e investigar o que os mesmos têm a dizer sobre esta experiência e quais sentidos/valores/discursos legitimam e subvertem. Delineou-se como recorte o seguinte problema de pesquisa: *Que sentidos são atribuídos à Residência Multiprofissional em Saúde por egressos de um Programa de formação em Atenção Hospitalar?*

O objetivo geral da pesquisa foi identificar os sentidos atribuídos à Residência Multiprofissional em Saúde no discurso de egressos de um Programa de formação em Atenção Hospitalar de Curitiba. A partir deste objetivo, e tendo em vista a escassez de estudos correlatos, configuraram-se como objetivos específicos:

- Levantar e analisar dados sobre a inserção dos egressos no mercado de trabalho e em outras modalidades de formação;
- Investigar no discurso as imagens do trabalho multiprofissional e interdisciplinar;
- Identificar a posição assumida pelos egressos frente ao SUS, seus princípios e diretrizes;
- Identificar aspectos positivos e aspectos a serem aprimorados na RMS na percepção dos egressos.

Os participantes da pesquisa foram egressos de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar de Curitiba. O programa escolhido possui o maior número de vagas na região. Em suas três primeiras turmas, formou 85 egressos. As profissões que o compõem são: Enfermagem, Farmácia, Farmácia-bioquímica, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A coleta de dados foi dividida em duas etapas. A primeira etapa consistiu em um questionário online com perguntas sobre a formação e atuação profissional dos egressos antes, durante e após a Residência Multiprofissional. Considerou-se necessário este levantamento, visto que o Programa de RMS estudado ainda não possuía esta caracterização dos egressos e uma sistematização de informações sobre sua inserção profissional. O questionário foi enviado por email a todos os 85 egressos do Programa e foi respondido por 28 (32,9%) destes. Os dados foram categorizados e analisados por meio de estatística descritiva simples.

A segunda etapa da coleta consistiu em entrevistas individuais com 14 egressos (16,4% do total de convidados), contemplando representantes de todas as profissões e das três primeiras turmas do programa. As entrevistas foram analisadas a partir do referencial da Análise Institucional do Discurso (GUIRADO, 2010).

Uma vez que a RMS têm como objetivo qualificar profissionais de saúde que, referenciados nos princípios do SUS, venham nele a trabalhar e que, para tanto, conta com verbas públicas, faz-se necessário ampliar o conhecimento e produzir reflexões sobre esta proposta de formação, minimamente como forma de retorno à sociedade que possibilita este investimento. O acompanhamento de egressos é igualmente importante para o processo de reflexão sobre o desenvolvimento e

alcance dos objetivos pedagógicos dos Programas de RMS (DIAS et al., 2008). Vale registrar que este foi um dos temas de pesquisa indicado pelo Ministério da Saúde como prioritário em documento publicado no ano de 2006 (BRASIL, 2006a).

O tema da Residência em Saúde expande-se nas pesquisas de pós-graduação *stricto sensu* e há tendência de crescimento. A Residência Médica agrupa maior número de produções já realizadas. As Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, mesmo com histórico de reconhecimento legal posterior e com menor oferta de programas e vagas, também figuram como tema de um número significativo de produções (DALLEGRAVE, 2013).

Pesquisas que abordaram anteriormente os impactos da formação na RMS e seus egressos em sua maioria tiveram como foco Residências em Atenção Básica, Saúde Mental e Saúde da Família, foram realizadas em outros estados que não o Paraná e utilizaram-se de abordagem quantitativa em suas análises. Este estudo, por sua vez, situa-se em uma abordagem quantitativa e qualitativa e tem como público os egressos de um Programa de Residência em Atenção Hospitalar no Paraná.

Dentro da perspectiva metodológica adotada neste estudo, entende-se que formação e subjetividade constituem-se nas práticas discursivas. Com este enquadre, visou-se tecer contribuições para a compreensão de possíveis sentidos atribuídos às práticas educativas, especialmente nas Residências Multiprofissionais em Saúde. Bem como, subsidiar ações voltadas a esta modalidade de formação e seus egressos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil faz parte de um conjunto de mudanças históricas que foram impulsionadas por movimentos da sociedade civil em um período de redemocratização do país. A este conjunto de mudanças na lógica da assistência à saúde deu-se no nome de *reforma sanitária*. As proposições de base deste movimento foram: a compreensão da saúde como um direito do cidadão; a integração das ações de saúde em um único sistema, garantindo o acesso de toda a população aos serviços de saúde (preventivos e curativos); a descentralização da gestão administrativa e financeira das ações de saúde para estados e municípios; e a promoção pelo Estado da participação e do controle social nas ações de saúde (BAPTISTA, 2007; PAIM et al., 2011).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) consolidou-se como marco histórico ao aprovar a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo das práticas de saúde. O relatório da VIII CNS serviu de base para as discussões da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88, em que o SUS foi instituído. No relatório desta Conferência, consta a prerrogativa da saúde como direito e a compreensão de saúde em seu sentido abrangente, como resultante das condições de vida, de organização social e produção. A partir desta concepção de saúde, o direito à saúde passa a englobar a garantia de condições dignas de vida e o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde (BAPTISTA, 2007). Nos fundamentos da reforma sanitária brasileira encontra-se uma ruptura com a visão exclusivamente biológica de saúde. A saúde é compreendida como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011).

A Constituição Federal de 1988 eleva ao estatuto de lei a compreensão da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Em 1990 é aprovada a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) que delimita as atribuições e a organização do SUS e dá início a sua implementação (PAIM et al., 2011).

Os princípios do SUS são: 1) universalidade, premissa de que todos os cidadãos tenham acesso às ações e serviços de saúde; 2) integralidade, garantia do

acesso a um conjunto articulado e contínuo de serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade da assistência; a integralidade aponta para a necessária articulação entre as ações para a saúde individual e coletiva, entre os diferentes níveis de governo (municipal, estadual e federal) e de atenção (primária, secundário e terciário); 3) descentralização, uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, prevê uma redistribuição do poder decisório do governo federal para outros níveis de governo; 4) participação popular na proposição de políticas de saúde e no controle de sua execução (BAPTISTA, 2007).

Para efetivação dos princípios do SUS, duas diretrizes são fundamentais: 1) regionalização, que implica o conhecimento dos problemas sociais e de saúde da região para que a partir de suas características possam ser pensadas as ações de saúde e suas prioridades; e 2) hierarquização, a organização da rede em diferentes níveis de complexidade de serviços e a partir da realidade local e regional. A organização de um sistema de referência e contra-referência é necessária para a articulação da rede (BAPTISTA, 2007).

Um dos muitos desafios na construção do SUS é a mudança no paradigma de saúde. Historicamente, serviços, profissionais e população habituaram-se com uma prática de saúde que não buscava o olhar integral. Uma das lutas da reforma sanitária é colocar em prática uma visão de saúde que compreenda o indivíduo no contexto de uma coletividade e dos problemas sociais. A superação deste desafio depende da formação profissional e da consolidação de novas práticas sociais (BAPTISTA, 2007).

Além de instituí-lo, a constituição de 1988 deu ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos em saúde. O Ministério da Educação (MEC) supervisiona a qualificação dos profissionais de saúde e o Ministério da Saúde (MS) dá apoio aos cursos de graduação e pós-graduação, além de incentivos financeiros para mudanças curriculares que favoreçam a atenção básica (PAIM et al., 2011).

Na última década, importantes iniciativas foram empreendidas na transformação da formação de profissionais de saúde, com políticas públicas de educação e saúde promovidas em parcerias entre o MEC e o MS. Mudanças curriculares foram empreendidas nas graduações das profissões de saúde a partir das diretrizes curriculares nacionais (DCN). As DCN ressaltam conteúdos voltados

para a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, visando competências para a atenção em todos os níveis de complexidade em saúde, reforçando condutas científicas e éticas (HOLANDA, ALMEIDA, HERMETO, 2012).

As propostas interministeriais (MEC-MS) buscam a transformação nos processos formativos e profissionais, além da ampliação da cobertura dos serviços. Para efetivação destes objetivos, utilizam-se de programas indutores como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde). Tais programas, voltados para a graduação, primam pela interdisciplinaridade e para a formação conjunta entre profissões. Na concepção de seus idealizadores a formação conjunta favorece o posterior trabalho conjunto e, conseqüente, a assistência em saúde de modo geral (HOLANDA, ALMEIDA, HERMETO, 2012).

As Residências em Saúde figuram uma das estratégias conjuntas entre MEC e MS para a qualificação de profissionais de saúde. Como será explicitado mais adiante, os discursos que constituem a RMS estão intimamente relacionados com os discursos do SUS e da *reforma sanitária*.

2.2 A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO: DA RESIDÊNCIA MÉDICA À RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

A história de uma modalidade de formação profissional denominada “Residência” inicia-se nos Estados Unidos da América, no final do século XIX (1879), voltada para profissionais médicos. A proposta expandiu-se para outros países e se instituiu até o ponto de ser considerada como um programa indispensável para o treinamento e especialização de médicos após sua graduação (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

A expressão “Residência” é recorrentemente relacionada à formação médica, estando a esta profissão vinculada inclusive em alguns dicionários da língua portuguesa. Desde as primeiras Residências, um dos requisitos dos Programas era residir na instituição onde se desenvolvia a *educação em serviço*, para garantir a disponibilidade ao hospital em tempo integral. Mesmo que atualmente esta não seja uma exigência dos Programas de Residência, a ideia de uma dedicação integral perpetua-se (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

A Residência Médica teve início no Brasil em 1940. As primeiras Residências foram influenciadas pelo modelo americano, pautado no treinamento de habilidade técnicas e no modelo da clínica tradicional. Esta proposta foi se instituindo como “padrão ouro” de formação, como um “sistema pedagógico ideal”. Em 1977 ela foi reconhecida legalmente como pós-graduação e modalidade de *ensino em serviço* no Brasil (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Apesar de ser declarada como uma proposta de treinamento em serviço, a Residência Médica foi muitas vezes compreendida de forma divergente, como um modo de suprir a mão de obra em diversas instituições. Isto foi favorecido pelo conjunto de características que compõem a Residência: profissionais formados exercendo atividade prática extensiva. Aliado a isto, no passado, os programas não eram legalizados e não forneciam título com reconhecimento acadêmico. Estes aspectos fundamentaram críticas às Residências como exploração da força de trabalho. A história das Residências Médicas chama a atenção para o fato de que, se não houver planejamento e objetivos bem definidos, há o risco destes tornarem-se mecanismos de exploração do trabalho profissional (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

A enfermagem foi a segunda profissão a aderir à proposta da Residência, tendo também os EUA como sede de seus primeiros Programas. No Brasil, seu início data da década de 1960 e foram utilizados como modelo as Residências Médicas já instituídas.(FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), surgiu a primeira Residência Multiprofissional no Brasil. O programa de Residência em Saúde Comunitária teve início em 1976 e, em 1977, foi pioneiro ao incluir mais de uma categoria profissional - medicina, enfermagem, serviço social e medicina veterinária. O programa valorizava o trabalho em equipe multiprofissional e a ampliação do cuidado em saúde na rede básica de saúde, transpondo o paradigma da assistência focada no cuidado médico biológico (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Motivos políticos e econômicos levaram à extinção do caráter multiprofissional do programa da ESP/RS que, em 1990, voltou a ser composto apenas por médicos. Anos mais tarde, em 1999, foi somado ao Programa de Residência Médica desta instituição um Programa de Aperfeiçoamento Especializado, que constituiu a

primeira Residência Integrada em Saúde do país (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Desde 2002, Residências Multiprofissionais em Saúde da Família vinham sendo apoiadas pelo Ministério da Saúde visando à perspectiva de um trabalho integrado entre as profissões de saúde. No Ministério da Saúde, em 2003, foram realizadas mudanças objetivando ordenar a formação de trabalhadores para a saúde. Criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão da Educação em Saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi proposta como um projeto nacional. Compreendia-se que a formação e o exercício profissional deveriam estar articulados ao debate de estruturação e implementação do cuidado no SUS (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Em junho de 2005, a Lei nº 11.129 instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde como modalidade de pós-graduação *lato sensu* destinada às outras categorias profissionais da saúde, excetuando-se a médica. Esta lei também estabeleceu a instauração da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), administrada conjuntamente pelo Ministério da Educação e da Saúde.

No Primeiro Seminário Nacional sobre Residências Multiprofissionais em Saúde, em 2005, foi expressa a concepção de que as RMS's eram fundamentais no preparo de profissionais qualificados para a atenção à saúde da população e para a reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes do SUS. Na época, 21 programas eram financiados pelo Ministério da Saúde (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Em 2007, a Portaria Interministerial nº 45 determina que as Residências Multiprofissionais em Saúde e as Residências em Área Profissional da Saúde deveriam ser orientadas pelos princípios do SUS. Assim sendo, desde então, mesmo os Programas compostos por uma única disciplina devem buscar uma visão ampliada de saúde e atitudes consonantes com as concepções da reforma sanitária (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Um importante aspecto da história da construção e legitimação legal das Residências Multiprofissionais e em área profissional da saúde é destacado por Dallegrave (2008): o papel das corporações profissionais. Inicialmente, previa-se a

inclusão das Residências Médicas na consolidação das RMS. A proposta não se efetivou em função de resistências da corporação médica. Se, por um lado, existia resistência à ideia de integrar Residências, por outro, a regulamentação de uma Residência em Saúde à parte da categoria médica também gerou controvérsias. A integração de residências desestabilizaria o lugar da categoria médica pois daria a outros profissionais igual formação e certificação. Em contrapartida, uma Residência em Saúde sem médicos contesta o discurso de que “só se faz saúde com médicos”. De um modo ou de outros, a RMS movimentou sentidos que já estavam “estabelecidos” (DALLEGRAVE, 2008).

Não apenas as corporações médicas apresentaram resistências. Outras profissões buscavam separar as Residências e comissões por categorias profissionais. Assim sendo, os atos corporativos se fizeram presentes no movimento constitutivo das RMS. Este arranjo histórico produz um encontro discursivo controverso: as RMS e RAPS instituem-se à parte das Residências Médicas (mantendo o saber/poder médico), buscando qualificar profissionais para o exercício no SUS e para o trabalho em equipe e constituindo-se como espaço de disputa das profissões de saúde (DALLEGRAVE, 2008). Os programas de RMS vêm crescendo em número e reconhecimento. Ao se instituírem legitimam também modos diversos de pensar saúde, formação, profissões, saúde pública e interdisciplinaridade etc.

2.3 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Na Lei Federal 11.129, a Residência foi definida como um programa de cooperação intersetorial que visa favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais no mercado de trabalho, em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005a). Desde a Portaria Interministerial nº 45 de 2007 (BRASIL, 2007), fica estabelecido que as Residências devem ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS e a partir de necessidades e realidades locais e regionais identificadas.

As Residências (Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde) são caracterizadas como *ensino em serviço* destinado às profissões da saúde (exceto a medicina) em regime de dedicação exclusiva e supervisão docente-assistencial (BRASIL, 2005a). Os Programas de Residência devem ter duração mínima de 2

anos e carga horária de 60 horas semanais. As profissões para as quais se destinam são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2012).

Os Programas de Residência devem ser construídos em interface com as áreas temáticas que compõem as diferentes Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde², devendo ser observada a delimitação de área(s) de concentração e suas diretrizes específicas, a serem normatizadas. *Área de concentração* é um campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS (Exemplo: Urgência e Emergência). A(s) área(s) de concentração eleita(s) pelo programa constitui(em) o(s) objeto(s) de estudo e formação técnica dos profissionais. *Área Temática* é o conjunto de áreas de concentração que constituem um núcleo específico de saberes e práticas com afinidade programática (BRASIL, 2012). No caso do Programa estudado nesta pesquisa, a Área Temática é a Atenção Hospitalar.

O projeto pedagógico (PP) de cada Programa de Residência deve ser elaborado pela instituição que o propõe, levando-se em conta a legislação vigente. O PP de um Programa de Residência Multiprofissional deve orientar-se pelo desenvolvimento de uma prática multiprofissional e interdisciplinar em um determinado campo do conhecimento, integrando núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões (BRASIL, 2012).

As diretrizes gerais para os programas de Residência estabelecem que as estratégias pedagógicas utilizadas devem primar pela concepção de clínica ampliada, garantindo a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, estabelecem a necessidade de integração de saberes e práticas para a construção de competências compartilhadas, ressaltando a demanda por mudanças nos processos de formação, atenção e gestão na saúde (BRASIL, 2012).

² Conforme a Resolução CNRMS nº 1, de 30 de janeiro de 2012: CT1 - Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas; CT2 - Intensivismo, Urgência e Emergência; CT3 - Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva; CT4 - Saúde Mental; CT5 - Saúde Funcional; CT6 - Saúde Animal e Ambiental (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2012).

As atividades de um Programa de Residência Multiprofissional devem ser organizadas em três eixos: 1) um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; 2) um eixo integrador para cada área de concentração constituinte do Programa; 3) eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, “de forma a preservar a identidade profissional” (BRASIL, 2012).

Cada Programa de Residência deve contar com uma instituição formadora e uma instituição executora. A primeira é a Instituição de Ensino Superior que oferece o programa de Residência e a segunda o local onde se desenvolverá o maior percentual da carga horária prática do programa de Residência.

Em sua organização, os Programas de Residência devem contar com uma Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), um coordenador desta comissão e um Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), composto por docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes (BRASIL, 2012).

Os docentes são os profissionais que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas da Residência. Tutores são os profissionais com formação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 3 anos, que têm como atividade a orientação acadêmica de preceptores e residentes. O preceptor realiza a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes. Ele deve ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão e deve ter formação mínima de especialista (BRASIL, 2012).

Ao denominado “Profissional de Saúde Residente” cabe ser um articulador participativo na criação e implementação de estratégias inovadoras para a atenção e gestão em saúde, consideradas imprescindíveis para as mudanças necessárias na consolidação do SUS. O Residente é considerado corresponsável por seu processo de formação e pela integração entre o ensino e o serviço “desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas” (BRASIL, 2012).

A RMS busca fortalecer um determinado modelo de atenção à saúde, que a considere em sua dimensão biopsicossocial. A formação interdisciplinar é ressaltada, indicando-se a necessidade da integração de saberes e práticas para a construção de competências compartilhadas. Outro princípio do SUS evidenciado e

indicado como eixo norteador da RMS é a integralidade, que considera a assistência à saúde na sua articulação entre todos os níveis de atenção e gestão do sistema (BRASIL, 2009).

O modelo de atenção à saúde destacado é o da clínica ampliada. Este inclui a dimensão social e subjetiva e não apenas a biológica. Na concepção ampliada, busca-se a produção de saúde por distintos meios (curativos, preventivos, reabilitação e cuidados paliativos), a consideração dos sujeitos/subjetividades implicados no processo saúde-doença (clínica do sujeito), além da ampliação do grau de autonomia dos usuários (CAMPOS, AMARAL, 2007).

Não foram localizados dados precisos em relação ao número de programas de Residência Multiprofissional atualmente em funcionamento. No site do Ministério da Educação (MEC) é possível ter acesso a um relatório (BRASIL, [entre 2005 e 2014]) em que constam 805 programas inscritos para a avaliação e regulamentação da CNRMS. Conforme essa informação, nenhum programa está avaliado até o momento. O número de bolsas destinadas aos residentes multiprofissionais, conforme explicitado anteriormente, vêm crescendo e atingiu a marca de 2.104 bolsas em 2013, totalizando um investimento anual de R\$ 36,3 milhões (SILVA, 2013).

A trajetória de construção das Residência Multiprofissionais é composta por diversos debates, questionamentos, pautas de melhorias e lutas, na busca por sua legitimação. Com seu reconhecimento legal em 2005, houve aumento nas produções acadêmicas relacionadas a esta temática (DALLEGRAVE, 2013). O tópico seguinte aborda alguns dos debates que constituem esta proposta de formação em serviço.

2.4 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM DEBATE

À RMS é atribuída a finalidade de causar impacto, oferecer profissionais rapidamente ao mercado de trabalho e ajudar a fortalecer um modelo de atenção à saúde que está em disputa com o modelo hegemônico. Ela configura a promessa de uma formação produzida no encontro entre profissões e entre trabalhadores e usuários do SUS (FEUERWERKER, 2009).

Os modelos de atenção descritos como estando em disputa são o predominante modelo biomédico e as tentativas de mudança neste paradigma que se fazem presentes na construção do SUS e da RMS. Dentre as características do modelo hegemônico estão a atuação individual, por especialidade, curativa e privativa. Historicamente, a formação em Residência se consolidou como prática médica, privilegiando os princípios deste modelo (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009). A concepção corrente de saúde, por vezes, reforça a medicina como única categoria profissional capaz de curar e a valorização do especialista como aquele profissional que conhece a menor parte possível de um todo, ou seja, o discurso médico corporativo e o discurso da especialidade (DALLEGRAVE, 2008).

A RMS finda o caráter exclusivo da formação em serviço para médicos, abrindo esta possibilidade para as demais profissões. Se, por um lado, esta iniciativa é descrita como uma tentativa de mudança de paradigmas, por outro, nomeia as Residências Médicas como um modelo de educação a ser seguido (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

Se o objetivo da criação da RMS é a mudança para um modelo interdisciplinar visando à integralidade em saúde, por que esta foi estabelecida como externa à Residência Médica? Por que não uma Residência Multiprofissional incluindo o profissional médico? Estes são alguns dos questionamentos colocados por Dallegrave e Kruse (2009) em sua pesquisa sobre os discursos que constituem a RMS. As autoras pontuam que a separação de duas modalidades distintas de Residência contribui para manutenção da ordem e do poder tal como estão estabelecidos.

Dallegrave e Kruse (2009), ao realizar uma análise do discurso presente nas bibliografias, documentos e leis que versam sobre a RMS, observaram que os discursos que se posicionavam contrários à RMS na ocasião de sua regulamentação estavam presentes predominantemente no enunciado de médicos homens ocupando espaços de representatividade/poder na categoria. Os discursos a favor da RMS apareciam nas produções de diferentes sujeitos e lugares (Estado, residentes, profissionais de saúde, Programas de Residência Multiprofissional) e encontravam-se articulados aos discursos da integralidade e do SUS (DALLEGRAVE, 2008; DALLEGRAVE, KRUSE, 2009).

Rosa e Lopes (2010) destacam as forças políticas em jogo no corporativismo médico. Estas situam que, tradicionalmente, a medicina é legitimada enquanto produtora de verdades e saberes na determinação de políticas de intervenção na saúde. Para as autoras, há um jogo de interesses na manutenção do status da especialidade médica e de seu papel na ordem social.

Segundo Dallegrave e Kruse (2009), a RMS aparece, nos discursos analisados pelas autoras, narrada como uma estratégia de mudança, como um produto a ser almejado e consumido pelos profissionais, pelas instituições formadoras, pelos serviços e pelos gestores, como oportunidade de qualificação e de prestação de serviços necessários às comunidades.

Em contrapartida às potencialidades e objetivos da RMS, a bibliografia indica suas contradições e o que nela vem reproduzindo aspectos dos modelos já instituídos e aos quais, teoricamente, ela vem para modificar. Feuerwerker (2009) pontua o risco da captura, da repetição, da reprodução do discurso hegemônico, da subordinação das relações aos procedimentos. Rosa e Lopes (2010) situam ainda outro questionamento. Nas palavras das autoras:

Resta saber se, na tentativa de efetivação do SUS, a indução de políticas públicas com interferência direta no modelo educacional vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional na perspectiva da educação permanente ou se é mais uma estratégia de estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais da saúde (ROSA; LOPES, 2010, p.493).

Abib (2012), em seu trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, analisou o histórico da RMS, procurando levantar seus limites e potencialidades. Evidenciou as seguintes dificuldades: 1) um contexto marcado pelos interesses corporativos como contradição à proposta de formação interdisciplinar e pautada nos princípios e diretrizes do SUS; 2) A imposição dos gestores frente ao controle social; 3) As privatizações e precarização do trabalho em saúde pública; 4) A gestão impositiva, vertical e normativa nas Residências Multiprofissionais; 5) A fragilização na formação; e, 6) A presença de ideais de uma formação voltada para dentro da sala de aula, do laboratório e focada no “especialismo disciplinar”.

Se, por um lado, é destacado o aspecto de atrelar o objetivo da RMS à necessidade de mudança na formação dos profissionais, por outro lado, constata-se que, apesar de a especialidade profissional ser colocada como um desafio a ser superado, os programas seguem a lógica da formação por especialidade (DALLEGRAVE e KRUSE, 2009).

Para Rosa e Lopes (2010) a formação profissional é marcada desde a graduação por saberes que se sobrepõem ao conceito ampliado de saúde. É valorizada a apropriação de conteúdos técnicos voltados para o modelo médico biologicamente centrado. Essa lógica legitima o modelo hospitalocêntrico, que coloca o hospital e as práticas curativas médicas como centro da atenção em saúde. A RMS teria a função de estabelecer contraponto, propondo um modelo de formação diferenciado. Contudo, como aponta Abib (2012), a RMS reproduz os ideais da formação de laboratório focada no especialismo.

É importante para o SUS que os profissionais formados estejam em sintonia com seus princípios e diretrizes e que não sejam capturados por interesses privados (FEUERWERKER, 2009). Contudo, estudos já realizados (BRASIL, 2006a) indicam que um dos maiores desafios na construção das RMS é encontrar profissionais capacitados com o perfil e a disponibilidade necessários para exercer as funções de preceptores e tutores. É preciso que estes profissionais também compreendam a dinâmica dos serviços e sua inserção em uma rede complexa de atenção à saúde. (BRASIL, 2006a).

A falta de preparo dos profissionais e das práticas pedagógicas e a precarização nos serviços e programas aparece no discurso dos residentes, juntamente com afirmações de construção e conquista do novo (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009). Estes questionam a formação universitária que “mantém estruturas sociais”, a “residência integrada” que “desintegra”, a “produção de saúde que adocece” e a “formação que deseduca”. Desqualificação e exaltação coexistem nos enunciados de residentes sobre a RMS (DALLEGRAVE, 2008).

Abib (2012) pontua a necessidade de manter o caráter formativo na RMS, para fazer valer sua potencialidade de transformação. Para ele, é preciso que haja valorização de preceptores e tutores e a destinação de recursos adequados, para além das bolsas ofertadas aos residentes. Além disso, é necessária a destinação de carga horária para a reflexão sobre a prática, impedindo que o residente se torne

mão de obra precária e apenas reprodutora de práticas disciplinares. O autor situa a importância de garantir que os residentes não se tornem especialistas em procedimentos que deixam de lado a integralidade e a reflexão sobre as estratégias de cuidado. Para ele, os princípios e diretrizes do SUS devem se fazer presentes na formação, assim como se deve primar pela inserção destes profissionais no âmbito do SUS após a Residência (ABIB, 2012).

2.5 EGRESSOS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

A busca por pesquisas já realizadas sobre a Residência evidencia um número considerável de produções. Sem procurar esgotar a temática, este tópico visa apresentar as pesquisas já realizadas com egressos de RMS. Selecionaram-se os dados que se fizeram pertinentes para a discussão deste trabalho.

Dallegre (2013), analisando as teses e dissertações disponíveis no Portal da CAPES, encontrou 94 trabalhos relacionados à temática. Destes, a maioria versava sobre Residências Médicas. Apenas um dos estudos analisados abordava o perfil de egressos (WANDERLEY, 2010).

Das 94 pesquisas citadas, cinco continham a palavra “egresso” no título do trabalho. Três abordaram exclusivamente egressos médicos, uma enfermeiros e uma dentistas (DALLEGRAVE, 2013; DALLEGRAVE, CECCIM, 2013). Apenas o estudo que abordou o perfil do egresso versava sobre uma Residência Multiprofissional. Seu foco foi a percepção dos egressos sobre o processo de formação, contudo, não foi realizado um levantamento da inserção profissional destes (WANDERLEY, 2010).

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), intitulado “Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios”, traz o relato de 22 programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Dentre estes, seis programas apresentam levantamento de dados sobre seus egressos, todos eles são da especialidade de Saúde da Família. A maioria dos egressos destes programas encontra-se atuando nas equipes de saúde da família e permanece na atenção primária. Mestrado, doutorado e docência também aparecem na continuidade da formação e inserção profissional dos egressos. Alguns programas contam com a participação dos egressos como tutores.

Para além dos trabalhos já mencionados, foram encontrados outros dois trabalhos sobre egressos de Residência. Os dois estudos apontaram para a inserção dos egressos no mercado de trabalho em áreas relacionadas ao programa de Residência que concluíram - Saúde da Família e Enfermagem em UTI (DIAS et al., 2008; SANTOS; WHITAKER; ZANEI, 2007).

O estudo de Dias et al. (2008), realizado com egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral - CE, abordou a inserção profissional dos participantes das cinco primeiras turmas do programa (1999-2005). Do total de 166 egressos, 51% atuavam na atenção à saúde, 20% na gestão, 23% na formação, 4% não atuavam e 2% não informaram. A significativa inserção dos egressos na área da saúde foi relacionada pelos autores à grande disponibilidade de vagas neste segmento. A maioria dos participantes dessa pesquisa (80%) atuava diretamente na Estratégia de Saúde da Família, ou em áreas indiretamente relacionadas à ela (22%), evidenciando a articulação entre a proposta de formação da RMSF de Sobral e o processo de trabalho de seus egressos.

Na Região Sudeste, a pesquisa de Santos, Whitaker e Zanei (2007), abordou a inserção profissional de egressos enfermeiros da Residência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Universidade Federal de São Paulo. Esta residência é uniprofissional e na ocasião do estudo já havia formado oito turmas. Dos 26 egressos formados da área específica de UTI, 96,2% estavam inseridos no mercado de trabalho, sendo que 73,1% ingressaram imediatamente após a Residência e 96% na área em que foi realizada a especialização.

Dos egressos que participaram da pesquisa de Santos, Whitaker e Zanei (2007), 48% trabalhavam simultaneamente nos dois setores (público e privado). Dentre os 52% que trabalhavam em apenas uma instituição, 76% se inseriram no âmbito privado e 24% no público. Os autores observaram que o título de especialista não foi considerado na remuneração inicial dos egressos (SANTOS, WHITAKER, ZANEI, 2007).

Com relação à continuidade da formação, 38,5% dos participantes buscaram outros cursos de especialização após a Residência e 11,5% estavam cursando ou haviam concluído mestrado. A metade não havia buscado outros cursos ou programas (SANTOS, WHITAKER, ZANEI, 2007).

Wanderley (2010) realizou um estudo sobre a percepção de egressos dentistas a respeito de sua formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina. A autora entrevistou egressos da primeira turma do Programa. Estes perceberam como aspectos positivos da Residência, a possibilidade de imersão no campo de prática, a articulação ensino e serviço, o enfrentamento de dificuldades nos processos de trabalho, a construção de conhecimentos e a interação multiprofissional. Novos saberes relacionados à interdisciplinaridade, ao cuidado humanizado e à concepção ampliada de saúde foram destacados pelos participantes (WANDERLEY, 2010).

Os aspectos negativos levantados pela pesquisa foram: a imaturidade do recém formado, a visão restrita da graduação em relação ao serviço público, o despreparo do serviço em receber o residente e os problemas estruturais da Residência (WANDERLEY, 2010).

A pesquisa de Santos, Whitaker e Zanei (2007) também buscou levantar aspectos positivos e negativos da experiência na Residência. Os autores obtiveram como aspectos positivos a aquisição de autoconfiança, habilidade prática e expansão de conhecimentos. A Residência foi apontada pelos participantes como um instrumento ativo para sua formação teórico-prática, crescimento profissional e pessoal, bem como um importante elemento para abrir portas no mercado de trabalho.

Apesar de 96% dos participantes considerarem-se satisfeitos em relação aos conteúdos práticos ministrados durante a Residência, 76,2% afirmaram terem tido dificuldades em sua atuação após a residência, relacionando este fato à insuficiência de conteúdos teórico-práticos. A maioria dos participantes considerou os conteúdos teóricos ministrados na Residência como adequados (64%) ou parcialmente adequados (28%). Para 8% dos participantes, faltaram aulas teóricas específicas da área de concentração do Programa (SANTOS, WHITAKER, ZANEI, 2007).

Os autores destacaram como aspectos a serem melhorados na Residência em Enfermagem em UTI a formação para atividades de gerenciamento, liderança de equipe e manuseio de equipamentos (SANTOS, WHITAKER, ZANEI, 2007).

Os participantes da pesquisa de Wanderley (2010) indicaram a presença de dificuldades no processo de trabalho relacionadas ao estabelecimento de papéis claros para tutores, preceptores e residentes, a necessidade de formação e

qualificação destes profissionais, a falta de estruturação/organização do Programa de Residência (ainda em construção) e a falta de estrutura dos serviços de saúde. Para além destes aspectos, foi mencionada a imaturidade do recém formado e deficiências na estrutura curricular da graduação, muito focada em aspectos específicos das disciplinas em detrimento de conhecimentos sobre Saúde Coletiva. Para a autora, o enfrentamento de dificuldades na Residência exige dos sujeitos pró atividade e autonomia em seu processo formativo, favorecendo a construção de conhecimentos importantes para a formação profissional.

O papel de tutores e preceptores foi destacado como essencial em estudos prévios. Do mesmo modo, foram encontradas dificuldades relacionadas a estes. Os egressos entrevistados na pesquisa de Wanderley (2010) destacaram a falta de perfil dos preceptores, a falta de envolvimento destes no processo de ensino aprendizagem e a falta de estrutura e suporte para o desempenho desta função. A autora destaca a necessidade de capacitação dos profissionais que exercem essa função. Em sua concepção, a falta de compreensão do papel dos preceptores ou a ausência do tutor produz impactos relevantes na formação.

Wanderley et al. (2015) destacam a necessidade de se fortalecer a formação e qualificação de recursos humanos para atuar nas Residências Multiprofissionais. Para as autoras, a educação continuada é ferramenta fundamental no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde e das ações de atenção primária à saúde.

A pesquisa de Wanderley (2010) com egressos dentistas da área de Saúde da Família evidenciou também as dificuldades do trabalho multiprofissional. A autora destaca que a interação em equipe produz mudanças, pois faz refletir sobre o processo de trabalho, mas produz também dificuldades. Os papéis e objetivos não encontram-se fixamente estabelecidos, visto que o modelo tradicional que vigora ainda na formação é o fragmentado em disciplinas/especialidades desarticuladas. Neste contexto, os atores do processo de formação (residentes, tutores e preceptores) tem o desafio de construir algo diferente do que aprenderam previamente, com todas as dificuldades implicadas nesta tarefa, como será abordado no tópico seguinte.

