


“RESIDENTE DÁ TRABALHO” X “RESIDENTE É TUDO DE BOM” : (RE) PENSANDO O PAPEL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

“RESIDENT GIVES WORK” X “RESIDENT IS ALL GOOD” : (RE) THINKING
THE ROLE OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN HEALTH

Isadora NETTO* 

Vanessa Maria PANOZZO** 

Simone BEIER*** 

Resumo: Este artigo traz os resultados obtidos em uma pesquisa qualitativa como produto final do processo de formação da residência multiprofissional no campo saúde da criança. Teve como objetivo problematizar o trabalho dos residentes multiprofissionais da pediatria de um hospital escola em relação às políticas de saúde. A pesquisa utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada com os profissionais do campo e a técnica da análise de conteúdo para análise das respostas. Concluiu-se que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem propiciado uma atuação integral e interdisciplinar quando possível, com desafios relacionados às configurações da política pública de saúde e seus rebatimentos nos processos de precarização do mundo do trabalho, demandando dos profissionais residentes uma intensidade na execução das intervenções em detrimento ao processo de formação.

Palavras-chave: Residência multiprofissional em saúde. Trabalho. Formação.

Abstract: This scientific article brings the results obtained in a qualitative research as the final product of the process of formation of multiprofessional residence in the field of child health. The objective was to problematize the work of multiprofessional pediatric residents of a school hospital in relation to health policies. The research used as a data collection instrument the semi-structured interview with pediatric professionals and the technique of content analysis for analysis of responses. It was concluded that the Multiprofessional Residency Program in Health (RMS) has provided an integral and interdisciplinary performance when possible, with challenges related to the configurations of public health policy and its consequences in the processes of precariousness of the world of work, demanding from resident professionals an intensity in the execution of interventions at the expense of the training process.

Keywords: Multiprofessional Residency Program in Health. Work. Formation.

Submetido em 25/06/2019. Aceito em 29/10/2020.

* Assistente Social. Especialista em Saúde da Criança pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Atualmente Assistente Social da Secretaria de Saúde do Município de Montenegro RS. Rua Passo da Pátria 540/503, Bela Vista, Porto Alegre/RS. E-mail: <isa_netto@hotmail.com>.

** Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Assistente Social. Professora e Pesquisadora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua Neuza Goulart Brizola, 495/801- Petrópolis, Porto Alegre/RS. E-mail: <vanessa.panozzo@ufrgs.br>.

*** Mestre pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Assistente Social do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Av. Ecoville 190/83, Sarandi, Porto Alegre/RS. E-mail: <sbeier@hcpa.edu.br>.



INTRODUÇÃO

O presente artigo pretende discutir os resultados obtidos na pesquisa intitulada: “A Residência Multiprofissional como estratégia para o cuidado integral da saúde da criança: considerações acerca do trabalho dos Residentes Multiprofissionais”, que teve como objetivo geral problematizar a contribuição do trabalho dos residentes multiprofissionais do programa da saúde da criança de um hospital de alta complexidade de Porto Alegre na consolidação dos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo histórico da Residência Multiprofissional¹ em Saúde (RMS) surge, no contexto da Reforma Sanitária e da instauração do Sistema Único de Saúde (1990), como uma estratégia para fortalecer e qualificar os serviços desse sistema. Foi na Constituição Federal de 1988 que se estabeleceu que “ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988). Neste sentido, os programas de residências foram construídos com o intuito de superar o modelo de saúde historicamente hegemônico de cuidado, centrado na atuação do médico que, muitas vezes, buscava apenas um resultado curativo. A própria formação em saúde no Brasil foi instituída de forma que “[...] os profissionais continuavam tendo um currículo organizado de acordo com a lógica do modelo clínico tradicional, hegemônico na área da saúde” (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008, p. 139). A perspectiva dessa nova proposta de formação, para tanto, se refere a um potencial processo de “desfragmentação” que “[...] pode ser percebido na integração de diferentes áreas profissionais da saúde, assim como na proposta de realização do trabalho e da formação em saúde a partir da interdisciplinaridade” (SILVA, 2016, p. 153).

Pensar no processo da residência como formação em serviço é caracterizá-la como uma estratégia para o enfrentamento da fragmentação e segmentação do conhecimento e do cuidado/atenção em saúde, visando a

[...] integração de saberes e práticas que permitem construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão em saúde (MEC/MS, 2009).