2.6 O TRABALHO EM EQUIPE: MULTI, INTER E TRANSDISCIPLINARIDADE

O estudo da história do conceito de interdisciplinaridade revela suas possibilidades de significações diversas. Ao comparar as ideias de diferentes autores, Fazenda (2011) propõe a seguinte síntese:

- A denominada multi ou pluridisciplinaridade estaria ligada à justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou à integração de conteúdos em uma mesma disciplina. A integração, quando presente, restringe-se ao nível do uso dos mesmos métodos, teorias ou conhecimentos, mas não à interação.
- A interdisciplinaridade implica relação de reciprocidade, de mutualidade, um regime de copropriedade que possibilita o diálogo entre os envolvidos. A interdisciplinaridade depende, portanto, de uma atitude de abertura, de não preconceito e de reconhecimento da igual importância entre os conhecimentos. A colaboração entre disciplinas conduz a uma interação, uma intersubjetividade, como única possibilidade de efetivação do trabalho interdisciplinar. Na interdisciplinaridade a integração ocorre sem a destruição da base de cada ciência.
- A transdisciplinaridade é o nível mais alto das relações. É o resultado de uma axiomática comum a um conjunto de disciplinas. Nas palavras de Fazenda (2011), trata-se menos de uma realidade e mais de uma idealização utópica.

Para a autora, a interdisciplinaridade é uma mudança de atitude diante do conhecimento. Passa-se da concepção fragmentária à concepção unitária do ser humano. Este modo de compreender o mundo, a partir da interdisciplinaridade, impõe-se a partir de uma exigência interna das ciências, na busca de “restaurar a unidade perdida do saber” (FAZENDA, 2011).

Na área da saúde, o processo de especialização tende a aprofundar o conhecimento de modo vertical, focando a intervenção em aspectos individualizados, sem contemplar a articulação das ações e saberes. Ao conceber a

saúde a partir do modelo biomédico hegemônico, compactua-se com a reprodução de um único modo de assistência estendido a toda e qualquer situação do processo saúde-doença. Se há um “modo único” de assistência à saúde, não é reconhecida a necessidade de compartilhar e construir conjuntamente outros projetos assistenciais. Assim sendo, deixa-se de considerar a multidimensionalidade das necessidades de saúde (PEDUZZI, 2001).

Fazenda (2011) situa que as atitudes paternalistas, como a reivindicação da primazia de um núcleo de conhecimento no trato de alguma questão-problema, constituem atitudes ingênuas, que desconsideram a complexidade dos fenômenos em questão. Com a interdisciplinaridade, não se pretende anular as contribuições de cada ciência em particular, mas impedir que se estabeleça a supremacia de uma sobre outra (FAZENDA, 2011).

Na concepção de Peduzzi (2001), de modo similar ao que coloca Fazenda (2011), a integração da equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos técnicos, visto que as diferenças possibilitam contribuições diversas e aprofundamento. Ao tratar do trabalho em conjunto no contexto da saúde, a autora propõe a distinção de duas modalidades de equipe: a equipe agrupamento e a equipe integração. Nos dois modelos, as diferenças técnicas e especificidades dos trabalhos especializados se fazem presentes, porém na equipe integração há flexibilização da divisão deste. A flexibilização diz respeito à existência mútua de ações privativas e ações comuns entre os profissionais (PEDUZZI, 2001).

A distinção entre a equipe integrada e a equipe agrupamento passa pela formulação conjunta de um projeto assistencial comum e pelo grau de comunicação entre os agentes. A equipe integrada estabelece relações de interdependência entre seus membros, diferentemente de uma “equipe agrupamento” em que as ações de cada um funcionam de modo independente, com plena autonomia individual ou na ausência dela (PEDUZZI, 2001).

Para Galván (2007), o que pode ser qualificado como multi, inter ou transdisciplinar é o modo de trabalho e não uma equipe, pois as equipes são dinâmicas, podem ter momentos de maior ou menor integração. Diante da constatação de que a importância do trabalho em equipe é amplamente ressaltada na área da saúde porém dificilmente concretizada, a autora questiona quais são os

entraves que se colocam na efetivação deste trabalho. Situa, então, três níveis de entraves: os individuais, os grupais e os institucionais.

Os entraves individuais que se colocam ao trabalho em equipe dizem respeito ao significado pessoal que cada membro atribui ao trabalho da equipe e ao lugar que esse profissional se percebe ocupando na equipe. Se a identidade e papel do sujeito no grupo está muito vinculada ao papel pré-estabelecido para sua profissão, a flexibilização da rigidez disciplinar pode fragilizar sua percepção de pertença/lugar no grupo (GALVÁN, 2007).

Reconhecer limitações próprias implica abrir mão de fantasias de onipotência e se abrir ao contato com os outros. O trabalho em equipe demanda dos indivíduos, portanto, uma identidade profissional estruturada em bases amplas e na própria individualidade, além de uma postura pessoal aberta à troca, à curiosidade e ao diálogo. Estas atitudes, embora não possam ser ensinada, podem ser estimuladas e facilitadas (GALVÁN, 2007).

Os entraves grupais abarcam as questões e dificuldades próprias da dinâmica de grupos, que envolvem relações interpessoais. As ansiedades, medos, disputas e conflitos podem se expressar no trabalho na forma de boicotes e ataques que venham a prejudicar objetivos gerais (GALVÁN, 2007).

Nos entraves ditos institucionais opera, principalmente, o uso do saber/poder. A distribuição de lugares, a hierarquização de saberes e posições, acontece de modo desigual dentro das instituições. Uma vez que se estabelecem lugares de saber/poder, criam-se organizações institucionais que perpetuam estes modos de relação. Galván (2007) destaca que, ainda que indiretamente, a própria instituição estimula a disputa entre as disciplinas. O trabalho em equipe demanda uma estrutura institucional que suporte a democratização do saber/poder, a quebra da rigidez na aquisição e transmissão de conhecimentos e na própria assistência. Há que se eliminar as disputas pela primazia de uma intervenção sobre outra.

Fazenda (2011) também situa os obstáculos colocados à interdisciplinaridade nos planos individual e institucional. Para a autora, superar a barreira entre as disciplinas demanda a quebra de hábitos cristalizados nas instituições, a busca de novos objetivos e a compreensão da limitação das ciências. Argumenta, ainda, que há uma lógica oposta à interdisciplinaridade frequentemente reproduzida nos contextos educativos, na medida em que se estimula a competitividade, a

acumulação, a “defesa de territórios”. É preciso, neste contexto, reconhecer os próprios limites para exercitar as parcerias. Nas palavras da autora, “à interdisciplinaridade cabe partilhar, não replicar” (FAZENDA, 2008). Em alguma medida, a interdisciplinaridade desacomoda o que já está instituído nos ambientes educacionais e da saúde.

Peduzzi (2001) destaca que toda a divisão técnica do trabalho reproduz relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos. Normas e valores sociais hierarquizam e atribuem desigual valor às profissões. A equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e entre os agentes de trabalho. Também os profissionais tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação. Na equipes em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e agentes ocorre maior integração, pois maiores são as possibilidades de agir sem coação e submissão na construção consensual do modo de realizar o trabalho.

Ao analisar a interdisciplinaridade em documentos legais da Área da Educação no Brasil, Fazenda (2011) constata que há um recorrente discurso da interdisciplinaridade sem que necessariamente se estabeleçam seus significados e objetivos. A autora observa também que desconsideram-se as condições estruturais, materiais e humanas na efetivação da interdisciplinaridade. Desconsiderando-se as condições e clamando por uma “ideologia da integração”, pressupõem-se que professores e alunos possam sozinhos assumir a problemática e dar conta dela.

Diante das insatisfações e críticas frequentemente colocadas aos modelos de educação vigentes, Fazenda (2011) questiona se não seria necessária uma reformulação da educação e na atitude do conhecer, visando uma formação baseada na dialogicidade e no engajamento. Na tentativa de superação dos obstáculos postos ao trabalho interdisciplinar, a autora sinaliza para a importância do estabelecimento de uma consciência crítica sobre o valor e significado do trabalho interdisciplinar e uma orientação de como iniciá-lo. Seria, a partir do questionamento de problemas reais, que se faria possível constituir a interdisciplinaridade. Vista como mero “modismo” ou proposição ideológica corre o risco de esvaziar-se em seu sentido. A interdisciplinaridade é possível quando várias disciplinas se reúnem a partir de um mesmo objeto, de uma situação-problema. É preciso reconhecer a complexidade do objeto e dispor-se a redefinir o projeto/plano a cada dúvida ou

resposta encontrada. Neste caso, o processo de trabalho conduz à pesquisa do sentido da pergunta proposta inicialmente e não à sua resposta definitiva (FAZENDA, 2011).

Galván (2007) defende a necessidade de investimento em novos modelos de formação como um dos caminhos para desenvolver maior integração disciplinar. A discussão do próprio conceito de saúde em seu sentido ampliado, que abarca outras dimensões para além da biológica, seria um recurso nos processos formativos em saúde.

O valor da interdisciplinaridade é contribuir para formação geral, de profissionais e de pesquisadores, na superação da dicotomia entre ensino e pesquisa, e como modo de viabilizar a educação permanente. Tanto a educação permanente como a interdisciplinaridade compreendem o homem como um processo contínuo em construção. O papel do educador, nestas perspectivas, é o de acompanhar o estudante de modo que ambos vivam a troca contínua de experiências (FAZENDA, 2011).

Do mesmo modo que os indivíduos, grupos e instituições apresentam os entraves ao processo de trabalho interdisciplinar, são estas mesmas instâncias que podem atuar como facilitadores deste trabalho. A busca é pela construção da capacidade de aproveitar as potencialidades de cada indivíduo que compõe o grupo de modo interativo, com certa permeabilidade, para que possa haver um processo de construção e transformação coletivo (GALVÁN, 2007).

Para Fazenda (2011) a efetivação da interdisciplinaridade depende do desenvolvimento da sensibilidade. Não há como ensinar e nem aprender a interdisciplinaridade, apenas vivenciá-la e exercê-la. Para tanto, é preciso constituir-se uma “pedagogia da comunicação”, uma abertura recíproca e que as práticas estejam contextualizadas em torno de situações reais, situações-problema.

A interdisciplinaridade exige profunda imersão no trabalho cotidiano, na prática, pois demanda abertura à compreensão de aspectos não evidentes, à problematização. Os princípios que norteiam uma prática interdisciplinar docente, nas palavras da autora, são: humildade, coerência, espera, respeito e desapego. A afetividade e a ousadia seriam atributos que impelem às trocas intersubjetivas e, portanto, favoráveis à interdisciplinaridade (FAZENDA (2011).

2.7 MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E INSERÇÃO PROFISSIONAL

Foram abordadas até o momento, as principais temáticas pertinentes a este estudo: a Residência Multiprofissional, o SUS e a interdisciplinaridade. Para concluir esta revisão bibliográfica, passa-se agora a uma breve contextualização do mercado de trabalho em saúde, tendo em vista ser este o cenário de inserção das Residências e de seus egressos.

O setor de saúde concentra um dos maiores índices de emprego em todo o mundo, por utilizar recursos humanos de modo intensivo. O mercado de trabalho nesta área engloba não apenas as atividades diretas de saúde, mas também subsetores que compõem o macrossetor (serviços de saúde, indústria de medicamentos e equipamentos, comércio de produtos de saúde, ensino e pesquisa, gestão, atividades financeiras etc) (RODRIGUES, SANTOS, 2011).

Um estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde de nível superior no Brasil foi realizado com dados de 1991 a 2010 pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM, NESCONFM, UFMG). A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). Os resultados demonstraram um crescimento importante da força de trabalho no macrossetor saúde nas duas últimas décadas. O número de profissional do setor cresceu 5,5% ao ano no período de 2000 a 2010, enquanto o crescimento no total da economia foi de 2,8%. Tal ampliação decorreu de crescentes demandas, com variáveis do contexto demográfico (crescimento e envelhecimento da população), socioeconômico (recuperação do mercado de trabalho e ascensão social de parte significativa da população que estimulou o consumo de planos de assistência médica) e político (a implantação e consolidação do SUS e avanço das políticas públicas, especialmente na área de Saúde da Família) (EPSM, 2014).

O dado mais recente obtido, evidencia que a força de trabalho no macrossetor saúde correspondia à 7% do total dos profissionais ocupados no Brasil em 2010 (EPSM, 2014). Um estudo que analisou os dados de mercado de 1995 à 2000, indicou que mais de 10% dos assalariados no mercado formal de trabalho do Brasil

encontravam-se na época ligados a estabelecimentos do macrossetor saúde. A participação dos assalariados na área da saúde no setor público aumentou no período, enquanto que as demais áreas tiveram redução. O aumento foi relacionado à descentralização e à construção do SUS (GIRARDI et al., 2004).

O aumento no número de profissionais de saúde de 1991 a 2010 está relacionado ao processo de ampliação do ensino superior ocorrido no Brasil neste período. O maiores contingentes de profissionais são de Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas e Psicólogos (ESPM, 2014).

O estudo demográfico da ESPM (2014) apresenta as proporções entre o tamanho da população total de cada profissão da saúde e a de profissionais ocupados na própria profissão (na trabalho principal da semana). Os autores alertam que os números da pesquisa estão subestimados, pois grande parte dos dados do setor suplementar estava ausente nos registros do CNES utilizados. As maiores percentagens de profissionais ocupados encontravam-se entre Nutricionistas (85,4% dos profissionais formados na área); Médicos (80,5%); Cirurgiões-Dentistas (77,5%); e Fonoaudiólogos (76,5%). As demais profissões apresentaram as seguintes proporções: Fisioterapeutas (69,3%); Farmacêuticos (52,7%); Veterinários (50%); Enfermeiros (46,7%); Assistentes Sociais (46,3%); Psicólogos (44%); Biólogos (17,4%).

Os percentuais de desocupados por profissão em 2010 foram: Medicina (0,5%); Cirurgião-Dentista (0,9%); Farmacêutico (2,8%); Veterinária (3,1%); Psicologia (3,5%); Assistente Social (3,6%); Biologia (4,0%); Enfermagem (5,4%) (ESPM, 2014).

Os autores destacam a posição crítica da Enfermagem, que foi a profissão que mais ampliou sua oferta na década de 2000, sem que houvesse correspondência em termos de demanda no mercado de trabalho (ESPM, 2014).

Já a proporção entre os profissionais ocupados em estabelecimentos de saúde em relação ao total de ocupados em cada profissão foi a seguinte, em ordem decrescente: Médicos (96,6%); Enfermeiros (77,7%); Fonoaudiólogos (60,7%); Cirurgiões-Dentistas (52,9%); Fisioterapeutas (47%); Farmacêuticos (39,6%); Nutricionistas (32,2%); Psicólogos (28,3); Assistentes Sociais (25,9%); Biólogos (24%); Veterinários (7,4%) (ESPM, 2014).

Para avaliar a empregabilidade, o estudo da ESPM (2014) apresenta as médias das razões das admissões por primeiro emprego no ano e dos egressos dos cursos de graduação no ano anterior. As médias encontradas, em ordem decrescente das profissões com maior empregabilidade para as com menor empregabilidade, foram: Medicina (1,45); Farmacêuticos (0,48); Enfermeiros (0,46); Assistentes Sociais (0,43); Cirurgiões-dentistas (0,38); Nutricionistas (0,32); Veterinários (0,21); Psicólogos (0,16); Educadores Físicos (0,10), Biólogos (0,04).

Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Educação Física, Terapia Ocupacional e Biomedicina foram as profissões que mais ampliaram sua participação no mercado formativo e de trabalho na década de 2000. São as profissões que mais vivenciaram o impacto da ampliação do ensino superior, o que trouxe consigo maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho (ESPM, 2014).

Em relação à renda, observou-se em 2012 um rendimento real médio das profissões de saúde variando entre R\$1670,52 dos Educadores Físicos até R\$6210,00 dos Médicos (considerando apenas vínculos formais de emprego). As demais médias apresentadas foram: Enfermagem (R\$3547,11); Farmácia (R\$2775,35); Fisioterapia (R\$2398,07); Fonoaudiologia (R\$2330,48); Nutrição (R\$2507,73); Odontologia (R\$3723,31); Psicologia (R\$2764,25); Serviço Social (R\$3217,55) (ESPM, 2014).

Na consolidação dos direitos trabalhistas em saúde, Pessanha e Artur (2013) destacam aspectos a serem considerados, tais como: o mercado de trabalho extremamente heterogêneo; trabalhadores com acesso a diferentes conjuntos de direitos (especialmente diretos e terceirizados que compartilham relações de trabalho); formas institucionais de representação de trabalhadores excluídos da formalidade trabalhista; o cuidado com as relações de trabalho e não apenas de emprego; as desigualdades de gênero e raça que persistem a despeito das melhorias; elevados níveis de desemprego juvenil; melhoria das políticas de formação profissional e inovação; no setor de saúde, a necessidade de representações de trabalhadores e de suas demandas por condições contratuais dignas e isonômicas. As autoras pontuam a contradição presente em uma Política de Saúde que desconsidera a importância da qualidade das relações de trabalho no setor de Saúde (PESSANHA, ARTUR, 2013).

A precarização no trabalho em saúde foi analisada por Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015), em estudo que abordou os vínculos de trabalho na macrorregião Oeste do Paraná. O estudo considerou a presença de vínculo precário em 36,46% dos trabalhadores de saúde da região. Foram consideradas modalidades de vinculação precária: autônomos, bolsistas, cargos comissionados, consultoria, contrato por prazo determinado, contrato verbal/informal, cooperativa, estágios e Residências. Na composição desta categoria, trabalhou-se com diversos conceitos de precarização do trabalho. Dentre estes, destaca-se o do Ministério da Saúde que o define como “trabalho realizado sem a proteção social do trabalhador e, na administração pública, engloba também todo o trabalho realizado sem concurso público” (BRASIL, 2009 apud EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

A precarização do trabalho vem sendo apontada como desafio para a gestão do trabalho no SUS. Sua intensificação está relacionada à reforma do Estado, que ocorreu no Brasil na década de 1990. A redução do papel e tamanho do Estado, que ganhou força após a crise do Estado do Bem Estar Social, promoveu a flexibilização dos vínculos, direitos e conquistas trabalhistas e, com isto, aumentou a imprevisibilidade e os riscos para os trabalhadores (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

Neste sentido, faz-se relevante destacar a existência do DesprecarizaSUS, estratégia de desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde. Sua ações são promovidas pelo Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Considera-se, nesta proposta, que os únicos vínculos que garantem a proteção social dos trabalhadores são o estatutário e o celetista com contratação por meio de concurso ou processo seletivo público (BRASIL, 2006b).

3 METODOLOGIA

3.1 A BASE CONCEITUAL DO MÉTODO: ANÁLISE INSTITUCIONAL DO DISCURSO

A Análise Institucional do Discurso (AID) foi elaborada por Marlene Guirado (2010) – Livre Docente da USP - como uma proposta de método de pesquisa e intervenção em psicologia. A partir de Foucault, a referida autora pensa método enquanto a organização de uma estratégia de pensamento a partir de conceitos (GUIRADO, LERNER, 2007). Instituição, Discurso e Sujeito são os conceitos fundamentais da AID, elaborados em interface com demais autores como Sigmund Freud, Michel Foucault, Dominique Maingueneau e Guilhaon Albuquerque.

A partir da Análise Institucional do Discurso, compreende-se que a subjetividade é produzida nas práticas discursivas institucionais. A análise da subjetividade pressupõe, portanto, a análise das instituições, das condições de produção dos discursos (GUIRADO, 2010).

O conceito de Instituição adotado na AID advém de Guilhaon de Albuquerque e é descrito como “conjunto de relações sociais que se repetem e, nessa repetição, legitimam-se” (GUIRADO, 2010, p.45). A legitimação ocorre como efeito de reconhecimento da naturalidade destas relações. Quando são naturalizadas determinadas formas de ser e viver, tende-se a compreender que estas sempre foram assim e, por consequência, as mesmas são tidas como verdades óbvias e imutáveis. Neste sentido, há o desconhecimento da relatividade das verdades produzidas. Desconhece-se sua condição de algo socialmente produzido, sua relatividade. Estão em jogo práticas discursivas que se dão pela ação concreta dos atores institucionais e que, ao mesmo tempo, os constituem como sujeitos (VIARO; VALORE, 2011).

Para a compreensão desta tríade Instituição-Discurso-Sujeito, faz-se necessário esclarecer o conceito de Discurso. A partir de Foucault, a AID o concebe como “ato, dispositivo, instituição, que define, para um determinado momento histórico e para uma região geográfica, as regras da enunciação” (GUIRADO, 2010, p. 46). Denomina-se formação discursiva o conjunto de regras anônimas, históricas, determinadas em tempo e espaço, que definem para determinada época e área

social, econômica, geográfica e linguística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT apud VIARO; VALORE, 2011).

O discurso é tido como ato, pois, mais do que expressar uma ideia, configura um modo de agir, de afetar a conduta. Ao falar, o sujeito age e ao agir, enuncia, assume riscos, afeta ou resiste, fere ou reconcilia, posiciona-se em uma trama de significações (VIARO; VALORE, 2011). O discurso posiciona personagens, distribui lugares e expectativas em torno destes. O discurso como ato “supõe posição em relação a um alvo, posição a partir de que ele (o discurso) se exerce, ou seja, supõe relação entre posições” (GUIRADO, 2000, p. 33).

Dizer que o discurso é ato dispositivo é acentuar seu caráter de dizer, em vez de acentuar o dito. Ou seja, é atentar para o que se mostra enquanto se diz: que tipo de interlocução se cria, que posição se legitima na asserção feita, que posição se atribui ao interlocutor, o jogo de expectativas criado na situação, como se respondem ou subvertem tais expectativas, e assim por diante. (GUIRADO, 2000, p. 34).

É no discurso e por ele que “o jogo de forças poder/resistência se exerce e a produção de um saber ou verdade se faz concreta” (GUIRADO, 2010, p. 46). O que é considerado da ordem do saber, da verdade e da realidade não é, portanto, externo ao discurso, mas sim discursivamente produzido e legitimado. Nesta perspectiva, não cabe a ideia de que o discurso seria um reflexo da realidade e esta externa a ele. O texto, o discurso, e o contexto não são realidades independentes, constroem-se mutuamente de forma dinâmica (MAINGUENEAU, 1995 *apud* GUIRADO, 2000).

O discurso é, desta forma, um lugar na enunciação e tem efeitos sobre a ação dos sujeitos que estão em relação dentro de um contexto (GUIRADO, 2010). “O discurso não está somente no contexto, mas está sempre construindo esse contexto (constroem-se mutuamente). O contexto é uma realidade dinâmica [...] é uma realidade negociada. Não é uma coisa dada” (MAINGUENEAU, 2000a, p.30).

O discurso participa da determinação das condições de possibilidade de surgimento e ordenação de saberes. O discurso é parte constituinte/constituída da realidade. Instaura possibilidades de sentido e de significação. A verdade é produção histórica das regras segundo as quais, a propósito de certas coisas, aquilo que um sujeito pode dizer pertence à questão do verdadeiro e do falso (VIARO;

VALORE, 2011). “Se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder” (FOUCAULT *apud* VIARO, VALORE, 2011, p.723).

Dentro desta perspectiva, o método é visto como um recorte analítico parcial e situado no tempo e no espaço que define, assim, condições do campo de enunciação do pesquisado. O papel do próprio método é considerado na produção de verdades que formula. Compreende-se que o método produz verdade, não a revela. A verdade é discursivamente constituída, resulta de um jogo social e é legitimada historicamente por seu uso recorrente. O que pode ou não ser considerado válido no conhecimento científico é determinado discursivamente. O método é, assim, um recorte analítico que delimita o campo possível de objetos e verdades a serem atingidos (VIARO; VALORE, 2011).

“Com essa posição, se poderiam relativizar as verdades que se costumam creditar como ‘naturais’, uma vez que, por princípio, admite-se que a verdade é produzida ali onde se pensa e se diz estar apenas revelando-a, trazendo-a à tona, reencontrando-a.” (GUIRADO, 2010, p. 135). Dentro desta proposta de compreensão de método, a responsabilidade do pesquisador é ressaltada, visto que sua implicação na produção de conhecimentos (e não em uma suposta revelação de verdades) é reconhecida.

Para a Análise Institucional do Discurso, o sujeito é ator ativo na produção de discursos e instituições. Valore ressalta que “os atores institucionais não apenas repetem o discurso da instituição ou refletem pura e simplesmente o que ela pensa, e sim organizam, normatizam, regulam, produzem, legitimam e rompem com práticas e lugares instituídos” (2007, p. 234-235). Ou seja, os sujeitos ocupam lugar no movimento de construção, desconstrução e reconstrução de sentidos produzidos nas redes discursivas institucionais. Apropriam-se, identificam-se ou não com a distribuição de lugares e com as relações de poder, podendo legitimá-las e reinventá-las. (VALORE, 2007). Mesmo assujeitados à ordem discursiva, legitimam ou subvertem práticas e lugares subjetivos no discurso (VIARO; VALORE, 2011). Considera-se que a subjetividade se produz na constante tensão entre assujeitamento e resistência à ordem institucional discursiva (VALORE, 2005).

Tendo a AID como sustentação teórica e metodológica, a presente pesquisa visou evidenciar e analisar os discurso legitimados e subvertidos por egressos de um programa de Residência Multiprofissional. Pretendeu-se analisar o modo como

os egressos configuraram seus discursos, que imagens e sentidos construíram da Residência Multiprofissional e da atuação profissional após sua conclusão.

A partir da reflexão proposta por Valore (2007), compreende-se que não se trata de apreender a “totalidade” de uma instituição ou a “verdade” de um discurso, desconsiderando as relações que os compõem e assim recaindo em um discurso causa e efeito. O que o método propõe é que se atente para os jogos de relações, interlocuções e posições que se fazem ver no discurso, sem desconsiderar a implicação do próprio pesquisador neste.

3.2 CONTEXTO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Cada Programa de Residência Multiprofissional tem características singulares, com diferenças no que se refere às profissões, às áreas de concentração e aos locais de prática/estudo que o compõem. Optou-se por restringir a coleta de dados a apenas uma RMS, que tem como foco a Atenção Hospitalar e situa-se na região de Curitiba. Na Cidade, esta é a possui o maior número de vagas e maior variedade de áreas de concentração. O programa tem duração de dois anos e formou, em suas três primeiras turmas, 85 egressos.

Os participantes da pesquisa foram egressos destas três turmas. Todos possuíam ensino superior, por ser esta uma condição para ingressar no programa de Residência. As profissões que compunham o programa à época eram: Psicologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Serviço Social E Farmácia-Bioquímica. A tabela 1 contém a distribuição de profissionais que concluíram (C) e desistiram (D) em cada turma do Programa.

Tabela 1: Distribuição de ingressos e egressos da RMS por turma e profissão

Profissão	1ª turma		2ª turma		3ª turma		Total		% evasão
	C	D	C	D	C	D	C	D	
Bioquímica	3	0	3	2	2	2	8	4	33
Enfermagem	3	0	5	1	5	1	13	2	13
Farmácia	2	1	6	0	5	0	13	1	7
Fisioterapia	1	1	5	0	6	0	12	1	8
Nutrição	4	0	6	0	5	0	15	0	0
Psicologia	1	1	4	0	5	1	10	2	17
Serviço social	1	0	1	0	0	1	2	1	33
Terapia	2	1	4	3	6	0	12	4	25

Ocupacional										
Total	17	4	34	6	34	5	85	15	15	

Fonte: os autores.

Apenas os profissionais que concluíram o Programa de RMS, os egressos, foram convidados a participar da pesquisa. Aqueles que desistiram não foram abordados, apesar de representarem 15% dos profissionais que ingressaram no programa, pois o foco deste estudo foi a trajetória após a conclusão da RMS. Sugere-se a realização de um estudo futuro que aborde os residentes que não concluíram o programa para um melhor esclarecimento destes dados.

Os participantes haviam concluído a Residência há no mínimo seis meses e no máximo três anos. As três primeiras turmas e as 8 profissões que compõem o programa tiveram representantes entre os participantes da primeira e da segunda etapa desta pesquisa. As cinco Áreas de Concentração foram contempladas na primeira etapa. Na segunda, apenas uma Área de Concentração não foi representada. As tabelas 2, 3 e 4 contém a distribuição de participantes entre as profissões, Áreas de Concentração e turmas.

Tabela 2: Distribuição de participantes da pesquisa por profissão

Profissão	Total de egressos do programa	Participantes 1ª etapa		Participantes 2ª etapa	
	N	n1	%	n2	%
Bioquímica	8	1	12%	1	12%
Enfermagem	13	4	31%	2	15%
Farmácia	13	5	38%	3	23%
Fisioterapia	12	3	25%	2	17%
Nutrição	15	6	40%	2	13%
Psicologia	10	6	60%	1	10%
Serviço social	2	1	50%	1	50%
Terapia	12	2	17%	2	17%
Ocupacional					
Total	85	28	33% do N	14	16% do N

Fonte: os autores.

Tabela 3: Distribuição de participantes da pesquisa por Área de Concentração

	Total de Egressos	Participantes 1ª etapa		Participantes 2ª etapa	
		n	% de egressos da Área	n	% de egressos da Área
Área 1	14	8	57%	3	21%
Área 2	18	5	28%	4	22%
Área 3	12	3	25%	1	8%
Área 4	25	9	36%	6	24%

Área 5	16	3	19%	0	0
Total	85	28	33%	4	16%

Fonte: os autores.

Tabela 4: Distribuição de participantes da pesquisa por turma

Turma	Egressos	Participantes etapa 1		Participantes etapa 2	
		n1	% de egressos da turma	n2	% de egressos da turma
1 ^a	17	4	23%	2	12%
2 ^a	34	11	32%	5	15%
3 ^a	34	13	38%	7	20%
Total	85	28	33%	14	16%

Fonte: os autores.

As diretrizes pedagógicas da RMS estudada são disponibilizadas no site do Hospital ao qual o Programa vinculado. Pautam-se na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, integralidade, integração ensino-serviço-comunidade, produção científica e disseminação do saber. Observa-se nelas os discursos relacionados à concepção ampliada biopsicossocial de saúde e ao foco no usuário. O objetivo, tal como figura no site, é “Formar profissionais preparados com rigor científico e tecnológico em suas áreas de atuação clínica, de forma articulada com os demais profissionais de saúde e comprometidos com a atenção integral à saúde do indivíduo hospitalizado”.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi dividida em duas etapas. A primeira etapa ocorreu de setembro de 2014 a janeiro de 2015 e visou atender a um dos objetivos específicos desta pesquisa, o de levantar e analisar dados sobre a inserção dos egressos no mercado de trabalho e em outras modalidades de formação. Para tanto, foi elaborado um questionário online (Apêndice A), utilizando-se da plataforma do Google Drive. Este foi composto por perguntas fechadas e abertas sobre a formação e atuação profissional antes, durante e após a Residência Multiprofissional. A primeira página do questionário online era o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo todas as informações que são estabelecidas pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O TCLE não foi anexado ao trabalho pois continha o nome do Programa de Residência que os participantes realizaram (que optou-se por manter em sigilo até que os dados sejam discutidos com o programa e divulgados em posterior publicação).

A Coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) encaminhou aos 85 egressos das três primeiras turmas do Programa de Residência Multiprofissional um email (previamente elaborado pelas pesquisadoras) informando-os sobre a pesquisa, expondo seus objetivos, explicando as etapas de coleta de dados e indicando o link para o questionário online³. Neste email, também foram anexados os TCLE's referentes à primeira e à segunda etapa da pesquisa. O convite para participação na primeira etapa da pesquisa também foi encaminhado pela pesquisadora aos seus contatos pessoais através de email e redes sociais.

A segunda etapa da coleta de dados consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas individuais. Na primeira página do questionário online, os participantes deveriam indicar se teriam ou não interesse de serem convidados para participar da entrevista. Dos 28 egressos que responderam ao questionário, 21 assinalaram disponibilidade. Todos estes receberam um email com o convite para participar da segunda etapa, sendo realizadas entrevistas com aqueles que responderam ao email e tiveram disponibilidade de tempo. Ao todo foram realizadas 14 entrevistas.

Foi elaborado um roteiro com perguntas norteadoras (Apêndice B), sendo que outras perguntas foram realizadas no momento da coleta para aprofundar aspectos não esclarecidos. As entrevistas ocorreram de dezembro de 2014 a julho de 2015, tiveram duração aproximada de uma hora e foram gravadas (áudio apenas) e transcritas. Todas as entrevistas foram realizadas e transcritas pela pesquisadora, tomando-se os devidos cuidados para preservar o sigilo das informações fornecidas pelos participantes.

O local utilizado para a realização destas foi o Centro de Assessoria e Pesquisa em Psicologia e Educação (CEAPPE), situado no Prédio Histórico da UFPR. Os participantes que não puderam comparecer ao CEAPPE, participaram da

³ Foi uma demanda do Comitê de Ética que o email de convite para a pesquisa fosse enviado pela Comissão de Residência Multiprofissional.

entrevista via Skype. Nestes casos, o TCLE foi encaminhado por correio para ser assinado e reenviado.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição Proponente e pelo Comitê de Ética do Hospital responsável pelo Programa de RMS estudado⁴. Foram observados e assegurados os princípios éticos contidos na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (2013).

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados levantados nos questionários foram sistematizados por meio de estatística descritiva simples. Não houve o intuito de avaliar correlações entre as variáveis, mas sim de descrever dados sobre a formação e atuação profissional dos participantes. As questões abertas foram categorizadas de acordo com aproximação temática.

Para a análise das entrevistas, o referencial, como já dito anteriormente, foi a Análise Institucional do Discurso (GUIRADO, 2000, 2004, 2010). Esta proposta difere-se de outras estratégias de análise de dados, devido a algumas de suas particularidades. Uma de suas importantes características é considerar o papel do próprio método e do pesquisador/entrevistador na análise dos dados⁵.

Tendo em vista a compreensão de que os saberes, inclusive os científicos, são produções discursivas, não há, nesta proposta, a pretensão de desvelar verdades que supostamente independeriam do pesquisador. Assume-se que o método/referencial teórico produz o recorte, as condições de enunciação, e que o texto final a que se objetiva é uma produção de algo que não existia anteriormente (VIARO, VALORE, 2011). Ou seja, pesquisador e pesquisa constituem-se mutuamente.

Reafirmando que a busca não é por “uma verdade” que estava no contexto previamente à pesquisa, e sim por compreender como se organizam as falas, para interrogar os modos de produção dos discursos, analisar as condições de

⁴ CAAE: 31083814.8.0000.0102.

⁵ No caso desta pesquisa, é importante lembrar que a pesquisadora é também egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde estudado e que os participantes da pesquisa tem conhecimento deste fato.

enunciação (GUIRADO, 2004, 2010). Para tanto, faz-se uso de um campo conceitual que funciona como dispositivo para a análise das entrevistas.

No discurso, busca-se observar em quais lugares o sujeito se posiciona, como se percebe nas relações, quais interlocuções evidencia, que posição atribui aos demais atores institucionais e, juntamente aos lugares atribuídos, quais jogos de expectativas se criam (jogo de atribuição e assunção de lugares subjetivos). Cabe também observar o jogo de representações (articulações, repetições, descontinuidades, exclusões, oposições, naturalizações) e as tensões no discurso (negociações, jogo de forças poder/resistência). São circunscritas cenas em que se destacam as posições assumidas e atribuídas, regularidades e singularidades no modo de dizer e dizer-se. Reconhece-se que, no movimento discursivo de relações e tensões entre forças, instituem-se e destituem-se saberes e verdades sobre o sujeito, a Instituição e as relações que os constituem. Faz-se possível, deste modo, analisar efeitos de reconhecimento e desconhecimento constitutivos das relações institucionais.

A inspiração para a estruturação da análise das entrevistas adveio dos procedimentos descritos no livro *Instituições e Relações Afetivas* de Marlene Guirado (2004), compreendendo-se que o delineamento dos mesmos não foi realizado no intuito de “caracterizar uma técnica certa” (GUIRADO, 2010, p.196). Tal como lá descrito, a análise foi dividida em quatro momentos: 1) desconstrução/desmontagem do discurso a fim de identificar significações, modos de organização da fala e representações recorrentes (efeitos de reconhecimento/desconhecimento); 2) reorganização do discurso em temas centrais, visando identificar relações entre estes; 3) redação de um texto para cada entrevista, destacando seus temas, trechos da fala do entrevistado e análises possíveis; 4) busca de regularidades e singularidades nos temas e na organização dos discursos nas diferentes entrevistas.

No geral, a análise se pauta em conceitos, dispositivos analíticos, tais como o conceito dobradiça de sujeito, o conceito de heterogeneidade discursiva e a compreensão dos efeitos de reconhecimento e desconhecimento do/no dizer. O conceito dobradiça de sujeito, conforme explicitado anteriormente, aponta para as condições institucionais de produção do sujeito, ao mesmo tempo que evidencia a

singularidade do falante, considerando-o sujeito do/no discurso, suporte da ação e discurso institucional. (VALORE, 2005).

A heterogeneidade discursiva, por sua vez, está relacionada à concepção de que “o discurso é sempre uma maneira de construir uma relação com outros discursos” (MAINGUENEAU, 2000b, p.47). Nas palavras de Maingueneau (2000b, p.53) “O discurso é mais uma negociação entre forças contraditórias do que a afirmação de um pensamento que se conhece em si mesmo ou que se expressa”. O autor complementa que “Falar é sempre determinar uma fronteira entre o que eu assumo como interior e o que eu considero como exterior ao meu universo” (p.58) e que “O discurso não está fora de nós: surge por meio de nós e surgimos por meio dele” (p. 59).

O terceiro dispositivo de análise, a compreensão dos efeitos de reconhecimento e desconhecimento do/no dizer, permite que sejam evidenciadas as práticas instituídas: aquilo que explicitamente o entrevistado reconhece e naturaliza como óbvio, bem como aquilo que ele implicitamente mostra estar naturalizado (VALORE, 2005).

4 RESULTADOS

4.1 OS EGRESSOS DA RMS EM ATENÇÃO HOSPITALAR: PERFIL E INSERÇÃO PROFISSIONAL

Neste tópico, serão apresentados os resultados levantados a partir da primeira etapa de coleta de dados, realizada por meio de questionários online. Dos 85 egressos que foram convidados a participar, 28 (33%) responderam ao questionário.

Dentre os participantes, o sexo feminino foi predominante (93%) e a faixa etária variou de 25 a 43 anos, sendo que a maior parte (78,6%) encontrava-se entre 26 e 29 anos de idade. A maioria (82%) havia realizado a graduação em instituição pública e 46% haviam se formado na instituição de ensino vinculada ao Programa de Residência que realizaram. O tempo decorrido desde a formatura na graduação até a coleta de dados variou de 2 a 7 anos, compondo uma média de 4 anos. Boa parte (52%) ingressou na Residência no ano seguinte ao de sua colação de grau e 26% ingressaram no mesmo ano.

Previamente ao ingresso no Programa de Residência, 18% dos participantes realizaram alguma pós-graduação, 43% trabalharam na área de formação, 11% trabalharam em outras áreas e 28% nunca haviam atuado profissionalmente. Dentre os participantes que já haviam atuado profissionalmente em estágio na área e/ou após a graduação, foi possível observar que boa parte havia trabalhado em equipe de uma mesma área/profissão (50%); 33% mencionaram experiência em trabalho multiprofissional e 11% em trabalho interdisciplinar.

Outro aspecto levantado pelo questionário foi a presença, na graduação, de disciplinas e estágios que abordassem a história, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e o trabalho multi e/ou interdisciplinar. Apenas um participante indicou que não teve em sua graduação conteúdos relacionados ao SUS. Já em relação ao trabalho multi e/ou interdisciplinar, 57% responderam que estes foram de algum modo trabalhados em sua formação e 43% consideraram que não.

Dentre os participantes, os que haviam concluído a residência há menos tempo estavam formados há 8 meses e os que o haviam concluído há mais tempo, 2

anos e 8 meses. A média de tempo decorrido desde a conclusão do Programa até a participação na pesquisa foi de 1 ano e 7 meses. Após a conclusão da RMS, 64% dos participantes continuaram a residir na mesma cidade e 24% mudaram-se para outras cidades no mesmo estado. A continuação dos estudos em outras pós graduações foi opção de 61% dos participantes.

A situação profissional dos egressos na ocasião da coleta de dados encontra-se na tabela 5. A maioria (75%) encontrava-se trabalhando na área de sua formação. Dentre estes, 38% (do total) estavam conciliando as atividades de trabalho com a continuidade dos estudos (90% no mestrado e 10% em outras modalidades de formação). Dentre os demais, 7% trabalhavam em área não diretamente relacionada à sua graduação e 18% dedicavam-se exclusivamente aos estudos (60% ao mestrado e 40% a outras modalidades de formação).

Tabela 5: Situação profissional dos participantes na ocasião da coleta de dados

Situação profissional na ocasião da coleta de dados	Nº de participantes	%
Trabalhando em área relacionada ao curso de graduação		
Trabalhando	11	39%
Trabalhando e estudando	10	38%
Total	21	75%
Estudante	5	18%
Trabalhando em área não diretamente relacionada ao curso de graduação	2	7%
Total	28	100%

Fonte: os autores

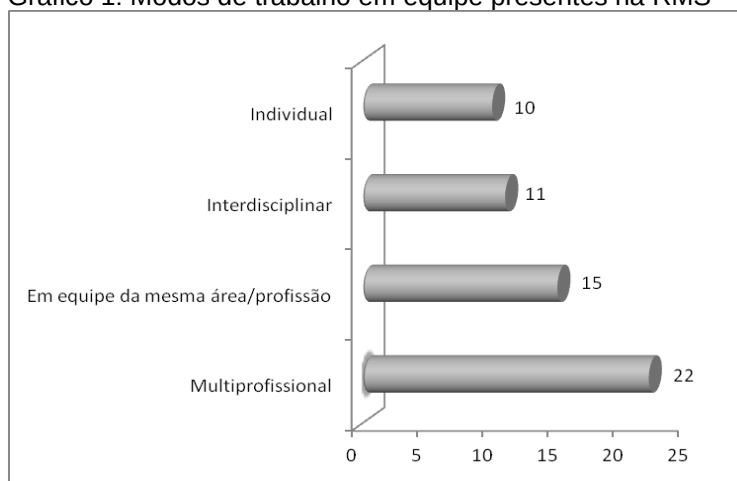
Apenas 7% dos egressos não chegaram a trabalhar após a Residência, tendo ingressado na pós-graduação *stricto sensu*. Do total de participantes, 89% chegaram a atuar dentro de sua área de formação, porém, no momento da coleta dos dados, 14% já não mais o faziam. Dentre todos os participantes, 20 chegaram a trabalhar na área da saúde. Este número representa 71% do total de participantes e 80% dos que trabalharam após a Residência, indicando que boa parte destes permaneceram na área da Saúde.

Com relação ao vínculo de trabalho, 39% trabalhavam em instituição pública e 43% em instituição privada, sendo que alguns destes trabalhavam em ambas. O trabalho no Sistema Único de Saúde foi citado em 28% das respostas. Contudo, apesar de haver inserção nas instituições públicas, apenas 14% dos participantes eram funcionários públicos. Este dado evidencia que as contratações têm se dado

de outro modo que não por concurso público. O percentual de participantes que afirmaram desenvolver suas atividades profissionais como autônomos foi 28%. Ainda em relação ao local de trabalho após a RMS, 11 participantes (39% do total) mencionaram ter trabalhado em Hospital, 3 (10%) em Unidades Básicas de Saúde ou Programa de Saúde da Família (UBS/PSF) e 2 (7%) em ONG.

Os participantes foram questionados com relação aos modos de trabalho vivenciados durante as atividades da RMS e após a conclusão desta. As alternativas disponibilizadas (sendo que mais do que uma poderia ser assinalada) foram: o trabalho individual, o trabalho em equipe uniprofissional (de uma mesma área/profissão), o trabalho multiprofissional e o interdisciplinar. A maioria considerou a vivência da RMS apenas como multiprofissional (36%), 25% consideraram todas as alternativas e 14% apenas o trabalho em uma equipe uniprofissional. Somando todas as respostas, o trabalho individual foi considerado por 10 participantes (36%), o trabalho em equipe uniprofissional por 15 (54%), o multiprofissional por 22 (79%) e o interdisciplinar por 11 (14%).

Gráfico 1: Modos de trabalho em equipe presentes na RMS

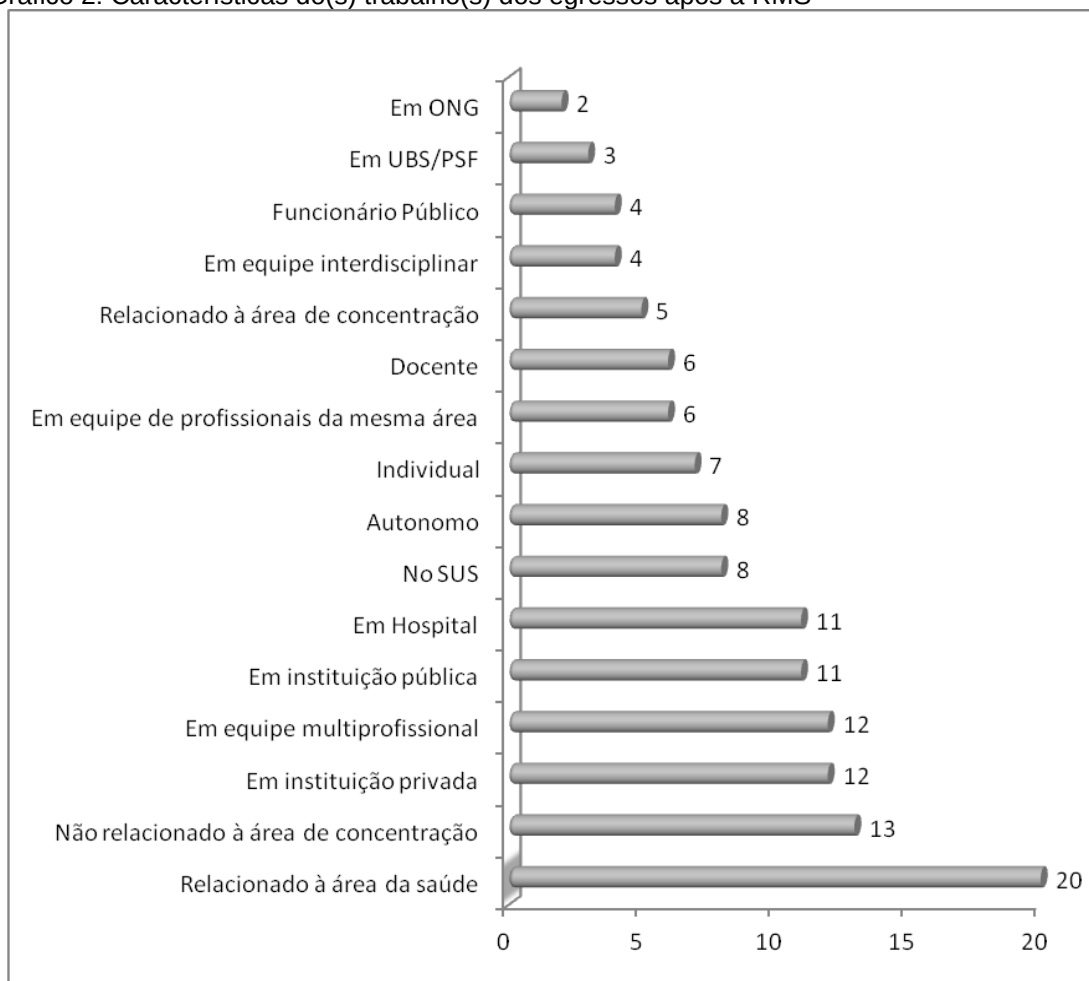


Quantidade de participantes que citaram a resposta.
Fonte: os autores.

A maioria dos participantes (43%) considerou seu trabalho após a RMS como multiprofissional. O trabalho individual foi citado em 25% das respostas, o trabalho em equipe de profissionais de uma mesma área em 21%. O menos citado foi o trabalho interdisciplinar (14%). Estes dados evidenciam que parte dos egressos trabalhou em equipes multiprofissionais após a RMS, mas poucos consideraram o

trabalho realizado como interdisciplinar. Alguns participantes (18%) trabalharam em áreas relacionadas à área de concentração em que realizaram a Residência. Contudo, o número de participantes trabalharam em área não relacionada foi maior (46%). Seis participantes (21%) indicaram atuação como docentes. O gráfico 2 resume as características do(s) trabalho(s) dos participantes após a RMS.

Gráfico 2: Características do(s) trabalho(s) dos egressos após a RMS



Número de respostas em que a alternativa foi assinalada.

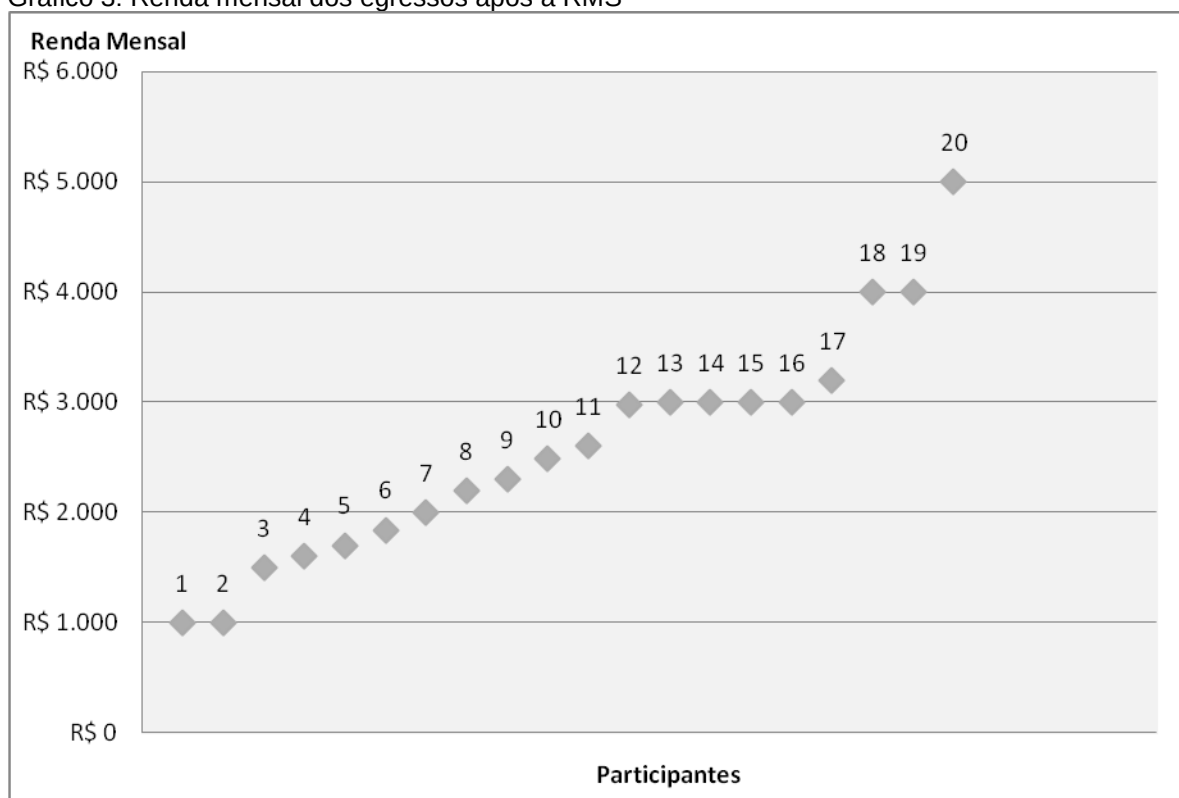
Os participantes poderiam marcar mais de uma opção e acrescentar outras opções.

Fonte: os autores.

Vinte participantes informaram sua renda mensal após a conclusão da Residência. Os valores variaram de R\$ 1000,00 a R\$ 5000,00. A média da renda mensal foi de R\$ 2569,00. A maioria (50%) recebia de R\$ 2000,00 a R\$ 3000,00, 20% tinha uma renda mensal acima de R\$ 3000,00 e 30% entre R\$ 1000,00 e R\$ 1999,00. Os mesmos vinte participantes informaram sua carga horária semanal de

trabalho após a Residência. Os horários variaram de oito a cinquenta horas semanais, sendo que a maioria (40%) trabalhava 40 horas semanais; 30% tinha uma carga horária superior a 40 horas; 20% trabalhavam entre 20 e 36 horas na semana e 10% menos de 10 horas semanais. O gráfico 3 contém a distribuição das rendas mensais informadas pelos participantes.

Gráfico 3: Renda mensal dos egressos após a RMS



Fonte: os autores.

Com base no valor informado de renda e carga horária mensal, foi possível calcular o valor da hora de trabalho dos egressos. As porcentagens foram calculadas considerando o total dos participantes que informaram sua renda e carga horária. Tem-se então que a maioria (90%) recebia um valor proporcionalmente maior do que o pago na Residência pela hora de trabalho (aproximadamente R\$ 10,50 na Residência) e 10% recebiam menos de R\$10,00 a hora. Dentre os 90%, 60% recebiam entre R\$11,00 e R\$20,00; 10% entre R\$21,00 e R\$30,00; e 20% acima de R\$30,00 a hora.

4.2 FORMAÇÃO EM SERVIÇO: A RMS EM DISCURSO

Este item aborda a análise das entrevistas realizadas na segunda etapa da pesquisa. Foram destacados três grandes temas de análise - as representações da RMS, os discursos do SUS e os discursos do multiprofissional e do interdisciplinar. Dentro de cada tema, foram expostos os trechos de fala dos entrevistados⁶ que melhor o representassem. A seguir, antes de iniciar a análise dos temas, segue uma síntese do perfil e trajetória dos entrevistados.

Foram entrevistados 14 egressos da RMS em Atenção Hospitalar. Dentre eles, encontram-se representantes das três primeiras turmas e de quatro das cinco Áreas de Concentração que compõem o Programa estudado. Todas as profissões do programa tiveram participantes nas entrevistas, distribuindo-se da seguinte forma: 1 Farmácia bioquímica; 2 Enfermagem; 3 Farmácia; 2 Fisioterapia; 2 Nutrição; 1 Psicologia; 1 Serviço Social; 2 Terapia Ocupacional. Os trechos das entrevistas são apresentados sempre acompanhados de identificação numérica e não nominal. Dados que poderiam expor a identidade do entrevistado e quebrar o sigilo da entrevista foram omitidos.

Sete participantes estavam cursando mestrado na ocasião da entrevista, todos conciliando a formação com outras atividades profissionais. Uma participante já havia concluído o mestrado e três planejavam ingressar. Cinco planejavam futuramente ingressar no doutorado. Cinco atuavam como docentes.

Nove participantes trabalhavam em instituições de saúde, sendo 5 em hospitais, 2 em clínicas particulares, 1 em ONG e 1 em UBS. Dentre os 5 que trabalhavam em hospital: 2 eram voluntários em hospital público e os demais trabalhavam em regime de CLT, sendo 1 em hospital filantrópico, 1 em hospital privado e 1 em hospital público com contratação por processo seletivo público. Três participantes atuavam como autônomas com atendimento individual. Duas participantes chegaram a trabalhar em hospital público com contratação por processo seletivo em regime de CLT, ambas não estavam mais neste emprego na ocasião da entrevista. Uma participante trabalhou em hospital filantrópico em regime

⁶ Os trechos de fala das entrevistas seguiram o padrão de formatação para citação. Quando algum dado da fala foi omitido ou substituído para não identificar o participante, colchetes indicaram a alteração feita.

CLT e na ocasião da entrevista dedicava-se exclusivamente ao mestrado e à docência.

Apenas 2 dos participantes eram concursados, 1 trabalhava em UBS e 1 vinculado ao Sistema Único de Assistência Social. Uma das participantes havia sido aprovada em concurso e aguardava ser chamada. Uma estava desempregada e se preparando para concursos. Nove citaram como planos profissionais a aprovação em concursos na área da saúde e/ou docência.

4.2.1 Representações da RMS

4.2.1.1 *Imagens da Residência*

Na análise do conjunto das 14 entrevistas realizadas nesta pesquisa, a imagem da RMS apareceu recorrentemente relacionada a alguns qualificadores. No geral, os adjetivos e expressões utilizados remeteram a aspectos positivos, legitimando a RMS como possibilidade de aprendizado profissional, experiência e trocas. Os temas mais recorrentes foram: a possibilidade de atuação prática; o desafio; a possibilidade de formação supervisionada; a construção de autonomia; a construção da confiança/segurança profissional; a possibilidade de trocas e do trabalho multiprofissional; o reconhecimento da importância da própria profissão; delimitação da escolha profissional; o contato com o SUS; e a formação pessoal. A seguir, neste e em tópicos seguintes, cada um destes temas será detalhado e exemplificado com trechos das entrevistas. As temáticas possibilidade de formação supervisionada, construção de autonomia, possibilidade de trocas e do trabalho multiprofissional e contato com o SUS configuraram-se como abordagens mais amplas e mais especificamente articuladas aos objetivos específicos da pesquisa, e, serão detalhados nos tópicos seguintes.

Os aspectos mais frequentemente associados à imagem de RMS foi a atuação prática e a possibilidade de aprendizado nesta experiência. Esta temática esteve presente em todas as entrevistas realizadas, legitimando a ideia da RMS como formação em serviço:

A ideia de fazer a Residência era me aprofundar na parte [prática], que quando a gente sai da faculdade a gente tem uma noção, mas não sabe como funciona na prática. [Entrevista 1]

Então, [a escolha pela RMS] foi mais por essa parte, mesmo, pela prática, assim, que eu acho que na graduação a gente não aprende tudo, você tem uma ideia. [Entrevista 3]

Estar aprendendo uma coisa prática. [...] Então, assim, minha expectativa com a residência era aprender a trabalhar. [Entrevista 4]

Foi uma experiência muito boa em relação à prática, de poder trabalhar e colocar mesmo a “mão na massa”. Estar em contato com os pacientes. [Entrevista 6]

Eu acho que a possibilidade de aplicar esse conhecimento [...] Eu acho que principalmente isso, visualizar a prática. [...] que é coisa que você não vê no livro, né? [Entrevista 7]

[...] quando a gente passa pela residência, você consegue atrelar uma teoria que a gente tem, que a gente não tem a prática com o paciente na graduação, você consegue atrelar a teoria à realidade. Então, de pontos positivos foi isso. [Entrevista 8]

E aí eu vou discutir a teoria em cima de alguma coisa real. Então, fez eu melhorar essa relação entre o real e o teórico. [Entrevista 8]

Do objetivo [da RMS], né? Acho que primeiro é o objetivo prático, né. Acho que poucas pessoas saem da universidade já capacitadas de fato pra atender um público em risco, que é vulnerável e frágil como num hospital de alta complexidade, enfim, ou hospital, assim, terciário. [Entrevista 10]

Então, eu acho que é uma imersão, mesmo, essencialmente prática. Querendo ou não você sai de lá com uma experiência que poucas pessoas teriam em 2 anos de vida profissional. Eu acho que esse objetivo [da RMS] é cumprido. Pra mim foi. Eu adquiri muita experiência com a residência. É uma experiência que não tem no livro, que não é só ir atrás estudar, foi só vivendo aquilo, mesmo. [Entrevista 12]

Para mim, fez muita diferença, principalmente por ser uma formação em serviço, me deu oportunidade de ter experiência e colocar em prática o conhecimento teórico que eu tinha e acrescentar mais ainda, retomar alguns que eu tinha, refazer, reformular e aplicar na prática esses conhecimentos. [Entrevista 13]

Nas falas acima, um dos aspectos que se destaca é a naturalização do afastamento entre teoria e prática [Entrevistas 7, 8, 12, 13] e da insuficiência da formação na graduação neste sentido [Entrevistas 1, 3, 8]. Os entrevistados

legitimam a RMS como possibilidade de trabalhar e formar-se/aprender neste trabalho prático, ao passo que questionam as condições de aprendizado na graduação. Nas entrevistas, outras falas evidenciaram expectativas e questionamentos relacionados à graduação:

Então, como que alguém que nunca teve isso durante a sua faculdade de uma hora pra outra, por iniciativa própria, vai começar a interagir com os outros profissionais? [Entrevista 1]

Quando você chega pra trabalhar [...], como você já é formada, eles esperam que você já saiba fazer pelo menos o básico. [...] Então eles esperam que você seja ... só que isso você vai ser com o tempo. E.... esperam que você saiba fazer [...] coisas que às vezes a gente não desenvolveu muito na faculdade. [Entrevista 1]

E você vê que é uma área que pra conseguir mercado de trabalho ela tem que estar saindo dessa linha de conforto. Vai ter que estar fazendo várias coisas ao mesmo tempo pra estar conseguindo trabalhar, nas outras áreas, pra conseguir trabalho, emprego, a gente vai estar fazendo sempre, fugindo do que é ensinado na faculdade, sabe? [Entrevista 4]

[...] porque durante a faculdade você não tem essa possibilidade de praticar isso, de desenvolver, tanto o contato com o paciente, o contato pessoal, quanto os conhecimentos mais de tratamento, com aquela pessoa, né?! [Entrevista 5]

O que me levou foi assim, eu sempre tive, meu sonho principal era ser docente. Só que frente os meus professores da graduação, eu via que eles não tinham uma visão da realidade, eles me passavam muito o teórico e não o prático, não o que eu realmente ia ver, a profissão fora dos muros da universidade. Então, a minha ideia era participar de alguma coisa que se mantivesse dentro da universidade, mas que fosse alguma coisa mais profissional, né?! [Entrevista 8]

Ao passo que situam as insuficiências da formação na graduação, as falas acima indicam a expectativa de que esta fosse suficiente em lhes capacitar profissionalmente. Naturaliza-se a distância entre a graduação e o “fora dos muros da universidade”, onde “eles esperam que você seja”, é preciso “fugir do que é ensinado na faculdade”, e é possível encontrar o que “realmente” diz respeito à “prática”. A insuficiência da graduação legitima a necessidade da RMS, como bem evidencia a fala na entrevista 8.

O movimento presente no conjunto das falas sugere que a vivência na RMS constitui uma experiência de construção da identidade profissional. O resultado do percurso da RMS é associado pelos participantes ao ganho de “segurança”, de maior confiança em si e nas habilidades profissionais desenvolvidas:

Com os meus pacientes hoje eu me sinto mais capaz, mais segura pra atender. [...] E como a gente na residência teve essa vivência, e foi aprendendo a manejar com os outros profissionais e tal, me sinto segura pra atender. [...]. O principal, assim, é a segurança que eu sinto hoje em lidar com paciente mais grave, né? [Entrevista 2]

Eu acho que eu também consigo me impor um pouquinho melhor do que eu conseguia antes. Que antes, mesmo sabendo que eu estava certa, eu ficava quieta. Hoje já, dependendo da situação eu já não fico mais. Não melhorou 100% ainda, mas tá melhorando, né? [Entrevista 3]

O plano de tratamento que você fazia quando o paciente chega. Eu era bem insegura no começo. Então, tanto que se ele tivesse uma dor que não fosse pra ter eu já me apavorava. Hoje já não, tipo, até com paciente de emergência, assim, hoje já consigo lidar bem mais, sabe? [Entrevista 3]

Acho que essa coisa de auto confiança e mais segurança de saber é... saber.. de ter experiência profissional, mesmo, de saber a técnica, de interação com as pessoas, então, acho que depois isso de segurança, maturidade e ter esse conhecimento técnico mais estabelecido. [Entrevista 5]

No início eu me via muito insegura nessa relação com o paciente. Conforme eu fui realizando o trabalho, eu fui vendo o efeito desse trabalho, eu acho que eu já me colocava numa postura de... de sucesso, já no final. Eu já não tinha tanta insegurança como no início, eu acho que é normal, né?! Porque você vai amadurecendo com a prática. [Entrevista 9]

Eu até, na entrevista de emprego que eu fiz depois, a entrevistadora perguntou se eu tava segura eu falei que sim, que depois da residência, mesmo no [...] por ser um hospital tão grande, de referência, eu me sentiria segura em qualquer lugar, pra trabalhar em qualquer outro hospital. [Entrevista 11]

E a residência me preparou eu acho, assim, pra situações é... graves que eu talvez não tivesse a postura que eu tenho hoje pra passar por elas se eu já não tivesse passado por coisas piores, digamos assim, na residência. Eu considero, assim, que muitas situações hoje eu encaro de uma maneira por já ter passado pela residência. Se eu não tivesse passado pela residência várias coisas seriam bastante diferentes na minha vida profissional. [Entrevista 12]

A construção da segurança em si e no próprio trabalho foi frequentemente associada à vivência da própria prática, ao contato com pacientes e com outros profissionais e às dificuldades da experiência. Além do ganho de maior segurança em relação à habilidade profissional, algumas falas situaram a possibilidade de, através da experiência da RMS, reconhecer/reforçar a importância da própria profissão e legitimar/delimitar a escolha profissional:

Eu acho que poderiam começar a pensar abrir mais programas de residência não só na área hospitalar, mas em outras áreas também. E que isso fosse como uma formação, que você termina a faculdade e passa por isso. Eu acho que diminuiria o número de funcionários insatisfeitos com o trabalho, porque você vai pensando que é uma coisa e chega na hora e acaba descobrindo que não é bem assim. [Entrevista 3]

Tinha isso antes, porque a [...] hospitalar é uma coisa que eu sempre gostei em abstrato e que eu gosto hoje, mas não faço isso porque acho que não tá adequado ao meu ritmo de vida hoje. Mas, no início da residência acho que eu tinha essa confusão de pra que área ir, né!? [Entrevista 5]

E descobrir que ah... o que eu queria fazer desde o começo da faculdade se concretizou, que eu não, tipo, dei com a cara na parede, assim, me... errei na escolha de fazer residência, que eu entrei e aí fiz a escolha certa.. [Entrevista 8]
Agora a profissão faz mais sentido pra mim, já fazia muito, mas agora faz muito mais depois da residência. [Entrevista 8]

Então, foi aí que na prática mesmo, vivendo a residência, que eu me identifiquei com a área hospitalar. [...] Então, a partir do momento que eu fui pra área, que eu me desenvolvi nela que eu a conheci é que eu passei a gostar e ter afinidade e a querer desenvolver todo o resto do meu percurso profissional ali. [Entrevista 9]

Então, a capacitação técnica, mas ao mesmo tempo uma autoconsciência pessoal do meu perfil de trabalho, dos meus limites e das minhas potencialidades. [Entrevista 9]

Como bem evidencia a fala da entrevista 9, à RMS é atribuída não só a possibilidade de capacitação técnica, mas também da construção da identidade profissional e o desenvolvimento de autoconhecimento. Outros participantes também enunciaram a marca de uma experiência que os afetou em um campo “pessoal”:

Outra coisa da residência foi a questão pessoal, mesmo. Então, você conhece muita gente, você tá se relacionando com bastante gente

[...] fiz bastante contato. Não que isso me ajudou até agora (risos), mas, assim, fiz bastante amizade. Isso foi bem bacana. [Entrevista 4]

Formar pessoalmente, é, porque, pessoalmente é individualizado, pra mim é vivenciar a saúde pública do país mais de perto, assim. [...] Então, me moldou em relação a julgamentos prévios errados que eu tive, que eu tinha antes. E que vivenciar a história dos pacientes no hospital, a história dos profissionais dentro do hospital me fez mudar, regredir um pouco e pensar o que eu era e mudar algumas coisas de comportamento, assim, pensamento. [Entrevista 8]

Agora, pessoalmente foi mais amplo, foi para além da formação profissional, beira a formação pessoal, mesmo. [...] Pessoal que eu falo é em termos de relações humanas, saber lidar com diferentes personalidades, saber mediar, desenvolver capacidade de empatia também. [Entrevista 9]

A residência é uma coisa mais completa, assim, ela proporciona um aprendizado não só na área ali, não é só curricular, exatamente, no que está ali no programa. Enfim. Acho que é um aprendizado mais amplo, pra vida mesmo. [...] Acho que engloba um geral, assim. Ah, de ter tido que lidar com a morte, ou com situações de quase morte. Complexas no sentido, assim, de gravidade, de envolver pessoas, de envolver familiares e você estar ali no contato direto. Responsabilidade de você estar ali naquela situação. [...] E acabou sendo uma área que eu gostei muito e também que me fez crescer não só tanto profissional, mas também pessoalmente, em relação ao enfrentamento das coisas, sabe? [Entrevista 12]

Tanto o aprendizado dito “pessoal” como a construção da “segurança” profissional foram diversas vezes relacionados com a vivência de situações de dificuldades e desafios, assim como a imagem da RMS foi recorrentemente a isso associada. As imagens de “esforço”, “puxado”, “obstáculos” “sofrimento” aparecem compondo o mosaico que define a RMS. Um desafio a ser superado... ou não:

Hoje é.. distante daquele momento, eu vejo que apesar de ser sofrido, de ser difícil, foi bom pra minha carreira e bom pra minha vida. [Entrevista 1]

Então, valeu muito a pena. Hoje eu vejo, assim, que foi muito bom ter feito a Residência, mas às vezes durante a Residência, às vezes você quer terminar, quer desistir, porque é muito puxado. [Entrevista 1]

Ai, não sei, assim. Eu sei que, tipo, foram dois anos difíceis, não foram fáceis, mas é uma coisa que eu sinto falta, sabe? E que eu faria de novo. [...] Então, acho que é dois anos que você não tem vida social, mas que valem muito a pena, e eu faria de novo se precisasse. [Entrevista 3]

Porque na residência, assim, se você tá ali é porque é o que você quer, até porque se você não tá satisfeito com a residência ou você pede pra sair, ou você fica mau humorado. Na maioria das vezes acho que todo mundo pediu pra sair, porque acho que a cobrança é tão grande que a pessoa não vai ficar, né? [Entrevista 3]

Como eu havia, assim, me informado, eu sabia que ia ter bastante trabalho, né? E era bastante rigoroso, mas a intenção, mesmo, da residência era poder estar aprendendo, sabe? [Entrevista 4]

E às vezes amadurecesse de uma forma sofrida, porque era muito trabalho, eram situações complexas, eram demandas diversas, mas, enfim, acho que... ah, com certeza acho que as pessoas aprenderam bastante também. [Entrevista 5]

Ao longo do tempo, as dificuldades, ou... a própria carga horária acaba sendo um impedimento de continuar, enfim, as pessoas desistem da residência. E pra mim, no final de residência foi, tipo, 'por favor acabe logo isso, porque eu não aguento mais'. [Entrevista 5]

Eu passei dois anos numa rotina rígida, numa instituição que, querendo ou não me exigiu muito. Eu aprendi muito, mas me exigiu demais também, eu fiquei desgastada, eu fiquei cansada. Então, a minha ideia era levar só o mestrado pra poder descansar, ter mais tempo pra mim. Porque querendo ou não, dois anos com 60 horas ali, eu não tive muito tempo pra mim. [Entrevista 9]

Qualquer coisa que elas [colegas que não fizeram RMS] tinham que fazer 'nossa, muito difícil'. 'gente, como assim muito difícil? Nunca trabalharam sessenta horas semanais.' (risos) Então, pra mim, foi muito mais tranquilo. [Entrevista 10]

E na residência, assim, eu aprendi muito, assim. [...] teve alguns momentos tão difíceis, assim, né [...] que parece que quando eu sai da residência 'não, agora, o que aparecer, né? É fichinha, assim'. Foi difícil, mas é aquilo que eu te falei, eu sai da residência meio que 'tá, já vi muita coisa, sabe? Muita coisa punk, assim'. Então, eu acho que eu me senti fortalecida com a experiência da residência. [Entrevista 14]

[...] acho que não precisam ser tantas horas por semana, não precisa ser todo esse desgaste, acho que não precisa tudo isso pra você aprender, pra você se formar especialista nisso, enfim, pra você atuar na clínica, enfim, acho que não precisa tudo isso. Então, eu defendo a residência como forma de especialização, formação e prática, mas não defendo nesses moldes. [Entrevista 5]

De modo geral, todas as falas legitimam o valor da dificuldade da residência como aspecto que fortalece os residentes. As palavras utilizadas para descrever a experiência na RMS remetem à imagem de uma maratona, algo que exige, testa

limites, fortalece ou faz desistir. A única fala que questiona essa lógica é a última [Entrevista 5] que subverte o discurso da necessidade de excesso de esforço para legitimar o aprendizado.