Desta forma, a potencialidade do programa de residência consiste em “sintonizar trabalho e formação, bem como em situar as necessidades de saúde da população usuária como eixo norteador da qualificação de profissionais de saúde, tomando o cotidiano dos serviços do SUS como lócus de ensino e aprendizagem” (CLOSS, 2013, p. 24). Assim, a residência pode ser considerada “um modelo inovador de ensino em serviço, pois almeja ultrapassar a visão reducionista de saúde direcionada ao cuidado biológico individual e descontextualizada de sua produção social, cultural e histórica” (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008, p. 141).

¹ A Residência em Área Profissional da Saúde foi instituída a partir da Lei nº 11.129 de 2005, que a define como pós-graduação *lato sensu*, “voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde” (BRASIL, 2005). São contempladas nessa modalidade de especialização as profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Portanto, a problematização da temática do papel do trabalho dos residentes multiprofissionais na pediatria visa a contribuir para a discussão acerca do tema da formação em serviço e das políticas de saúde, bem como contextualizar essa formação na atual conjuntura de desmonte das políticas sociais. Primeiramente será apresentada a metodologia da pesquisa que resultou no artigo, e após, os resultados e discussões. Por fim, as considerações finais trazem um desfecho da discussão, respondendo à indagação trazida no título do artigo.

1. METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do referido hospital escola de Porto Alegre e foi caracterizado como uma pesquisa qualitativa, orientada pelo método dialético-crítico. A amostra foi definida como intencional, pois o que interessa é a “[...] opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 52). A coleta das informações foi realizada através de um roteiro de entrevista semi-estruturada, orientada por um formulário com perguntas de identificação e oito perguntas abertas. Para os registros, utilizou-se a gravação de áudio para a aproximação e integridade das falas dos profissionais que atuam no programa da saúde da criança e que posteriormente foram transcritas para a realização da análise. A análise dos dados foi realizada a partir do método de Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011) e resultou nas seguintes categorias de análise: trabalho dos residentes e seu papel; equipe multiprofissional; integralidade no cuidado; e políticas de saúde.

Os participantes deste estudo foram os profissionais da pediatria, componentes das equipes que integram o itinerário do primeiro ano dos residentes multiprofissionais, totalizando 14 entrevistados. Nesse universo de 14 participantes, encontramos profissionais das áreas de educação física enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e medicina.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 Residência multiprofissional em saúde: formação ou força de trabalho?

A proposta da formação em serviço da RMS segue 13 (treze) eixos norteadores, dos quais se destaca: a) a concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade e considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural; b) a integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas; c) estratégias pedagógicas que possam garantir a formação integral e interdisciplinar (MEC/MS, 2009).

Logo, a residência pode ser entendida como uma formação para

[...] além do aperfeiçoamento técnico, mas como uma ação política, na qual os atores devem desenvolver a capacidade de trocar diferentes olhares à promoção de saúde, encarando limites e considerando o homem e as relações de vida social (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008, p. 145).

O desenvolvimento da pesquisa possibilitou a compreensão deste processo como ainda sendo um desafio para sua implementação no programa em estudo. No que diz respeito à compreensão da RMS como uma proposta de formação em serviço, as respostas dos participantes entrevistados apresentam duas direções daquilo que se propõe o Programa de Residência. Ora é percebido como uma proposta de formação profissional, ora ainda é vista *apenas* como uma soma de profissionais para a execução de trabalho. O participante 11 reconhece que “[...] é uma oportunidade única para o profissional [...] a residência é um diferencial em termos de formação profissional mesmo (Participante 11); já outro participante refere que “[...] desde que a gente tem os residentes [...] os nossos pacientes são melhores atendidos, porque aumentou, de certa forma aumenta [...] a força de trabalho (Participante 4).

Problematizar neste sentido é reconhecer o atual momento que atinge diretamente a vida dos trabalhadores, no que tange ao processo de precarização da política de saúde pública e, conseqüentemente, os processos de trabalho dos profissionais. Há um aumento de demanda, sobrecarga do trabalho, falta de recursos humanos, pouco investimento, um recorrente processo de adoecimento, que atinge também o cuidado realizado para a população.

Para tanto, os residentes são reconhecidos também para atender essas necessidades advindas das transformações do mundo do trabalho. Assim, “ainda que a residência seja formação, ela se desenvolve como trabalho, ou seja, o residente tem uma determinada jornada de trabalho a ser cumprida” (SILVA, 2016, p. 140). Além disso, não se pode negar o número expressivo de atividades que o residente deve compor na sua trajetória de formação em serviço, porém o que se percebe é que esta precarização da política de saúde interfere diretamente no processo de formação, ficando a “cobertura da assistência” mais evidente do que a formação em si, visto que “a formação não se desenvolve independentemente do trabalho” (SILVA, 2016, p.13).