Nas entrevistas, observam-se as negociações e oposições discursivas. Coexiste um discurso que institui a RMS como modalidade de formação valiosa e que “deveria ser obrigatória” e um discurso que pondera suas insuficiências, questiona-a. De modo geral, a RMS é ressaltada como experiência positiva.

Eu acho que a residência deveria ser obrigatória. Não só pros médicos, mas pra todas as áreas. [Entrevista 3]

Eu sempre falo muito positivamente da residência. É bem difícil eu ter uma fala negativa, assim. Porque apesar de algumas dificuldades [...] eu não consigo pensar em nada muito negativo. Porque é uma experiência enriquecedora, né? [...] A residência tá sempre no meu coração, assim. Eu nunca vou esquecer. Se eu pudesse fazia de novo. [Entrevista 10]

Acho que a gente conseguia fazer.... acho que aprendia bastante, como não aprendi na faculdade, como talvez não aprenderia em outro lugar, ou talvez aprenderia, sei lá, se eu trabalhasse no hospital e tivesse que lidar com aquelas situações ia ter que aprender, ia ter que estudar, ia ter que me virar sozinha, né? Mas aprenderia também. [Entrevista 5]

A gente, eu falei pra você, que não sei se a resid... se esse programa consegue atingir esses objetivos. Mas eu acho que dentre todas as opções que temos de especialização pra área de saúde no Brasil pelo menos é a que chega mais próximo disso, chega mais próximo. [Entrevista 8]

E agora aqui na entrevista eu lembro de várias críticas que eu fiz lá naquele período, coisas que eu trabalhei naquela época e que foram esquecidas. Agora lembrando, assim. E no geral me vem uma sensação muito boa, apesar de todas as dificuldades. Não foi planejado fazer a residência, mas ela teve uma repercussão direta e positiva na minha vida. Acho que as dificuldades colaboraram para isso também. [Entrevista 9]

Recomendo, assim, mas eu recomendo não de maneira cega, né?! [...] Eu digo ‘oh, a legislação diz uma coisa, na prática acontece outra’. Tem alguns preceptores que são difíceis de lidar, tem outros que são mais maleáveis, você que vai descobrir a forma como você vai trilhar o teu percurso. Mas eu recomendo, porque pra mim serviu, foi muito positivo. Então, eu acho que pode ser positivo também pro outro. [Entrevista 9]

Mas, no geral, foi bom, eu gostei da residência. Claro, algumas coisas [...] que não correspondiam. [...] Mas, no geral, eu gostei muito

da residência. Acho que chegou nas minhas expectativas. Foi bem bom. Valeu a pena. [Entrevista 11]

Então, a residência é um programa válido, recomendável, porém precisa de alguns ajustes, acho que como todo programa que está no começo. [Entrevista 13]

4.2.1.2 Formação solitária e coletiva: entre a “proteção da mãe Residência” e o “vamos construir juntos”

Eu via assim as pessoas meio iludidas dentro da residência, achando, assim, que ainda, né, lá fora ia ser tão maravilhoso, tão protegido, tão bem remunerado quanto era lá dentro e eu como eu já tinha passado, né, pelo mundo fora, sem esse suporte da mãe residência, é... eu via que não ia ser tão fácil. [Entrevista 2]

Acabou que a gente foi meio que aprendendo junto, assim. ‘então, agora eu sou uma residente’ ‘e agora eu sou uma preceptora’ ‘então vamos aprender junto como que são esses papéis, assim’. Teve um processo de construção, de aprender junto, teve. [Entrevista 14]

Importante analisar também quais as posições assumidas pelos egressos frente ao aprendizado na RMS. As entrevistas evidenciaram negociações discursivas que combinavam expectativas de ser ensinado/aprender de modo autônomo; não ser o profissional responsável pelo serviço/construção de responsabilidade; encontrar caminhos já prontos e trilhados/construir os caminhos conjuntamente. Nestes jogos enunciativos, os egressos da RMS legitimam-se como construtores de seu próprio percurso, visto que, concretizando ou não suas expectativas de maior ou menor supervisão, apropriaram-se de um aprendizado possível.

A possibilidade de adquirir experiência prática de modo supervisionado, realizando trocas com profissionais mais experientes, foi destacada como um dos aspectos positivos da RMS e como expectativa dos participantes no momento de ingresso no Programa. Nove participantes evidenciaram este aspecto de modo explícito. As três falas abaixo exemplificam:

Essa possibilidade de aprender na prática, começar a prática aprendendo, com algum suporte de preceptoria, de tutoria, com alguém que se você tiver dúvida você pode perguntar e pode... isso não acontecia sempre, obviamente, às vezes a gente fazia as coisas

sem tanto suporte, mas, ter essa possibilidade de atuar e começar a vida profissional dessa forma acho que é bem importante. [Entrevista 5]

Ter o acompanhamento de um profissional que já trabalhava na área e poder ter esse preceptor acompanhando. Muito positivo. [Entrevista 6]

Então, aquela segurança de estar atuando com respaldo, assim, de alguém que tem mais experiência. Possibilidade de discutir, mesmo com os preceptores, que têm mais experiência, mas também com os colegas residentes. Na hora de dúvida, ou insegurança, poder discutir e poder trocar, assim, sabe, isso foi bem positivo. [Entrevista 12]

Alguns entrevistados articulam essa expectativa de supervisão com considerações sobre uma maior ou menor responsabilidade do residente:

Então, seria uma atuação sem aquela responsabilidade de ser o profissional do setor, acompanhado com alguém que tinha já essa experiência e ainda uma oportunidade de aprender diretamente em campo. [Entrevista 6]

Como se fosse um espaço pra experiência e ao mesmo tempo você tem outro profissional te orientando, você já não tem toda aquela obrigação como num primeiro emprego. [Entrevista 6]

Mas, eu queria mesmo poder praticar sem ser “A” responsável, assim. Não queria chegar num hospital e já atuar sem ter alguma experiência antes. [Entrevista 11]

A residência também é um trabalho, eu considero, porque eu também colocava lá o meu registro do conselho profissional quando precisava, eu tava me responsabilizando enquanto trabalhadora. Mas é diferente você estar se responsabilizando só você ali agora. Você é trabalhadora, não é mais residente. [Entrevista 14]

Mas, hoje, no meu trabalho, eu vejo que eu tenho mais paciência com os pacientes e eu consigo lidar melhor. Não sei se é porque agora eu realmente sou responsável pelo meu setor. Então, ah, eu não sei o que mudou, mas eu vejo que mudei bastante com relação a isso. [Entrevista 6]

Eu acho que é ...ele é bem importante quando você sai da formação pra te dar um início, assim, sem tanta responsabilidade, ainda. Eu como eu saí já tendo a responsabilidade e voltei pra esse mundo um pouco mais protegido que é a residência.. é... eu via assim as pessoas meio iludidas dentro da residência, achando, assim, que ainda, né, lá fora ia ser tão maravilhoso, tão protegido, tão bem remunerado quanto era lá dentro e eu como eu já tinha passado, né, pelo mundo fora, sem esse suporte da mãe residência, é... eu via

que não ia ser tão fácil. Então eu tava um pouco mais pés no chão do que algumas pessoas, assim. [Entrevista 2]

Como bem evidencia a fala da entrevista 2, a RMS pode ser associada à ideia de um estágio da vida profissional “mais protegido” e “com menos responsabilidades” que a vida profissional no mercado de trabalho fora da RMS. Nesta metáfora, a “Mãe residência” oferece um “suporte”, um mundo “maravilhoso”, “protegido”, “bem remunerado”, que o mercado de trabalho não oferece. Esta mesma participante, em outro momento da entrevista, questiona esta ideia, pontuando que em alguns sentidos a vida profissional fora da residência tem menos responsabilidade e é mais tranquila do que a vida na RMS:

O objetivo [da RMS] é auxiliar mesmo, dar esse suporte pra você começar. Não é bem o que acontece, Porque você cai lá dentro muitas vezes tendo que se deparar com situações mais conflitantes do que acontece aqui fora. Porque a carga horária é maior, a quantidade de pacientes é maior, a quantidade de coisas que você tem que se envolver é maior, e sendo que aqui fora você tem tudo isso com menos pressão, sabe? Então talvez se na residência fosse mesmo tudo certinho, com aquela preceptoria, com aquele suporte, com aquele momento de estudo pra você esclarecer as dúvidas, seria maravilhoso, mas não é. Então, eu acho que acaba às vezes sendo mais difícil você entrar direto na residência do que você sair e começar com 20 horas semanais [...] Sem aquela pressão. [Entrevista 2]

Mas não foi nada do que eu esperava que ia ser. Bem frustrante essa questão da preceptoria, da falta de suporte, da questão de você ter que aprender sozinha, né?! De ter que estudar sozinha. [...] Então, gerou bastante angústia, assim, nesse sentido também, né?! Então foi bem frustrante, assim. [Entrevista 2]

Evidencia-se a expectativa de que a RMS fosse um mundo “protegido”, “certinho”, com “suporte” e a frustração desta: “seria maravilhoso, mas não é”. A partir deste jogo de expectativas não atendidas produz-se a imagem da RMS como um caminho mais difícil do que outros. Outras falas também evidenciaram uma expectativa por supervisão não atendida:

Então, assim, uma coisa que foi um pouco falha, na residência, foi a questão da supervisão, né? Então, assim, a nossa supervisão [...] ela é bastante importante, e isso ficou bem falho. [Entrevista 4]

Eu acho que [um aspectos negativo da RMS] era a falta de preceptoria, tutoria é... alguém com conhecimento maior que o nosso pra orientar. [Entrevista 7]

Então, frente à experiência com o paciente foi 100%, frente ao conhecimento que eu gostaria de adquirir com uma pessoa que tivesse a especialidade, zero. [Entrevista 8]

Havia falta de pessoas, como, acho que tutores, a gente tinha dificuldade de ter alguém para nos acompanhar. Porque é um desafio tanto pra quem está se formando, quanto pros formadores, pras instituições e pros formadores. [Entrevista 13]

Então, não julgo nem a pessoa que era nossa preceptora, né?! Não tem braço pra abraçar toda a Residência. Não tinha condições. [Entrevista 2]

Porque a gente se sentiu um pouco sozinho. Havia dificuldade de achar alguém, uma vez que não é, pra quem faz esse papel de tutor, de preceptor, não é remunerado, é um além do trabalho deles. Então, além das obrigações que eles têm enquanto pessoas, eles ainda abraçam a residência pra nos ajudar, mas às vezes também sobrecarrega eles. Então, a falta de uma pessoa pra essa situação, que não sobrecarregasse nem essas pessoas, mas que também pudesse nos ajudar foi um ponto negativo. [Entrevista 13]

Enquanto algumas falas assumem o tom de acusação e reivindicação frente ao Programa de RMS, outras colocam este na posição de quem não detém as condições e está enfrentando “desafios”, tal como os residentes. Residentes e residência, ambos retratados como iniciantes em processo de construção.

Se por um lado, há uma demanda por mais presença e melhoria das supervisões/preceptorias/tutorias, há também uma queixa relativa ao excesso de cobrança e “pressão”:

Eu acho...eu acho que a pressão. Eu acho, assim, tem uma pressão na residência, né? [...] que é assim ‘gente, vocês precisam cumprir as horas, vocês precisam estar lá, vocês precisam, né? Assim, como se diz? Vocês são residentes, né?’ [...] Então, tinha muita pressão nesse sentido, sobre os residentes. [...] Então, assim, com essa pressão você acaba não pensando na questão do aprendizado e da qualidade do serviço, né? [Entrevista 4]

Eu e muitas pessoas [imagem que representa a RMS]. Tanto pelos residentes, tanto pela quantidade de chefes. É. Isso uma forma positiva e negativa. Positiva porque seria alguém que a gente poderia, na teoria, recorrer. Mas, na verdade, era alguém que mais cobrava do que fornecia subsídio pra poder cobrar. Então a gente

tinha muitos chefes. Era uma pressão grande nesse sentido. [Entrevista 7]

Fora a pressão dos seus coordenadores, supervisores, que estão ali querendo saber o que você tá fazendo, aonde você tá indo. [...] a gente tem muito contato com os nossos preceptores, porque eles estão do lado, tudo que a gente faz eles estão vendo. Se eu saio um pouco para ir falar com o meu colega, ele sabe que eu não estou no [setor]. Se eu tenho que ir em algum lugar, eu tenho que avisar.[...]. Então isso também já é uma pressão que você tem que ficar falando toda hora onde você tá indo, porque que você tá indo. [Entrevista 1]

Observa-se a negociação discursiva entre a expectativa, nem sempre correspondida, de orientação de preceptores e o incomodo com a pressão e excesso de cobranças. As entrevistas evidenciam, também, que neste movimento de expectativas não correspondidas, se constrói a possibilidade de uma posição mais autônoma:

Mas lá [outro programa de RMS] [...] eles tem o preceptor 24 horas junto. Se o preceptor não está eles não atendem. É uma coisa que a gente não tem. Eu não vejo isso como uma falha, eu até vejo isso como ponto positivo, porque você é obrigado a correr atrás e sua responsabilidade aumenta, né? Mas eu acho que ainda falta um pouquinho mais, assim, em relação a essa parte. [Entrevista 3]

Porque muitas vezes ela mais me prejudicou do que me auxiliou em termos de segurança, até porque [...] eu não tinha tanta preceptoria, em termos de opções de preceptoria, de funcionários no hospital que pudessem responder por isso. Então, eu fui obrigada a ter autonomia. Isso foi um ponto positivo, porque quanto mais desafios eu lidei isso me ajudou a criar uma segurança própria, mas em muitas outras oportunidades, ocasiões foi negativo, porque aí eu me vi pressionada a dar conta de uma demanda que não era minha. [Entrevista 9]

Aí o negativo às vezes traz o positivo, porque a pesar de não ter, a gente foi instigado a criar, né. E esse poder de criação vem muito da residência, essa liberdade que a gente tem ali. [Entrevista 10]

Mas sempre tem alguém que responde por você [na faculdade]. [...] E, tipo, na residência isso é diferente. Então, na residência, embora você tenha o preceptor, tenha o tutor, tem o tudo, você resolve primeiro e depois você vai atrás deles pedir ajuda, né? Na verdade, acho que essa era a minha expectativa, assim. [Entrevista 3]

A fala da entrevista 3 diferencia-se das demais na medida em que a expectativa antes da RMS já era a de um aprendizado mais autônomo que o da

graduação. De modo geral, nas entrevistas, coexistem representações do aprendizado que depende do residente e do ensino que é esperado do preceptor. A expectativa não correspondida de “ser ensinado” foi recorrentemente articulada à concepção de que o aprendizado depende, nestas condições, do “correr atrás” por parte do residente:

Eu acho que na parte, assim, de aprendizado, a residência cumpre se você correr atrás. Se você correr atrás de estudar, da parte teórica, aí você consegue levar isso pra parte prática. [Entrevista 3]

Então, eu acho que [o objetivo da RMS] foi atendido por que eu tinha, foi atendido parcialmente porque eu tinha o ambiente pra poder aplicar o conhecimento que eu adquiria, mas não foi integralmente porque eu não fui capaz, ou então dependia da habilidade de cada um e, no meu caso, eu não fui capaz de aprender tudo que eu queria, por conta e aplicar. [Entrevista 7]

Então, grande parte do conhecimento que a gente adquire [...] é por causa de você correr atrás, ler, ver artigo, como é eles fazem as coisas, procurar ir num congresso, ver como as pessoas fazem e aí você tentar reproduzir aquilo. Mas não que tenha uma pessoa do lado pra fazer. Elas estão do lado, mas pra assumir a responsabilidade se der problema e não pra guiar. [Entrevista 8]

Eu sai da Residência com a sensação de que eu poderia ter aprendido muito mais, se a gente tivesse uma preceptoría melhor. Não que eu não tenha aprendido, eu aprendi bastante, mas 95% por mérito meu, não por um suporte que tenha sido dado, sabe?! [Entrevista 2]

Se articulam, sobrepõem, contradizem e dialogam diferentes concepções: a de que o “caminho” deve ser preparado pelos educadores da RMS e a ideia de que há uma construção conjunta do processo que ocorre entre os diferentes atores, todos em formação:

Então, acho que esse é o desafio e esse é o objetivo da residência e que o preceptor, ele precisa estar consciente disso também, porque ele que vai estar ali organizando essas redes, né? O aluno, o residente, ele pode até ter uma ideia do que seja, mas ele não vai entrar na residência e já... ele tá com muito medo, pra começar, tá com medo porque são, é uma carga horária enorme, tá com medo porque é um ambiente muitas vezes novo, porque ele vai conviver com colegas que ele não conhecia antes e cada dia vai ser um novo desafio. [Entrevista 10]

Então acabava sendo manejado, assim, sabe? Mas muito mais entre a gente, tomando iniciativa de a gente querer cobrar, porque que... preceptor não ajudava a gente, não participava... do que propriamente nosso preceptor vim antes de acontecer tal situação e nos preparar pra enfrentar isso. Era só depois que já tava a bomba estourada que vinha. [Entrevista 2]

É...se não tinha, se já tinha essa interação [multiprofissional] no serviço, ela fica muito mais fácil pros residentes continuarem essa interação.. [Entrevista 5]

Olha, eu acho que por ser do primeiro grupo, eu não tinha tanta expectativa assim. Até porque eu acompanhei a construção com as professoras [...]. Então, elas compartilhavam com a gente algumas situações. E elas mesmas falavam 'olha, vocês vão ser o primeiro grupo e vão construir a residência junto com a gente'. Então, era muito mais a expectativa da construção, do que a expectativa de uma grande, um grande conhecimento, que eu nunca saberia. [Entrevista 10]

Então, como toda novidade, como toda mudança, existem pontos a serem ajustados, trabalhados, metas a serem conquistadas, elaboradas e conquistadas. Não pode ser um programa engessado, em que as pessoas... acho que existe uma troca, existem dois lados, existem os que estão em formação ainda em serviço e existem os formadores, existe a instituição. Então, acredito que tem que ter uma troca de conhecimento, de experiências entre esses grupos, para que o programa possa realmente dar certo e continuar e que o objetivo seja, realmente, alcançado. [Entrevista 13]

De mais ponto negativo... a preceptoria, também, assim. No começo... depois do segundo ano ficou melhor. Mas no primeiro ano, a gente percebia que... até as profissionais que eram as nossas preceptoras, elas ainda não estavam preparadas, ainda tinham muitas dúvidas, e.... eu acho que elas poderiam ter tido um preparo melhor, assim. Acabou que a gente foi meio que aprendendo junto, assim. 'então, agora eu sou uma residente' 'e agora eu sou uma preceptora' 'então vamos aprender juntos como que são esses papéis, assim'. Teve um processo de construção de aprender junto, teve. Mas acho que talvez um preparo antes da preceptora seria melhor. [Entrevista 14]

De modo geral, observou-se uma negociação entre os discursos de formação guiada (ser ensinado, queixas de falta de preceptoria), formação autônoma (depende do “correr atrás do residente”) e formação coletiva (nas trocas, como será visto no tópico seguinte). Assim, evidencia-se um mosaico discursivo que vai da expectativa de “proteção da mãe Residência” até o “vamos descobrir e construir juntos”.

4.2.1.3 A gente residente: pertença à categoria profissional

A gente teve que aprender a administrar muita coisa, muitas vezes sem apoio de preceptor. A gente pela gente. [Entrevista 2]

Repetidamente nas entrevistas, os egressos falaram em nome de um “a gente” residente, principalmente nas temáticas relacionadas à RMS. Foram feitas menções tanto à importância do apoio, afeto e amizade dos demais residentes, quanto à troca de conhecimentos e opiniões sobre o processo da RMS.

Eu acho que a Residência, por eu ter feito naquele momento com aquelas pessoas, foi o que me ajudou a conseguir terminar bem a Residência, a não ter desistido, a não ter.. sei lá... porque é muito.. só quem passa pela Residência sabe o quanto difícil é. E aquela estrutura que eu tinha de amigos facilitou muito. [Entrevista 1]

Olha eu acho que eu pintaria [para representar a experiência na RMS] um quadro meu com as pessoas que eu me liguei muito na residência, né, que são os outros profissionais, assim, [...] Representando o tanto que a gente quebrou a cabeça juntas, assim, sabe. O tanto que a gente, é... cresceu e evoluiu dentro da residência. [...] Então esse ‘nós’ que tem todas as profissões envolve tudo, os pacientes, as questões da residência como um todo, envolve os conflitos da residência, envolve todas essas discussões. [Entrevista 2]

E [...] a gente tentava fazer seminários, que era a forma como a gente encontrou de estudar e conseguir, enfim, discutir os casos. [...] Então, nesse sentido, a gente supriu um pouco a nossa necessidade de conhecimento mais teórico. [...] Depois a gente conseguiu organizar até um calendário, mas, assim, era tudo a gente que organizava, né?! [Entrevista 5]

Então, quem foram os meus preceptores foram os meus r2, que era quem já tinha dado a cara pra bater num momento prévio e aí ensinava a gente alguma coisa. [Entrevista 8]

Então, também isso é um pouco do que a gente discutia, do que a gente refletia do nosso processo de trabalho, nosso aprendizado, formação, então. Então, também, acho que não são só ideias minhas, que eu inventei ou eu percebo sozinha, mas que a gente foi construindo e foi pensando ao longo do tempo. [Entrevista 5]

Eu acho que eu penso nisso e é muito mais fácil conversar com um grupo de amigos da residência. [...] Mas é muito mais fácil quando você tá num grupo, né, discutindo. Às vezes sozinha assim de surpresa você fica pensando ‘Meu Deus, né? Como é que foi mesmo? Nem lembro direito’. [Entrevista 10]

Observa-se a construção de um coletivo que pensa conjuntamente sobre a RMS e que aprende conjuntamente nas discussões e nas estratégias para construir a formação “a gente pela gente”, como situa a entrevistada 2.

4.2.1.4 Construção da imagem do profissional de saúde: entre o ideal e o real

Nas entrevistas, duas perguntas voltavam-se diretamente para a imagem de profissional ideal construída pelos egressos da RMS: *Em sua opinião, o que é um profissional de saúde ideal? Em relação a esse ideal, como você se vê como profissional hoje?* Estas perguntas permitiram a observação dos discursos que os egressos movimentam, legitimam, aproximam e afastam da imagem de si. Ao falar do profissional ideal e dos profissionais com os quais tiveram contato na RMS, os participantes posicionam-se, evidenciando os modelos de assistência à saúde com os quais se identificam. Movimentam as práticas discursivas, que instituem relações sociais. Portanto, ao falar do profissional de saúde, os residentes atuam na consolidação de um modelo de postura profissional na área da saúde.

As falas evidenciam que os egressos não apenas se assujeitam aos discursos instituídos, como também produzem um modo de articulação discursiva singular a cada um. Um mosaico do profissional de saúde ideal, composto pelas diversas falas dos participantes (algumas mais recorrentes, outras menos), seria o seguinte: um profissional ligado ao SUS e referenciado em seus princípios (3); que tenha como foco a assistência ao paciente (5); que vise a integralidade (2); que além de ter competência técnica (3), consiga articular a teoria e a prática (2); seja ético e crítico (2); que tenha uma postura ativa (3) e esteja sempre se atualizando (3); disposto a aprender (2), a reconhecer suas próprias limitações (4) e a recorrer aos demais profissionais (4); que atue em equipe (4); que seja comprometido com a resolução de situações (1); que goste do que faça e tenha vontade de trabalhar (4); que tenha boas condições de trabalho (1) e que faça o possível com as condições postas (1)⁷.

⁷ Foi indicado o número de participantes que mencionaram cada subcategoria, para ilustrar a distribuição/recorrência de discursos.

A seguir, algumas falas que ilustram estes valores atribuídos ao profissional de saúde:

É um profissional que tenha comprometimento, em primeiro lugar, assim, com o paciente e com a profissão. [...] Que se preocupe não só com a condição, com o diagnóstico, e sim com a pessoa que tá envolvida, a pessoa que está doente, a pessoa que precisa de tratamento e tudo que vem junto com essa pessoa, né, família, rotina, enfim. Acho que tem que pensar em todo o contexto e não só no foco direcionado a sua atuação multiprofissional. [Entrevista 12]

Ah... eu não sei se seria ideal, mas eu acho, assim, primeiro, que independente de onde você esteja, sempre lembrar que o paciente vem em primeiro lugar. [Entrevista 3]

Conhecimento técnico, porque ele precisa saber as especificidades que a profissão dele exige. Ele tem que ter habilidade pra conseguir tornar esse conhecimento uma coisa real na prática, então ele tem que saber fazer. [...] E ele tem que ter atitude, porque não adianta ele saber fazer, ele saber fazer da maneira teórica, da maneira prática e ele não levantar da cadeira e ir fazer, ir quebrar as barreiras. [Entrevista 8]

Alguém que tenha ética, sempre em primeiro lugar, que seja competente, mas que dentro da competência também tenha a sua crítica com relação às situações que possam surgir. [...] É... que evite imprudência, negligência. Que atenda a todos de modo igual, então que não tenha distinção de raça, nem de sexo e tenha esse respeito que é a humanidade. [Entrevista 10]

É um profissional que consegue ver o paciente em todas...no todo, não só na área de atuação dele, que ele tá aberto às opiniões, às novas formas de atuação, com outros profissionais e que esteja interessado em sempre se especializar e sempre melhorar, aperfeiçoar o seu atendimento. [Entrevista 11]

Um profissional de saúde ideal? É aquele profissional que tem consciência da sua capacidade e que não se nega à colocá-la em prática. É um profissional ao mesmo tempo consciente da sua limitação e que assume isso e busca suporte nas outras disciplinas, nas outras profissões, busca interações. Acho que esse profissional é um profissional que está aberto para melhorar, para contribuir, para realmente modificar a atenção e a assistência à saúde, modificar pra melhor. [Entrevista 13]

Ele tem que gostar do que está fazendo. Isso é o que vai mover todo o resto na verdade. Se você tem interesse pelo que você faz, você gosta do que você faz, você entende a relevância disso, você vai querer crescer do ponto de vista da formação, você vai querer ser atualizado, enfim, você vai prestar uma assistência mais integral,

mais humanizada. Mas primeiro tem que ter o interesse. [Entrevista 9]

Profissional de saúde ideal? Eu acho que, assim, o profissional de saúde ideal é aquele que ele vai poder fazer o seu trabalho de forma planejada, porque, o que que eu tenho percebido, que o profissional que tá na rede pública, ele precisa fazer muita coisa sem planejamento nenhum, muito improvisado. [Entrevista 4]

Acho que o profissional de saúde bom é aquele que consegue a partir das suas condições que são colocadas, das condições ideais de onde ele trabalha, da estrutura que ele tem, do conhecimento que ele tem, enfim, consegue é... dar conta, enfim, não sei se daquilo que lhe foi proposto, mas daquilo que é possível também, né?! [Entrevista 5]

Quando questionados sobre como se percebiam em relação à imagem de profissional ideal que haviam acabado de descrever, os egressos se posicionaram de diversos modos. A maioria situou o ideal como algo difícil de ser alcançado, mas que movimenta sua busca, dando a ideia de processo contínuo. O recorrente uso do gerúndio evidencia a ação contínua de formação, busca e esforço. Alguns posicionaram-se como tendo se aproximado do que consideram como ideal ao longo da RMS e outros como estando ainda distantes deste perfil idealizado. Seguem as falas mais representativas de cada posição:

Eu tenho me esforçando bastante, assim, sabe? Eu tenho, a residência me abriu bastante os olhos em relação a isso [visão pautada na integralidade], assim, sabe? [...] eu fico me informando como que eu posso fazer pra tornar a saúde melhor. [...] Não estando diretamente com o paciente, mas lutando por ele e por qualquer outra pessoa que precise de sistema de saúde, né? Então eu to buscando alcançar esse meu ideal, assim. [Entrevista 2]

Como eu me vejo. [...] Então, acho que, bom, quando eu tava no hospital eu tentava fazer o melhor que eu podia. Hoje acho que também. Acho que o trabalho que faço, eu tento me dedicar ao máximo, enfim, buscar formas de resolver, ou formas de encontrar aquelas informações. [Entrevista 5]

Então, às vezes eu acho que eu sei mais teoricamente do que praticamente. Então, estou tentando caminhar pra chegar nisso, mas acho que é muito difícil chegar. Tem poucas pessoas na minha área que eu olho e digo eu queria ser assim. Isso pra mim é o ideal, assim. Então, é uma coisa difícil de se atingir. Tem que se esmerar muito. Mas estamos na tentativa. [Entrevista 8]

Acho que a gente sempre pode melhorar (risos). Acho que eu me vejo com algumas iniciativas nisso aí que eu falei. [...] Mas eu acho

que a gente sempre pode melhorar. Eu acho que talvez o posicionamento enquanto [profissão] com a equipe multiprofissional eu acho que tem, mas acho que sempre pode melhorar. Que eu acho que é esse processo multiprofissional, que é contínuo. [Entrevista 14]

Falta muita coisa pra mim. Eu ainda tenho um pouco de dificuldade nessas coisas de posicionamento, assim, de mudança. [...]Eu acho que isso é uma coisa que eu tenho que mudar, bastante. [Entrevista 3]

[Como se vê em relação ao ideal] Eu sinto muito tédio pelo meu trabalho [...] Então, querendo ou não isso demonstra que eu tenho interesse em fazer o que eu faço, em exercer a técnica, em estar com os pacientes diretamente. E eu sempre dou um jeito de fazer. [Entrevista 9]

[Como se via na relação com os pacientes] Dependia do dia. Às vezes eu tava muito cansada e eu fazia o mínimo também, porque a gente acaba entrando naquele, naquele círculo vicioso, mas eu acho que eu como pessoa ainda tento fazer o que eu acredito, porque é muito difícil você estar bem todos os dias pra lidar com as pessoas e ter paciência. [Entrevista 6]

Além das respostas destas duas perguntas, exemplificadas acima, os aspectos que são valorizados ou depreciados na ação de um profissional de saúde se explicitaram nas falas em que os egressos retratavam a postura de profissionais com que trabalharam. Alguns destacaram posturas consideradas negativas, outros os exemplos positivos e a comparação entre ambos.

Referências negativas:

É que lá os funcionários de lá são bastante antiéticos, eles tiram sarro, eles ... é... ficam falando coisas que não tem nada a ver [...] Como se fosse num barzinho. [...] Então, as pessoas lá são difíceis de trabalhar. [Entrevista 1]

Mas eu vi muita questão assim de um funcionário da manhã querer prejudicar o funcionário da tarde, e deixar de fazer coisas que eram necessárias só para o da tarde ficar atarefado ou prejudicar o da tarde. [Entrevista 1]

Eu via a equipe como um todo, a equipe fixa, por exemplo, do [Hospital] muitas vezes cansada é... mau humorada no cuidado, sabe? Não que isso se generalize. Tinham vários profissionais que não, mas grande parte, assim, cansada daquilo, sabe? Parecia que não tinha muita vontade de fazer. [Entrevista 2]

Era passado, assim 'ah, elas [profissionais do setor que não assumiram preceptoria] não gostam de fazer isso, porque elas ganham menos que vocês'. [...] Dai quando a gente ia, que às vezes acontecia de uma coisa ou outra precisar, você via que era muito defasado, sabe? Que eram pessoas que já estão há muitos anos no serviço, que não têm interesse em crescer, em evoluir. [Entrevista 2]

Os residentes, eu acho que eles se esforçam pra tentar conversar, entender o paciente de outras maneiras e têm um pouco mais de paciência pra lidar com esse paciente, têm um pouco mais de sensibilidade, talvez, por estarmos começando, né? Na carreira. Não sei. Mas, os profissionais em si, concursados, não sei se tem aquela coisa já de preconceito com relação aos concursados, mas eu vejo que eles têm uma resistência em fazer o cuidado ao paciente. Uma resistência em promover algo a mais do que o que é obrigatório, né? Às vezes eles até deixam de fazer o que é obrigatório e vai passando plantão, vai passando plantão e deixa o paciente lá dias sem fazer alguma coisa importante pra ele. Parece que tá fazendo um sacrifício. Então, não sei, acho que tem essa coisa de não estar tão preocupado assim com o paciente quanto deveria. [Entrevista 6]

Referências positivas e negativas:

É... mas no geral eu acho que eles atendem bem. Claro, sempre tem um profissional ou outro que, sei lá, precisa de algumas férias, né? Precisa repensar se é aquilo mesmo que ele quer continuar trabalhando. [Entrevista 3]

Então, eu vejo que tanto tinha profissionais que eu visualizava que atendiam muito bem, de uma forma de acolher, mesmo, atendimento humanizado e também trocava com os outros profissionais. Como aqueles profissionais que não, que faziam o seu papel e tinham muito preconceito com esse usuário. [Entrevista 14]

Referências positivas:

É... eu conheci bastante.. é... pessoas que são referências em vários assuntos. Como o [hospital em que fez a RMS] ele tem coisas que só ele estuda, então várias pessoas que são *experts* em tal assunto... eu conheci essas pessoas. [Entrevista 1]

É que depende muito da clínica. Eu posso dizer que na maioria das unidades pelas quais eu passei, eu percebi uma relação positiva [entre equipe e pacientes]. No sentido de que a equipe, mesmo com as dificuldades e limitações de cada equipe, elas procuravam prestar uma assistência. Uma assistência do ponto de vista qualificada, oferecendo todos os recursos possíveis, mas a humanização dessa assistência eu acho que é um ponto que ainda precisa evoluir. [Entrevista 9]

Poucas vezes eu vi algum tipo de manifestação mal educada ou que fosse... que não atendesse à humanização. Pouquíssimas vezes, assim. Ou de escutar algum profissional falando mal de algum

paciente. Eu não lembro. Se realmente tivesse acontecido, eu acho que eu lembraria, porque seria algo que me marcaria, sabe? Mas a relação era de respeito, respeito e cuidado de fato. [Entrevista 10]

Destaca-se uma das falas que chamou a atenção pela relação entre residentes e profissionais:

E daí como você tá ali, novo, você se sente até um pouco acuado dentro daquela equipe, porque você tem que tentar manter, né, o mínimo de convivência. Daí muitas vezes você tem que ficar quieto, vendo coisas erradas, pra você sobreviver naquele lugar. E daí quando você via, por exemplo residentes, que tentavam ir contra isso, bater de frente com essa equipe que tratava esse paciente mal [...] sendo até, muitas vezes, coagido, mal tratados por uma equipe inteira. [...] Você muitas vezes deixava coisas passarem indo contra às vezes até as tuas posturas éticas, tuas questões éticas, assim, sabe? Pra você poder sobreviver ali dentro, assim. [Entrevista 2]

Na cena descrita, diante das “coisas erradas” o “bater de frente” do residente produz “exclusão” e “coação”. Dois riscos postos: o de enfrentar o instituído e não “sobreviver” e o de “sobreviver” “indo contra os próprios posicionamentos éticos”. A cena evidencia a possibilidade de repetição de práticas institucionalizadas, particularmente pelo fato de que a mesma participante, na visão descrita do profissional ideal, destacou a característica de não se deixar levar pelo instituído e “faz acontecer” a mudança.

4.2.2 O egresso da RMS e os discursos do SUS

O profissional ideal da saúde pra mim é o profissional que trabalha ligado referenciado com o SUS, na defesa do SUS. [Entrevista 14]

Tendo em vista a intencionalidade dos Programas de RMS de formar profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, um dos objetivos desta pesquisa foi analisar a construção desta temática na fala dos egressos. Dentre os 14 entrevistados, 7 falam diretamente do SUS, mesmo que não houvesse uma pergunta no roteiro de entrevista que levantasse diretamente esta temática. Duas egressas explicitaram sua afinidade com os princípios e diretrizes do SUS e a necessidade de defendê-los:

O meu grupo era um grupo muito bom, também, e queria trabalhar e acreditava no SUS, né, aquela coisa, aí a gente conseguiu desenvolver trabalhos que nem eram da expectativa do início da residência. [Entrevista 10]

Mas, toda aula eu tento falar isso pros alunos [...] a saúde é um direito. [...] E falo do sistema único, falo da residência, falo de tudo. Porque se eu tenho esse ideal eu tenho que tentar pelo menos mostrar esse ideal por outro. Não que eu queira que eles tenham o mesmo ideal que eu, de modo algum. Cada um tem o seu. Mas que eles saibam que isso existe também e que é necessário um respeito com relação a isso. [Entrevista 10]

O profissional ideal da saúde pra mim é o profissional que trabalha ligado referenciado com o SUS, na defesa do SUS. Isso pra mim é um profissional ideal. E tá preocupado com isso, assim, de ... defender esse atendimento pelo SUS, pelo usuário. É claro defender também suas condições de trabalho. [Entrevista 14]

O objetivo da RMS foi articulado com o SUS e seus princípios nas falas de quatro entrevistados:

O objetivo da residência. Eu acho que são alguns objetivos. Prioritariamente formar profissionais que tenham uma visão integral do cuidado [...] e aí formar esse profissional com essa cabeça, pensando em SUS e integralidade, se você forma uma pessoa com essa cabeça, você vai ter um profissional, cada vez que sai uma leva, sai uma quantidade de profissionais que tem essa cabeça que vão tocar a partir daí o SUS ou o sistema privado de saúde, mas com essa cabeça da integralidade, no sentido de precisar ver o paciente como um todo. [Entrevista 8]

Então, eu acho que o objetivo mesmo [da RMS] é o entendimento do SUS. Do profissional, da prática profissional, multiprofissional inserida no sistema único de saúde. Acho que é esse o objetivo mesmo. [Entrevista 10]

Eu acho que nesse sentido, acho que é mais isso mesmo, [o objetivo da RMS é] especializar um pouco mais, dar esse suporte ao profissional pra o paciente do SUS, né?! É uma clientela, uma população mais específica, que seria o foco do atendimento. [Entrevista 11]

Eu acredito que o objetivo da residência é uma formação, ou melhor, uma mudança no conceito de fazer em saúde, uma mudança no conceito de atenção à saúde e de assistência à saúde. Então, considerando os princípios do SUS, essa forma de pós-graduação veio pra mudar os próprios atores que trabalham na saúde. Então, pra que o paciente possa ser atendido de forma integral, na atenção

básica, na atenção intermediária e na atenção terciária. [Entrevista 13]

Para além das menções diretas ao SUS, foi possível observar a presença dos princípios e diretrizes, tais como a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas nas decisões sobre sua integridade física e moral, a igualdade da assistência à saúde e o direito à informação. A concepção ampliada de saúde também se fez presente:

Então, acho que é o profissional que tem essa visão, assim, do paciente pra um todo, que consiga orientar ele, não só pro hospital, mas que as orientações que ele passe pra esse paciente consigam ser utilizadas desde a unidade de saúde, na casa dele, enfim, que enxergue o paciente como um ser humano completo. Acho que por causa da residência, a gente foca muito nessa questão do SUS, assim, sabe? [Entrevista 2]

Não olhar o paciente como uma pessoa doente, mas olhar ele em todos os seus aspectos, em tudo que ele tá passando, em tudo que pode vir a acontecer com ele fora dali e proporcionar a ele o melhor do que você tem de conhecimento. [Entrevista 6]

Eu posso ir lá, cuidar, trocar um curativo, fazer o cuidado, mas o paciente não é um acesso, não é um braço, não é um curativo. O paciente, ele é integral, é um ser biopsicossocial. [Entrevista 13]

É.. eu tinha, assim, um ponto positivo que eu esqueci de colocar, é que parece que dentro da residência, apesar de tudo, dentro da multiprofissional existia uma valorização mais do que o paciente pensava, pra tornar o paciente mais ativo, em relação ao cuidado de saúde dele, que não é um pensamento tão real dentro do pensamento da residência da medicina. [Entrevista 8]

[...] manter a qualidade de vida do paciente, né? Então, e respeitar também a vontade dele, porque muitas vezes o que a gente quer, não é o que ele quer [Entrevista 10]

[Uma boa relação entre equipe e pacientes] [...] favorecer o processo, assim, de que o paciente participe do tratamento, deixando as coisas claras pra ele, inserindo ele no processo. E não ir lá e fazer o que tem que ser feito esquecendo que o paciente é uma pessoa, que tá ali e precisa entender o que tá acontecendo. [Entrevista 12]

O objetivo da residência. Eu acho que são alguns objetivos. [...]E num outro objetivo que é promover esse tipo de atenção, esse tipo de cuidado. É. No sentido que, como o modelo de cuidado ele é médico centro ou profissionalocêntrico, não sei se é essa a palavra, mas que tá focado dentro de uma especialidade. [...] Então, como ele é muito segregado e não existe uma comunicação entre as partes,

entre atenção primária, atenção secundária, entre o profissional [...] e o profissional [...]. Entre os profissionais médicos entre si. É...eu acho que o modelo da residência multiprofissional vem trazer um pouco disso de tentar juntar. [Entrevista 8]

Apesar de diversas falas ressaltarem a posição ativa do paciente na assistência à saúde, observou-se também a presença de cenas em que a equipe aparece decidindo algo sobre o paciente sem que este seja mencionado como parte ativa:

Sentar, conversar sobre aquele paciente, pra decidir qual o melhor tratamento.. é.. tudo buscando o ideal pro paciente. [...] Eu acho que o maior objetivo da Residência era esse, por ser multiprofissional. Era um profissional conversar com o outro antes de tomar uma decisão que seja importante pra aquele paciente. [Entrevista 1]

Como observado nas falas destacadas até o momento, alguns egressos entrevistados legitimaram os discursos do SUS. Quatro dos que assim fizeram, mencionaram os princípios e diretrizes ao longo de toda a entrevista, recorrendo a este discurso para significar todos os outros. Outros três participantes fizeram menções mais breves ao SUS e seus princípios. A ausência de menções similares nas outras 7 entrevistas precisaria ser mais investigada: decorreria da falta de pergunta específica? Da inexistência ou insuficiência desta temática nas práticas discursivas institucionais do programa? De conflito com outros discursos mais legitimados? De uma subversão dos sujeitos?

Legitimando a necessidade de articulação das práticas da RMS como as demais políticas de saúde, duas entrevistadas questionaram o Programa de RMS:

Talvez o que falta é um vínculo maior com a linha de cuidado do SUS. Então, isso faltou também, desde o início. [...] Acho que falta isso, essa troca com a atenção básica – especializada, [falta] esse vínculo. [Entrevista 10]

Mas eu acho que pra mim, eu acho que tem que estar ligado, muitas vezes eu acho que pode não estar. Mas tá, se você tá formando um profissional na área [...] é pra ter um objetivo ali na política [...], né, pro usuário e não só em benefício pro residente que tá se formando. 'oh, eu vou ter um diploma, eu vou ser especialista em [...], eu vou ter uma pós-graduação', que eu acho que isso é um objetivo também, é claro. Mas não só isso. Mas estar ligado a 'tá, e agora tem a residência em [...], como é que vai estar isso na política de atendimento [...]. Acho que isso. [Entrevista 14]

As mesmas entrevistadas também questionaram a relação do Programa como modalidade de formação, de emprego e a inserção profissional dos egressos no SUS:

O meu receio maior, assim, é que o residente ele se torne uma força de trabalho dentro dum serviço de saúde, de certa forma barato. Empolgado, interessado, quer aprender, quer mudar algumas coisas e ele fica dois anos ali e depois sai. E ele vai pra onde? Então, ele vai continuar no SUS? Muitos não. É... até porque o SUS não vai conseguir absorver todos esses residentes. [...] E aí esse é o meu grande questionamento, assim. ok. A gente faz residência pra que? É pro SUS. Mas o SUS absorve depois da formação? Não sei. Eu acho que não. Então, eu incentivo [os discentes] ao mesmo tempo que tenho receio dessa força de trabalho sem vínculo de fato com o serviço. [Entrevista 10]

O objetivo? Pois é. Acho que o objetivo ele tá voltado também ao foco do programa. Porque por exemplo no meu programa o meu foco era [...] e eu penso que o objetivo é estar formando profissionais voltados pra uma política e um programa que o Ministério da Saúde também tenha um foco, né, porque eu acho que tudo tem que estar ligado, né? Não adianta a gente sair formando, né, a galera em [...], por exemplo, se não é o foco, se o foco lá é o atendimento ao [...]. Se o Ministério da Saúde não tá tendo programas com foco [...]. Tanto pro atendimento ao usuário, ou que não vá empregar depois essa pessoa. Eu vejo que um dos focos é esse. Formar profissional pra também ter uma estrutura de trabalho no SUS que esses profissionais possam atuar, né? [Entrevista 14]

[...] a residência, ela não tem colaborado, se a intenção é que o profissional seja utilizado na rede pública. O que tem acontecido é assim, muito profissionais não tem conseguido trabalho ou tem conseguido um pouco, quando acontece, é na rede privada, né? Na rede privada e assim, com salários não tão bons. Uma carga de trabalho grande, né? E, assim, não tão bons. Ele é obrigado a se sujeitar a um trabalho no hospital privado pra conseguir sobreviver. [Entrevista 4]

Há a tensão entre dois discursos, um que afirma a RMS como formação para o SUS e outro que questiona esta modalidade de formação como “força de trabalho sem vínculo de fato com o serviço” e perspectivas futuras. Nesta negociação, as entrevistadas posicionam-se favoráveis ao SUS e à RMS, sem deixar de apontar para as contradições entre eles. Outros discursos que aparecem em tensão é o da

defesa do SUS em contraste com o do desconhecimento deste e da “reclamação sem participação”:

Infelizmente existem muitos [...] outros profissionais que eles não entendem o sistema como funciona e não entendem que todo mundo, o brasileiro, em geral, usa de alguma forma o sistema único de saúde. [...] E também não se esforçam. Eles não querem entender o sistema e não querem trabalhar em prol dele. Então, a gente não pode simplesmente questionar e reclamar e não participar de um conselho de saúde, não participar de uma conferência de saúde, no mínimo pra tentar entender e esclarecer a população do que significa isso, né? [Entrevista 10]

Novamente, a posição da participante é favorável ao SUS. Esta evoca o discurso do “desconhecer” e “reclamar” para situar seu posicionamento contrário a estes. O desconhecimento do SUS e a ausência de defesa de seus princípios é atribuída a um “não esforço” e “não querer”.

A concepção da saúde como direito em oposição à saúde como bem de consumo, fortemente presente nos discursos constitutivos do SUS, também se fez presente:

Acho que é isso, assim, que respeite e que instigue no outro que a saúde é um direito. E que não deixe a saúde se transformar num negócio que é o que a gente vê cada vez mais. Então, acho que esse é o grande profissional, que respeita a saúde como direito e não tente se sobressair, enfim, ou ganhar dinheiro, muito dinheiro, não claro, dinheiro que a gente precisa ganhar com o trabalho é justo, né? Mas não fazer com que a saúde se torne um negócio em detrimento do seu direito que é social e fundamental. Acho que é isso. [Entrevista 10]

Se fez também presente a comparação entre os serviços privados de saúde e a saúde pública:

Já no hospital privado não, na forma como eu trabalho, não tem essa inter-relação de unidade terciária, unidade básica ou até mesmo intermediária. [Entrevista 13]

São duas formas bem diferentes de assistência à saúde, mas a rede pública, o sistema público, o SUS de forma geral, é um bom programa, é um programa que tem princípios, diretrizes que, as quais particularmente eu gosto bastante, e eu gostaria de estar inserida

também nesse meio pra contribuir com essas, com esse objetivo de assistência, de atenção à saúde. [Entrevista 13]

Observa-se que, apesar da manifesta vontade de inserção na saúde pública, a participante trabalha em um instituição privada de saúde. A mesma chegou a trabalhar em um hospital público em regime CLT, porém em um cargo que não era compatível com sua formação. Devido a este e outros fatores relacionados às condições de trabalho, optou por sair do mesmo.

Um participante fez um relato marcante sobre a precarização das condições de trabalho nas instituições públicas e as consequências subjetivas para ele:

E pra que a [atenção] básica consiga fazer um trabalho coerente, ela precisa de mais profissionais e precisa de mais tempo pra ela se planejar. Isso seria o ideal. [...] eu sinto que outras áreas também sofrem com isso. Muita demanda e pouco tempo. [Entrevista 4]

Então, se ele consegue fazer um atendimento de qualidade com 5, é 5 atendimentos, não é 10, não é 15, não é 20 pela manhã. Entendeu? Isso não dá certo. Isso é terrível. Infelizmente quem acaba sofrendo com isso é o paciente, é o usuário. Né? Porque... né? A gente faz aquele atendimento paliativo porque a gente recebe ordens, né? No serviço público, né, ou no hospital, a gente recebe ordens, né? [Entrevista 4]

Esse ideal... eu acho que....eu acho que tá longe. Pelo menos aqui na... nesse município onde que eu to, se for pra analisar o ideal de saúde pública, aqui no município e o ideal de assistência tá longe. Eu acho que vai mais uns 10 anos pra ficar ideal, sabe? Um padrão ideal. E isso também se eles investirem em mais profissionais, sabe? [Entrevista 4]

Então, o que que acontece, tem muito pouco profissional dando conta de muita demanda. E isso é ... onera o serviço, a qualidade, né? Precisa contratar mais, né? Precisa melhorar isso. [Entrevista 4]

Então, eu acho que, assim, é um balde de água fria. Então, assim, a gente vai se frustrando com a profissão e a gente infelizmente vai se conformando e acostumando, sabe? E não deveria ser assim. Esse conformismo e essa banalização, né? Como se fosse, 'não, toda prefeitura é assim'. Na verdade, não deveria ser. Deveria tentar esse processo de melhoria. Mas, infelizmente, você acaba aceitando. Porque? Porque se não você fica frustrado demais, fica muito estressado em estar tentando, né? Criar uma ideologia, um idealismo de atendimento. Tem tudo isso. Então, é um trabalho árduo, assim. [...] Então, a gente acaba se conformando, entre aspas. Se conformando pra não prejudicar a sua própria saúde, né? Então, porque a gente precisa sobreviver, a gente precisa pagar as contas,

né? Precisa ter os seus momentos de lazer. Então a gente acaba se sujeitando. ‘Ah, não vou me preocupar com isso, né?’ Então, nesse sentido. [Entrevista 4]

A cena retrata a tensão discursiva entre o “idealizar” e “esperar melhores condições de trabalho” e o “frustrar-se”, “conformar-se”, “aceitar”. Mesmo que traga o discurso da “conformação”, em parte legitima-o, em parte subverte-o: “não deveria ser assim”. Frente às condições precárias de trabalho há que se optar entre a própria saúde, o “pagar as contas” e a luta pelo que considera certo. Estas falas evidenciam o risco de que, mesmo formando profissionais identificados com os princípios e diretrizes do SUS, as condições de trabalho levem à reprodução do discurso de conformação.

4.2.3 O trabalho em equipe: o multiprofissional e o interdisciplinar em discurso

4.2.3.1 O trabalho em equipe e a RMS: “põe todo mundo trabalhar junto, mesmo que seja uma babel”

Agora, quando eu pego um programa de especialização, mesmo que ele não seja delineado ou moldado da melhor maneira pra levar a gente pensar assim, em pequenas coisas, leva a gente a pensar sim, põe todo mundo trabalhar junto, mesmo que seja uma babel, que fica tudo misturado. [Entrevista 8]

O encontro de diferentes profissões da saúde em uma proposta de formação multiprofissional foi um dos temas principais desta pesquisa e uma das perguntas no roteiro de entrevista abordava este aspecto (*Como você via a interação entre as profissões na RMS?*). O que chamou atenção é que o tema se fez presente em vários outros momentos das entrevistas e não apenas na resposta a esta pergunta. Os participantes evidenciaram o reconhecimento do trabalho multiprofissional como aspecto essencial e positivo da RMS e o relacionaram ao seu objetivo, às dificuldades e aos valores atribuídos ao profissional ideal. As falas abaixo evidenciam o lugar de valor atribuído ao trabalho em equipe:

O objetivo [da RMS] é que as profissões interajam, entendam sobre o mesmo assunto, que possam discutir casos e interagir de uma forma que possam proporcionar o melhor cuidado pro paciente, que é a

finalidade, né? Um cuidado integral, com a visão de todos os aspectos, não só de cada profissão em específico. [Entrevista 6]

E num outro objetivo [da RMS] que é promover esse tipo de atenção, esse tipo de cuidado. É. No sentido que, como o modelo de cuidado ele é médico centro ou ‘profissionalocêntrico’, não sei se é essa a palavra, mas que tá focado dentro de uma especialidade. [...] Então, como ele é muito segregado e não existe uma comunicação entre as partes. [...] Eu acho que o modelo da residência multiprofissional vem trazer um pouco disso de tentar juntar. [Entrevista 8]

Na verdade, ali na residência eu acho que o que mais tenho de ponto positivo maior foi aprender a lidar com a equipe e diferentes equipes, diferentes profissionais. Eu acho que eu consegui fazer isso muito bem, foram os maiores êxitos que eu consegui adquirir, que eu vejo, que eu evolui bastante. [Entrevista 9]

Acho que é primeiro [objetivo da RMS] aprendizado e convívio em equipe, né, em equipe multi. [...] E além do multi, levar o inter, né, tentar fazer com que as ações se conversem entre si, não cada um fazer separadamente e achar que isso já é satisfatório. Então, acho que esse é o desafio e esse é o objetivo da residência e que o preceptor, ele precisa estar consciente disso também, porque ele que vai estar ali organizando essas redes, né? [Entrevista 10]

Eu vejo a interação entre as profissões um ponto bastante positivo pro crescimento das pessoas, enquanto profissionais e no alcance do objetivo que elas supostamente têm que é o de favorecer o usuário da saúde, o paciente, no caso. Então, essa interação, quando ela acontece, ela é muito positiva pra todas as pessoas. [...] Então, há uma troca. Quando há essa troca é muito bom. Acredito que todos saem ganhando, inclusive, principalmente, o paciente. [Entrevista 13]

Se, por um lado, o trabalho multiprofissional é naturalizado como aspecto positivo, por outro, sua concretização não é vista como “natural”, mas sim como algo que “requer esforço”. É uma verdade legitimada pelos egressos da RMS que o trabalho em equipe traz vantagens e configura o melhor modelo de assistência em saúde. Porém, associada a esta concepção, vem a afirmação da dificuldade de realizar este trabalho, a dúvida de como deve ser feito, o questionamento sobre as reais possibilidades de construí-lo na RMS. Os discursos evidenciam que o trabalho entre profissões está em processo de construção e é constantemente associado à dificuldade e ao esforço:

E trabalhar a equipe é muito difícil. Apesar de ser melhor, é mais difícil, porque você tem que aprender a respeitar o outro e a

conhecer o outro. E nem todas as pessoas são preparadas num primeiro momento pra isso. [Entrevista 10]

Não é fácil, requer prática, requer um esforço pra proporcionar essa interação, mas que foi muito produtivo. [Entrevista 12]

É, como eu te falei, um desafio [...] constante, assim, ainda é difícil porque cada um fica no seu quadrado, às vezes você né, tenta fazer uma articulação pra conversar com os outros profissionais, trocar, conversar. [...] Mas é difícil. São tentativas diárias, assim. [Entrevista 14]

[...] coisa que nós não temos durante a faculdade. Nós não aprendemos a conversar com os pacientes, conversar com os outros profissionais. Então, como que alguém que nunca teve isso durante a sua faculdade de uma hora pra outra, por iniciativa própria, vai começar a interagir com os outros profissionais? Isso é muito difícil. [Entrevista 1]

O modelo de formação focado na especialidade contrasta com o modelo de formação multiprofissional, e ao longo das entrevistas os egressos constroem este embate e posicionam-se diante dele. Alguns, assumem mais a responsabilidade de construção, outros projetam-na mais aos preceptores, outros dividem-na entre os diferentes atores:

[A interação entre as profissões na RMS] Poderia ser melhor, né? Eu acho que ela poderia ser mais trabalhada, mais estimulada, talvez pelo próprio, pela própria preceptoria não ter essa interação multiprofissional, seja um fato que dificulta, mas eu acho que a proposta é muito boa. Os residentes, eles se esforçam em... não tanto, né? Mas alguns se esforçam. O que eu vejo, não sei se é bem assim, mas o que eu vejo é que a maior dificuldade de ter essa relação multiprofissional vem da própria preceptoria de cobrar que 'ai, só foca nisso, porque pra você é isso que importa'. [...] Então, acaba tudo sendo mais importante do que a reunião de grupo. Tudo que é específico acaba sendo mais importante do que o que é multi, o que é como um todo, uma visão mais integral do paciente. [Entrevista 6]

Eu coloquei ali, era segregado [interação entre as profissões], porque um outro ponto negativo que eu esqueci de por era a dificuldade dos preceptores e tutores traçar esse link para ajudar que os residentes conseguissem trabalhar de uma forma mais integrada, assim. [Entrevista 8]

[...] com os residentes a gente tinha uma troca muito grande, principalmente os residentes [da mesma profissão]. E isso é uma... até um ponto negativo, porque era uma residência multi, mas a gente tinha pouca interação com as outras profissões. É. Mas também

muitas pessoas porque, inevitavelmente tinha muita interação até com o administrativo, com a equipe médica e com as outras profissões numa quantidade menor do que eu esperava, mas existia. [Entrevista 7]

Mas era uma batalha. Batalha por quê? Porque anh.. no meu programa, por exemplo, [outras profissões] não participavam muito, assim. Por quê? Porque às vezes até o preceptor não permitia que ela participasse de algumas atividades, porque o foco acabava sendo o núcleo, né? Tinha bastante essa discussão 'tá, a residência é multiprofissional', mas muitas vezes o núcleo acabava puxando esse residente e ... mas era, enfim, né? Era uma tentativa constante. [Entrevista 14]

E aí a última coisa é a visualização da multiprofissionalidade, mas pensando multiprofissionalidade mais separada. Porque, apesar de a gente ter o eixo transversal, que era o momento pra gente discutir as relações entre as profissões, quais eram os links entre as atuações das diferentes profissões, eu ainda acho que era um pouco segregado, não tinha muito trabalho. Poucas vezes que eu consegui trabalhar com um ou outro profissional, geralmente não em muitos, tipo, toda a equipe trabalhar num paciente junto, muito difícil, sempre dois ou três no máximo, que eu conseguia ver a atuação dele se interligar diretamente, ser mais interdisciplinar do que multidisciplinar. [Entrevista 8]

Então, alguns programas a gente via que tinha uma interação melhor, assim. Outros, já não. Porque. Ah.. ou porque a preceptora da outra residente [...] via que não era tão importante. [Entrevista 14]

Para além do aspecto mencionado nas falas, de que na RMS o específico pode sobrepor o multiprofissional, há a observação de algumas características da RMS que podem dificultar ou facilitar o encontro entre as profissões, como a organização das rotinas de trabalho, as características dos profissionais e a relação entre estes:

Era difícil, a gente girava em muitas áreas diferentes, mas a gente tentava estar nas mesmas unidades pra fazer com que essa interação acontecesse, já que a gente não conseguia estar em todos os espaços o tempo todo. [Entrevista 5]

Quando não tem esse profissional colocado, ou estando na clínica, essa interação ela fica um pouco mais difícil, pra construir ela é difícil. Difícil porque você não é o funcionário do serviço, então você é o residente, você tá em um período limitado de tempo, você tem outras demandas, estudos e outras coisas pra fazer, então, acaba ficando difícil de...acaba sendo mais difícil essa interação. [Entrevista 5]

Mas, querendo ou não, a gente conseguia ter uma relação boa nos lugares onde a gente permanecia mais. [Entrevista 2]

Agora, quando você vai atuar em uma outra clínica onde você não vai estar frequente, onde você principalmente vai atender pedido de consulta, e o fato de você não fazer parte da rotina da unidade faz com que os profissionais não te conheçam, e isso gera desafios, principalmente quando você precisa dos outros profissionais pra propor coisas, propor formas de terapia, de tratamento. E aí se eles não te conhecem porque que eles vão ceder pra você? Acho que essa é uma dificuldade, assim. Um desafio. [Entrevista 9]

Na [unidade 1], o trabalho não era tão fácil, dependia muito de quem era a enfermeira chefe que tava. [Entrevista 8]

Então, a gente teve essa... não adianta, quando as pessoas certas se encontram, a coisa acontece, né? Então, às vezes quando tem um que não se encaixa, tem um outro perfil, já é mais difícil. E o nosso grupo foi muito sólido. E aí, era muito bom e a gente via o resultado no paciente, sabe? [Entrevista 10]

E eu acho que a relação entre as profissões acontecia bem quando tinha muito uma questão de amizade entre os profissionais daquela profissão, mas se fugia disso parecia que tinha uma disputa. [...] quando tinha uma amizade daí as coisas funcionavam, mas não por causa do respeito entre as profissões, mais pela questão de amizade, mesmo. [Entrevista 2]

A dificuldade de consolidar um trabalho interdisciplinar aparece não só relacionada ao programa de RMS, mas também à formação na graduação e à atuação na área da saúde de modo geral:

Porque eu acho que se na graduação a gente já tivesse alguma coisa do tipo de trabalhar junto algumas profissões, não sei se disciplinas ou no estágio [...] e a gente já pudesse trabalhar isso e saísse já com esse pensamento, talvez não necessitaria da residência, mas pro que a gente tem hoje, ainda não é, não existe melhor opção. [Entrevista 8]

E a gente não aprende isso [trocar informação com outros profissionais] na faculdade, a gente só vê isso na prática e dentro de um grupo que tá comprometido a abrir o seu leque de responsabilidades também. [Entrevista 10]

Isso [interação entre as profissões] que eu via um pouco de dificuldade. Mas, acho que essa dificuldade ela é... ela não é só da residência, ela é no processo de trabalho da saúde, mesmo. Não só da saúde, acho que das outras políticas também. Eu vejo que era um processo constante de 'tá, vamos lá', um processo constante de estimular esse trabalho multiprofissional. [Entrevista 14]

Ao Programa de RMS é atribuída a responsabilidade de “pressionar” para que aconteça o “multi”. A “pressão” é destacada como aspecto negativo por alguns participantes, mas aparece também como modo de viabilizar um trabalho que de outro modo talvez não acontecesse:

Então eu acho que acaba às vezes sendo mais difícil você entrar direto na residência do que você sair e começar com 20 horas semanais [...] Sem aquela pressão: ‘você tem que fazer’, ‘você tem que se unir’, ‘você tem que trabalhar multi’. [Entrevista 2]

Outros pontos positivos...ah... enfim...a possibilidade de trabalho multiprofissional, acho que é importante, que às vezes acabava sendo difícil, meio forçado fazer, ‘tem que ter trabalho multiprofissional’, e às vezes é tão complicado colocar isso na prática [...] então, essa era uma dificuldade no início, mas que acabava fazendo a gente se obrigar a desenvolver essa habilidade, de trabalho multiprofissional. [Entrevista 5]

Quando não acontecia de maneira tão forte, acho que poderia ser um pouco por acomodação dos próprios residentes, mas quando a gente fazia isso acontecer e buscava discussão, ou então era meio que forçado por conta dos casos clínicos, era muito legal, muito produtivo, assim, ter essa visão do outro profissional. E eu sinto falta disso hoje na minha vida profissional. [Entrevista 12]

Então a gente sabia que era pra acontecer um trabalho multi. Então isso já ficava já estabelecido. Só que, assim, era um trabalho, assim, que, a gente também foi aprendendo, a gente não sabia. [...] Então, foi uma coisa que a gente foi aprendendo. Não foi, assim, como que eu posso dizer, não foi ensinado. A gente foi fazendo e foi aprendendo. [Entrevista 4]

Assim como a fala da entrevista 4, outras sinalizam a característica do trabalho em equipe como algo que não tem um modelo prévio estabelecido e conhecido e que, por isso, propicia construção:

Então, eu acho que foi mais o trabalho árduo, por si só do que um modelo que facilitasse com que a gente fizesse isso naturalmente dentro e, então, foi muito, a gente teve que bater muito a cabeça, discutir muito e às vezes ir contra, até entender, não todas as pessoas, com certeza não pra todas as pessoas, mas pra algumas pessoas que dava pra trabalhar junto e tal. [Entrevista 8]

Os pontos negativos. Acredito que por ser uma maneira de formação de, do profissional, a gente não tinha uma clareza sobre o que era, a

princípio, a equipe multiprofissional e às vezes a gente só se reunia, não havia uma interação. A meta que era, assim, de troca de saberes, mesmo, de uma horizontalização de poder entre as profissões a gente tentou buscar muitas vezes, mas acredito que a gente ainda não conseguiu chegar lá. Foi uma meta que de repente acho que a gente não conseguiu alcançar. Então, teria sido uma coisa maravilhosa se a gente tivesse conseguido, mas, no meu modo de ver, acho que a gente não chegou a esse ponto. [Entrevista 13]

Ainda que as falas sinalizem uma “meta que não se conseguiu alcançar”, demonstram a “tentativa de busca”, o “bater a cabeça” o “buscar entender” e, o aprendizado que se viabilizou mesmo quando “não foi ensinado” e “a gente foi fazendo e foi aprendendo”.