Este processo fomenta a problematização em relação à alienação no trabalho vivenciado pelos trabalhadores como consequência do mundo do trabalho. Antunes e Alves (2004) referem como uma alienação mais intensa daqueles que vivenciam condições desprovidas de direitos e condições de instabilidade em razão do trabalho temporário e precarizado.

Nesse mesmo sentido

[...] a implementação dos programas trouxe novas requisições e demandas aos profissionais, entre as quais a preceptoria, a tutoria, a coordenação de área, a coordenação geral e a docência das disciplinas. Tais requisições, contudo, não se fizeram acompanhar pela melhoria das condições de trabalho e, especialmente, pela contratação de novos trabalhadores (MENDES, 2013, p. 192).

Além disso, aponta para uma realidade de precarização do mercado de trabalho e de ameaça ao serviço público de saúde, o que sobrecarrega os profissionais contratados do hospital, e que, assim, acabam enxergando o residente como mais um trabalhador para dividir as demandas. Silva (2018) constata que

[...] o trabalho em saúde e a prolongada jornada de trabalho do residente inscrevem-se nos marcos da exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, ainda que haja particularidades no trabalho do residente, estas particularidades não alteram sua condição de trabalhador (ainda que temporário) no modo de produção capitalista. Nesses marcos, as 60 (sessenta) horas semanais são uma forma de intensificação da exploração do trabalho e são incompatíveis com as propostas de formação inscritas na RMS. [...] é importante destacar que uma possibilidade presente na incorporação de residentes aos serviços é a substituição de trabalhadores. Nesse sentido, certos espaços de residência poderiam estar mais voltados à precarização do trabalho em saúde do que uma experiência de formação para o SUS (SILVA, 2018, p. 204).

Entretanto, como um contraponto àquilo que é compreendido como força de trabalho, percebe-se que há um reconhecimento positivo daquilo que é o trabalho exercido pelos residentes. Há uma ação mais qualificada no que se refere ao trabalho multidisciplinar, compreendendo *como essencial para uma melhora na assistência ao paciente*, bem como uma formação a partir das atividades assistenciais desenvolvidas enquanto profissionais do/para o SUS, conforme as falas a seguir evidenciam:

Eu acho que a residência vem a acrescentar muito no hospital, e acho que o trabalho que hoje a gente faz com os residentes a gente não conseguiria fazer sozinhos. Então eu acho que hoje a residência é parte integrante da pediatria para funcionar a equipe multi aqui (Participante 8).

E é claro, o volume de trabalho cresceu muito. Por muito tempo que eu trabalhei aqui, que não tinha residência multi, a gente não conseguia dar conta da demanda. Então a residência multi veio também como uma possibilidade (...) de potencializar um trabalho de fato multiprofissional (Participante 10).

Para além da formação dos residentes inseridos no programa, há um destaque para a formação dos profissionais a partir desse contato com os residentes, o que dialoga com as diretrizes a que se propõe a residência, que prevê a “consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão da saúde” (MEC/MS, 2009). As falas a seguir revelam esse processo:

Eu ser preceptora e trabalhar com residente é um ganho profissional imenso que eu tenho. Porque eu estou sempre discutindo, não só da questão do paciente, do caso, da técnica [...] mas entendendo o que os meus colegas estão fazendo, entendendo quem que eu busco em tal situação. [...] Residente te coloca a pensar, tu não fica parado no tempo, tu vai atrás, ele te estimula, está sempre te questionando... é a melhor coisa. (Participante 11).

[...] faz com que a gente leia mais, estude mais ou pense mais em cima dos casos que a gente está acostumados a responder de pronto né, e às vezes não olhar com tanta atenção como deveria (Participante 6).

Ainda, foi possível perceber através da pesquisa, que há dúvidas em relação à inserção do residente dentro dos serviços, do processo de ensino-aprendizagem do preceptor e do caráter passageiro do profissional em formação como um problema a ser enfrentado, conforme a fala:

Acho que por ser algo em construção, ainda tem muitas dúvidas do quanto a gente deve cobrar e o quanto a gente deve ensinar. Eu acho que isso também é algo bem difícil para nós. O quanto deve ser cobrado como profissional e o quanto não deve ser cobrado porque ainda é um estudante. [...] como o serviço deve lidar com essa pessoa que não é nem profissional do serviço (Participante 13).

Percebe-se, assim, que o processo de formação da residência como espaço estratégico para reafirmação e efetivação do SUS não é compreendido de forma hegemônica. Isso revela, de certa forma, um possível distanciamento entre aquilo que é pensado a partir dos processos de trabalho e aquilo que é preconizado e sustentado pela legislação da RMS.

Neste sentido, quais são os caminhos para aproximar os profissionais da proposta da residência, entendendo-a como um processo de formação? Como garantir um processo de formação para os residentes e também para os preceptores? Aquilo que é ensinado na formação privilegia a discussão da garantia da saúde como um direito? Estas são algumas questões necessárias, pois não se pode negar que os processos de formação e trabalho na saúde são circunscritos por concepções de projetos pedagógicos e políticos em disputa que se colocam nos serviços. Assim, é preciso compreender que estas disputas não podem ser compreendidas isoladamente, descoladas dos projetos societários mais amplos, que definem a direção da formação, do trabalho e da concepção da saúde como direito social.

2.2 Políticas de saúde e integralidade: (des)conhecimento e prática

Na Constituição Federal de 1988 foram definidas como as principais diretrizes da política de saúde: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Para complementar, no documento promulgador do SUS, encontram-se 13 princípios e diretrizes, dos quais se destaca: universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde e participação da comunidade (BRASIL, 1990). Tais diretrizes deveriam balizar todo o trabalho exercido dentro da política de saúde, nas diferentes instituições que compõem esse sistema.

Dentre as questões da pesquisa, foi possível identificar a compreensão dos participantes na realização do trabalho dos residentes a partir das diretrizes e princípios do SUS. Porém, é importante destacar que dois participantes optaram por não responder essa questão. Além disso, chama a atenção o fato de um participante identificar que o trabalho dos residentes não está relacionado com o SUS.

O fato de dois participantes optarem por não responder a essa questão pode sinalizar para uma falta de conhecimento em relação ao SUS enquanto política de saúde, como fundamento balizador para a prática (trabalho) exercida dentro da instituição. Isso suscita uma preocupação, visto que o local da pesquisa

é um hospital escola, especializado, 80% SUS e que possui o Programa da RMS dentro da pediatria desde 2010. Importante destacar a fala do participante na sua percepção em relação ao seu conhecimento do SUS:

Muitas vezes a teoria, a gente não consegue... é uma realidade, a gente não consegue associar a teoria à prática. [...] Porque o SUS é muito fantasioso, os princípios básicos eles não mudam para ninguém, mas o que a gente deveria ter para o que a gente tem... Para o residente é difícil sair da fantasia... ou quando sai imagina que vai dar certo e não dá. (Participante 11).

Em relação à identificação dos princípios e diretrizes do SUS, apenas alguns foram citados: universalidade e equidade (três vezes cada), integralidade e igualdade (duas vezes cada) e prevenção (apenas uma vez). Interessa para o trabalho a problematização do conceito da integralidade, que no SUS é entendida “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Um aspecto de extrema relevância identificado a partir dos dados da pesquisa é a compreensão do conceito de integralidade a partir falas dos participantes entrevistados. O que se verifica é que este conceito está diretamente relacionado com uma concepção ampliada de saúde, conforme apontado nas respostas, e também como este princípio - integralidade - se concretiza a partir da inserção da RMS na pediatria, conforme se apresenta na fala:

[...] a gente precisa fazer toda a costura com a rede básica... ver o atendimento do paciente de uma forma que ele possa acessar tudo aquilo que tem disponível e que ele tem direito. Integralidade é tanto o que se refere ao cuidado quanto o que tem disponível assim... e a gente propiciar isso para as pessoas [...] então tudo isso é o cuidado integral ao paciente, não só tu olhar para o braço que está quebrado, para o pulmão que está estragado... (Participante 1).

A fala desse participante vai ao encontro do que Closs (2013) interroga sobre a maneira como se dá a materialização dos direitos sociais. Para a autora, a integralidade sinaliza “para uma perspectiva totalizante na abordagem dessas necessidades, que rompa com o caráter descontínuo, fragmentado e parcial na prestação de serviços sociais” (CLOSS, 2013, p. 104). Logo, tanto a autora quanto o participante da última frase, trazem que a integralidade é entendida para além de um cuidado curativo, mas como essa relação entre os diferentes serviços das diferentes políticas públicas. Pode-se perceber que na medida em que os participantes trazem a compreensão da integralidade, eles também se aproximam da compreensão ampliada de saúde, que prevê em seus determinantes e condicionantes sociais a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a renda, o acesso a bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990).