O programa de RMS foi caracterizado por sua qualidade de promover debate, discussões, interações, por em diálogo:

Acho que a interação multiprofissional é importante e ela era viabilizada em vários lugares, contextos diferentes. A preceptoria influenciava, a própria, sei lá... também como era início de residência, também dependia um pouco da vontade do residente de estar naquele lugar e fazer aquela interação, né?! Como tinha que tudo ser criado, se o residente também não quisesse fazer aquilo, às vezes, aquilo não acontecia. Não era uma coisa dada que tinha que ter essa interação, ou que é importante conversar, enfim. [Entrevista 5]

De conhecimento, aprendizado, não é todo lugar que você tem a oportunidade de ter espaço de discussão. Então, assim, apesar de tudo, a gente ainda tinha um bom espaço de discussão. Talvez faltava um pouco mais de interesse das pessoas, de empenho, mas o espaço, assim. [...] Oportunidade de conversar, de discutir, de falar sobre os pacientes, de chegar um objetivo em comum a gente até tinha. Então, também, um pouco mais das pessoas, né? [Entrevista 6]

Agora, quando eu pego um programa de especialização, mesmo que ele não seja delineado ou moldado da melhor maneira pra levar a gente pensar assim, em pequenas coisas leva a gente a pensar sim, põe todo mundo trabalhar junto, mesmo que seja uma babel, que fica tudo misturado. Então, leva as pessoas a pensar, mesmo que com dificuldade, dá uma oportunidade. Seja o processo levar a isso, ta delineado pra levar a isso, mas acaba, às vezes por acaso, levando as pessoas a pensar nesse ponto. [Entrevista 8]

As entrevistas evidenciam o movimento constante e contrastante de discursos diferentes. Observa-se a legitimação do programa de RMS como oportunidade de construção do trabalho multiprofissional e da integralidade e, ao mesmo tempo, a

subversão deste discurso, os questionamentos quanto às reais condições do Programa de viabilizar este trabalho, a denúncia da “segregação” observada. A fala abaixo exemplifica o movimento descrito:

Então, o modelo ele não é o,...mais adequado, é porque é muito segregado ainda, eu acho, ele é muito separado ainda, tipo, tem eixo específico da fisioterapia, eixo específico da farmácia e aí tem o eixo da [área de concentração] mas ainda quando você vai pra [área de concentração] que seria uma coisa boa, ainda as pessoas discutem [...] as profissões separadamente. Então, eu acho que o modelo tá adequado, a maneira como tá feita. É só como o método, como se procede dentro do modelo que não atende o objetivo da residência ainda. [...] mas pro que a gente tem hoje, ainda não é, não existe melhor opção. [Entrevista 8]

Neste movimento discursivo, constroem-se significados para um trabalho integrado que, como bem atestam os participantes, não é ensinado e está em constante construção. Mesmo que afirmem que não encontram modelos prontos para a atuação em equipe, os egressos da RMS recorrem a discursos sobre o fazer multiprofissional e interdisciplinar, para repeti-los, legitimá-los, subvertê-los e, assim, posicionar-se discursivamente. O tão falado “trabalho multi” aparece associado a uma pluralidade de sentidos, evidenciando seu caráter de construção. Estes sentidos serão trabalhos no tópico a seguir.

4.2.3.2 Os modos de se trabalhar em equipe

Quando falam do “multi”, da equipe e do encontro com outras profissões os egressos parecem enunciar em uníssono a importância e a dificuldade contida neste trabalho. Contudo, na análise das falas, observa-se que este não é representado por uma concepção única, mas por uma pluralidade de sentidos. Houve certa recorrência da concepção de trabalho integrado/interdisciplinar em oposição ao multiprofissional fragmentado:

Então, eu acho que pro programa não tava bem estabelecido esse caminho natural de trabalhar junto, até porque é uma coisa difícil. Mas não se trabalhava em prol disso, isso parece que não tava no pensamento, parece que tinha que ter todas as profissões, todas as profissões tinham que atender, e cada um tinha a sua

responsabilidade e as coisas junto não funcionavam meio dessa forma. [Entrevista 8]

[...] estabelecer práticas dentro do programa que facilitem a gente pensar mais em uma coisa mais integrada, que os profissionais entendam o que os outros fazem, pensar em um plano de cuidado único, que todos, que as demandas do paciente sejam encontradas e que todo mundo junto trace um objetivo. Entrevista 8]

Trabalho multiprofissional não quer dizer que todo mundo, todos os profissionais têm que estar o tempo todo com aquele paciente, mas que a gente possa ter uma atuação articulada, que a gente possa saber o que a [profissão 1] está fazendo, que o médico tá fazendo, que o [profissional 2] tá fazendo, enfim, e conseguir ter uma estratégia de atuação para aquele paciente conjunta [Entrevista 5].

Processo de trabalho se troca, né. Mas puxar os outros trabalhadores pra discutir, enfim, projeto terapêutico, né. Eu sei que [na unidade] é difícil isso, mas sentar e dizer 'oh, que que a gente pode fazer pra esse usuário ou familiar? Como que a gente pode planejar junto em equipe?'. Isso é bem difícil [...] Não, simplesmente, isso, vou pedir uma consultoria [pra profissão], [a profissão] devolve a consultoria. Não. Vamos trocar, vamos conversar, vamos decidir junto e vamos decidir junto com o familiar também, como o usuário. [Entrevista 14]

Os trechos acima legitimam o discurso corrente na literatura que versa sobre a necessidade de construção de objetivos e estratégias conjuntas no trabalho interdisciplinar. Associa-se a esta concepção a de que há possibilidade de troca e aprendizado no contato, de que uma área de saber enriquece a outra.

Então, assim, é...você conhecer um pouco melhor o trabalho [...] das outras áreas, isso contribui bastante, porque você começa a ver o paciente não só através do seu olhar, né? Do olhar da [profissão]. Então, isso é bacana. Você vê que, realmente, pra estar resolvendo algumas questões [...] do paciente e da doença, você tem que ser mais abrangente possível. Então, essa experiência com os profissionais foi bacana. [Entrevista 4]

Acho que o reconhecimento das outras profissões. Porque a gente acaba saindo da faculdade muito focado no que é nosso, né, do que é privativo [da profissão específica] e desconhece a profissão do outro e o quanto ela pode auxiliar na nossa prática. Acho que esse é o principal ponto positivo. [...] Então, agregar valor, né, ao tratamento do paciente. Nunca vai, nunca vai diminuir o potencial de tratamento e recuperação, sempre melhora. [Entrevista 10]

Até uma aula do eixo transversal que eu sempre lembro é uma da [...] que é de tanatologia. Acho que foi a aula que mais me marcou, assim. [...] Que eu acho que não tem absolutamente nada a ver com a [profissão] tecnicista em si, mas isso modificou o meu jeito de lidar com as situações da minha vida e do paciente também. [...] E isso a residência realmente trouxe, assim, essa mudança de percepção das coisas. Uma visão mais global, mesmo, holística. Muito mais do que eu tinha antes. Foi isso. [Entrevista 10]

[Aspectos positivos] E também o conhecimento que a Residência proporcionou, não só na minha área profissional, como em outras áreas, a troca de conhecimentos, o fato de chegar um momento em que eu me sentia limitada, e sentir que daqui pra frente eu não podia mais ir sem ajuda de outro profissional, a possibilidade de poder recorrer a esse outro profissional, pedir ajuda no objetivo que a gente tinha, que era de proporcionar saúde para aquela pessoa que a gente tava atendendo e assistindo. Então, essa troca de conhecimentos, essa interação entre equipe, entre os profissionais, de conhecer um pouco o que o outro faz e ter consciência também da minha limitação, do meu saber, que isso é limitado e que também posso ir avante, adiante nesse sentido. Isso foi muito bom. [Entrevista 13]

Menções ao reconhecimento das limitações, própria e da profissão, motivando a busca de outras profissões, tal como se observa na entrevista 13, se fizeram presentes em outras falas:

E você tentar enxergar como um todo, que você pode correr atrás de outras profissões, de outras pessoas, pra você conseguir chegar ao teu objetivo final com o teu paciente, que nunca, quase, você vai conseguir sozinho. [Entrevista 3]

É muito difícil conseguir falar, ‘olha, fiz isso aqui sozinha lá e deu certo’. Não. Até outras colegas que se formaram, entraram no mestrado direto, elas têm essa visão de ‘ah, eu trabalho sozinha no meu consultório e tudo bem’. E eu sempre defendi ‘não, é impossível trabalhar sozinha. Tem que ter uma equipe que te auxilie, porque existem vários aspectos que vão levar ao estado de saúde, doença, enfim, se é que tem uma definição, né, pra isso’. [Entrevista 10]

Se por um lado, as falas acima destacam um sentido de “soma” das profissões, outras falas denunciaram uma “divisão” em tom de “disputa” entre estas e, em algumas destas uma alternância de posição quase concomitante entre estes sentidos:

Olha, eu via uma questão muito de disputa, assim, sabe. De disputa em relação à qual profissão é melhor, principalmente esse último ano. [Entrevista 2]

Eu acho assim, que na residência multi, as profissões tinham meio que uma disputa, né? Esse é melhor do que aquele, esse programa isso, esse programa... não sei. Eu acho que, no geral, tinha uma boa relação. [Entrevista 3]

As pessoas querem guardar a informação para si, né, não pensam, às vezes, no usuário, no paciente, no indivíduo como no centro do cuidado, mas pensa naquele, no 'guardar pra mim porque é a minha informação', né? Então, eu acho que esse repasse de informação, essa troca de informação foi bem importante. [Entrevista 10]

Por exemplo, [na área de concentração x]. No caso clínico, cada profissão fala da sua área. Geralmente é assim que é dividido. Só que às vezes quando o caso clínico tava muito grande e eles falavam assim. "ah, então tira a parte da [profissão y], que não importa". Então, assim, como que uma profissão vai falar que a outra não importa? Então, os próprios residentes... eles mesmos já dividem as profissões que são mais importantes das que não são. [Entrevista 1]

E... quando o residente tá em menor número, ou quando ele fica mais afastado, que é o caso da [profissão y] [...] geralmente ela vai ser excluída, porque não está ali pra brigar pelo seu lugar, porque não tem esse costume de estar junto com as outras profissões. [Entrevista 1]

Então, ficava muito uma disputa e os preceptores em vez de tentar tirar essa separação pra poder juntar as profissões e todo mundo poder fazer um plano que fosse de encontro pra melhoria do paciente, eles, parece, que mantinham e fortaleciam essa segregação, pra dizer assim, 'não, terapeuta ocupacional faz isso, farmacêutico faz isso, fisioterapeuta faz isso e você não se meta nisso'. Então, eu acho que teve muito esse problema de dividir. [Entrevista 8]

É, porque o que acontecia, parecia que cada profissional tava querendo defender a sua profissão em vez de colocar o que ele tinha de disponível na caixa de ferramentas da sua profissão. Então, na minha cabeça funciona assim, se eu sou [profissional 1] eu tenho uma série de conhecimentos específicos que me levam a conseguir auxiliar em algumas demandas que aquele paciente pode apresentar, eu sou [profissional 2], eu tenho uma outra série de conhecimentos específicos que eu posso apresentar, podem ser que algumas das minha ferramentas sejam iguais as do [profissional 1], à do [profissional 2], etc. e aí ficava na hora de discutir o caso clínico uma disputa de essa ferramenta é minha ou essa ferramenta é sua, em vez de pensar, assim, 'quem que vai usar a ferramenta? Vou ser eu ou vai ser você?'. [Entrevista 8]

Na lógica da divisão das “profissões que importam” e das “profissões que não importam” há disputa, e, o contato com outras profissões assume o sentido de “brigar pelo seu lugar”. Os trechos acima, em tom de crítica (a exceção da entrevista 1), subvertem um discurso, situando-o em outros atores para deles se contrapor. A entrevista 8 apresenta um ponto de vista singular, que não se repetiu em outras entrevistas: o de que duas ou mais profissões podem compartilhar as mesmas “ferramentas”.

Eu tenho um pensamento que seja, independente de quem saiba fazer, é, se eu souber fazer uma coisa que, às vezes, em tese a sociedade acha que é mais do [outro profissional] fazer, se só tem eu disponível, que eu faça, que o [profissional 2] faça, que o [profissional 3] faça. [Entrevista 8]

Eu tinha algumas pessoas referência de cada profissão que eu conseguia expor a minha opinião, mesmo que fosse um tipo de conhecimento que **invadisse** o conhecimento, **invadisse** teoricamente o conhecimento do outro profissional e que aceitavam isso de maneira flexível. É. E aí a gente até conseguiu traçar algumas vezes algumas reuniões de plano compartilhado. [Entrevista 8]

Ainda que defenda um posicionamento que busca flexibilizar os limites entre as profissões, ao usar a expressão “invadir”, o entrevistado legitima a concepção de saberes como territórios privados. Outras duas entrevistadas situam um posicionamento também diferenciado:

Porque eu acho que. Na verdade, assim, no início, no final, você acaba entendendo que determinado caso, uma profissão vai ser mais necessária do que a outra, dependendo muito, tipo, do paciente, do atendimento, do que precisa, né? Então, sempre tem uma profissão que vai atender mais, que vai se sobressair mais, sempre vai ter isso. [Entrevista 3]

E de ver, também, que tem situação onde a gente não é necessário, assim, sabe? Benefício, que nem, ‘ah, sempre precisa de [profissional tal]’ não é sempre que precisa, sabe? Às vezes, ele dá conta super bem disso e tirei um pouco disso ‘ah, que sempre a gente tem que estar ali pra ocupar o lugar’ e não. [Entrevista 2]

Nestas duas falas o “ocupar o lugar” de cada profissão e de “profissão mais necessária” pode ser fluido, variar conforme a situação. As concepções que

buscaram delimitar o limite de atuação de cada profissional (na lógica do encaminhamento) foram as mais frequentes nas entrevistas:

[Aspectos positivos da RMS] Conhecer várias profissões, saber como que elas atuam. Poder, por exemplo se você tá atendendo uma pessoa e você vê que ela apresenta alguma dificuldade [específica], eu posso sugerir que seja chamado um [profissional 1], porque eu sei o que [ele] pode fazer por aquela pessoa. Então, eu acho que isso também contribuiu bastante. O fato de estar junto com as outras profissões pra você saber o que que cada um pode fazer pra ajudar o paciente. [Entrevista 1]

Acho que é uma coisa de cada um respeitar o lugar do outro. Cada um tem um conhecimento técnico. Então, é importante que eu saiba o que cada profissional faz e não fique me metendo na atuação do outro profissional, porque, enfim, tem uma questão ética ou, sei lá, de ...de profissão, do que que aquela profissão faz e que tem que ser respeitada, né?! [Entrevista 5]

[Em um contexto com maior flexibilização do papel de cada profissão] Como você faz de tudo um pouco, a [profissional 1] ela nunca sabe quando que você, o [profissional 2] ele realmente é necessário, quando ele realmente precisa fazer a função dele. Quando realmente precisa de um atendimento especializado. Parece que fica uma coisa só, sabe? Então, você fazendo o serviço do [profissional 1], [o profissional 1] fazendo o teu serviço, então fica muito... descaracteriza a profissão, nesse sentido. [Entrevista 4]

Então, por exemplo, quando eu atendia um paciente e eu percebia que precisava melhor de uma informação mais da [profissão 1], mais da [profissão 2] então, aquilo eu tentava, né? Solicitar pro outro profissional, pra que fosse lá e atender. Então, assim, a gente não fazia aquele atendimento, assim, algumas vezes aconteceu um atendimento do [profissional 3] e da [profissional 4] junto, né? Mas, praticamente, era assim, cada profissional atendia, delimitava um pouquinho mais do seu campo de trabalho, quando percebia que existia uma demanda pra outro profissional, solicitava, né? [Entrevista 4]

Então, por exemplo, se eu chegava atender e o paciente tava com uma dúvida que não era da minha área. 'aconteceu hoje tal coisa e eu to agoniado por causa dessa situação'. Eu tentava explicar dentro da minha área o que fosse possível e se não fosse possível eu solucionar o problema pelo qual o paciente tivesse passando, orientava da melhor maneira possível. Se fosse um profissional que eu tivesse acesso fácil eu poderia falar direto com esse profissional, se não eu orientava o paciente a ele mesmo questionar e procurar ser... solucionar a dúvida dele, alguma coisa nesse sentido. [Entrevista 12]

A fala da entrevista 4 evidencia a necessidade de delimitar campos diferentes para cada profissão para não as descaracterizar. A concepção que legitima a importância de delimitar áreas de saberes diferentes e o que pertence a cada uma foi recorrentemente instituída, com exceção de uma das entrevistas, como já mencionado. Uma outra entrevista, situou a experiência na RMS como importante para reduzir o corporativismo:

Acho que a hora que eu voltar a talvez ter contato com equipe, igual eu já tive, de trabalhar com [profissão 1], [profissão 2], [profissão 3], tudo junto, acho que vai ajudar essa questão de diminuir o corporativismo, assim, que a residência me ajudou, sabe? Acho que talvez quando eu for pra uma próxima equipe, assim, trabalho em equipe, acho que isso vai estar mais claro, assim, pra mim. Isso acho que vai ser bem importante. [Entrevista 2]

Dentre os muitos sentidos atribuídos ao trabalho em equipe, as falas compõem um mosaico que parece instituir o trabalho interdisciplinar em oposição à coexistência multiprofissional e que mais recorrentemente propõem a delimitação de áreas específicas do saber do que a flexibilização de suas barreiras (transdisciplinar). Destacou-se também a oposição entre agregar/somar *versus* dividir/disputa entre profissões e o contraponto entre o saber especializado e o saber mais amplo, sistêmico e integrado.

4.2.3.3 A “equipe multiprofissional” e a “equipe médica”

No início, eu via a medicina mais afastada, até pelo fato ‘ah, é residência médica e residência multi.’ ‘Peraí, multi não é todo mundo?’ Então médico tem que fazer parte da multi, né? [Entrevista 3]

As entrevistas também permitiram analisar quais lugares/papeis e expectativas foram sendo delimitados na interação profissional entre residentes multiprofissionais, residentes médicos e médicos efetivos dos setores. A primeira marca clara é de distinção entre “multiprofissionais” e “médicos, como evidencia a fala acima. Algumas outras falas trouxeram uma dificuldade de abertura, principalmente dos médicos não residentes:

Por causa que lá [outro hospital onde fez estágio] já é médicos mais antigos, assim, né? Claro, tem médico mais antigo que é super aberto, por exemplo, à multiprofissional. Mas tem médicos mais velhos que pra eles é bem difícil, assim, pelo menos é a minha visão. Mas parece que com os residentes, eles saindo da faculdade, parece que eles conseguem ter essa visão mais ampla, 'não, é melhor trabalhar junto do que tentar fazer tudo sozinho.' Foi isso que a residência mudou. [Entrevista 3]

Com a equipe médica, no começo era bem mais difícil, assim. Era uma resistência maior. Principalmente com os chefes. Com os residentes foi um pouco mais tranquilo [...] É....depois, com o tempo, melhorou muuito, assim. Tanto que eu sei que hoje eles chamam todos os residentes pra passar a visita. Coisa que não acontecia na nossa época. A gente teve que ir se ...sendo chato, mesmo, e agregando ali na hora de passar visita. Então, com os médicos foi um pouco mais resistente. [Entrevista 10]

A maioria do pessoal eram bem abertos, conversavam, nos acolhiam bem, tranquilamente, explicavam as rotinas, como funcionava o serviço. Alguns médicos que ainda não tinham, quem sabe, a visão da residência... Havia passado apenas uma residente até então, lá. E acho que nesse sentido, alguns médicos que dificultavam um pouco. [...] com alguns médicos teve alguma barreira, assim, em alguns momentos. [Entrevista 11]

Eu, enquanto residente, a gente tentava alguns processos com os residentes da medicina, assim, mas era bem difícil, assim. Difícil porque eles não estavam acostumados, né? Ainda mais porque a residência deles é separada da nossa, né. E já tem um processo de trabalho. Então, poucas vezes, assim, a gente conseguiu fazer uma discussão, assim. Só passa o meu quadrado, né? 'ah, [a profissão tal] tá fazendo isso, isso e isso' e ele dizer algumas coisas que eu perguntava da residência médica. Isso, assim. [Entrevista 14]

Tem algumas situações que ainda precisam ser melhoradas, acredito que sempre haverá, relações um pouco conflituosas entre profissionais, nem todos os profissionais tem uma formação e uma visão multiprofissional, existe mais uma atuação individualista, individual, em que o profissional médico ainda é o profissional, é o que decide, o que ele acha, alguns, né? São alguns profissionais, não têm a visão da formação que a residência no [...] deu pra gente. [Entrevista 13]

A dificuldade na interação com a medicina é por vezes relacionada com o fato de serem residências separadas: a multiprofissional e a médica:

Acho que pro pessoal da medicina isso ainda não foi bem trabalhado, né, porque eles já estavam lá fazendo a sua residência médica e os

residentes da multiprofissional entraram. Então, assim, de certa forma eram duas residências diferentes, né? Então, assim, esse entrosamento da residência médica e multiprofissional, isso ainda não tava bem estabelecido. Então, assim, foi uma conquista. A gente foi tentando mostrar o trabalho, o serviço, né? Os residentes multiprofissionais pros residentes médicos. [...] Então, assim, era tudo muito novo. E eu acho que agora isso já está mais estabelecido. Existe um entrosamento melhor entre a residência médica e a multiprofissional. Porque isso já tá acontecendo, então, já não tá sendo uma novidade. [Entrevista 4]

No início, eu via a medicina mais afastada, até pelo fato 'ah, é residência médica e residência multi' 'Peraí, multi não é todo mundo? Então médico tem que fazer parte da multi, né?' Eles não, até pela colocação, assim, eu acho que muitas vezes a gente também deixa de fora. É... eu acho que isso começou a mudar até nas apresentações [...] Foi começado a convidar o médico pra ir. Eu acho que teria mais interação ainda, se a multi tentasse ajustar algumas coisas junto com a residência médica e não, assim, 'ah, esse é o horário da multi, os médicos têm que vir', porque acho que eles também têm as atividades deles. Então, talvez tentar ajustar algumas atividades que fossem junto, por exemplo, ai, sei lá, faz um eixo [...] obriga todo mundo da multi que passa junto naquele horário, é um horário que vai ter discussão de caso de todo mundo, eu não sei, acho que talvez tentar ajustar o horário. Porque ainda é muito separadinho, assim 'ah, você vai lá, apresenta pro médico, você sai', ou o médico vem apresenta no seu e você sai. [Entrevista 3]

Há uma concepção de que com o tempo e a continuidade das interações as relações entre “multis” e “médicos” foi melhorando, avançando. Se por um lado evidencia-se uma resistência atribuída aos médicos, por outro, a entrevista 3 sinaliza uma resistência dos outros profissionais: “muitas vezes a gente também deixa de fora”, “teria mais interação se a multi tentasse ajustar algumas coisas”. A entrevistada 3 evidencia uma mudança discursiva a partir da RMS:

Participar das reuniões médicas, antes eu tinha mais, assim, um médico vinha conversar comigo eu 'aham, ok', tipo, Deus no céu e o médico na terra (risos) mais ou menos isso, hoje já não. Então eu acho que hoje já, eu vejo mais ou menos como uma igualdade, assim, eles têm a função deles, a gente têm a nossa, mas uma sobrepõem a outra, né, tipo um ajuda o outro. É uma coisa que eu não tinha antes da residência, eu achava que eles eram o topo e a gente tinha que seguir atrás deles e meio que abaixar a cabeça pra tudo que eles falavam. [Entrevista 3]

Ao trazer um discurso de centralização do saber médico no cuidado à saúde, a entrevistada usa os verbos no passado e sinaliza uma contraposição a esta

concepção. Atribui a si a legitimação deste discurso no passado e evidencia uma mudança. Já em outra fala, observa-se um posicionamento um tanto diverso deste:

Então, assim, são profissionais que estão ali pra mostrar um serviço, tal, não queria deixar uma coisa menos, um trabalho menos do que o trabalho da medicina, sabe? Então, assim, já entrou com uma certa, assim, não digo rivalidade, mas 'precisamos mostrar serviço pras outras áreas'. Né? E na verdade não deveria ser assim. Isso acabou sendo, assim, muito cobrado. Então, assim, os organizadores da residência multiprofissional eles queria, assim, 'vamos mostrar serviço'. 'vamos mostrar serviço que, né, as outras áreas também têm o mesmo mérito que o da medicina'. Têm, sabe? Têm, mas não têm. Porque são áreas diferentes, né? O que a COREMU não entendeu é que, assim, precisa ter o mesmo respeito, mas, assim, não precisa seguir o mesmo padrão, porque são áreas diferentes, né? Cada um trabalha de um modo diferente. Então, eu acho que foi isso. Eles tentaram, assim, moldar uma residência multi aos moldes de uma residência médica, né? [Entrevista 4]

Então, na verdade, com a residência multiprofissional, eles, na verdade, impuseram, colocaram que todos os profissionais tivessem a mesma responsabilidade que um residente médico e na verdade não funciona assim. Então, assim, a residência médica, ela tem um histórico diferente, tanto que nenhum residente médico fica sem emprego, né? Então, pra ele é tudo muito claro, eles vão ficar 4, 5, 6 anos na residência, mas eles têm, eles fazem os seus plantões, eles ganham 1000 reais o plantão, eles sabem que depois eles vão ter um emprego garantido. Então, a residência multiprofissional, ela acaba sendo assim... eles queriam enquadrar como se fosse uma residência da medicina, mas não é, ela funciona diferente. Então, assim, toda essa pressão, eu acho que faz com que a gente pare de pensar, né? Na nossa prática. [Entrevista 4]

Atribui-se aos organizadores e coordenadores da RMS a intenção de “mostrar serviço”, “mostrar que as outras áreas não são menos que a medicina”, “têm o mesmo mérito” e, para tanto, usar os mesmos moldes da residência médica para moldar a multiprofissional, a mesma “pressão” e “responsabilidade”. A esta concepção o entrevistado contrapõe a ideia de que “são áreas que precisam ter o mesmo respeito”, “mas não o mesmo padrão”, “porque são diferentes”. A justificativa parece passar pelo fato de que o residente médico teria garantias de bons salários e emprego após o esforço da residência, diferentemente dos outros profissionais. Legitima-se assim, a ideia de que o esforço só recompensa se vier acompanhado de garantias e remuneração.

De modo geral, as falas evidenciam uma separação entre profissionais médicos e demais profissionais e uma aproximação, ainda em construção, com avanços a partir da própria RMS. Em parte, a dificuldade de aproximação é atribuída aos médicos e em parte aos demais profissionais. Faz-se presente a tensão entre os discursos de centralização de saber e poder na medicina e aqueles que propõem um outro modo de relação entre as profissões da saúde.

4.2.3.4 O trabalho em equipe após a RMS

Alguns participantes trouxeram comparações entre a vivência na RMS e no trabalho posterior a esta. Foi recorrente a menção a maior dificuldade de atuar em equipe após a RMS:

E por, acho que pelos outros profissionais não terem tanto essa vivência, eu vejo que tem uma resistência, assim, sabe? Porque eu já propus da gente trocar por email, e daí ninguém responde, sabe? Aquela coisa vazia, assim. E daí você vê que nesse tipo de contexto, infelizmente, você faz o teu e cada um faz o seu, né? Diferente daquela coisa de a gente trabalhar em conjunto. Que igual eu já tive experiência anterior e na residência. Então... tá meio separado, assim. [Entrevista 2]

E eu sinto falta disso hoje na minha vida profissional. Às vezes eu tenho discussão com outros profissionais, mas não é toda vez. E isso faz bastante falta. [...] Em comparação com a residência, hoje minha interação multiprofissional diminuiu muito nos lugares que eu trabalho. [Entrevista 12]

Eu não trabalho [após a RMS] articulada com as outras profissões necessariamente, quando eu vejo necessidade acontece ...de encaminhar pra [...], encaminhar pra [...] daí quando a gente tá atendendo ao mesmo tempo agente pode conversar a respeito. Mas não funciona em equipe, assim, naturalmente. [Entrevista 12]

No trabalho, no ambiente onde eu estou agora não existe essa visão total, pode ser que haja por algum ou outro profissional, mas não por todos. Então, é uma... é um lugar onde o [profissional] não tem autonomia completa enquanto profissional. [Entrevista 13]

Cada um pontua a sua parte, não existe uma troca e nem uma interação entre os saberes. [Entrevista 13]

Muito difícil [trabalho em equipe após a RMS]. É uma coisa que acho que a gente pode buscar, mas ainda é bastante difícil. Nem todos têm uma formação de trabalho em equipe. [Entrevista 13]

Mas eu sou um tipo de profissional que demanda do outro. Como eu falei na residência eu sempre tentava participar da discussão dos outros profissionais e incluir os outros profissionais no que eu estava fazendo. E eu fui tentar fazer isso no hospital [após RMS]. Só que a equipe estranhou isso, porque ela não tá acostumada a um profissional demandar do outro. [...] No momento que eu sentei e expliquei que eu precisava atender menos, pra ter mais qualidade. Aí isso pôde ser repensado pelos outros profissionais. Por isso que eu digo que o ponto principal foi essa habilidade de trabalhar em equipe. De conseguir ser mais maleável com diferentes profissionais. [Entrevista 9]

As falas legitimam a ideia de que o profissional que passou pela RMS tem mais abertura para o trabalho em conjunto do que outros profissionais. Observa-se a tentativa de estabelecer integração nos trabalhos atuais, ao mesmo tempo que se evidencia a responsabilização dos outros profissionais por “não terem formação multiprofissional”. Apenas a entrevista 9 traz um retrato em que a postura do egresso da RMS movimentou algo nos outros profissionais em direção ao trabalho integrado.

4.3 CAMINHOS TRILHADOS E CAMINHOS A PERCORRER NA RMS

A gente teve algumas dificuldades, por, realmente, por causa de ser um programa novo e as pessoas não estarem bem tendo conhecimento do que é esse novo programa. Então, como toda novidade, como toda mudança, existem pontos a serem ajustados, trabalhados, metas a serem conquistadas, elaboradas e conquistadas. Não pode ser um programa engessado, em que as pessoas... acho que existe uma troca, existem dois lados, existem os que estão em formação ainda em serviço e existem os formadores, existe a instituição. Então, acredito que tem que ter uma troca de conhecimento, de experiências entre esses grupos, para que o programa possa realmente dar certo e continuar e que o objetivo seja, realmente, alcançado. [Entrevista 13]

As duas etapas desta pesquisa abriram espaço para os egressos da RMS descreverem aspectos que consideraram como positivos e aspectos que precisariam ser aprimorados nesta modalidade de formação. Muitos fatores citados nos questionários repetiram-se nas entrevistas. Alguns deles já foram apresentados em tópicos anteriores. A fim de resumir o trabalho e facilitar a leitura, neste tópico apresentam-se os resultados mesclados das duas etapas da pesquisa. A seguir, serão apresentadas as categorias construídas e as falas que as exemplificam.