Outra fala merece ser destacada em relação ao conceito de integralidade:

[...] o cuidado integral dentro do hospital... é tu ter uma visão mais ampliada das necessidades dessa criança, dessa família. Tem vários fatores que interferem na saúde, então ah.. as questões sociais, religiosas, culturais, financeiras, enfim... Tudo isso tem que ser visto, porque tudo isso faz parte do bem estar, da qualidade de vida e de saúde dessa criança, dessa família (Participante 7).

As duas falas trazidas anteriormente corroboram a compreensão da integralidade como uma visão ampliada do que é o cuidado em saúde, rompendo com a concepção hegemônica do cuidado em saúde (médico-centrado), com a relação de outros serviços de saúde e, além disso, com a identificação da intersetorialidade como fator determinante nesse cuidado, no momento em que se reconhecem outras políticas sociais, como a educação, a assistência social e a habitação, além dos demais serviços oferecidos.

Nesse sentido,

Parte-se do pressuposto de que a integralidade fundamenta-se na compreensão abrangente das necessidades de saúde, tendo em vista efetivar o conceito ampliado de saúde no cotidiano do SUS. Implica, assim, a percepção dessas necessidades como circunscritas ao programa dos direitos sociais. Esses direitos, construídos historicamente, dizem respeito ao reconhecimento das necessidades de sujeitos concretos, do processo de politização destas necessidades e sua inscrição no plano da legislação (CLOSS, 2013, p. 103).

Já no que se refere à efetivação da integralidade a partir da prática realizada pelos residentes, tem-se a seguinte fala:

Eu entendo por integralidade o atendimento para o paciente considerando os diversos aspectos que compõem esse paciente, não só a saúde em si, mas os outros contextos em que ele está inserido. Os contextos sociais e o contexto de saúde geral, não só a parte que nós somos especializados. Porque eu acho que nisso a residência tem um papel muito importante, de ver o paciente, de ajudar a enxergar o paciente como um todo (Participante 9).

Nessa perspectiva, percebe-se que o cuidado integral, por ser efetivado a partir do trabalho dos residentes, está diretamente relacionado com uma prática (trabalho) profissional não-fragmentada, esperando que todos os profissionais de saúde tenham um olhar atento àquele paciente/usuário que vai além da relação saúde-doença, dando ênfase também para os demais fatores que intervêm na saúde. E assim “não fragmentar os usuários enquanto partes de um corpo ou desvinculados do seu contexto sócio-econômico-cultural” (ASSUMPCÃO; MIOTO, 2009, p. 6).

Assumpção e Mioto (2009) também trazem a relação da integralidade a partir de um trabalho interdisciplinar. Visto que

As ações de saúde exigem prioritariamente a equipe de trabalho que na confluência de saberes opera suas atividades, este trabalho é uma expressão da interdisciplinaridade a qual proporciona criatividade e avanço e é considerada uma prática essencial à Integralidade em saúde, pois, deste modo, as demandas atendidas serão observadas a partir de diferentes focos, e as respostas serão voltadas para uma visão integral (ASSUMPCÃO; MIOTO, 2009, p. 6).

O SUS e a RMS preconizam um trabalho realizado de forma interdisciplinar, entendendo que a partir deste modelo de articulação entre as áreas é possível compreender a saúde a partir do seu conceito ampliado, tendo como seus determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico,

o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, entre outros (BRASIL, 1990). Nesse sentido, a RMS, segundo Silva (2016), para além de uma formação que compartilha saberes, prevê que cada núcleo profissional tenha suas particularidades preservadas integralmente, porém possibilitando “a socialização de conhecimentos e de linguagens no ato da formação e do próprio trabalho em saúde” (SILVA, 2016, p. 137). Dessa maneira, temos que “a implementação e sustentação desta forma de serviço a partir da interdisciplinaridade é um dos desafios comuns a todas as RMS” (SILVA, 2016, p. 138).

É preciso destacar que um trabalho realizado de forma interdisciplinar deve ser buscado por todos os profissionais de saúde, bem como incentivado e valorizado, pois “a construção dessa interdisciplinaridade passa não só pela desconstrução das práticas erigidas pelo modelo médico hegemônico como também pelo enfrentamento dos rebatimentos da contrarreforma do Estado na política de saúde” (SILVA; MENDES, 2013, p.49), o que ainda é um desafio nas ações em saúde, pois entende-se que

[...] a interdisciplinaridade vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise. As disciplinas comunicam umas com as outras, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte. A sua complexidade consiste precisamente na sua própria construção, que é impregnada de trocas e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes (SILVEIRA; MENDES, 2009, p. 54).

Dessa maneira, é possível identificar que os participantes entrevistados compreendem a integralidade nas suas mais diversas definições e destacam que ela se concretiza, efetivamente, a partir do trabalho desenvolvido pelos residentes. Isso nos leva a problematizar os processos de trabalho dos profissionais contratados, que em suas práticas diárias não conseguem identificar, de maneira efetiva, essas ações de um cuidado integral à saúde, mesmo realizando-as, conforme retrata esse participante

Só que o que que é o diferencial é que como a gente tem várias atividades né, participa de várias comissões dentro dos nossos serviços e enfim, a gente não conseguia estar em todos os lugares ao mesmo tempo. Então com a entrada dos residentes, isso se consolidou muito mais assim né... porque dificilmente não tem um residente num round né, participando do ambulatório... Coisas que às vezes a gente não consegue fazer todos os dias. Eu não vejo isso como uma mão de obra, eu vejo como uma qualificação do trabalho né, de todo mundo assim, e de uma melhora enorme na assistência ao paciente. (Participante 1)

Além disso, é necessário problematizar o quanto a instituição possibilita que este profissional tenha momentos de educação permanente e de aperfeiçoamento de seu processo de trabalho, pela demanda institucional, como identificam as autoras:

Outro elemento é a dificuldade que os profissionais têm, em geral, para participação em eventos, congressos, etc., ou curso de capacitação que possam promover não só o aprimoramento das técnicas, mas também a discussão coletiva. Caso o preceptor seja um profissional imerso em um fazer mecânico (imersão que não depende apenas de sua vontade, que está vinculada à lógica institucional e a uma conjuntura mais ampla), como será a referência de um sujeito - o residente- que traz uma bagagem teórica atualizada? Não basta que se estabeleça uma relação de horizontalidade entre preceptor e residente, situação na qual a troca de saberes é método de trabalho. É necessário que o preceptor

também tenha acesso à educação permanente, pois assim essa troca acontecerá de forma mais qualificada (SILVA; CAPAZ, 2013, p. 209).

Nessa perspectiva, identifica-se que as ações interdisciplinares dentro da prática (trabalho) na política de saúde é uma questão de educação permanente que merece ter sua relevância destacada dentro dos programas das residências, tanto as multiprofissionais quanto as uniprofissionais, conforme a autora:

Ou seja, de fato a RMS tem no seu escopo teórico a busca pelo desenvolvimento de práticas interdisciplinares, contudo é imprescindível considerarmos que de forma geral essas práticas se desenvolvem em instituições, serviços etc. que historicamente realizaram suas práticas de forma isolada e compartimentada (SILVA, 2016, p. 137).

Nesse sentido, é preciso (re)pensar as rotinas desse serviço de saúde, visto que “a busca pelo atendimento integral das necessidades humanas torna-se um desafio para todos os atores sociais implicados com a qualificação de políticas públicas” (CLOSS, 2013, p. 104).

Por fim, em relação ao conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), de 2015, identifica-se, nas respostas dos participantes, pouco conhecimento desta. Tal política, instituída no âmbito do SUS a partir da Portaria nº 1.130, do Ministério da Saúde, tem por objetivo “promover e proteger a saúde da criança, [...] visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento” (MS, 2015). Além da não apropriação por parte dos participantes entrevistados, a PNAISC não aparece no documento institucional que regula e contextualiza as atividades da pediatria no hospital em estudo, sendo citados apenas o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado (1995). Tais documentos são essenciais no trabalho em pediatria, porém temos na PNAISC uma política mais recente e que aborda questões distintas, relacionadas às especificidades da atenção em saúde do público infantil e sua família.

A PNAISC conta, em sua estrutura, com sete eixos estratégicos que têm a função de orientar e qualificar as ações e serviços voltados para esta população. Esses eixos contemplam desde a atenção humanizada ao parto, o aleitamento materno, o acompanhamento do desenvolvimento integral, à atenção integral às crianças com doenças crônicas, até ações em situações de violência, crianças com deficiência e vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. Todos esses eixos devem ser trabalhados a partir da compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde em que o paciente e sua família estão inseridos, e que tende a se diferenciar conforme as regiões do estado e do país.