Os aspectos positivos da RMS deram origem às seguintes categorias:

- **Trabalho em equipe multiprofissional e/ou da mesma profissão**

- Foi mencionado em 60% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Interação com outros profissionais tanto da mesma formação como de outras dentro de uma mesma equipe” [Questionário 21]
 - “Experiência e tentativa de um trabalho em equipe” [Questionário 6]
 - “A oportunidade de ter atuado em uma equipe multiprofissional” [Questionário 20]
 - “Na verdade, ali na residência eu acho que o que mais tenho de ponto positivo maior foi aprender a lidar com a equipe e diferentes equipes, diferentes profissionais” [Entrevista 9]

- **Qualificação e aprendizado profissional**

- Foi mencionado em 46% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Qualificação profissional” [Questionário 26]
 - “Grande aprendizado na área” [Questionário 22]
 - “Aperfeiçoamento da prática e ganho de conhecimentos teóricos” [Questionário 25]
 - “Ampliação dos conhecimentos relacionados à minha área de atuação” [Questionário 10]
 - “Então, é um processo muito intenso, que eu acho que traz um processo muito bom de aprendizado” [Entrevista 14]

- **A possibilidade de ter “experiência profissional/prática”**

- Foi mencionado em 36% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Experiência prática profissional” [Questionário 3]
 - “Há um grande volume de trabalho. Isso possibilita uma experiência prática na realização de entrevistas e atendimentos” [Questionário 13]
 - “Possibilidade de atuar na área da saúde, aprender na prática” [Questionário 15]
 - “Positivo. Foi a aquisição de experiência... na área, é uma imersão muito grande, né? Num espaço de tempo relativamente curto, comparando com uma vida profissional inteira” [Entrevista 12]

- **Participação em atividades específicas da Residência**

- Foi mencionado em 32% das respostas dos questionários

- Exemplos:
 - “Apresentação de estudos de caso” [Questionário 6]
 - “Contato com outras realidades (no caso de estágio extracurricular); aproximação com as comissões de saúde” [Questionário 17]
 - “Participação nas visita a beira de leito e discussão de casos clínicos” [Questionário 18]
 - “Participar de reuniões multiprofissionais e poder expressar minha opinião; [...] Poder participar dos grupos de trabalho em saúde do município e divulgar o quanto a residência pode ser útil e imprescindível nesses assuntos” [Questionário 19]
 - “Oportunidade de trabalhos/pesquisas no ambiente hospitalar; oportunidade do estágio” [Questionário 24]
- **Possibilidade de ter contato/ conhecer outras profissões**
 - Foi mencionado em 18% das respostas dos questionários
 - Exemplos:
 - “Conhecimento das profissões dos demais profissionais incluídos no programa da residência” [Questionário 10]
 - “Há um contato com outros profissionais. Isso permite a percepção e aprendizagem de outras áreas: nutrição, enfermagem, farmácia” [Questionário 13]
 - “Oportunidade de conhecer a atuação cotidiana de outras profissões, até então desconhecidas em sua prática clínica.” [Questionário 14]
- **Crescimento pessoal, relacionado à comunicação, autoconhecimento, atitudes, relações etc.**
 - Foi mencionado em 18% das respostas dos questionários
 - Exemplos:
 - “Crescimento pessoal” [Questionário 3]
 - “Experiência em relações interpessoais dentro de um ambiente institucional” [Questionário 9]
 - “Crescimento pessoal e profissional” [Questionário 12]
 - “Possibilidade de autoconhecimento pessoal e profissional (limites, potencialidades e debilidades)” [Questionário 14]
 - “Agora, pessoalmente foi mais amplo, foi para além da formação profissional, beira a formação pessoal, mesmo” [Entrevista 9]
- **Contato com os pacientes**
 - Foi mencionado em 11% das respostas dos questionários
 - Exemplo:
 - “Contato com os pacientes” [Questionário 3]

- “Foi uma experiência muito boa em relação à prática de poder trabalhar e colocar mesmo a mão na massa. É. Estar em contato com os pacientes. [...] Mas, com relação à prática, foi muito bom” [Entrevista 6]
- “Ter a oportunidade de aprender e trabalhar com conhecimento sobre [...] e a relação com o paciente.” [Entrevista 5]

- **Contato com profissionais com mais experiência**

- Foi mencionado em 11% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Oportunidade de aprendizado com profissionais de referência na minha área de formação” [Questionário 11]
 - “troca de experiências com profissionais mais experientes” [Questionário 18]
 - “O contato com profissionais da área que já trabalhavam no serviço público (preceptoria e nutricionistas do serviço)” [Questionário 20]
 - “Positivo. [...]a possibilidade de troca com profissionais da minha área que eram mais experientes. Então, aquela segurança de estar atuando com respaldo, assim, de alguém que tem mais experiência.” [Entrevista 12]

- **Conhecimento teórico/prático do SUS**

- Foi mencionado em 7% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Compreensão da Linha de Cuidado inserida na Rede de Atenção à Saúde do SUS como mecanismo de ação interdisciplinar no cuidado de indivíduos doentes” [Questionário 4]
 - “Conhecimento do funcionamento de uma unidade do SUS” [Questionário 22]
 - “Vivenciar alguns dos princípios do SUS” [Questionário 26]

- **Remuneração/bolsa**

- Foi mencionado em 7% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Valor da bolsa” [Questionário 6]
 - “Remuneração” [Questionário 9]
 - “Eu tava ganhando pouco também no lugar que eu tava. O salário da residência também era bom. E daí por isso que eu resolvi tentar, né? Pra aprender mais e pra ganhar melhor, durante dois anos pelo menos” [Entrevista 2]
 - “Porque assim, o que mais chamava atenção era essa estabilidade entre aspas de dois anos e a bolsa. Então, foi um atrativo inicial, mas não foi o único motivo. Então, claro, que possibilidade de se especializar e receber, enfim, estudar,

adquirir experiência e receber a bolsa, esse conjunto era muito atrativo” [Entrevista 12]

- **Articulação entre teoria e prática**

- Foi mencionado em 7% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Associação teórico-prática” [Questionário 21]
 - “Integração da prática com a teoria” [Questionário 24]
 - “[...] quando a gente passa pela residência, você consegue atrelar uma teoria que a gente tem, que a gente não tem a prática com o paciente na graduação, você consegue atrelar a teoria à realidade. Então, de pontos positivos foi isso” [Entrevista 8]

As categorias levantadas nas respostas dos egressos como aspectos a serem aprimorados foram:

- **Necessidade de melhoria na qualidade e organização das aulas teóricas**

- Foi mencionado em 57% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Falta de organização das aulas do eixo específico” [Questionário 10]
 - “Falta de aulas específicas da profissão” [Questionário 11]
 - “As aulas do eixo transversal não eram preparadas para conciliar com os objetivos do eixo, deveria ter temas abrangentes para todas profissões e que agregasse algo ao aprendizado” [Questionário 15]
 - “Aulas, em sua maioria, pouco produtivas.” [Questionário 16]
 - “Aulas distanciadas da prática, pouco aprofundamento do conteúdo” [Questionário 17]
 - “Qualidade e conteúdo de algumas aulas teóricas ofertadas abaixo do esperado para pós-graduação.” [Questionário 21]
 - “É...as aulas, assim, eu vejo que não tem muito interesse em ter umas aulas específicas, ou as aulas que realmente façam algum sentido. Às vezes, parece que tinha aula só pra ter, não tinha aula que fosse contribuir de fato com o profissional ou com os grupos de profissionais” [Entrevista 6]
 - “Até pensando agora na situação que a gente vive de certificação, né? A gente não tem um histórico das disciplinas que foram cursadas e isso é necessário muitas vezes pra concurso público. Então, a bagunça foi tanta que nem foi possível a construção de um histórico escolar” [Entrevista 10]
 - “Então, muita coisa ainda tava se formando, né....as aulas, por exemplo, [do eixo específico] a gente ficou um bom tempo sem aula. Não me lembro, assim, mas não sei se a gente chegou a

ter um ano certinho, assim, com aulas. Então, isso foi um ponto negativo, sim. O processo de não ter as aulas teóricas, mesmo, né? [Entrevista 14]

- **Carências de preceptoria, na frequência de supervisões e/ou de qualificação de preceptores**

- Foi mencionado em 50% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Falta de preceptoria na área” [Questionário 5]
 - “Falta da presença de um tutor nas práticas para a discussão da vivência” [Questionário 10]
 - “Pelo volume de atendimentos, há pouca supervisão clínica” [Questionário 13]
 - “Ausência de preceptores capacitados para dar suporte necessário frente a diversidade de demandas em um hospital geral. Os que existiam, além de serem poucos, não necessariamente eram atualizados ou tinham perfil para oferecerem supervisão” [Questionário 14]
 - “Falta de preparo de preceptores em orientar os residentes e trabalhar em conjunto na área de concentração e com outros colegas da mesma profissão dentro da residência” [Questionário 15]
 - “Preceptoria inadequada em alguns setores de estágio (não em todos)” [Questionário 21]
 - “falta de preceptoria e/ou preceptoria não qualificada para área” [Questionário 24]
 - “Mas não foi nada do que eu esperava que ia ser. Bem frustrante essa questão da preceptoria, da falta de suporte, da questão de você ter que aprender sozinha, né?!” [Entrevista 2]
 - “Eu acho que [um aspecto negativo da RMS] era a falta de preceptoria, tutoria é... alguém com conhecimento maior que o nosso pra orientar” [Entrevista 7]

- **Excesso de carga horária e funções**

- Foi mencionado em 32% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Carga horária excessiva” [Questionário 3]
 - “Carga horária exaustiva” [Questionário 9]
 - “Carga horária excessiva, com pouca flexibilidade” [Questionário 16]
 - “Sobrecarga de funções [...] Desgaste físico (60 horas semanais) e ainda fazer plantões” [Questionário 19]
 - “O volume de atendimentos, eu acho que, assim, ele é um pouco, assim, meio sem lógica na questão da qualidade” [Entrevista 4]
 - “Porque era também angustiante a forma como se davam algumas coisas, em relação à carga de trabalho e toda essa intensidade da residência” [Entrevista 5]

- “O hospital já é um ambiente difícil. E a gente mesmo às vezes não tá bem e acaba deixando a desejar nesse cuidado. Hoje, trabalhando, assim, um tempo normal que as pessoas trabalham eu vejo que quando eu trabalho um pouco a mais eu tenho paciência a menos, mesmo. Então, talvez essa sobrecarga de trabalho da residência, faça a gente ter, deixar a desejar nesse cuidado” [Entrevista 6]
- “É... que mais... acho que a carga horária. Ele é mal aproveitada a meu ver, porque passar 11h dentro do hospital direto, 12h dentro do hospital direto é... não existe como... não existe como... na minha cabeça não tem como ser produtivo as 11 h diretamente. Então, eu acho que poderia se manter um horário que é de 8h, seria o horário que as pessoas vão vivenciar na maioria dos casos quando forem trabalhar num hospital fora da residência, quando for contratado” [Entrevista 8]

- **Fase de estruturação do programa/ demanda de avanços em sua organização**

- Foi mencionado em 28% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Programa ainda sendo estruturado - em alguns pontos falta organização” [Questionário 3]
 - “Penso que a estrutura ainda não estava bem consolidada, tanto com relação ao ambiente físico, quanto de recursos humanos do hospital” [Questionário 4]
 - “Falta de um cronograma bem distribuído que permitisse a dedicação integral às atividades multiprofissionais” [Questionário 5]
 - “Falta de organização do Programa” [Questionário 6]
 - “A residência ainda não está bem estruturada em suas áreas de concentração e ainda não há uma consolidação do que é e como deveria ser uma residência multiprofissional. Há uma organização conforme a inserção dos profissionais, mas não há algo realmente definido na própria instituição e, até mesmo, não há uma definição de matéria, professores, de grade curricular” [Questionário 13]
 - “E uma coisa que era bem...é essas regras, igual eu falei, não ter um regimento interno. Então você uma hora tava achando que podia ser de um jeito, de repente, não, não pode ser mais isso. De repente muda, sabe? Então acho que essa falta dessa organização em relação a esse regimento, assim, criava certos conflitos que poderiam ter sido evitados e tornado a residência melhor, assim” [Entrevista 2]
 - “E isso, essa falta de organização reflete até hoje na demora pra execução do certificado, a ausência de histórico escolar. É inaceitável você fazer um programa de pós-graduação e você não ter o histórico escolar de matérias que você teve” [Entrevista 12]

- **Residência como substituição de “mão de obra”**

- Foi mencionado em 25% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Há muita designação por parte da residência de produtividade de atendimentos. Deixando defasado a parte educacional ou teórica” [Questionário 13]
 - “Atividades eram exigidas para cumprir meta; Os residentes ficavam sozinhos na unidade, e faziam o trabalho dos preceptores” [Questionário 15]
 - “Em alguns momentos sentir que estava apenas ‘cobrindo a demanda do hospital’” [Questionário 20]
 - “Demanda do serviço coberta por residentes” [Questionário 21]
 - “Substituição de mão de obra/do serviço” [Questionário 22]
 - “Porque daí o que que acontece? Você tá priorizando mais a questão do trabalho e não da aprendizagem.” [Entrevista 4]
 - “Acho que a gente tinha uma substituição de, a gente fazia uma substituição de serviço importante [...] que a gente questionava em muitos momentos essa substituição de serviço, inclusive, sei lá, substituindo plantão de funcionário, é... e não que não fosse importante estar no serviço e assumir as responsabilidades de estar no serviço, mas, enfim, a forma como ela era colocada, né?” [Entrevista 5]
 - “Eles tentavam casar a necessidade do hospital com a necessidade do residente, só que em alguns momentos a gente percebia que prevalecia a necessidade do hospital, como se o residente fosse cobrir mão de obra. E eu acho que isso não deveria, eu acho que o residente ele tem que prestar um serviço, sim, ele tá recebendo uma bolsa, é, mas acho que isso não deve ser prioridade na hora de montar um cronograma. [Entrevista 7]
 - “Eu acho... uma das coisas que, às vezes, a gente acabava cobrindo muito demanda [...]Então, muitas vezes muita responsabilidade, ou a gente tava só cobrindo serviço, mesmo, onde não tinha [profissional]. Às vezes dava essa sensação de ser só mão de obra mais barata pra dar vazão à demanda.” [Entrevista 11]

- **Dificuldades na relação entre residente e preceptor/tutor**

- Foi mencionado em 21% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Conflitos com preceptor” [Questionário 3]
 - “Inflexibilidade por parte de preceptores em relação ao desenvolvimento de tarefas exigidas para área transversal e de concentração” [Questionário 15]
 - “[...] e você já tem tanta coisa pra você fazer e isso é imposto, sabe? Não tem conversa. ‘Não vamos tirar, isso é obrigatório’. E até então não era obrigatório. Acho que é isso, assim, tipo, foi uma cobrança, uma das cobranças, né?” [Entrevista 3]

- “[...] e aí você percebe que a hierarquia ela na verdade ela serve mais do que uma imposição do que uma segurança em si, isso foi um dos principais pontos negativos que eu identifiquei. O fato de a hierarquia servir pra algumas coisas e não servir pra outras, assim. E às vezes estar disfarçada como se estivesse proporcionando autonomia ao residente, mas que na verdade não, era mais uma imposição pra que o residente desse conta de uma demanda da qual não era de sua responsabilidade, mas precisava ser dada” [Entrevista 9]

- **Carências de estrutura física e recursos materiais**

- Foi mencionado em 18% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Falta de estrutura física para estudos em grupo, discussão de caso, socialização e mesmo de descanso para os residentes multiprofissionais” [Questionário 11]
 - “Falta de infraestrutura adequada para a realização de um trabalho de qualidade, como a total ausência de material [...] Sendo esta a maior dificuldade vivida e o principal ponto negativo com significativo prejuízo para a assistência e para a formação” [Questionário 14]
 - “Falta de preceptoria, de estrutura física e materiais para trabalhar” [Questionário 27]
 - “Poderia ter aprendido mais se tivesse material. Como a gente não teve muito, teve várias situações que eu vi que o material só era necessário pra trabalhar” [Entrevista 2]
 - “É, então, acho que o programa tava no início [...] então, muitas das, de problema de início de programa estavam presentes, assim. A falta de estrutura, mesmo, pra ter um espaço adequado pra residência, pras atividades de estudo, assim, até o desenvolvimento das atividades práticas, é, acho que faltava isso” [Entrevista 5]
 - “Os aspectos negativos. Acho que com relação à falta de estrutura, né? Pros residentes. Falta um pouco de estrutura com relação, estrutura física, começando por aí, pra reuniões, pra discussão de caso, pra um próprio espaço de descanso, mesmo, porque a carga horária é puxada” [Entrevista 6]
 - “O material é uma coisa importante, porque a partir do momento, eu não lembro exatamente do regulamento, mas até onde eu sei, quando você abre campo pra uma determinada atividade, você precisa fornecer os materiais, os recursos pra que aquela atividade se desenvolva. E aí entra tanto recursos humanos, como recursos materiais. E isso não tinha” [Entrevista 9]

- **Impactos na saúde dos residentes**

- Foi mencionado em 14% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “Stress” [Questionário 6]

- “Exaustão, expectativas frustradas, desanimo e falta de motivação” [Questionário 12]
 - “carga horária extensa e cansativa, que interfere negativamente na saúde física e mental do residente” [Questionário 17]
 - “Estresse psíquico e físico” [Questionário 19]
 - “Naquela época, lá.. eu procurei me abster.. porque se não eu ia falar pra ele que era melhor que não fizesse. De tanto sofrimento que eu tava, que eu não aguentava mais” [Entrevista 1]
 - “Porque era uma situação bem estressante pra mim, estar na Residência, naquele momento” [Entrevista 1]
 - “E foi muito isso do hospital, eu tive deficiência de vitamina D, pra ter uma ideia, porque a gente fica tanto tempo dentro do local, que a gente não pega sol.” [Entrevista 10]
- **Dificuldades no diálogo e/ou na receptividade para sugestões e críticas**
 - Foi mencionado em 14% das respostas dos questionários
 - Exemplos:
 - “Falta de espaço para exposição de ideias para melhorias da residência” [Questionário 10]
 - “Pouco diálogo entre as coordenações e os residentes, muitas vezes resumindo-se ao cumprimento de protocolos e regras. Pouca flexibilidade para proposições de melhorias ou mudança nas regras pré-estabelecidas. Apesar de haver “espaços” para isso” [Questionário 14]
 - “Pouca receptividade para ouvir sugestões e críticas, por parte da coordenadoria e preceptores. Atitudes, muitas vezes, ditatoriais com relação à presença e participação de atividades que não acrescentam conteúdo e relacionada à carga horária” [Questionário 17]
 - “Claro, às vezes a gente tentava mudar, conversava e isso mudava, mas nem sempre isso aconteceu. A maioria das vezes isso não acontecia. A gente acabava tendo que fazer mesmo a gente tentando dizer, ‘não, vamos mudar o foco, vamos tentar mudar isso” [Entrevista 3]
 - “Tinha espaços de discussão, de questionamentos, de colocar os problemas, mas ao longo do tempo esses espaços foram diminuindo ou acabando” [Entrevista 5]
 - “Teve alguns conflitos. Como é que eu vou dizer. Conflitos, assim, dentro da residência, mesmo, dificuldade de expor as nossas necessidades, os nossos anseios, as nossas próprias expectativas em relação ao programa. Foi alguns pontos que marcaram negativamente” [Entrevista 13]
- **Dificuldade para a concretização do trabalho multiprofissional**
 - Foi mencionado em 11% das respostas dos questionários
 - Exemplos:

- “Perceber o quão separadas estão as profissões. E o quanto estão focadas em pontos específicos e não no indivíduo e em seu contexto” [Questionário 7]
- “Pouco envolvimento entre os colegas de área de concentração em atividades interdisciplinares, com maior foco em suas áreas profissionais, muitas vezes por falta de tempo para dedicar ao eixo de concentração” [Questionário 11]
- “Dificuldade de realizar o trabalho interdisciplinar com o objetivo de melhorar a assistência ou cuidado do paciente” [Questionário 24]

- **Desconhecimento e/ou não adaptação de funcionários do hospital à Residência**

- Foi mencionado em 11% das respostas dos questionários
- Exemplos:
 - “O não entendimento de alguns profissionais do que é a Residência (seu verdadeiro objetivo), mudando a ideia de que um bom profissional é aquele que fica o tempo todo no [setor]” [Questionário 19]
 - “Alguns setores do hospital não estavam adaptados, eram pouco receptivos com os residentes;” [Questionário 20]
 - “Desconhecimento dos profissionais do setor sobre o papel do residente, o que se refletiu no nível de acolhimento” [Questionário 23]
 - “Falta de consciência de alguns profissionais do serviço do seu papel na formação do residente e de forma geral em um hospital de ensino” [Questionário 26]
 - “Uma coisa também é divulgação, que é o entendimento que os funcionários do hospital, sejam eles de qualquer área [...] que eles não entendem, parece, o que que é o programa de residência multiprofissional. É... e aí se ele entende bem como são os objetivos, quando o residente passa por aquele setor do hospital o trabalho funciona bem, ele vai exigir coisas mais de raciocínio, não tanto de rotina e vai funcionar. Agora, aquele que acha que é uma mão de obra barata especializada que o hospital tá recebendo, ele vai colocar aquele residente pra trabalhar na rotina, que é importante, mas não só isso” [Entrevista 8]

5 DISCUSSÃO

5.1 SENTIDOS ATRIBUÍDOS À RMS

O problema de pesquisa que norteou este trabalho foi em torno de quais são os sentidos atribuídos à Residência Multiprofissional por seus egressos. O questionamento dos sentidos faz-se pertinente dentro da Análise Institucional do Discurso (GUIRADO, 2010), visto que esta perspectiva considera as relações institucionais como práticas discursivas, sendo assim, discurso e contexto constroem-se mutuamente. A partir disso, compreende-se que aquilo que se pensa, diz, escreve e repete-se em torno da temática Residência constitui cotidianamente e a cada relação discursiva a própria Residência: o se entende que ela é, para que serve, como se desenvolvem as relações ali.

A partir das falas dos entrevistados, compreende-se que a concepção de RMS está necessariamente vinculada à prática, ao trabalho, ao “em serviço”, sendo este um dos aspectos mais valorizados por seus egressos. A Residência apareceu nos enunciados como possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Aliada a esta concepção, surgiram discursos de insuficiência da formação na graduação em termos de articulação entre teoria e prática. Teoria e prática são naturalizadas como aspectos distintos e afastados. Nesta concepção, a Residência seria um recurso para aproximá-los.

Não somente a prática e a aprendizagem são vistas como aspectos intrínsecos à Residência. Este também parece ser o caso da intensidade, das dificuldades e dos desafios, de modo que a fala dos egressos faz pensar que não existe Residência sem uma certa dose de sofrimento e uma boa dose de esforço. É por meio destes fatores que os egressos legitimam a vivência na Residência como algo que traz, de fato, aprendizado e experiência. Seria possível que a imagem da Residência se distanciasse desta perspectiva da maratona extenuante? Apenas uma das entrevistadas posicionou-se de modo a afirmar que não considera necessário “tudo isso” para uma boa formação, tantas horas, tanta intensidade.

Dallegrave (2013) situa que à RMS relaciona-se um discurso de aceleração: do tempo de aprender, de “recuperar o não aprendido na graduação”, da produção,

da multiplicação de atividades ofertadas, das horas de trabalho. Há também uma aceleração de preceptores e coordenadores que, para além do tempo de assistência, devem também produzir a supervisão, a gestão e o “produto residente”. Marca-se uma lógica produtivista regulada pelo tempo cronológico (DALLEGRAVE, 2013).

A carga horária da Residência, acima de 5000 horas, equipara-se ou supera a carga horária da maioria dos cursos de graduação em saúde, que acontecem em 4 ou 5 anos. O que justifica essa proporção tempo/trabalho? Este parece ser um dos aspectos em que a Residência Multiprofissional tomou como modelo a Residência Médica. Esta última também é recorrentemente associada ao excesso de trabalho e carga horária.

O que se observa na fala dos egressos é que este aspecto, mais do que algo a ser questionado ou modificado é algo que legitima a Residência Multiprofissional e aos próprios egressos. Aqueles que por ela passaram referem sentir-se “mais seguros”. Houve certa recorrência da fala “depois do que passei, estou preparada para qualquer coisa” na lógica do “o que não mata, fortalece”, *“no pain, no gain”*.

A Residência também figura como campo de experimentação profissional, em que os residentes podem entrar em contato com a profissão e os modelos profissionais. Alguns entrevistados mencionaram a maior decisão por seguir na própria profissão e a oportunidade de ver resultados do trabalho. Observa-se, nas imagens construídas de profissional ideal e no que foi dito sobre os profissionais reais da vivência cotidiana que, diante destas referências, os egressos podem posicionar-se, identificar-se (ou não), criar valores associados a atuação profissional. Dentre estes valores, ressalta-se o foco no paciente, o reconhecimento das próprias limitações, o trabalho em equipe, o prazer relacionado ao trabalho, dentre outros aspectos, todos relacionados ao modelo de cuidado ético, implicado, interdisciplinar presente nas Políticas de Saúde.

Ressalta-se que, a despeito de os egressos reproduzirem/legitimarem valores éticos/implicados, algumas falas sinalizam para o embate e reprodução de um discurso diferente deste. No confronto com situações de precarização das condições de trabalho e práticas profissionais inadequadas, se estabelece uma disputa entre a ética e o ceder às relações institucionais.

Dentre os sentidos atribuídos à Residência, figuram também os discursos relacionados a modelos de aprendizagem diversos. Sabe-se que na história das práticas educativas, foram se constituindo modos diferentes de pensar/agir neste fazer, das pedagogias tradicionais centradas no papel do professor às focadas no papel do aluno e aos modos interativos entre ambos.

As diretrizes para as práticas nas Residências Multiprofissionais (BRASIL, 2012) estabelecem a prioridade de metodologia ativas, em que o próprio residente tenha papel ativo em seu aprendizado. Este discurso aparece na fala dos egressos que participaram desta pesquisa. Contudo, coexistem em negociação com este, discursos que reforçam a pedagogia tradicional. Observaram-se expectativas de que alguns caminhos estivessem prontos, de que preceptores e tutores tivessem um papel mais ativo e a própria ideia de que ser residente seria trabalhar “sem tanta responsabilidade”.

Estes discursos coexistem em constante tensão, são legitimados e subvertidos pelos egressos da Residência que, ao fazê-lo, constituem as próprias práticas na Residência. Destaca-se a inevitabilidade de construção de um caminho próprio na Residência, visto que, mesmo nas cenas descritas em que o preceptor seria o responsável por legitimar a ação, isso foi relacionado a um *a posteriori* do momento de contato com o paciente, com a prática.

Ficam ressaltadas as potencialidades desta proposta de formação em serviço no que ela tem de possibilidades de desenvolvimento de habilidades profissionais, na articulação promovida entre teoria e prática, no contato com diversos profissionais, contextos e usuários, em uma formação que se propõem coletiva e interdisciplinar.

5.2 INSERÇÃO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DA RMS

Um dos objetivos desta pesquisa foi verificar como se deu a inserção profissional dos egressos do Programa de RMS estudado. Para a comparação dos dados, foram utilizadas pesquisas já realizadas com egressos de Residências e o estudo realizado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (ESPM, 2014), já apresentado na revisão bibliográfica.

Os resultados evidenciaram uma significativa presença dos egressos no mercado de trabalho e na área da saúde, corroborando outras pesquisas realizadas com egressos de Residências (DIAS et al, 2008; BRASIL, 2006a; SANTOS, WHITAKER, ZANEI, 2007).

Na presente pesquisa, o percentual de participantes ocupados em sua área de atuação foi de 75%. No estudo realizado pela ESPM (2014), as seguintes profissões apresentaram percentagens mais baixas de ocupação: Fisioterapia (69,3%), Farmácia (52,7%); Enfermagem (46,7%); Serviço Social (46,3%); e Psicologia (44%). Das categorias que compuseram este estudo, apenas Nutrição apresentava uma percentagem de ocupação mais alta (85,4%) no estudo da ESPM (2014).

A proporção de participantes trabalhando em área diferente da profissão de graduação foi de 7%, bem abaixo dos índices encontrado na pesquisa da ESPM (2014), próximos a 30%. Neste estudo (ESPM, 2014), foram encontradas proporções de 2,8% a 5,4% dos profissionais em situação de desocupação e de 11,1% a 18,2% de profissionais não economicamente ativos (considerando as profissões que compõem a Residência Multiprofissional). Os dados são similares aos desta pesquisa, que evidenciou 18% dos profissionais na condição de estudante (não ativos economicamente).

Em relação à proporção de participantes que estavam trabalhando em serviços de saúde dentre o total de ocupados na profissão, o estudo da ESPM (2014) encontrou dados que variaram de 77,7% a 25,9%. Nesta pesquisa, 80% dos participantes que chegaram a trabalhar, atuaram na área da saúde.

Considerando as diferenças metodológicas desta pesquisa, com dados informados diretamente pelos participantes conforme seus critérios, e a pesquisa da ESPM (2012), que teve dados coletados em fontes como o IBGE e outros sistemas de informação, deve-se ter cautela na comparação de dados entre ambas. Contudo, os dados indicam que pode haver maior inserção profissional de egressos de Residência quando comparados com a população geral de profissionais de saúde.

Outros estudos realizados com egressos de RMS ou RAPS evidenciaram a inserção da maioria dos egressos em área correlata à que foi realizada a Residência (DIAS et al., 2008; BRASIL, 2006a; SANTOS, WHITAKER, ZANEI, 2007). O mesmo ocorreu em menor proporção com os egressos desta pesquisa. Destes, 39%

atuavam em área Hospitalar, 18% em campo relacionado à Área de Concentração em que realizaram o Programa e 46% em área não relacionada. Este dado sugere a necessidade de reflexão sobre a articulação das Áreas de Concentração do Programa estudado com as demandas do mercado de trabalho em saúde. Há que se questionar se a não inserção na área justifica-se em função de uma desarticulação entre a proposta de formação e as características do campo da saúde na região; por não haver decorrido tempo suficiente para o ingresso em uma vaga mais específica; e/ou por escolhas profissionais dos próprios egressos.

Destacou-se nesta pesquisa a busca dos egressos pela continuidade de sua formação e a atuação na docência, sendo que 61% ingressaram em outras pós-graduações e 21% atuavam como professores. Parte significativa destes (48%) conciliava atividades de assistência e estudo e 18% dedicavam-se exclusivamente aos estudos. Estes dados vão ao encontro dos resultados de outros estudos que evidenciam a valorização da continuidade do processo de formação após a Residência (DIAS et al., 2008; BRASIL, 2006a; SANTOS, WHITAKER, ZANEI, 2007). Dallegrave (2013) observa uma tendência à busca por programas de pós-graduação *stricto sensu* após a RMS.

Com relação à remuneração, os resultados desta pesquisa evidenciaram uma renda mensal média de R\$2569,00, variando de R\$ 1000,00 a R\$ 5000,00. A pesquisa da ESPM (2014) apresenta apenas dados de renda média e não renda mínima, máxima e valor da hora de trabalho. As rendas médias das profissões no estudo da ESPM (2014) são próximas ou mais altas que as desse estudo: Enfermagem (R\$3547,11); Farmácia (R\$2775,35); Fisioterapia (R\$2398,07); Nutrição (R\$2507,73); Psicologia (R\$2764,25); Serviço Social (R\$3217,55). Apenas as rendas médias mensais da Fisioterapia e da Nutrição foram mais baixas do que a apresentada neste estudo.

Destaca-se que o valor da bolsa de Residência vigente em 2016 é de R\$ 2.976,26, superior às rendas médias encontradas neste estudo e no estudo da ESPM (2014) para as profissões: Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Neste sentido, Dallegrave (2013) observa que a busca pela realização de mais de um Programa de RMS pode estar relacionada ao fato de que, para algumas categorias profissionais, a remuneração que se alcança no mercado de trabalho é

inferior à bolsa de Residência. A autora sinaliza a necessidade de por em pauta a discussão da carreira dos profissionais da saúde.

Chamam atenção como possíveis indícios de precarização do trabalho alguns dados deste estudo: 30% dos participantes trabalhavam mais de 40 horas por semana; 10% recebiam menos que R\$10,00 a hora de trabalho; 60% recebiam entre R\$11,00 e R\$21,00 a hora; 28% dos profissionais trabalhavam como autônomos. Além disso, apenas 14% dos participantes se declararam como funcionários públicos, sendo que 39% trabalhavam em instituições públicas, evidenciando a presença de outros regimes de contratação.

Outro dado observado foi o fato de que, nesta pesquisa, alguns participantes chegaram a trabalhar na área de formação, mas não estavam trabalhando na ocasião da coleta de dados (14%). Na entrevista, duas das entrevistadas faziam parte deste grupo. Uma deixou o trabalho para poder se dedicar mais aos estudos na pós-graduação *stricto sensu* e outra deixou o trabalho em decorrência de condições pessoais e institucionais e não conseguiu reinserção no mercado de trabalho.

Em suma, os dados desta pesquisa demonstraram considerável inserção dos profissionais egressos no mercado de trabalho após a RMS e média de renda mensal próxima à das profissões de saúde de modo geral (em alguns casos acima, outros abaixo, mas sem grandes discrepâncias). Alguns dados sugerem precarização das condições de trabalho (alta carga horária, baixa remuneração por hora trabalhada e instabilidade de vínculo profissional), indicando a necessidade de avanço nas políticas voltadas a esta temática.

5.2.1 O egresso da RMS e o SUS

Partindo da concepção de que a RMS é uma estratégia de qualificação de profissionais para a atuação no SUS, considerou-se relevante analisar se a inserção profissional dos egressos após a RMS ocorreu neste âmbito, assim como, se discursos relacionados aos princípios e diretrizes do SUS se fizeram presentes (e de que modo) na fala destes profissionais.

Com relação à inserção profissional, o trabalho no Sistema Único de Saúde foi citado em 28% das respostas. Os participantes desta pesquisa inseriram-se em

instituições públicas (39%) e privadas (43%) de modo aproximado, evidenciando uma sutil predominância da segunda. Em outros estudos já realizados, a inserção se deu mais expressivamente ora no âmbito privado (SANTOS, WHITAKER, ZANEI, 2007), ora no público (DIAS et al., 2008). Os dados evidenciam inserção de uma pequena parte de egressos da RMS no SUS e reforçam a característica mista (público-privada) dos serviços de saúde no Brasil.

A presença de conteúdos relacionados à Saúde Pública e ao SUS na graduação, indicada pelos participantes da pesquisa, pode ser consequência das mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (HOLANDA, ALMEIDA, HERMETO, 2012). Contudo, outros estudos evidenciam que, a despeito da obrigatoriedade, nem todos os cursos da Área da Saúde estão proporcionando contato com estas temáticas na graduação (WANDERLEY, 2010).

Com relação à presença dos discursos do SUS na fala dos entrevistados, observou-se a menção direta à defesa do SUS por quatro egressos. Estes estruturaram todos os outros discursos ao longo da entrevista a partir desta temática. Ao todo, sete entrevistados apresentaram falas de legitimação do SUS e de seus princípios e diretrizes, alguns de modo mais indireto. Dentre os princípios e diretrizes citados, destacaram-se: a integralidade, a preservação da autonomia, a igualdade, o direito à informação, além da concepção ampliada de saúde e da saúde como direito.

Apesar de nos documentos legais que respaldam a RMS, a menção à formação para o SUS, pautada em seus princípios e diretrizes, ser recorrente e explícita, apenas quatro dos quatorze egressos relacionaram o objetivo da Residência com o SUS. Observou-se também que em sete entrevistas não se fizeram presentes menções ao SUS e/ou algum de seus princípios. A legitimação do trabalho em equipe, contudo, se fez presente em todas as entrevistas.

Neste sentido, destaca-se o que escreve Dallegrave (2013) sobre o objetivo de formar profissionais que defendam o SUS não se concretizar na mera reprodução desse enunciado. Há a necessidade de formar para a ética do cuidado, para os princípios, para a manutenção dos direitos e para o acolhimento universal, integral, equitativo e aberto à participação das pessoas (DALLEGRAVE, 2013). De modo geral, este é o modelo de assistência à saúde que os egressos legitimam, mesmo que permeado por outros discursos contraditórios, tais como o foco na

especialidade, fragmentação e disputa entre as profissões. Nas tensões discursivas, os egressos movimentam sentidos, posicionam-se e constituem imagens da Residência, do cuidado em saúde e de si.

Como destaca Dallegrave (2013), se o objetivo da RMS for, de fato, formar profissionais que defendam o SUS, o processo seletivo dos Programas deve estar voltado para esta temática e não necessariamente para as profissões e áreas de concentração, como se observa em diversos deles. No caso do programa estudado nesta pesquisa, o processo seletivo abarca questões relativas ao SUS na prova objetiva (primeira etapa). Observa-se, contudo, que alguns dos egressos entrevistados consideraram que há pouco aprofundamento de temáticas relativas à saúde pública ao longo do programa.