Nesse sentido, identificamos nas falas dos participantes a potencialidade que a RMS tem de proporcionar a discussão em relação às legislações e problematizações referentes às práticas relacionadas a tais marcos legais, conforme fala a seguir:

Eu acho que em relação a isso de Políticas Públicas, princípios do SUS [...] eu acho que isso talvez seja algo que os residentes multi contribuem muito. Porque eles vêm com este olhar e eu acho que isso se ampliou aqui no hospital desde que a residência multi iniciou (Participante 10)

Dessa maneira, tem-se na RMS a possibilidade de um aprofundamento referente às legislações do SUS que balizam o trabalho dentro do hospital em estudo. Sendo a PNAISC do ano de 2015, pode ser considerada uma política atual e que ainda precisa ser difundida entre os profissionais. No referido hospital, tal política é estudada em uma disciplina do eixo transversal² da RMS, o que representaria uma potencialidade caso fosse adotada nas ações realizadas pelos trabalhadores da área da pediatria e de toda instituição.

Para além da identificação de suas fragilidades e pontos que devem ser qualificados,

[...] a residência deve ser entendida também por sua potencialidade para repensar práticas profissionais cristalizadas e provocar uma reflexão sobre a forma como os serviços estão estruturados, propondo mudanças, inovações. Para tanto são necessárias ferramentas pedagógicas capazes de viabilizar essas reflexões e proposições (MENDES, 2013, p. 195).

Assim, constata-se que a RMS possui um compromisso com todos os atores envolvidos em seu processo: residentes, preceptores, tutores, trabalhadores da instituição e usuários da política da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa permitiu identificar que a importância do trabalho desenvolvido pelos residentes foi unânime entre os participantes entrevistados e foi diretamente relacionado com o desenvolvimento de ações interdisciplinares visando ao cuidado integral do paciente e sua família. Assim, a RMS tem o potencial de qualificar a assistência e problematizar as práticas profissionais instauradas nos locais em que está inserida. E, elucidando a indagação feita pelo título do artigo, lembramos, agora na íntegra, a fala de um participante

Eu ser preceptora e trabalhar com residente é um ganho profissional imenso que eu tenho. Porque eu estou sempre discutindo, não só da questão do paciente, do caso, da técnica [...] mas entendendo o que os meus colegas estão fazendo, entendendo quem que eu busco em tal situação. [...] E eu até discuto amigavelmente com colegas que “ah residente dá trabalho...”... Não gente, **residente é tudo! É tudo de bom!** Residente te coloca a pensar, tu não fica parado no tempo, tu vai atrás, ele te estimula, ta sempre te questionando... é a melhor coisa. (Participante 11)

Percebe-se, também, a relação existente entre a compreensão da RMS como trabalho e formação associados, fazendo-se necessária uma leitura de realidade a partir da totalidade, onde encontramos locais

² Comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2012)

de atuação sucateados e poucos profissionais para muita demanda, o que contribui para que o residente seja identificado como mão de obra para dar conta do serviço que continua crescente.

Além disso, a RMS tem como potencialidade a visibilidade da educação permanente dos demais profissionais das instituições, visto que a residência promove espaços de discussões de casos, aulas com diversos núcleos profissionais presentes e o aprofundamento de temas atuais e relevantes para o espaço do programa em que estão inseridos. Destaca-se que a não apropriação dos profissionais em relação ao SUS e à PNAISC demonstra que é necessário uma constante naquilo que se refere à educação permanente entre os profissionais e de como a RMS tem a capacidade de, mesmo problematizando os espaços e práticas instituídas institucionalmente, qualificar a assistência visando ao benefício do usuário do sistema.

Por fim, identifica-se que a compreensão do trabalho dos residentes está diretamente relacionada com a totalidade da realidade em que estamos inseridos enquanto trabalhadores da política de saúde. A identificação do trabalho dos residentes como “mão de obra” ou como “profissionais para dar conta da demanda” não é uma especificidade do programa da saúde da criança ou do hospital em estudo unicamente, e sim uma questão estrutural de como a política de saúde está organizada atualmente em nosso país. Nesse sentido, a maneira como o trabalho dos residentes é compreendido pelos profissionais é fruto de uma conjuntura e de um sistema que vem desgastando os trabalhadores em suas mais diversas formas. Percebe-se que, por mais que os profissionais estejam engajados a um trabalho a partir de uma equipe multiprofissional e trabalhando de forma interdisciplinar, é necessário considerar que a realidade nos remete a uma precarização desses espaços de atuação, que sobrecarrega os profissionais e que acaba refletindo na formação e no papel dos residentes.