Para além da legitimação dos discursos do SUS, observou-se também a tensão entre SUS e Residência. Duas participantes questionaram se de fato a Residência está articulada às demandas locais e políticas de saúde, conforme o preconizado, assim como questionaram a articulação desta formação de profissionais com a demanda por sua inserção no SUS. Os discursos que afirmam a RMS como modalidade de formação para o SUS coexistem com os discursos que a questionam enquanto tal. Nestes outros discursos a RMS aparece como modalidade de formação de “força de trabalho sem vínculo”. Há tensão entre a legitimação da RMS como formação e como serviço (precarizado).

Um dos aspectos negativos indicado por alguns (25%) participantes no questionário desta pesquisa foi a sensação de substituir “mão de obra” de trabalho em detrimento das atividades de ensino/formação. Neste sentido, vale ressaltar o que dizem Ferreira e Olschowsky (2010) a respeito da história das Residências Médicas. Estas, embora declaradas como treinamento em serviço, muitas vezes acabaram por configurar-se como forma de suprir a mão de obra em diversas instituições, o que suscitou diversas críticas. Tal fato alerta para a necessidade de planejamento e objetivos bem definidos, a fim de evitar que os programas de Residência não se tornem mecanismos de exploração do trabalho profissional (FERREIRA E OLSCHOWSKY, 2010; ROSA, LOPES, 2010).

Entre os residentes, coexistem reivindicações pela estruturação trabalhista da RMS (13º salário, férias, fundo de garantia, comprovação de carga horária

trabalhada) e pela qualificação dos processos educativos dos programas (DALLEGRAVE, 2013).

Fez-se presente também na fala dos entrevistados os discursos de oposição entre saúde pública e saúde privada. Alguns egressos legitimam o contexto da saúde pública como mais capaz de promover a integralidade e a interdisciplinaridade do que os serviços privados, voltados a outros interesses.

A partir da fala de um dos entrevistados que, na RMS, percebia-se “apenas fazendo” e “não refletindo”, destaca-se a importância de garantir na RMS espaços que viabilizem a reflexão. Que o contato com a prática profissional produz aprendizado e experiência é implícito, porém, há que se considerar que a qualificação da experiência profissional depende de sua articulação com a teoria e com a promoção de espaços de reflexão e produção de articulação intersetorial.

Ressalta-se que, alguns dos egressos que legitimaram em suas falas princípios e diretrizes do SUS estão envolvidos com práticas de docência (aulas, estágio, supervisões). Na medida em que estes inserem-se na assistência, em atividades de formação e gestão passam a ser potenciais multiplicadores de um modelo de assistência em saúde. Assim sendo, mesmo que alguns não façam menção direta à “defesa do SUS”, acabam por defendê-lo quando legitimam valores relacionados ao direito à saúde, à integralidade e à interdisciplinaridade.

Destaca-se aqui o objetivo da RMS que, através de seus egressos, busca a criação e implementação de estratégias inovadoras para a atenção e gestão em saúde, consideradas imprescindíveis para as mudanças necessárias na consolidação do SUS (BRASIL, 2012). Contudo, há que se atentar para a qualidade das relações formativas e de trabalho neste contexto, como será exposto no tópico seguinte.

5.3 IMPASSES E DESAFIOS NA RMS

5.3.1 Saúde dos Residentes

Alguns participantes desta pesquisa evidenciaram no questionário (primeira etapa) como aspectos negativos da RMS o excesso de carga horária e funções (32%); e impactos da RMS na saúde dos residentes (14%). Neste sentido,

Dallegrave e Ceccim (2013) destacam a presença significativa de teses e dissertações que abordaram a saúde ou falta de saúde de residentes e sugerem que este seja um indício das possibilidades de adoecimento provocadas pela vivência da formação em Residência.

A literatura evidencia a presença de estresse e síndrome de *Burnout* em residentes de área profissional da saúde (FRANCO et al., 2011) e residentes multiprofissionais (GUIDO et al., 2012). Foram verificados níveis significativos de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Durante a Residência, os profissionais são expostos a estressores da profissão e da formação o que os deixa suscetíveis ao risco de desenvolver a síndrome de *Burnout* (FRANCO et al., 2011; GUIDO et al., 2012). O estresse pode estar associado ao desenvolvimento da identidade profissional, responsabilidade profissional, privação de sono, fadiga, excesso de carga horária assistencial ou administrativa, dificuldades relacionadas à qualidade do ensino e ambiente educacional. O *Burnout* é uma cronificação do estresse e se desenvolve quando o profissional aumenta seus esforços para lidar com desafios. Características individuais dos sujeitos também podem influenciar no manejo do estresse e no desenvolvimento de *Burnout* (GUIDO et al., 2012).

Nas pesquisas sobre o tema, considera-se que profissionais recém formados podem estar mais suscetíveis ao *Burnout*, pois a falta de experiência pode influenciar na carência de recursos pessoais para lidar com o estresse. Depressão e privação de sono são as características mais encontradas em residentes e que tem influência direta no estresse (GUIDO et al., 2012).

A literatura na área sugere a realização de atividades educativas que auxiliem a construção de estratégias de enfrentamento do estresse e do *Burnout* (GUIDO et al., 2012). Ressalta-se a importância de pensar a construção de ambientes de trabalho que promovam saúde principalmente nesse contexto em que a promoção de saúde é objeto e objetivo do trabalho. Conforme ressaltam os estudos sobre estresse e *Burnout* em residentes, é notório que impactos na saúde dos profissionais afetam diretamente a qualidade das relações de trabalho e da assistência prestada aos usuários do serviço de saúde (FRANCO et al., 2011; GUIDO et al., 2012).

Diversos aspectos tornam relevante a avaliação/acompanhamento dos Programas de Residência, dentre eles: o risco da constituição de condições

precarizadas de trabalho, possibilidades de adoecimento de residentes, o destino de parte considerável dos recursos públicos a esta modalidade de formação. Contudo, como se discute no tópico a seguir, também os modos de avaliação podem reproduzir interesses e discursos variados.

5.3.2 Regulamentação, Avaliação e Curricularização na RMS

Dificuldades relativas à estrutura física dos serviços, falta de materiais/instrumentos de trabalho, lacunas na relação academia-serviço e entraves nos espaços de decisão das Residências foram apontados pelos egressos desta pesquisa e de outras, como evidencia a análise de teses e dissertações feitas por Dallegrave (2013). Além destes aspectos, os participantes citaram as dificuldades na integração de residentes com funcionários dos setores e insuficiências relacionadas à função de preceptoria e tutoria, além da necessidade de melhoria na qualidade das aulas.

Frente ao conjunto destes aspectos a serem aprimorados, há demanda por maior acompanhamento dos Programas de Residência, maior regulamentação e avaliação de suas práticas. Uma destas reivindicações visa a construção de um currículo único para a RMS.

Nos resultados desta e de outras pesquisas, evidencia-se a demanda pelo estabelecimento de um currículo para a RMS. Neste sentido, Dallegrave (2013) situa importantes questionamentos. Um currículo formatado poderia implicar fixidez, reprodução e reiteração daquilo que já está cientificamente consagrado, baseado em evidências (discurso legitimado por alguns dos egressos desta pesquisa). Ao falar em conhecimento baseado em evidências falamos de algo que já está pronto, construído. Um currículo que contemplasse apenas estes conteúdos seria mera reprodução/apropriação do já legitimado. Uma alternativa à mera reprodução seria a adoção de currículos que contemplassem desafios-problema, o aprendizado ativo, a singularidade, a sensibilidade (DALLEGRAVE, 2013).

Estaria em jogo uma aprendizagem pelo estranhamento, uma aprendizagem inventiva, imprevisível. Tal aprendizagem não se restringe aos espaços da RMS, também se constitui nos encontros de trabalho em saúde e na inventividade contida nestes. O resultado de uma aprendizagem assim subverte a lógica da produção de

resultados específicos/pré-estabelecidos. Situa-se, assim, uma política pedagógica da invenção onde poderiam se situar as RMS (DALLEGRAVE, 2013). Portanto, mais próximas de constituir-se agentes transformadores de realidades, e, com mais possibilidades de se posicionarem de modo singular na trama de significações; no jogo entre contexto e singularidade.

Para Dallegrave (2013), não há um caminho único para se chegar a um determinado destino estabelecido (o perfil do egresso). Neste sentido, o estabelecimento de um perfil do egresso é possível apenas na medida em que considerara a autonomia e a produção de prazer no trabalho e no aprendizado. A autora defende a aprendizagem a partir de itinerários, com pontos de passagem importantes e com múltiplas possibilidades de caminhos. Assim, os currículos contemplariam a formação singular (DALLEGRAVE, 2013).

Nas RMS, simultaneamente à governamentalidade, aos procedimentos de condução de condutas, produzem-se os encontros de aprendizagem. Coexiste o movimento de invenção emergindo dos atores e os processos de regulação, regulamentação e regramentos (DALLEGRAVE, 2013).

O encontro passa pela alteridade, pela escuta das necessidades do outro. É a vivência da experiência do outro. É algo que ultrapassa o estabelecido pelas profissões, cargo, supervisão, para estabelecer encontro no cuidado em saúde. Os encontros cotidianos que acontecem no cenário de trabalho entre residentes, preceptores, usuários, demais profissionais etc. é mediado por regramentos, por saberes dos modos de ser e fazer que estabelecem o que este encontro deve produzir (DALLEGRAVE, 2013).

5.3.3 Práticas de Preceptoría

Tanto no questionário quanto nas entrevistas, fizeram-se presentes as menções à ausência de acompanhamento de preceptoría e/ou de qualificação/preparo dos profissionais que assumem esta função. Este é um dado que se repete na literatura. São evidenciadas tanto a importância da função de preceptoría quanto suas lacunas e insuficiências (DALLEGRAVE, 2013; DALLEGRAVE, CECCIM, 2013; WANDERLEY, 2010; WANDERLEY, 2015). Para Wanderley (2010), há necessidade de capacitação destes profissionais, pois a falta

de compreensão de seu papel pode produzir impactos relevantes na formação de residentes.

Ao preceptor é atribuída a responsabilidade formal de supervisão direta do residente nas atividades práticas realizadas (BRASIL, 2012). Porém, como sinaliza Dallegrave (2013), não há como pensar neste profissional como alguém que sozinho produz o ensino da Residência. A autora menciona “práticas de preceptoría” que se produzem em “encontros de aprendizagem no trabalho” e que podem ter como protagonistas diferentes atores: residentes, preceptores, pacientes, demais profissionais etc. (DALLEGRAVE, 2013).

Há uma dupla condição de aprendizado colocada na relação entre residente e preceptor, posto que para ambos há algo a ser construído e inventado. O encontro de aprendizado é organizado por uma “ética do acompanhamento”, mediada por conflitos, admiração, amizade, afetos etc. (DALLEGRAVE, 2013).

A RMS é um “entre-espaço”, entre formação e trabalho, entre estudante e trabalhador, entre profissional do setor e professor/preceptor, em que nenhum dos atores pode ser resumido a apenas uma de suas funções (DALLEGRAVE, 2013). Dallegrave (2013) sugere a leitura da RMS a partir da imagem da fita de Möbius, uma interface entre o trabalho e a aprendizagem onde no limite um se transforma no outro, sem início ou fim. As potências e capturas de cada uma destas instâncias, educação e trabalho, propõem reflexões e colocam protocolos para o exercício da outra (DALLEGRAVE, 2013).

5.3.4 A construção do trabalho interdisciplinar

O trabalho em equipe foi um dos temas centrais desta pesquisa. Nas diretrizes e demais documentos legais da RMS encontra-se a concepção que ressalta a formação interdisciplinar, indicando a necessidade da integração de saberes e práticas para a construção de competências compartilhadas (BRASIL, 2009).

Os dados analisados, tanto nos questionários quanto nas entrevistas, reforçam as ideias presentes na literatura. É consenso na área da saúde que o trabalho em equipe é fundamental, porém este ainda é concebido como algo difícil e coexiste com discursos de fragmentação e disputa (FARIAS, 2003; GALVÁN, 2007).

Nas entrevistas, foram recorrentes discursos de legitimação da interdisciplinaridade como aspecto essencial da RMS e como um de seus aspectos positivos. Além disso, uma das características frequentemente presentes na imagem de “profissional ideal” foi a capacidade de reconhecer suas próprias limitações e abrir-se ao trabalho em equipe. As concepções legitimadas pelos egressos de interdisciplinaridade como integração entre profissionais, construção conjunta de objetivos e planos de trabalho, flexibilização da divisão de trabalho, horizontalização das relações etc. remetem a discursos já consagrados da literatura na área (FAZENDA, 2011; GALVÁN, 2007; PEDUZZI, 2001;).

Apesar disso, o trabalho em equipe não é visto como algo que acontece naturalmente, mas como algo que “deve ser pressionado” e “é difícil”. Além disso, poucos egressos consideram a presença de trabalho interdisciplinar na RMS e em atividades posteriores a esta (14%). Alguns mencionaram dificuldades da efetivação da interdisciplinaridade relacionadas às práticas formativas da graduação e da Residência. Outros, ainda, descreveram cenas em que o trabalho conjunto foi dificultado na Residência em decorrência de posturas de preceptores e devido ao fato de “o núcleo puxar muito o residente”. A presença de diferentes profissões em um serviço não garante que a assistência prestada seja integral, interdisciplinar e articulada. Por vezes, relatou-se inclusive a própria dificuldade de encontro dos residentes em um mesmo setor/reunião/momento, a disputa entre as profissões, e o corporativismo.

Abib (2012) ressalta a presença na saúde de um contexto marcado pelo corporativismo contrastando com a proposta de uma formação interdisciplinar. Dallegrave (2013) situa a presença do corporativismo inclusive na história de construção das RMS. Fazenda (2011) situa que a interdisciplinaridade é incompatível com práticas de disputa e atitudes paternalistas. Para constituir a integração, é preciso partilhar. As disputas e boicotes fazem parte dos entraves postos ao trabalho interdisciplinar e, para sua superação, há que se considerar não apenas os aspectos individuais, mas também a dinâmica dos grupos e instituições (GALVÁN, 2007).

Indiretamente, as próprias instituições influenciam a disputa entre as disciplinas (GALVÁN, 2007). Como destaca Fazenda (2011), há uma lógica que estimula a competitividade e a “defesa de territórios” presente nas instituições e

incompatível com o trabalho interdisciplinar. Um contexto institucional favorável à integração interdisciplinar é aquele mais permeável à democratização do saber/poder (GALVÁN, 2007).

Aliado às dificuldades já colocadas, foi mencionado também o desafio de construir um modo de trabalhar sem o conhecimento prévio de como pode/deve ser feito. O trabalho em equipe aparece associado à ideia de construção e busca. Como destaca Farias (2003), no trabalho integrado, os papéis e objetivos não se encontram fixamente estabelecidos, visto que o modelo tradicional que vigora ainda na formação é o fragmentado em disciplinas/especialidades desarticuladas. Neste contexto, os atores do processo de formação (residentes, tutores e preceptores) têm o desafio de construir algo diferente do que aprenderam previamente, com todas as dificuldades implicadas nesta tarefa.

Observou-se um discurso que, ao mesmo tempo legitima a RMS como principal responsável pela promoção da integração interdisciplinar, e, subverte-a, questionando-a em sua capacidade de viabilizar ou não este trabalho, questionando a segregação entre profissões no Programa.

Algumas falas remeteram à ideia de que a ausência/insuficiência de delimitação das diferentes profissões compromete sua caracterização. Se por um lado este pensamento remete à concepção de interdisciplinaridade em que as bases de cada campo do saber são preservadas, por outro, pode sinalizar identidades profissionais mais centradas no papel pré-definido de cada profissão do que na singularidade dos profissionais. Conforme pontua Galván (2007), quanto mais presa à definição da profissão estiver a identidade profissional, mais difícil/ameaçador é abrir espaço para o diálogo interdisciplinar.

No bojo da discussão do trabalho interdisciplinar, destacaram-se alguns discursos que remeteram à separação entre médicos e demais profissionais de saúde, reforçadas tanto por um lado como por outro. Os egressos sinalizam perceber uma maior abertura entre profissionais médicos mais jovens e também residentes. Além disso, relataram perceber mudanças nas relações ao longo de sua experiência, progredindo para uma maior abertura e integração.

Um dos aspectos citados como algo que reforça a separação entre médicos e demais profissionais foi o fato de existirem Residências separadas para estas categorias e a dificuldade de conciliar horários e atividades entre ambas. Este

aspecto vai ao encontro da pesquisa de Dallegrave (2008) que pontua que a separação de duas modalidades distintas de Residência contribui para manutenção da ordem e do poder tal como estão estabelecidos.

Entre os egressos, coexistem e tencionam a legitimação e a subversão do discurso que legitima o saber médico como diferenciado e mais relevante que os demais. Se faz presente a tensão entre a legitimação e subversão do modelo hegemônico em saúde, centrado no médico, na atenção individual, por especialidade, curativa e privativa, o que já fora observado em outros estudos que abordaram as RMS (ABIB, 2012; DALLEGRAVE, 2008; DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

Como destaca Fazenda (2011), a interdisciplinaridade demanda uma mudança de atitude, que passa da concepção fragmentária à concepção unitária do ser humano. Esta mudança depende de comunicação e, portanto, de tempo despendido para esta tarefa (PEDUZZI, 2001) e também de estimulação da atitude aberta à troca, ao diálogo e à curiosidade (GALVÁN, 2007). Para Fazenda (2011), o estabelecimento, nos profissionais, de uma consciência crítica sobre o valor e o significado do trabalho interdisciplinar é um passo importante na construção da interdisciplinaridade. Sua efetivação depende do desenvolvimento da sensibilidade. Para a autora, não há como ensinar e nem aprender a interdisciplinaridade, apenas vivenciá-la e exercê-la. Para tanto, é preciso constituir-se uma abertura recíproca e que as práticas estejam contextualizadas em torno de situações reais, situações-problema.

Diante dos dados desta pesquisa e do que indica a bibliografia que aborda a interdisciplinaridade, constata-se que a RMS é um campo fértil para a construção da integração de saberes. Os egressos da RMS legitimam os discursos de construção conjunta de saberes, objetivos e planos de trabalho, ressaltando a importância do trabalho em equipe. Observa-se, contudo, constante tensão entre os discursos de fragmentação e disputa de saberes e os discursos da interdisciplinaridade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa abordou a Residência Multiprofissional em Saúde a partir de um dos recortes possíveis: a perspectiva dos egressos de um Programa de RMS em Atenção Hospitalar. As motivações iniciais para sua realização partiram da experiência em uma RMS e das diversas inquietações decorrentes desta. Há um duplo sentido em sua realização, portanto: um pessoal, que visou a reflexão e ressignificação das vivências na Residência, e um acadêmico, que buscou construir e formalizar conhecimentos a respeito da mesma.

Procurou-se analisar quais foram os sentidos atribuídos pelos participantes à RMS, à interdisciplinaridade e quais as posições que assumem frente ao SUS, seus princípios e diretrizes. Além das análises destes discursos, a pesquisa objetivou estudar a inserção profissional dos egressos no mercado de trabalho.

Os resultados indicaram considerável inserção dos egressos no mercado de trabalho após a RMS e renda mensal média próxima à das profissões de saúde de modo geral. Observou-se que a minoria dos egressos está vinculada ao SUS e poucos trabalham em campo correlacionado à Área de Concentração em que realizaram o Programa. Destacou-se a inserção dos egressos em pós-graduações e em atividades de docência.

Alguns dados sugeriram a precarização das condições de trabalho durante e após a RMS (alta carga horária, baixa remuneração por hora trabalhada e instabilidade de vínculo profissional), indicando a necessidade de avanço nas políticas voltadas a esta temática. Ressalta-se a aproximação da RMS com os Programas de Residência Médica, no que tange às expectativas de formação intensa/extenuante, em curto espaço de tempo, por vezes considerada exploração da força de trabalho.

Se, por um lado, a RMS representa importante espaço de formação justamente por ser articulada ao serviço e permitir o contato com a prática, por outro, corre-se o risco de se sobrepor/anular uma ou outra destas facetas (formação e serviço). Para que se constitua, de fato, uma “formação em serviço” e não duas práticas desarticuladas é imprescindível garantir espaços de reflexão e diálogo. Como indicam os participantes desta pesquisa, quando há o espaço, mesmo que a

princípio não se saiba exatamente o que fazer com ele, há a possibilidade de construção dialogada.

Compreende-se que a constante avaliação e acompanhamento dos Programas de Residência é necessária para que estes se efetivem enquanto estratégia de qualificação de profissionais de saúde e efetivação de um modelo ético implicado em saúde. Como evidenciaram as entrevistas e questionários desta pesquisa, há diversos pontos que podem ser aprimorados nas RMS e dependem da corresponsabilização de atores (coordenadores, residentes, preceptores, tutores, CNRMS etc).

Os aspectos negativos e dificuldades mencionados pelos participantes, não apenas sinalizaram pontos para reflexão e aprimoramento dos Programas, mas também evidenciaram que a construção de alternativas em condições adversas auxiliaram na construção de autonomia e da identidade profissional dos residentes. Observou-se no discurso dos participantes uma posição implicada e crítica, em que mais do que descrever a RMS, se efetivam como agentes envolvidos, críticos e ativos.

Nos discursos que constituem o contexto da RMS, observaram-se tentativas de negociação/aproximação entre concepções opostas, frente às quais os participantes assumiram posições, legitimaram e/ou subverteram discursos, assim constituindo imagens de si e da Residência Multiprofissional em Saúde. Segue alguns exemplos destes discursos:

- Legitimação dos discursos constitutivos do ideário do SUS (princípios e diretrizes, concepção ampliada de saúde, saúde como direito) em contraste com discursos do modelo biomédico, centrado na especialidade e em práticas privativas;
- Legitimação da RMS enquanto proposta de formação para interdisciplinaridade e para o SUS em contraste com os questionamentos das condições de efetivação dessa proposta;
- Legitimação da interdisciplinaridade como valor na assistência à saúde em contraste com discursos de especialização, fragmentação e disputa de saberes.

No que tange ao alcance dos objetivos da RMS, observou-se a afirmação de uma formação qualificada, ético-implicada, que ressalta a importância da integralidade e da interdisciplinaridade, sem desconhecer as suas dificuldades e contradições. Chamaram atenção, contudo, as falas que ressaltaram os desafios em mudar práticas já instituídas e a dificuldade em efetivar a integração multiprofissional nos contextos de trabalho após a RMS. Ficam destacadas as tensões entre práticas já instituídas e a legitimação de outras práticas.

Constatou-se que a RMS representa um campo fértil para a construção da integração de saberes. Os egressos da RMS legitimam os discursos de construção conjunta de saberes, objetivos e planos de trabalho, ressaltando a importância do trabalho em equipe. Ficam ressaltadas as potencialidades desta proposta de formação em serviço no que ela tem de possibilidades de desenvolvimento de habilidades profissionais, na articulação promovida entre teoria e prática, no contato com diversos profissionais, contextos e usuários, em uma formação que se propõem coletiva e interdisciplinar.

A presente pesquisa, dentro do recorte proposto, fez uma das leituras possíveis da RMS enquanto proposta de formação. Sabe-se que muitas outras leituras seriam possíveis, inclusive a partir do mesmo recorte, visto que não há como desconsiderar o papel do pesquisador e de sua singularidade dentro do método utilizado nesta pesquisa. Algumas contribuições puderam ser tecidas, tais como a análise dos sentidos que constroem a RMS, a interdisciplinaridade e o SUS na perspectiva de seus egressos, além do levantamento de dados sobre sua inserção no mercado de trabalho. Os resultados desta pesquisa também fornecem subsídios para o acompanhamento e aprimoramento dos Programas de RMS. Muitas outras perguntas permanecem abertas, como motor para futuras buscas. Dentre estas, questiona-se quais são as perspectivas dos outros atores que compõem a RMS (residentes que evadiram, profissionais dos setores que recebem RMS, médicos, residentes médicos, preceptores, tutores, coordenadores etc.).

REFERÊNCIAS

ABIB, L. T. **“Caminhando contra o vento...”**: a história das Residências integradas multiprofissionais em saúde. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.29-60.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 1990, Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Educação. **Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. [Relatório de programas da CNRMS]. [entre 2005 e 2014] Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=18168&Itemid=813#2 Acesso em: 01 de setembro de 2013.

_____. Lei federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul., 2005^a, seção 1, p.1.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117, de 03 de novembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 nov, 2005b, seção 1, p. 112.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de Janeiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2007. Seção 1, p. 28-9.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov., 2009, Seção I, p. 7.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional De Residência Multiprofissional Em Saúde. Resolução nº. 2, de 13 de abril de 2012. Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, n. 73, p. 24-5, 16 abr. 2012.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 849-859, Ago. 2007 .

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466/12 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União** 13 jun, 2013, seção 1, p. 59.

DALLEGRAVE, D. **No olho do furacão, na ilha da fantasia**: a invenção da residência multiprofissional em saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DALLEGRAVE, D. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde**: as Residências no País das Maravilhas. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 17, n. 47, Dez. 2013 .

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência multiprofissional em saúde. **Interface** – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.13, n. 28, p. 213-226, jan./mar. 2009.

DIAS, M. S. A. et al. Perfil de atuação profissional dos egressos da Residência multiprofissional em saúde da família (RMSF) de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 38-46, jul./dez. 2008.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 18-29, Mar. 2015.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Relatório final**: estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde nível superior no Brasil entre 1991 e 2010. Belo Horizonte, dezembro de 2014. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm> Acesso em janeiro de 2016.

FARIAS, E. R. **Onde estão e o que fazem os egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Murialdo?** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2003.

FAZENDA, I. C. A. (org.) **O Que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Cortez, 2008.

FAZENDA, I. C. A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia.** 6ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FEUERWERKER, L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a Residência multiprofissional em saúde. **Interface** – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 229-230, jan./mar. 2009.

FRANCO, G.P., BARROS, A. L. B. L., NOGUEIRA-MARTINS, L. A., ZEITOUN, S. S. Burnout em residentes de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.1, n. 45, p. 12-18, 2011.

GALVÁN, G. B. Equipes de Saúde: O desafio da integração disciplinar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, dez. 2007.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI JR, J. B.; ARAÚJO, J. F. **Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil.** In: BARROS, A. F. R. (org.) et al. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Série B, v. 2, 500p.

GUIDO, L. A., SILVA, R. M., GOULART, C. T., BOLZAN, M. E. O., LOPES, L. F. D. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev. esc. enferm. USP** [Internet], v. 6, n. 46, p. 1477-1483, 2012.

GUIRADO, M. **A clínica psicanalítica na sombra do discurso: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. **Instituições e relações afetivas: o vínculo com o abandono.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. **A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade.** São Paulo: Annablume, 2010.

GUIRADO, M.; LERNER, R. (orgs.) **Psicologia, pesquisa e clínica: por uma análise institucional do discurso.** São Paulo: Annablume; Fapesp, 2007.

HOLANDA, I. C. L. C.; ALMEIDA, M. M. D.; HERMETO, E. M. C. Indutores de mudança na formação dos profissionais de saúde: pró-saúde e petsaúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.25, n.4, 2012.

MAINGUENEAU.M. Sobre o discurso e a análise do discurso. In: GUIRADO, M. **A clínica psicanalítica na sombra do discurso**: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.21-40, 2000a.

MAINGUENEAU.M. Sobre a heterogeneidade no Discurso. In: GUIRADO, M. **A clínica psicanalítica na sombra do discurso**: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 47-63, 2000b.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com**, 09 mai, 2011, p. 11 -31.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n. 1, 2001.

PESSANHA, E. G. F.; ARTUR, K. Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1569-1580, June 2013.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e Cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência Multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no brasil: apontamentos históricos. **Trabalho, educação, saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, nov. 2009/ fev. 2010.

SANTOS, V. P.; WHITAKER, I. Y.; ZANEI, S. S. V. Especialização em enfermagem modalidade Residência em unidade de terapia intensiva: egressos no mercado de trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 193-199, 2007.

SILVA, P.C. Bolsas do Pró-Residência crescem 129% em um ano. **Portal da Saúde**, 02 jan. 2013. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8793/162/bolsas-do-pro_residencia-crescem-129-em-um-ano.html Acesso em 01 de setembro de 2013.

WANDERLEY, L. C. S. **O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da Residência multiprofissional em saúde da família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso**. 2010. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

WANDERLEY L. C. S., ALMEIDA F. C. S.; JUNQUEIRA C. R., GABRIEL M., ARAUJO M. E. Formação de educadores em saúde da família: Uma agenda para atividades futuras em Odontologia. **Rev. ABENO** , n.15, v.1, p. 20-27, 2015.

VALORE, L. A. **Subjetividade no discurso de recém-graduados da UFPR: uma análise institucional**. Tese (Doutorado em Educação) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. Dos modos de subjetivação em Foucault ao sujeito psíquico da análise institucional do discurso: algumas articulações. In: GUIRADO, M.; LERNER, R. (org.) **Psicologia, pesquisa e clínica:** por uma análise institucional do discurso. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2007.

VIARO; R. V.; VALORE, L. A. Método, análise e verdade em psicologia: sobre uma análise institucional do discurso. **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 31, v.4, p. 718-733, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO ONLINE

Dados sociodemográficos

5. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

6. Data de nascimento *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

7. Cidade onde reside atualmente *

Experiência prévia à Residência Multiprofissional

8. Formação *

Curso de graduação

9. Instituição de graduação *

10. Ano da colação de grau *

11. Fizeram parte de sua graduação disciplinas ou estágios que de algum modo abordassem a história, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Fizeram parte de sua graduação disciplinas ou estágios que de algum modo abordassem o trabalho multi ou interdisciplinar? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. Previamente à realização da Residência Multiprofissional, havia realizado alguma Pós-graduação? Qual/ quais? *

14. Previamente à realização da Residência Multiprofissional, havia atuado profissionalmente? *

Assinale todas as alternativas que correspondem à sua experiência

Não

Sim, em um trabalho não diretamente relacionado à minha profissão de graduação.

Sim, em estágios durante a graduação.

Sim, em um trabalho diretamente relacionado à minha profissão de graduação.

15. Caso tenha atuado em sua profissão de graduação previamente à Residência Multiprofissional, como era o trabalho?

Assinale todas as alternativas que correspondem à sua experiência

Individual

Em uma equipe de profissionais de uma mesma área/ profissão

Em uma equipe com profissionais de áreas diferentes (multiprofissional)

Em uma equipe com profissionais de áreas diferentes com um objetivo conjunto de trabalho (interdisciplinar)

Outro:

Experiência durante a Residência Multiprofissional

16. Ano de Ingresso na Residência Multiprofissional: *

17. Área de Concentração em que realizou o programa de Residência Multiprofissional: *

18. Você considera que as atividades práticas realizadas na Residência Multiprofissional foram: *

Assinale todas as alternativas que correspondem à sua experiência da Residência.

Individuais

Em equipe de profissionais de uma mesma área/ profissão

Em equipe com profissionais de áreas diferentes (multiprofissional)

Em equipe com profissionais de áreas diferentes com um objetivo conjunto de trabalho (interdisciplinar)

Outro:

19. Quais os pontos positivos de sua experiência na Residência Multiprofissional? *

20. Quais os pontos negativos de sua experiência na Residência Multiprofissional? *

Experiência após a Residência Multiprofissional

21. Posteriormente à realização da Residência Multiprofissional, você realizou alguma outra pós-graduação? Qual/quais? *

22. Posteriormente à realização da Residência Multiprofissional, você atuou profissionalmente? *

Assinale todas as alternativas que correspondem à sua experiência

Não

Sim, em um trabalho não diretamente relacionado à minha profissão de graduação.

Sim, em um trabalho diretamente relacionado à minha profissão de graduação.

23. Caso tenha atuado em sua profissão de graduação após concluir a Residência Multiprofissional, como era o trabalho?

Assinale todas as alternativas que correspondem à sua experiência

Em instituição pública

Como docente

Relacionado à área da saúde

No Sistema Único de Saúde

Em hospital

Em unidade básica de saúde/ equipe de saúde da família

Relacionado à Área de Concentração em que realizou a Residência Multiprofissional

Não relacionada à Área de Concentração em que realizou a Residência Multiprofissional

Trabalho individual

Como autônomo

Trabalho em equipe de profissionais de uma mesma área/ profissão

Trabalho em equipe de profissionais de áreas diferentes (multiprofissional)

Trabalho em equipe de profissionais de áreas diferentes com um objetivo conjunto

de trabalho (interdisciplinar)

Em instituição privada

Como funcionário público

Outro:

24. Assinale todas as alternativas que correspondam à sua situação profissional atual:*

Marque todas que se aplicam.

Desempregado

Trabalhando em uma área não relacionada ao curso de graduação

Trabalhando em uma área relacionada ao curso de graduação

Trabalhando em uma área relacionada à saúde

Trabalhando no SUS

Trabalhando em Unidade Básica de Saúde/ Saúde da Família

Trabalhando em hospital

Trabalhando em uma área relacionada à Área de Concentração em que realizou a Residência

Trabalhando em instituição pública

Trabalhando em instituição privada

Funcionário público

Profissional Autônomo

Estudante

Outro:

25. Caso esteja trabalhando, quanto é a sua renda média mensal?

26. Caso esteja trabalhando, qual é a sua carga horária semanal?

27. A experiência na Residência Multiprofissional tem influência na sua vida profissional/acadêmica atual? Como? *

28. Há algum item não abordado por este questionário que você gostaria de comentar?

29. Email para contato*

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA

O que o levou a se inscrever para o processo seletivo da Residência Multiprofissional?

Quais eram suas expectativas em relação à Residência Multiprofissional?

Quais foram os aspectos positivos de sua experiência na RM? (Exemplos)

Quais foram os aspectos negativos de sua experiência na RM? (Exemplos)

Se fosse pintar um quadro de você na RM, como seria?

Como você via a interação entre as profissões na RM?

Como você via a interação entre equipe e pacientes?

Em sua opinião, qual é o objetivo da RM? Ele é cumprido? (Exemplos)

Você recomendaria a RM para um amigo?

O que você fez depois da Residência?

Você vê relação entre suas atividades atuais com as suas atividades na RM? (Exemplos)

Quais são seus planos profissionais?

Defina você antes da Residência em 3 palavras.

Defina você depois da Residência em 3 palavras.

Em sua opinião, o que é um profissional de saúde ideal?

Em relação a esse ideal, como você se vê como profissional hoje?