Para além da política de saúde, os processos de educação e trabalho vinculados às propostas de Residência devem ser priorizados nas agendas institucionais bem como na realidade dos serviços. Compreende-se a Residência como um processo de resistência para a efetivação da política pública universal, sendo um dos caminhos profícuos daquilo que se almeja na formação dos profissionais.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. In: **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.

ASSUMPÇÃO, Patrícia Freitas Schemes; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Revisitando o conceito de integralidade em saúde a partir da teoria crítico dialética**. Ano: 2009. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/revisitando-o-conceito-de-integralidade-em-saude-a-partir-da-teoria-critico-dialetica.pdf>. Acesso em: 4 set. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, Edições 70, 2011.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Fundamentos éticos do Serviço Social. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, 2009, p. 165-184.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, Senado, 1990.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem**; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, Senado, 2005.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº 2/12. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 abr. 2012.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. In: **Gerais: Revista Institucional de Psicologia**. Jul-dez, 2013, p. 179-191.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseniet AL. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Lura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In: *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*. (Rio de Janeiro), v.14, n 1, Jan/Jun. 2004, p. 41-65.

CLOSS, Thaísa Teixeira. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde: Formação para a integralidade?** 1.ed. Curitiba: Appris, 2013.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: trabalho e formação profissional. In: VELOSO, Renato; et al. (Org). **Trajetória da Faculdade de Serviço Social da UERJ: 70 anos de história**. Rio de Janeiro :EdUERJ, 2014, p. 295-318.

GUERRA, Tamaria Monique Silva; COSTA, Maria Dalva Horácio da. Formação profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersetorialidade no contexto do SUS. In: **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.16, n.2, p. 454-469, 2017.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – RIMS- Área de Concentração Saúde da Criança**. Porto Alegre, HCPA, 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5ª ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

MATOS, Izabella; TOASSI, Ramona; OLIVEIRA, Maria Conceição. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**. Barcelona, v. 13(2), p. 239-244, 2013.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MEC/MS. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde**, e institui o Programa

Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2009.

MEC/MS. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de Novembro de 2005. **Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde** e dá outras providências. Brasília, 2005.

MENDES, A.G. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social. In: SILVA, Letícia Batista.; RAMOS, Adriana. **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**. São Paulo: Papel Social, p. 183-199, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/MS. Portaria nº 1.111, de 05 de Julho de 2005. **Fixa normas para a implementação e a execução do Programa Bolsas para a Educação pelo Trabalho**. Brasília, Senado, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/MS. Portaria nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, Senado, 2015.

OLSCHOWSKY, Agnes; FERREIRA, Sílvia Regina. Residência Integrada em saúde: uma das alternativas para alcançar a integralidade de atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens A. (Orgs). **Ateliês do cuidado: Serviço, Pesquisa e Ensino / VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas do cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS/CEPESC: ABRASCO, 2008.

SAMPIERI, Roberto H; CALLADO, Carlos F; LUCIO, Maria Del Pilar B. **Metodologia de Pesquisa**. Trad Daisy Vaz Moraes. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012. **Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde**. Brasília, 2012.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. In: **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 200-209, 2018.

SILVA, Letícia Batista. **Trabalho em Saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas**. 248fl. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, Letícia Batista; CAPAZ, Raphael. Preceptoria: uma Interface entre Educação e Saúde no SUS. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**. Campinas, SP: Papel Social, p. 201-215, 2013.

SILVA, Letícia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: Algumas Questões para o Debate. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**. Campinas, SP: Papel Social, p. 49-64, 2013.

SILVEIRA, Esalva; MENDES, Jussara Maria. Derrubando paredes: a construção da interdisciplinaridade. In: MENDES, Jussara; PRATES, Jane; AGUINSKY, Beatriz. **O Sistema Único de Assistência Social: entre a fundamentação e o desafio da implementação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, p.45-62, 2009.

Contribuições das autoras

Isadora Netto – participou de todas as etapas do artigo, como elaboração inicial, análise de dados, elaboração final e revisão.

Vanessa Maria Panozzo – atuou como orientadora da pesquisa do Trabalho de Conclusão de Residência e participou da elaboração inicial, análise de dados, elaboração final e revisão do artigo.

Simone Beier – atuou como Preceptora durante a Residência e participou da análise de dados e elaboração final do artigo.
